



UNC

Universidad
Nacional
de Córdoba



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ESCUELA DE POSGRADO

“BLOQUEO DE LOS SURCOS VESIBULARES: SU CORRECCIÓN”

TESISTA:

OD. ALBERTO TEOBALDO GOTUSSO

PADRINO:

PROF. DR. OSCAR COROMINAS VILLAFañE

CÓRDOBA, 1981



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

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



"BLOQUEO DE LOS SURCOS VESTIBULARES" ,

Su corrección quirúrgica

Tesis de Doctorado

Od. Alberto Teobaldo Gotusso

- 1981 -

T
D76
G683
Duplicado
010483

A Marta Inés
por ser como es.

A nuestros queridos hijos
Gabriel, Carolina, Martín y Sebastián.

A mi padre, por su legado de moral
profesional, pública y universitaria.

A mi madre, su infatigable compañera.

A mis hermanos.

A mis amigos.

DEDICATORIAS

Solamente las grandes obras merecen ser dedicadas. Y ello de biera ser siempre así por respeto propio y el que le es debi do a los destinatarios de un esfuerzo intelectual. Con esta aclaración inicial, empero, quiero testimoniar mi admiración agradecida a las siguientes personas:

Al Profesor Doctor Osvaldo Gumersindo Suárez (†). Anatomis- ta, clínico y cirujano. Pionero de la Cirugía Buco-Maxilo-Fa- cial.

Al Profesor Doctor Jorge Orgaz. Médico, humanista, escritor, político y conductor de juventudes. Ex Rector de un Co-gobier- no universitario en el que tuve el honor de participar como representante estudiantil.

Al Profesor Doctor Oscar Corominas Villafañe (Padrino de Te- sis). Por su sereno juicio de hombre de provincia, desentendi- do sin esfuerzo de toda especulación promocional. Su destreza quirúrgica, inspirada en sus conocimientos científicos y en una exquisita aptitud artesanal, ha dejado estampada una inde- leble impronta entre sus discípulos.

AGRADECIMIENTOS

A cuantos colaboraron en la preparación de este trabajo. Sobre todo a mis compañeros de Cátedra que en una instancia difícil de mi vida universitaria, en actitud que compromete mi reconocimiento, hicieron posible mi integración a ese grupo humano.

PADRINO DE TESIS

Prof. Dr. OSCAR COROMINAS VILLAFANE



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



CERTIFICO que el Od. Alberto Teobaldo Gotusso, ha
realizado en la Cátedra a mi cargo todos los tra-
bajos de su tesis.-----
A los fines que hubiere lugar, se expide el pre-
sente en Córdoba, a tres días de marzo de mil no-
vecientos ochenta y uno.-----


Dr. OSCAR N. CORONINA VILLAFANE
PROFESOR TITULAR

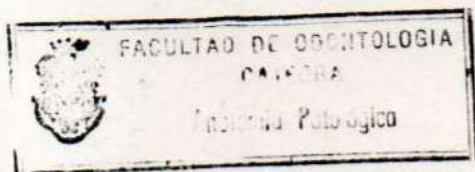


UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



CERTIFICO que las microfotografías que el Od. Alberto Teobaldo Gotusso presenta en su trabajo de tesis, corresponden a preparagos realizados en la Cátedra a mi cargo, sobre piezas operatorias recibidas oportunamente.-----

A los fines que hubiere lugar, se expide el presente/ en Córdoba, a seis días del mes de marzo de mil novecientos ochenta y uno.-----



Dr. HECTOR GENZELMAN
PROFESOR TITULAR

I N D I C E

	Pág.
<u>-CAPITULO I</u>	
INTRODUCCION	1
<u>-CAPITULO II</u>	
MOTIVO DEL TRABAJO	2
<u>-CAPITULO III</u>	
RESEÑA BIBLIOGRAFICA	3
<u>-CAPITULO IV</u>	
SINTESIS ANATOMICA	
a) Descripción del Vestíbulo Bucal Normal	6
b) Análisis del Proceso de Reabsorción	7
c) Descripción del Vestíbulo Bucal en el desdentado	13
<u>-CAPITULO V</u>	
A) MATERIAL Y METODOS	35
a) Clasificación de las causas más comunes de blo queos de los Surcos Vestibulares.....	36
-Diferentes tipos de bloqueos.....	38
Hiperplasias paraprotéticas.....	43
-Casuística y Clasificación	60
b) Estudio comparativo y práctica de las técnicas fundamentales en vestibuloplastias	71
c) Resumen analítico de las técnicas estudiadas y practicadas	136
d) Consideraciones sobre apósitos y fijadores post-operatorios	137
e) Técnicas empleadas en la Cátedra de Clínica Quirúrgica II Curso	146
f) Casuística	148
-Eliminación de hiperplasias y fibromas simples	148
-Eliminación de hiperplasias simples que no re miten	151

	Pág.
-Eliminación de fibromas pendulares	156
-Hiperplasias de mayor tamaño con rebordes <u>re</u> siduales bien conformados y eliminación de frenillos y bridas	157
-Técnicas de doble pinzado	160
-Tratamiento de las hiperplasias complejas o mixtas. Técnica de la Férula Reducida de A- crílico con fijación a Tornillo (F.R.A.T.)..	164
B) EVALUACION Y RESULTADOS	212
C) DISCUSION	214
D) RESUMEN Y CONCLUSIONES	219
 <u>-CAPITULO VI</u>	
BIBLIOGRAFIA	223

----o0o----

CAPITULO I

INTRODUCCION

BLOQUEOS DE LOS SURCOS VESTIBULARES. SU CORRECCION QUIRURGICA

El estudio y práctica de la Cirugía Paraprotética es un capítulo importante y extenso de la Cirugía Buco-Maxilo-Facial.

Desde una óptica quirúrgica protésica la patología vestibular y su tratamiento, dentro de esa cirugía, nos ofrece una amplia gama de posibilidades de estudio, toda vez que su presencia determine un "Bloqueo" de dicho Surco.

Intentando una definición podemos decir que estamos ante un Bloqueo de Surco Vestibular; "cuando por diferentes causas (fisiológica o patológicas) éste se encuentra alterado en su extensión y/o profundidad, haciendo peligrar la estabilidad y el uso correcto de un aparato protésico".

Consideramos de causas fisiológicas a la disminución de la altura de los Rebordes Residuales por reabsorción ósea más o menos pronunciada que deja las inserciones musculares, frenillos o bridas muy cercanas a la llamada cara oclusal de dichos rebordes.

Consideramos causas patológicas cuando enfermedades óseas y/o mucosas impiden o dificultan per-se el uso correcto de la prótesis.

El presente trabajo se realizó sobre el estudio de los Surcos Vestibulares, su patología y tratamiento como superficie protética; no involucrando por ende cualquier enfermedad o noxa de la economía que eventualmente pudiera asentar en dichos Surcos.



CAPITULO II

MOTIVO DEL TRABAJO

MOTIVO DEL TRABAJO

En la bibliografía consultada surgió la convicción de que el vestíbulo bucal y su patología ha generado las más diversas propuestas quirúrgicas.

Su problemática, como comprobaremos, es porcentualmente más significativa que en cualquier otra zona del terreno protético.

Además está demostrado que las posibilidades retentivas del vestíbulo son superiores a las palatinas o linguales, debido a su conformación anatómica.

Por todo ello consideramos que están más de acuerdo los autores estudiados, en las técnicas que se refieren a bloqueos palatinos o linguales que en las llamadas vestibuloplastías.

De las técnicas fundamentales propuestas, que durante años hemos practicado, fuimos analizando sus ventajas e inconvenientes.

Elaboramos una propuesta de tratamiento que se basa en el estudio clínico de cada caso, indicación de la técnica quirúrgica más simple adecuada al caso, con la aplicación de un apósito post-operatorio inmediato que entendemos, junto con otros autores es de fundamental importancia para el éxito operatorio.

Esta propuesta tiene por fin mostrar técnicas simples realizadas con instrumental y materiales convencionales de fácil manejo accesible al odontólogo general, con cierta experiencia en Cirugía Bucal, que le permita realizar la rehabilitación del vestíbulo bucal en el paciente parcial o totalmente desdentado.

CAPITULO III

RESEÑA BIBLIOGRAFICA

RESEÑA BIBLIOGRAFICA

Esser en 1917 (45) publica su estudio de cirugía plástica de la cara donde plantea la utilización de la piel en cirugía bucal.

Pickerell (46) en 1919 presenta los injertos de piel intrabucal para la estabilidad del surco bucal. Gillies citado por Guernsey (29) de Oxford (1920), publica su cirugía plástica de la cara donde se ocupa de técnicas para vestibuloplastía.

Kazanjian (48) en 1935 consigue una de las técnicas más empleadas y modificadas posteriormente para vestibuloplastías, en especial mandibulares. De estas modificaciones la de Clark (37) 1953 es la más conocida aunque ya Godwin (30) en 1947 había publicado su modificación y Cooley (33) en 1952 presenta su propuesta que trata de obviar las desventajas de la Técnica de Kazanjian. Modificación ésta muy similar a la que presenta Sindley (1941) citado por Howe (28) quien a su vez en 1965 vuelve a modificar la vieja técnica de Kazanjian. Mientras esto sucedía en E.E.U.U., en Europa Pichler (5), Trauner (49), Wassmund (51), Rehrmann (52), Schuchardt (11), cubrían en la década de los años 40 y 50 con sus proposiciones sobre el tema.

Kruger (19) publica en 1958 una interesante revisión de las técnicas más conocidas hasta ese momento, con precisiones sobre sus desventajas.

Creo que estos años marcan toda una etapa en la cirugía paraprotética. En nuestro medio es Ries Centeno (10) el que simplifica en tres posibilidades las técnicas conocidas.

Es para nosotros, como lo indica Starshak (9) con la conferencia dictada por Obwegeser en 1966 en la Sociedad Americana de Cirugía Bucal, que se inicia una nueva etapa renovando sus-

tancialmente la anterior. Este autor pone en conocimiento de los americanos los tratamientos que desde hacía muchos años, se practicaban en el Instituto Dental de Zurich.

Su vestibuloplastia submucosa publicada en 1959 (43) es realmente original y modificatoria de las hasta entonces conocidas. Obwegeser (47) logra reunir las técnicas conocidas y extrayendo sus propias conclusiones presenta métodos propios y originales. Tratando de lograr una sistematización de las indicaciones, Mac Intosh (20) (1967) publica, en conjunto con aquél, un meduloso plan de técnicas contemporáneas, en donde los injertos de mucosa comienzan a competir con los de piel. Maloney (1972) (55) en 1974 (23) trata de simplificar los injertos. Obwegeser y Schuchardt (9) en búsqueda del injerto ideal, habían trabajado con duramadre liofilizada. Wallenius (56) presenta en 1963 su técnica submucosa "a cielo abierto", con la variante de las suturas infraperiósticas, buscando eliminar el uso de apósitos post-operatorios.

Corominas Villafañe, Di Gianantonio y el que suscribe (44) 1978 publican el método aplicado durante muchos años en nuestra Cátedra, que propone el uso de una férula reducida de acrílico como apósito post-operatorio.

Es de hacer notar que paralelamente varios de los autores citados y otros, se preocupan en mejorar las posibilidades de los rebordes edéntulos, con injertos óseos y/o cartilagosos. Además desde aproximadamente los años 40 (8), Murel en su libro describe trabajos sobre implantes metálicos y de otros materiales que hoy han vuelto a tratar de modificarse, en los Congresos y publicaciones.

Como nuestra investigación no gira sobre este tema que necesita lógicamente un tratamiento aparte, el mismo no es

citado en nuestra revisión.

Por su parte, la opinión de los protesistas siempre ha sido con tendencia desfavorable en lo que hace a las profundizaciones de surco. Así Saizar (57) considera que las molestias propias de una intervención no se justifican, en función del paciente, quien al poco tiempo encuentra que el terreno ganado se ha perdido en su gran mayoría.

Laskin (35) 1970 usa un procedimiento esclerosante en la hipermovilidad de rebordes, buscando evitar la cirugía.

Loo (58) 1958 trata de preservar los rebordes, con el uso de dentaduras inmediatas.

De todas maneras es Obwegeser (20) quien admite una pérdida segura de más del 50% de lo obtenido quirúrgicamente, aconsejando exagerar las profundizaciones, cuando el terreno lo permita.

En nuestros días la tendencia observada en los protesistas, es la de eludir los tratamientos quirúrgicos en base a técnicas de impresión con un bagaje siempre renovado de materiales y acondicionadores de tejido (64), Saizar (66) en su último libro afirma que "el uso de acondicionadores de tejidos son un excelente complemento para el reajuste de prótesis completas desadaptadas".

Queda así sintetizada nuestra investigación bibliográfica sobre el tema.

CAPITULO IV

SINTESIS ANATOMICA

SINTESIS ANATOMICA

a) DESCRIPCION DEL VESTIBULO BUCAL NORMAL

Los anatomistas denominan como tal al espacio virtual que se encuentra comprendido entre las arcadas dentarias superior e inferior, los labios y mejillas, (1,2,3,4).

Con los dientes en oclusión los procesos alveolares forman la pared posterior, siendo los labios y mejillas la pared anterior, ambas de recorrido semicircular de acuerdo al perfil facial. Entre ambas paredes quedan entonces comprendidos los Surcos Vestibulares superior e inferior, cuyo límite apical cerrado por mucosa, corresponde a la reflexión que los músculos peribucales realizan, para buscar su inserción fija (2). Estos surcos, se encuentran comunicados con la cavidad bucal propiamente dicha a través de los surcos hamulares y por supuesto ampliamente comunicados en todo su recorrido cuando las arcadas se encuentran abiertas. Por otra parte su recorrido se interrumpe en la línea media y a nivel de las zonas caninas por la presencia de los frenillos medios y laterales. Clínicamente, se describe a las diferentes características de los tejidos que los recubren: semimucosa, mucosa móvil y encía. La primera se encuentra en la parte libre de los labios en continuidad con la piel, la móvil en los fondos de surcos propiamente dichos diferenciándose suavemente con aquéllas y en forma bien definida con la encía, por la línea de inserción que divide dos coloraciones distintas, rojo vinoso y rosa pálido, respectivamente.

Citemos por último el detalle topográfico que sucede en la pared interna de ambas mejillas frente al cuello del primer molar superior: el orificio del conducto de Stenon.

b) ANALISIS DE LOS PROCESOS DE REABSORCION DE LOS REBORDES RESIDUALES A PARTIR DE LA EXTRACCION DENTAL

Aprile (2) cita dos distintos momentos a los cuales denomina a) proceso de cicatrización y b) proceso de neomodelación.

a) Proceso de cicatrización

Se define "como un fenómeno biológico que ha de conducir al cierre de la brecha ósteomucosa". A su vez el autor sub-divide a este momento en dos períodos: uno primario inmediato a la extracción que incluye fenómenos visibles y otro posterior de manifestaciones menos notorias que termina con la reconstrucción definitiva del hueso alveolar.

Los pasos del primer período son: 1) Formación del coágulo. 2) Eliminación del suero y retracción del coágulo. 3) Epitelización que comienza con el fenómeno de reptación que realizan los bordes de la herida mucosa. 4) Organización del coágulo en base a la actividad de la fibrina. 5) Invasión de fibroblastos provenientes de los restos periodónticos que determinan la aparición de una trama colágena y la posterior licuefacción de la fibrina. 6) Aparición de neocapilares. 7) Calcificación endoconjuntiva. 8) Resorción de las tablas determinada por el tironamiento que efectúa la trama colágena y 9) Diferenciación de la encía que adopta las características de la encía adherente.

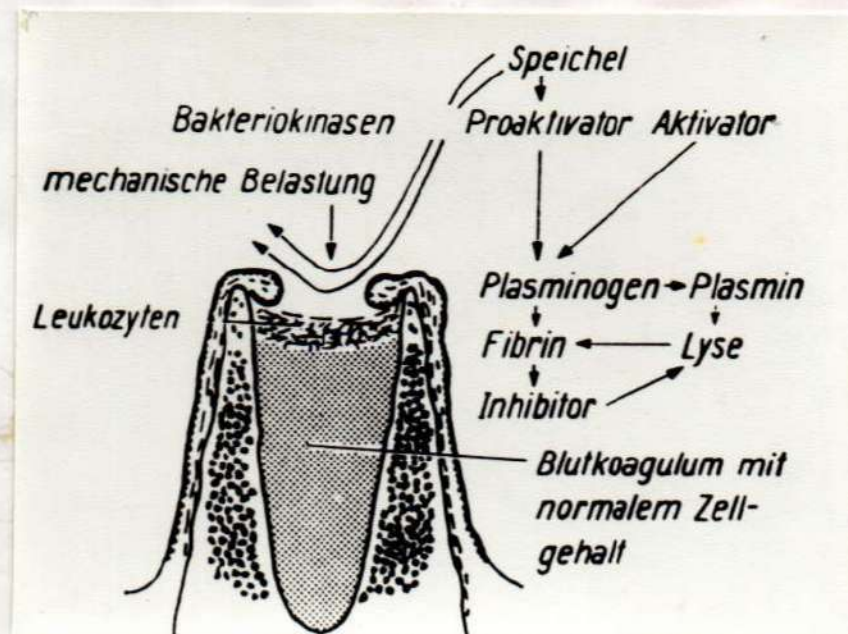
En el segundo período al estar cerrada la brecha mucosa no presenta manifestaciones visibles pero sin embargo la actividad ósea continúa hasta la reparación total de la trama, hecho que puede observarse radiográficamente.

b) Proceso de neomodelación

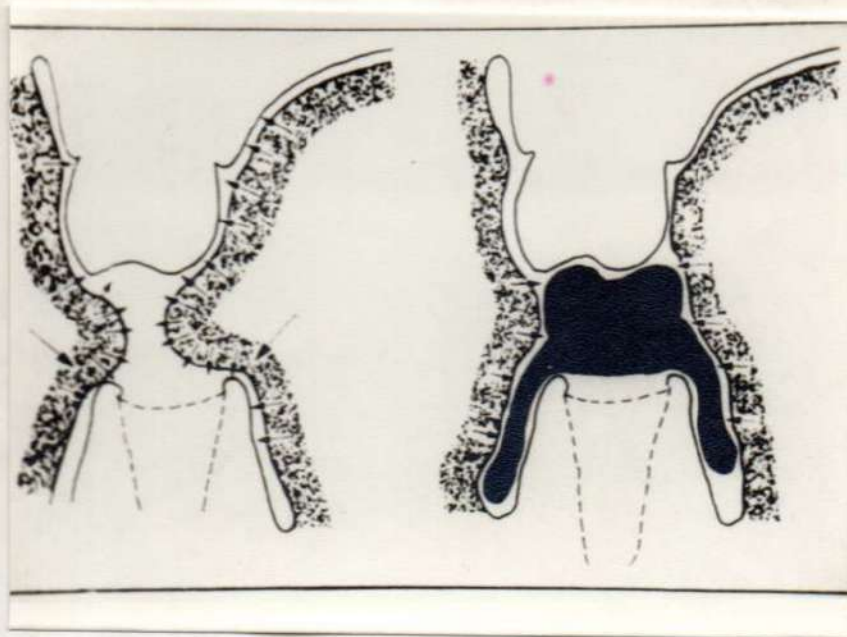
Corresponde a la transformación lenta, casi imperceptible, que sufre el hueso con el progreso de la edad.

Starshak (9) distingue cuatro fases en la cicatrización post-extracción dentaria y las llama:

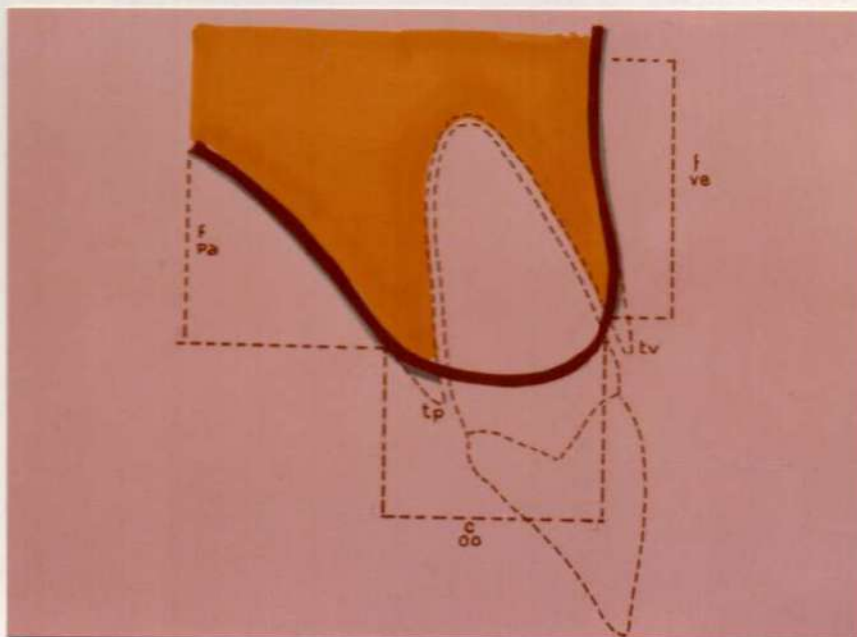
- 1.- Coagulación: un coágulo llena el alvéolo.
- 2.- Organización: se forma tejido conectivo joven dentro del coágulo reemplazándolo.
- 3.- Osidificación: se forma hueso nuevo, grueso y fibrilar hasta llenar el alvéolo sobre las fibras del tejido conectivo joven.
- 4.- Reconstrucción: hueso maduro laminar reemplaza el hueso inmaduro.



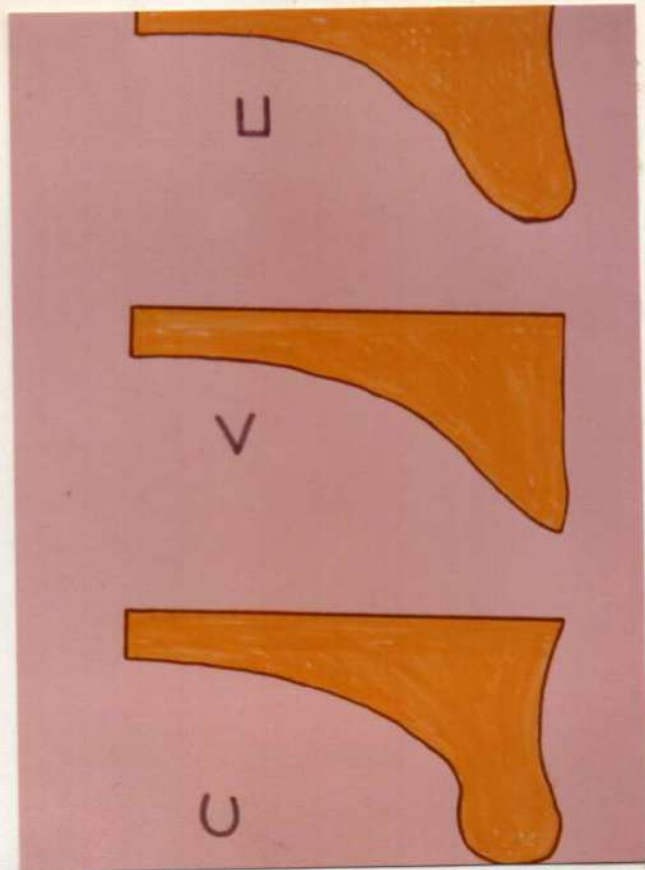
Esquema del texto de G.Frenkel (12) que muestra el proceso de "cicatrización alveolar" a través del llamado Sistema Fibrinolítico. Observar como diseña la protección de las crestas alveolares con los bordes gingivales.



Esquema del mismo autor mostrando la importancia de la reposición protésica inmediata en el proceso de neomodulación.



Esquema de un corte sagital de Proceso Alveolar Residual según Aprile. t.v. tabla vestibular; t.p. tabla palatina; c.oc. cara oclusal.



Esquema de diferentes tipos de Rebordes Residuales en U el más apropiado. En V de cresta fibrosa extrusiva y traumatizante para la fibromucosa, en C con espacios negativos para la adaptación de los flancos protésicos.



Vista frontal de ambas mandíbulas desdentadas



Vista lateral

Schuchardt y Frolich (11) dicen al respecto que "se favorece la cicatrización de la herida de la extracción y el relleno del alvéolo, por nuevo hueso neoformado, cuando se aproximan a favor de un punto de sutura los ribetes gingivales oral y vestibular".

"Tales puntos de sutura bastan por sí solo para conservar tanto la forma, como altura y prevenir las reabsorciones excesivas de los procesos alveolares". "W.Meyer demuestra histológicamente que la presión de los bordes gingivales mediante el punto de sutura favorece notoriamente la neoformación ósea en la entrada del alvéolo", (63).

Nosotros creemos que la seriedad de la Escuela Alemana en sus investigaciones obvia entrar en discusiones con respecto a la necesidad o no de la sutura post-extracción y no habiendo ningún justificativo quirúrgico para obviarla se debe promover desde la formación de pregrado la rutina del paso quirúrgico de síntesis; dejando perfectamente aclarado que el solo

acercamiento (no promovemos la osteotomía sistematizada de crestas alveolares para lograr el cierre), es suficiente para cumplir con el principio de prevención (12). Lo descrito, válido para un complejo alvéolo dentario, cuando es generalizado produce la atrofia del reborde alveolar.

Analizados en una vista en conjunto cuando extraen los dientes, el reborde alveolar al perder su función primaria, comienza a reducir el tamaño total y su arquitectura trabecular interna. Esta contracción concuerda en todo con la fisiología general del hueso, tal como lo afirman Sicher y otros, (3).

Pietrovski y Massler (1967) (50) con modelos seriados de yeso registraron la reabsorción del reborde alveolar, determinando que tanto en el maxilar superior como en el inferior, el hueso vestibular se reabsorbe más que las tablas palatinas y linguales, haciendo que la cresta de los dos rebordes se mueva medialmente a medida que avanza la reabsorción.

Al observar la inclinación axial de los dientes naturales del cráneo humano, es fácil ver la dirección de la reabsorción alveolar y la resultante reducción del tamaño del reborde si se extraen los dientes. Por lo general, los dientes superiores se desplazan hacia abajo y afuera; por lo tanto, la reabsorción post-extracción se produce hacia arriba y adentro. La tabla cortical externa es más delgada que la tabla interna; de modo que la reabsorción de la cortical externa es mayor. Cuando el reborde superior se reabsorbe, el hueso maxilar se reduce en todas direcciones; en consecuencia, la superficie de soporte de la prótesis resulta más pequeña.

"Por lo general, los dientes anteriores inferiores se inclinan hacia arriba y adelante, mientras que los dientes posteriores tienen posición vertical o se inclinan levemente hacia

lingual. La cortical externa es, por lo común, más delgada que la cortical lingual, excepto en la zona de molares. En consecuencia, cuando el reborde inferior se reabsorbe después de las extracciones, la cresta de la parte anterior del reborde alveolar se desplaza hacia atrás y el medio, mientras que las crestas de las partes posteriores del reborde permanecen invariables o parecen desplazarse levemente hacia los costados", (2).

"La dirección y la magnitud de la reabsorción alveolar afecta no sólo el tamaño de las superficies de soporte de las prótesis de los dos maxilares, sino también cambia la relación máxilo-mandibular. Cuando el arco superior se estrecha, el arco inferior permanece estático o se ensancha levemente. Cuando la diferencia entre los tamaños de la mandíbula y el maxilar superior se hace muy grande, la estabilidad de la prótesis está notablemente afectada", (9).

c) DESCRIPCION DEL VESTIBULO BUCAL EN EL DESDENTADO

Su estudio lo referiremos a:

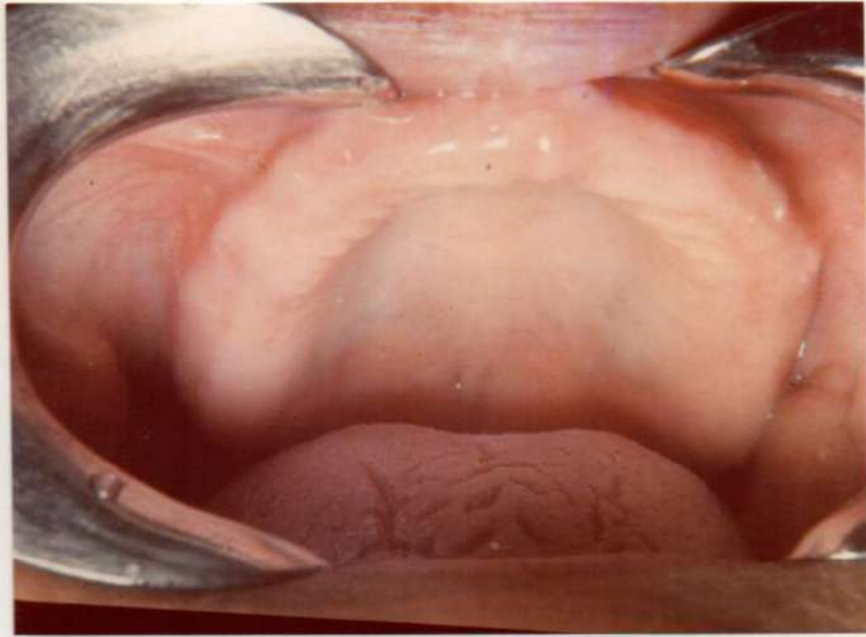
- I) Parte ósea - Rebordes alveolares residuales.
- II) Partes musculares - Musculaturas paraprotéticas vestibular.
- III) Recubrimiento mucoso - Rebordes alveolares y surcos vestibulares.

I) Parte ósea - Rebordes Alveolares Residuales

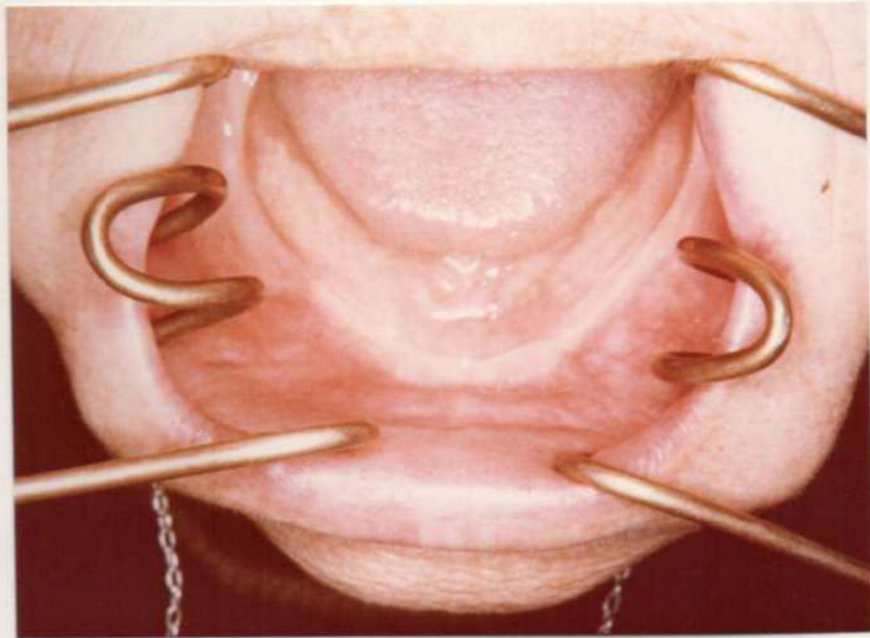
Evidentemente que debemos llamarlos rebordes alveolares residuales pues nos referimos a aquéllos, una vez que se ha producido la pérdida del complejo alvéolo dentario in-toto, cual quiera haya sido la causa individual o de conjunto de la pérdida de dicho complejo.

Se lo describe con tres caras o flancos denominados vestibular, palatino o lingual y oclusal (2). Las variadas posibilidades de presentación de éstos estará condicionada por las características que poseían con las piezas dentarias, por las causas patológicas de la extracción y por la magnitud del trauma quirúrgico. Pero en general, observando desde oclusal, tienen sin lugar a duda una forma franca de herradura con las conocidas variantes: triangular, cuadrada y ovoide. Más importante a los fines de la prótesis es la forma que presenta un reborde al corte transversal (vestíbulo-palatino o lingual) Costoyas Rodríguez, citado por Aprile, describe estos tipos clásicos: "U", "V", "C" acostada (2). De estas formas la en "U" es la más favorable desde el punto de vista protético, por cuanto ofrece un plano de inserción cómodo. La forma de "V", generalmente corresponde a desdentado de vieja data; para la prótesis es inadecuada tanto por su forma extrusiva, cuanto por la mucosa que recubre el reborde. Esta mucosa crónicamente traumatizada, termina por formar un cordón fibroso, generalmente móvil, que evidentemente no contribuye a la retención. Los tipos de rebordes con forma en "C" son los más inadecuados (llamados rebordes cuneiformes) que al solo observarlos clínicamente e imaginar un corte sagital del mismo se desprenderá la imposibilidad de un sellado periférico correcto.

También debemos considerar los llamados casos mixtos en donde se encuentran 2 ó 3 tipos de rebordes como los citados. Es indiscutible que la mayor o menor antigüedad y el tipo de las extracciones dentales darán las diferentes posibilidades; además, es por todos aceptados que estadísticamente se realizan primero las extracciones de los elementos posteriores, quedando para una década más avanzada la necesidad de extraer los elementos ante-



Maxilar superior con rebordes residuales favorables a la prótesis.



Paciente con prótesis inferior confortable. Terreno protésico sin anomalías. Vestíbulo bucal poco profundo pero extendido y depresible.

riores, más concretamente de canino a canino, que por otra parte la conservación parcial del pilar anatómico llamado pilar canino hace, con la reabsorción lógica que sufre el sector posterior, se formen fuertes escalones que marcan desniveles apreciables en la topografía de los rebordes residuales.

Con respecto a la altura de los rebordes residuales tendríamos factores condicionantes locales y generales. Entre los primeros citaremos: a) la mayor o menor antigüedad de las extracciones; b) de que éstas hayan sido motivadas por causas que hubieran determinado o no lesiones óseas; c) del tipo de extracción realizada; d) de que se haya efectuado prontamente o con mucho retraso la reposición protética; e) que no se haya renovado el asentamiento de la prótesis que con el tiempo tienen una estabilidad inadecuada. En cuanto a los factores generales citaremos como causas a la edad del paciente, el sexo, tipo de alimentación, metabolismo del calcio, patrón genético, etc.(2,3,4).

Corresponde analizar a continuación a través del estudio topográfico vestibular la parte ósea de cada mandíbula individualmente.

Topografía ósea vestibular: Mandíbula Superior - Maxilares Superiores.

Observando una mandíbula superior desde el vestíbulo, podemos describir el contorno del reborde desde los surcos hamulares hacia la línea media. Estos son dos hendiduras ubicadas en sentido transversal con la longitud aproximada de 10 mm oscilando su diámetro ántero-posterior entre los 5 y 10 mm siendo variable su profundidad. Esta se relaciona con la mayor o menor altura de la tuberosidad del maxilar, denominación ésta que se le da a las prominencias bilaterales que constituyen las reliquias de los alvéolos de los molares. Aquella profundidad del surco hamu-

lar depende también de la topografía de la tuberosidad del maxilar. Como es dable observar esta descripción tiende a confundir la región anatómica de la tuberosidad con las prominencias de tamaño y forma generalmente variables que abarcan las zonas de los tres dientes distales llamadas a su vez tuberosidades maxilares.

A nivel del alvéolo del primer molar o del espacio entre éste y el segundo se encuentra la cresta cigomato-alveolar determinada por la unión del arco cigomático con el cuerpo del maxilar superior. Esta puede poseer una base de implantación ancha o angosta dándose el primer caso cuando es más baja.

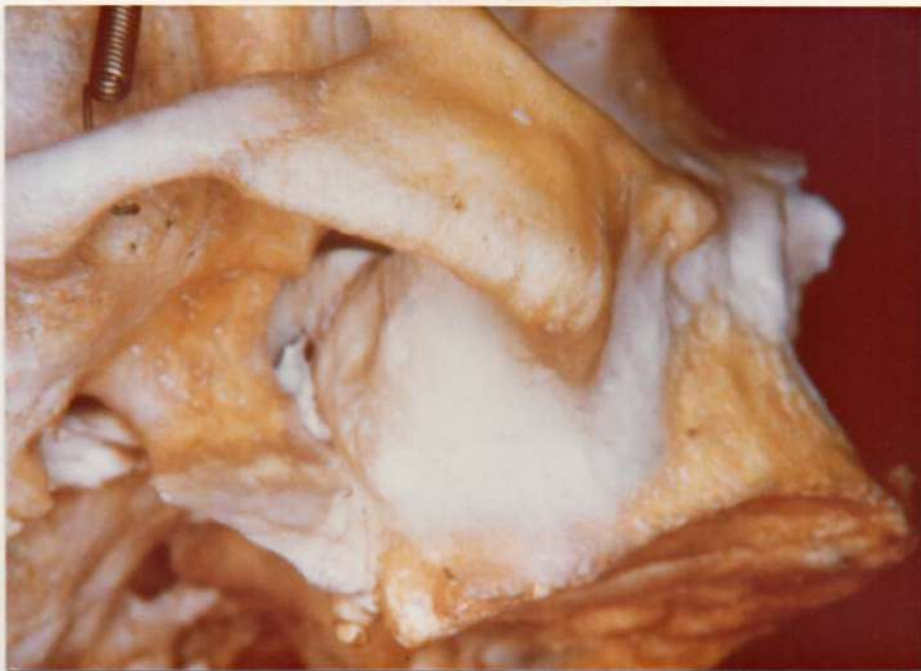
Es perfectamente conocido el hecho de que a mayor reabsorción del proceso alveolar resulta más íntima la relación de estas crestas o relieves con la zona de soporte de la prótesis. Cabe destacar aquí que este accidente o reparo anatómico constituye uno de los factores negativos más importantes para las profundizaciones de surco, habiendo dado lugar a técnicas complejas como las que preconizan su extirpación. Creemos que tales técnicas no están exentas de problemas.

En relación con esta zona posterior del reborde residual debe citarse la presencia en el interior del hueso, al seno maxilar (1,2,3,4). La relación de altura del piso del seno en los sujetos dentados se puede comparar en un nivel aproximado al piso nasal dependiendo este nivel del grado de neumatización alcanzado por el antro. El proceso de reabsorción sufrido en los desdentados determinará una pérdida de dimensión en el sentido vertical de la porción de hueso infrasinusal. En casos con grados importantes de neumatización del seno y de reabsorción avanzada de los rebordes quedará reducida esa dimensión a escasos milímetros (2).

Siguiendo más hacia adelante encontramos la eminencia



Vista frontal de Mandíbula Superior que muestra la relación del Reborde Residual con el piso de fosas nasales.



Observar la cercanía de la articulación cigomato-malar a la cara oclusal de un reborde residual con importante reabsorción.

canina, protrusión vestibular que acompaña la presencia de la raíz dentaria correspondiente. Sin embargo generalmente la encontramos poco pronunciada debido a que en realidad esta porción de tabla vestibular se adelgaza hacia cervical siendo arrastrada en la maniobra de luxación cuando se extrae el elemento dentario otras veces siendo más gruesa en cervical se observan fenestraciones a lo largo de la raíz lo que obliga a "limar" los bordes de estas dehiscencias cuando se extrae el canino, maniobra que se repite con la fractura de la tabla.

Hacia arriba, inmediatamente por debajo del reborde orbitario, se encuentra el agujero infraorbitario, reparo anatómico importante a considerar, cuando debemos por reabsorción pronunciada, llegar a sus proximidades con las maniobras que demandan las técnicas de profundización.

La articulación de las apófisis palatinas de los maxilares superiores en su parte más anterior y superior constituyen, la formación ósea llamada espina nasal anterior. Por encontrarse ésta, en los individuos dentados, a una distancia siempre superior a los 10 mm del fondo de los alvéolos de los elementos dentarios correspondientes, decimos con Aprile que solamente una reabsorción exagerada del proceso alveolar hará tomar relación directa a esta espina con el reborde residual (1,2,3). En estos casos las posibilidades de profundización se encuentran bastante limitadas.

En nuestra casuística dicha interferencia ha sido observada con bastante frecuencia y su ablación en situaciones no muy severas junto con la eliminación o traslado del frenillo labial, ha ampliado las posibilidades de retención.

Mandíbula Inferior - Maxilar Inferior

La superficie del vestíbulo se encuentra constituida casi totalmente por el reborde alveolar residual, al cual se le adiciona la región del canal y trígono retromolar. Su superficie considerada desde el plano oclusal es mayor que la superior por la incorporación de estas dos zonas. En lo que a su altura se refiere suele ser menor que la del superior por cuanto las reabsorciones son de mayor magnitud (3).

En la porción anterior la mayor reabsorción parece operarse siempre sobre la tabla vestibular lo que modifica sustancialmente su inclinación, la tabla lingual en cambio no sufre modificaciones de importancia (2,9).

En la zona de los molares debe reconocerse la influencia que ejercen las líneas oblicuas externas e internas que en muchos casos delimitan el grado manifiestamente mayor de reabsorción sufrida por los tabique intra e inter alveolares quedando diseñada entre sí un canal antero-posterior. En casos de reabsorciones menos exagerada se forma entre las dos y el espacio correspondiente a los tabiques una verdadera cara oclusal.

La mayor dimensión de la línea oblicua externa hace que sean menos notorias las modificaciones que en ellas se producen, siendo mucho más notable la que ocurre en la línea oblicua interna a la que podemos encontrar formando un verdadero balcón del maxilar inferior motivo de numerosas técnicas de profundización (2,3).

- En la superficie externa del cuerpo del maxilar inferior se ubica el agujero mentoniano cuyo mayor o menor grado de relación con la superficie protética dependerá del grado de reabsorción del proceso alveolar. Es común por lo tanto observar en individuos de avanzada edad e importante reabsorción que la posición de dicho agujero es limitante y hasta ocupa la cara oclusal del reborde.



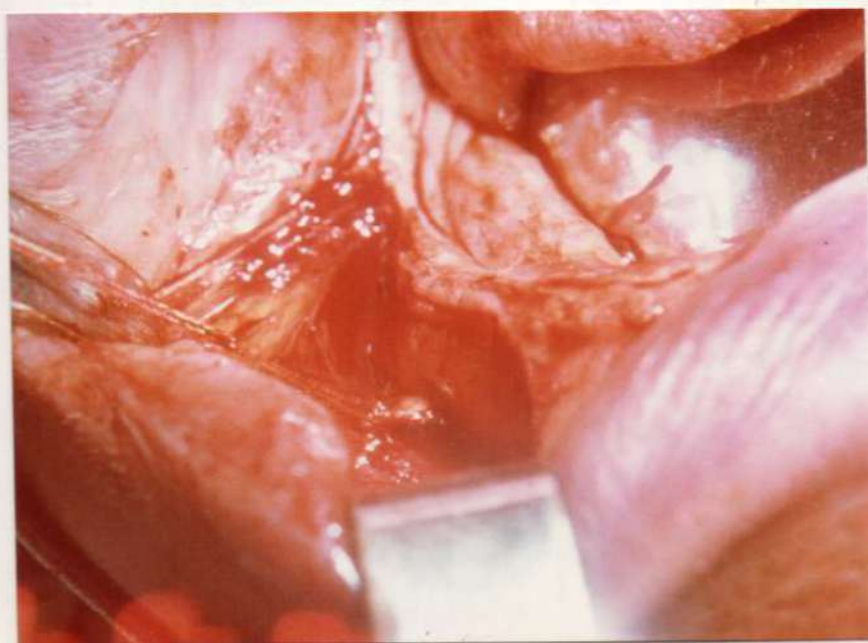
Vista frontal del Maxilar Inferior desdentado.



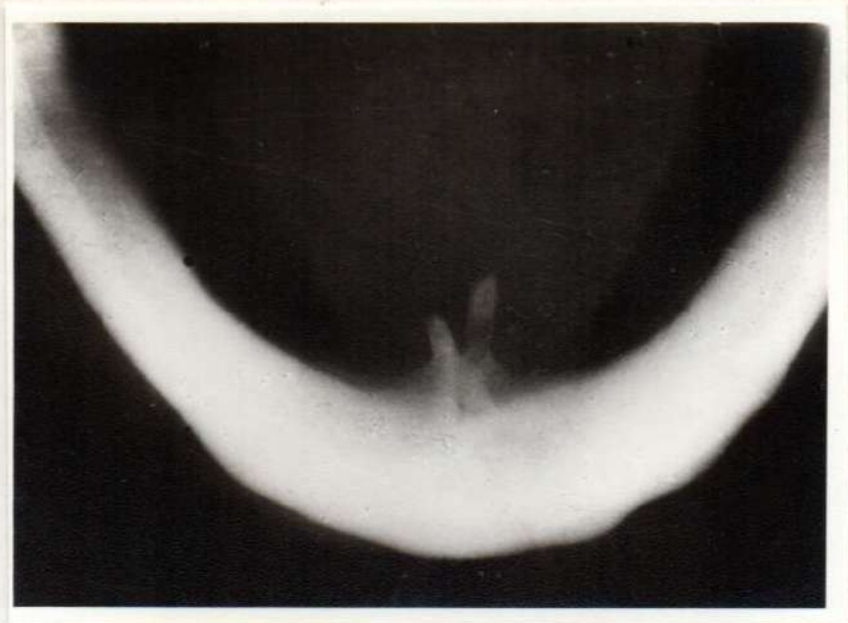
En vista lateral del Maxilar Inferior observar la formación de una verdadera cara oclusal en la zona posterior.



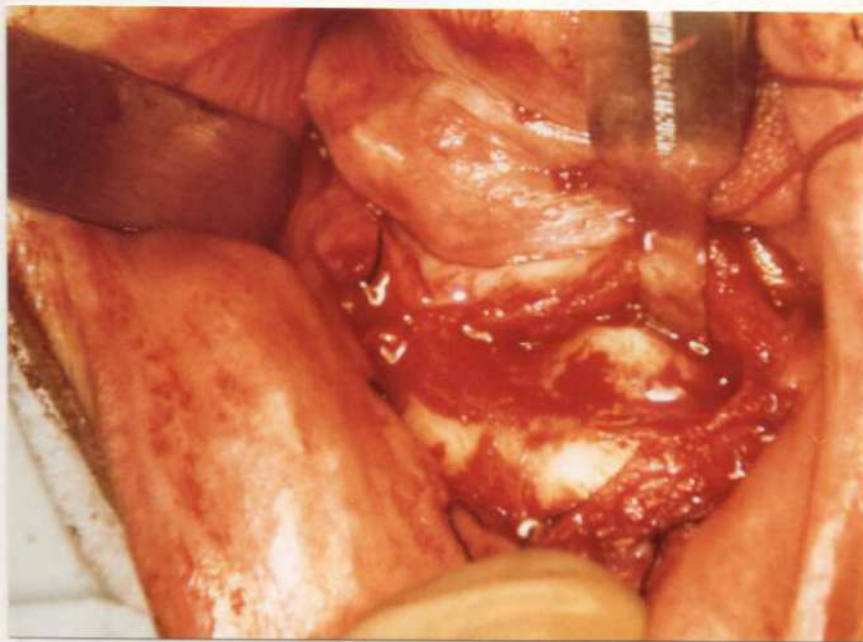
Vista de los orificios mentonianos en maxilar
desdentados con reabsorción pronunciada.



Disección del paquete mentoniano en sus relaciones
topográficas.



Vista Radiográfica de apófisis geni hipertrófica.



Momento de realización de una técnica de vestíbulo y linguoplastías simultáneas que permiten observar el bloqueo de la apófisis geni.

En la unión del cuerpo del maxilar, con ambas ramas ascendentes, como consecuencia de la bifurcación de la cresta temporal que se continúa con ambas líneas oblicuas, queda delimitado el triángulo retromolar.

En los maxilares desdentados estas superficies que hemos descrito con nombre de canal retromolar y triángulo retromolar, formarán inexorablemente una sola superficie anteroposterior, cuyo eje se va rotando más hacia lingual, a medida que se acerca a la rama montante, favoreciendo así la delimitación agresiva de su limitante interna, la línea oblicua correspondiente. Hecho muy tenido en cuenta en el diseño de las técnicas de remodelación de esta zona.

En lingual a nivel de la línea media se disponen las apófisis geni que presentan varias formas y tamaño pudiendo en caso de exagerada reabsorción tener influencia sobre la zona protética. Citamos este detalle lingual pues en algunas técnicas de vestibuloplastia dada la gran reabsorción, pueden estar comprometidas.

En cuanto al conducto dentario inferior se refiere el hecho de que en su porción distal, en los casos de importantes reabsorciones es donde tiene mayor vinculación con la superficie oclusal del reborde residual ya que su dirección es de atrás hacia adelante de afuera hacia adentro pero sobre todo de arriba abajo. Es muy poco frecuente que dicha vinculación oclusal sea íntima como para motivar fenómenos de compresión por parte de las prótesis.

II) Parte Muscular - Musculatura Paraprotética Vestibular

Las modificaciones que se producen en los maxilares desdentados hacen que la musculatura paraprotética no quede al margen de esas variaciones, de las cuales debemos destacar la

mayor o menor pérdida de altura del reborde residual; por cuanto a mayor reabsorción más se acercarán las inserciones y las masas musculares a las zonas de influencia protésicas llegando en casos extremos, la acción muscular a impedir o dificultar la sustentación protésica.

La descripción de la musculatura paraprotética la haremos en relación a los surcos vestibulares dado el motivo de este trabajo. Esta musculatura pertenece al grupo de los llamados músculos faciales por los anatomistas que tienen características generales comunes a todos ellos a saber: (4).

- 1º) Tienen una inserción ósea y otra cutánea o dos cutáneas.
- 2º) Inervados por el facial (VII Par Craneal).
- 3º) Contribuyen a la fisonomía como su nombre lo indica aun que también algunos de ellos participan en la primera etapa del proceso de masticación y fonación.
- 4º) No tienen aponeurosis excepto el buccinador.
- 5º) Se disponen alrededor de cavidades óseas.

Alrededor de la cavidad bucal tenemos el Orbicular de los labios* y a él llegan en forma más o menos variada los siguientes músculos:

Elevador común del ala de la nariz y del labio superior

Mirtiforme*

Canino*

Cigomático Menor

Cigomático Mayor

Buccinador*

Risorio de Santorini

Triangular de los labios*

Cuadrado del Mentón*

Borla de la Barba*

De ellos describiendo los que tienen relación con los surcos vestibulares (*) citamos a:

ORBICULAR DE LOS LABIOS

Como Winslow los consideramos en dos mitades semiorbiculares superior e inferior (1).

Semiorbicular superior

Sus fibras arrancan en su mayoría a derecha e izquierda de la línea media, de la cara profunda de la piel y de la mucosa labial. Describiendo asas de concavidad inferior se dirigen a las comisuras terminando en piel y mucosa, entrecruzándose con el inferior y fibras del Buccinador. A esta porción principal se le agregan cuatro fascículos accesorios (dos de cada lado) cuya inserción proviene del sub-tabique nasal y de la fosa mirtiforme respectivamente:

Ellos son:

Fascículo naso-labial y fascículo incisivo superior. La terminación se confunde con las fibras principales.

Semiorbicular inferior

Se inserta a derecha e izquierda de la sínfisis mentoniana, en la cara profunda de la piel y de la mucosa labial. De allí los fascículos describiendo asas de concavidad superior se dirigen afuera y arriba para terminar entrecruzándose en la comisura.

Al igual que el superior se halla reforzado por un fascículo de inserción ósea (desde la sínfisis mentoniana) fascículo incisivo inferior.

Relaciones

En cada uno de los labios el orbicular está cubierto

por la piel y un determinado número de músculos que son: el cuadrado de la barba, para el semiorbicular inferior; los dos elevadores del labio superior y el cigomático menor para el semiorbicular superior.

Acción:

. Constituyen un verdadero esfínter.

Fisiológicamente se estudian dos zonas con relación al orificio bucal: una externa (cierra y proyecta los labios hacia delante) y otra interna cierra y aplasta los labios contra los arcos dentales.

Por ende el orbicular coopera en una serie de actos tales como soplar, succionar, silbar, preensión de los alimentos, besos, pronunciación de ciertas consonantes llamadas labiales, etc..

Además de ésto, recordamos que ciertos número de fibras anteroposteriores que se encuentran en cada uno de los labios cerca de su borde libre, teniendo una inserción en piel y otra en mucosa, (descrito por Klein y Krause) y cuyo desarrollo es más pronunciado en el recién nacido y debe desempeñar acción importante en la succión. También digamos que el desarrollo de este músculo llamado recto de los labios, depende de la eversión de los mismos lo que nos explica el desarrollo que adquieren los negros cuyos labios son prominentes (1).

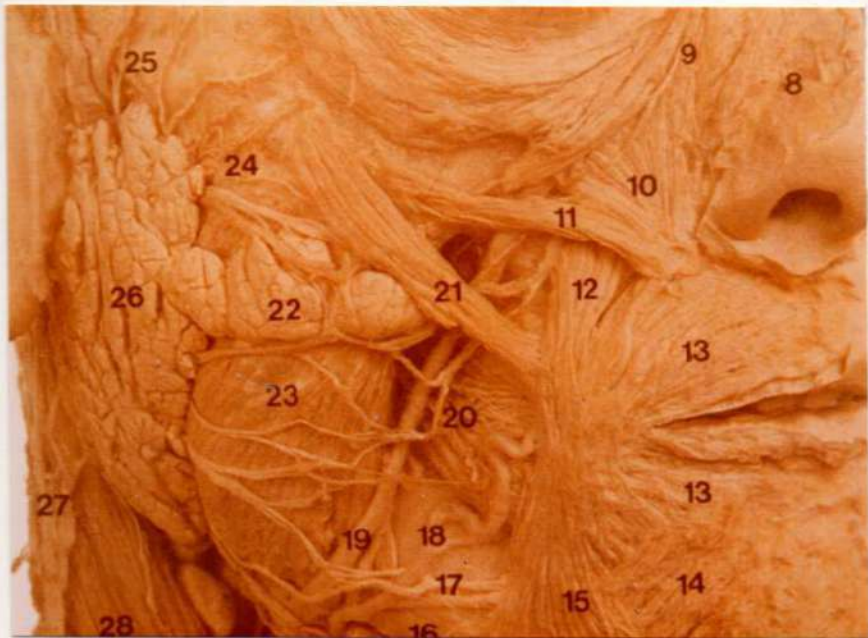
De la acción descrita y la importancia del músculo en la masticación y fonación se desprende la necesidad por parte del protesista, en todas sus maniobras de construcción e instalación de la prótesis, dejar lo suficientemente libre y adaptado este músculo, para facilitar su acción.

Mirtiforme:

Su inserción ósea es en la fosa del mismo nombre, la li



Disección del orbicular y triangular de los labios, al fondo el buccinador.



Vista general de los músculos faciales en relación con los surcos vestibulares (Atlas de Anatomía) (65).

bre se pierde en la reflexión de las fibras del orbicular. Sin trascendencia en el vestíbulo ni en el fisiologismo labial.

Canino:

Inserción en fosa canina y la móvil en la comisura. Su acción de levantamiento de ésta, eleva el surco vestibular. La importancia de ésta estaría dada, según describe Garino, por ser a veces el causante de la aparición de los frenillos laterales "aunque lo más común es que los mismos sean tal como el frenillo medio de estructura fibrosa (2).

Buccinador:

Aplanado, ancho y regularmente cuadrilátero. Está situado en la parte profunda de la mejilla entre los dos maxilares y la comisura de los labios.

Inserciones:

1º) Borde anterior del ligamento pterigo-maxilar.

2º) Borde alveolar del maxilar superior e inferior a lo largo de los tres últimos molares, de esta línea de inserción en forma de u las fibras alcanzan la comisura labial fijándose en la comisura de la piel y el tercio externo de los labios cubierto por la aponeurosis buccinatriz.

Dirección de tracción del Buccinador:

Si el buccinador se contrajera para elevar el maxilar inferior, sería casi imposible usar una dentadura inferior completa (66). Afortunadamente, la tracción en esta dirección es nu la y, por lo tanto, la dentadura inferior puede descansar sobre él. La inserción del buccinador a lo largo de la mandíbula está junto a la cresta alveolar en el cuello de los molares, cuando éstos existen. Cuando éstos se han perdido la inserción continúa junto a la cresta de la apófisis desdentada. Por esta razón el

músculo se convierte en una parte de la superficie de soporte. El conocimiento de hasta donde puede dilatarse este músculo, es el secreto de la ancha pestaña bucal, que es tan ventajosa en las dentaduras inferiores.

Cunningham, citado por Swenson (59) dice: "Existe una pequeña abertura en la parte inferior y posterior de este músculo, entre las fibras que salen de la tuberosidad del maxilar superior y las que se desprenden de la parte superior del ligamento pterigomaxilar y se curva alrededor del gancho para llegar al paladar blando".

El tamaño del espacio bucal junto a la tuberosidad está regulado por la terminación de la inserción sobre la tuberosidad. Si la inserción en el maxilar superior termina muy adelante, permitirá la formación de una pestaña alta y ancha de la dentadura superior en el espacio bucal: si llega muy atrás, el espacio bucal será bajo. El estudio de este espacio y su reproducción correcta con el material de impresión son de mucha importancia para la adaptación de la dentadura.

CUADRO DEL MENTON Y TRIANGULAR DE LOS LABIOS

Insertándose en la línea oblicua externa el triangular es más superficial que el cuadrado y se dirigen desde afuera hacia la línea media en búsqueda de la comisura y de la parte media del labio respectivamente. El cuadrado más profundo, está francamente adherido en casi toda su superficie al hueso.

BORLA DE LA BARBA

En la mayoría de los casos sin ninguna significación, sin embargo nosotros hemos podido observar hipertrofias importantes de este músculo que han obligado a su ablación.

Saizar, Luders y Aprile citados por Ries Centeno(10)

presentan un meduloso trabajo de disección de la musculatura vestibular que les permitió delimitar una línea imaginaria de inserciones. La llamaron línea 0, límite anatómico de la zona chapeable. Dicho límite se debe diferenciar del funcional dado por los puntos máximos hasta donde pueden ser rebatidas las masas musculares (por medio de las impresiones funcionales) sin interferir el sellado protésico.

III) Recubrimiento mucoso de las Areas Protéticas en ambos maxilares

La diferenciación de la mucosa bucal en el maxilar dentado que se realiza alrededor y en la proximidad del elemento dentario formando la llamada encía marginal y lenguetas interdentarias, poseen características diferenciables con respecto a la adherente. Con la desaparición de la pieza dentaria pierden su individualidad.

En el mecanismo de la cicatrización post-exodoncia, la solución de continuidad ósea es cerrada por la proliferación de la encía que se prolonga hasta recubrir el reborde residual, adquiriendo todas las características de la encía adherente. "Esta porción gingival presenta características propias con un color rosa claro levemente rugosa de muy firme consistencia y sólidamente adherida al periostio conformando en realidad una verdadera fibromucosa". "Su epitelio estratificado es grueso queratinizado y el corion exhibe la presencia de numerosos haces de fibras colágenas, con muy pequeña participación de fibras elásticas". "La submucosa, está poco diferenciada y hay escasa o nula cantidad de tejido glandular" (2). Este tejido es óptimo a los fines protético cuando es inmóvil por estar firmemente adherida al hueso.

"Cuando la reabsorción del hueso alveolar se torna pro

nunciada después de la pérdida de los dientes, también hay una pérdida generalizada de la encía. En caso de reabsorciones avanzadas sólo queda una pequeña cantidad de tejido gingival sobre la cresta del proceso alveolar. Si no fuera por ella, la mucosa de labios y carrillos se continuarían con la del suelo de boca" (9).

El resto de la mucosa bucal presenta fibras elásticas, en su corion en forma abundante con escasos haces colágenos recubiertos por una delgada capa de epitelio paraqueratinizado; la submucosa es laxa y abundante. Su color es distinto, de un fuerte color rosa oscuro, su consistencia blanda poco adherida al periostio lo cual le da características de tejido móvil. Su irrigación, mucho más abundante, es la causante de la fuerte coloración roja oscura.

En la parte anterior del rafe medio, encontramos la papila incisiva en relación al orificio bucal del conducto palatino anterior, formación fibrosa de tipo ovoidal de 6 a 8 mm de longitud por 3 a 5 mm de ancho y de 2 mm de altura. También a cada lado del rafe medio, se hallan los restos de las rugas palatinas que tienden a desaparecer en los desdentados."En la región de la tuberosidad se encuentra frecuentemente un espesamiento de la mucosa" (2).

En cuanto al reborde inferior citaremos la presencia de la papila piriforme, ubicada por encima del triángulo retromolar. Por último digamos que en ambos maxilares encontraremos los frenillos labiales medios y frenillos laterales, éstos a la altura de los pilares caninos a los cuales debemos agregar la presencia del frenillo lingual en el maxilar inferior. En general, estos frenillos determinan su inserción en la pared ósea no sobrepasando la línea imaginaria que divide a la mucosa bucal libre

de la encía residual adherente, clínicamente observable por la diferente coloración ya citada.

Estos frenillos están constituidos por una capa mucosa, por una submucosa y una túnica propia con inserciones a través del periostio a la tabla ósea correspondiente fija y otra móvil a la cara interna de los labios o carrillos según sean, centrales o laterales. Citando una diferencia en estas inserciones a nivel del frenillo lingual puesta que en éste lo hace en la pared ósea, se continúa en el suelo de boca separando ambas carúnculas sublinguales y continuándose en la cara ventral de la lengua.

IRRIGACION E INERVACION

La ubicación de los elementos vasculares y nerviosos no se diferencian de los maxilares dentados, cambiando sólo el grado de aproximación a las crestas correspondientes.

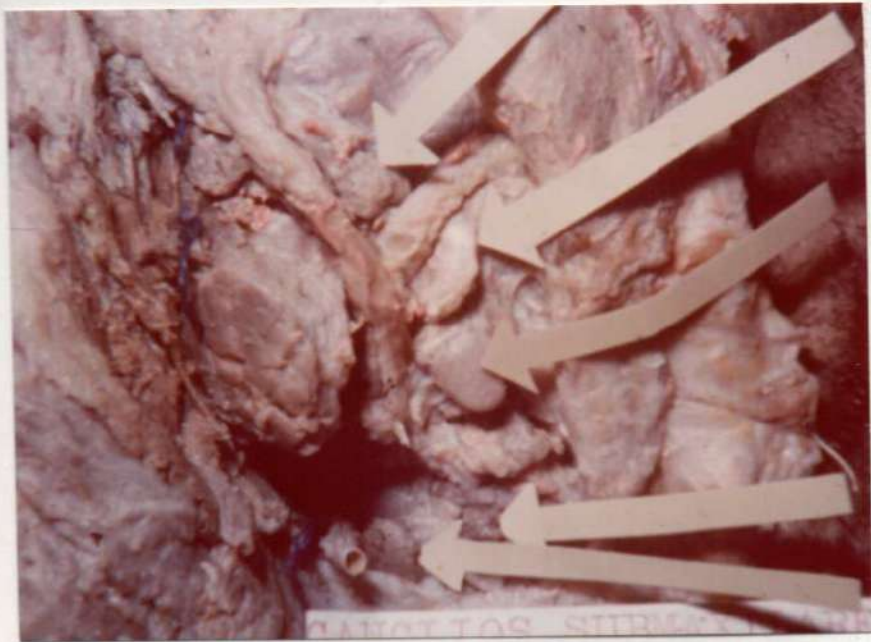
Hasta los trabajos de Bell se consideraba casi con exclusividad la importancia del aflujo sanguíneo por vía de las arterias que corrían en el interior de los huesos. Los vasos se originan en la arteria dentaria inferior o en su rama, la arteria incisiva para el maxilar inferior, y en las arterias dentarias anteriores y posteriores para el maxilar superior, lo cual significa que los alvéolos reciben el aporte sanguíneo desde la profundidad del hueso(1,2,3,4).

Cuando la porción alveolar se transforma en borde residual, persisten casi en su totalidad dichas arteriolas y por ello, sigue irrigado casi exclusivamente desde el interior, complementándose con participación del sistema periostal.

Pero es aquel investigador (21) que con motivo de las



Dissección: inervación e irrigación de los maxilares a nivel de la fosa pterigomaxilar, (preparado del Museo Anatómico de la Facultad de Ciencias Médicas).



Dissección de los ganglios submaxilares.

posibilidades de las osteotomías correctoras es que demuestra en 1970 que con sólo el mantenimiento del aporte de la irrigación mucoperiosteica, se mantiene la vitalidad de porciones importantes de ambos maxilares.

Topográficamente, en el vestíbulo, tienen relación los agujeros mentonianos, que ya citamos su posición en caso de grandes reabsorciones. Menor importancia topográfica-quirúrgica tienen los agujeros infraorbitarios, aunque en casos de grandes reabsorciones que necesiten profundizaciones a este nivel, deben ser ubicados para su aislamiento.

De los linfáticos citamos la presencia del plexo vestibular en Maxilar Superior que a través de los colectores vecinos a la vena facial llegan a los ganglios submaxilares. En mandíbula se repite el plexo vestibular aferente principalmente de los ganglios submaxilares y menos de los submentales.

Los preparados anatómicos óseos fueron cedidos para su estudio por el Prof. Dr. Pedro Olivares, Director del Instituto de Anatomía de la Facultad de Medicina de la UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA. Las disecciones fueron realizadas por el autor durante su estada como docente en la Cátedra de Anatomía de la Facultad de Odontología, siendo Profesor el Dr. Osvaldo Gumersindo Suárez (†).

C A P I T U L O V

T R A B A J O P E R S O N A L

A) MATERIAL Y METODOS

Se trabajó sobre pacientes que asistieron a la Cátedra de Clínica Quirúrgica II^º Curso, desde el año 1976 a 1980, y que presentaban alteraciones paraprotéticas de los surcos vestibulares.

A todos se les confeccionó la Historia Clínica correspondiente, cuyos números figuran en el cuadro general de evaluación. Estas se encuentran archivadas en la Cátedra.

Se pidieron análisis de rutina, radiografías laterales y panorámicas, en los casos que se necesitaba evaluar la importancia de la reabsorción.

Se tomaron impresiones en alginato a mínima presión para la confección de modelos de estudio.

Se realizó una clasificación, de la patología de los surcos vestibulares.

En base a estos elementos, se indicaron los diferentes planes de tratamiento que variaron desde el reposo protésico y rebase compresivo, hasta las diversas técnicas de vestibuloplastia estudiadas, con la fijación o no de apósitos post-operatorios y elementos diversos, hasta hoy conocidos (ligaduras circunferenciales, gasas, cementos, rebasados, acondicionadores de tejidos, etc.) evaluando sus ventajas, desventajas y resultados inmediatos y mediatos.

- De la experiencia que se extraía con la práctica de dichas intervenciones, se elaboraron las propias indicaciones quirúrgicas para el tratamiento de las diferentes patologías clasificadas, aprovechando las ventajas de práctica y resultado ofrecidas por las diferentes técnicas y comprobadas por nosotros, con las modificaciones que creímos convenientes. De éstas, el empleo

de la llamada Férula Reducida de Acrílico con Fijación a Tornillo, (F.R.A.T.) como apósito post-operatorio es a nuestro entender nuestro aporte más importante.

En el cuadro correspondiente que se adjunta, logramos sintetizar nuestro plan de tratamiento para lograr la meta que nos impusimos: "TECNICAS QUIRURGICAS SENCILLAS CON APOSITOS POST-OPERATORIOS SIMPLIFICADOS AL ALCANCE DE UN MAYOR NUMERO DE OPERADORES Y PRACTICABLES, CON EL MENOR RIESGO POSIBLE, PARA EL MAYOR NUMERO DE PACIENTES".

Como instrumental quirúrgico, se empleó el convencional para cirugía de tejidos duros y blandos. En los casos donde estaba indicada electrotomía, se trabajó con el aparato de ondas de alta frecuencia con circuito totalmente transistorizado, a potenciómetro horizontal, conocido como Electrocort 70 S.E. En el cuadro de evaluación que se adjunta, se asentaron los resultados obtenidos.

Finalmente se elaboró el Capítulo de Discusión, Resumen y Conclusiones.

a) CLASIFICACION DE LAS CAUSAS MAS COMUNES DE BLOQUEO DE LOS SURCOS VESTIBULARES

Entendemos que se puede cobijar bajo este título a diversas posibilidades patológicas o no, que por sus características plantean la necesidad de tratamiento antes, durante o posterior a la instalación de un aparato protésico.

Decimos patológicas o no, por cuanto del análisis realizado sobre el proceso de cicatrización y de neomodelación que sufren los maxilares después de la pérdida de los dientes, pueden dar como resultado, como vamos a observar, rebordes inadecuados.

cuados, para la adaptación de una prótesis.

Esto si bien no configura una verdadera entidad patológica, da origen a lo que podríamos llamar una patología funcional, al "bloquear" el terreno de sustentación de los aparatos protéticos que deben llenar los requisitos básicos para que su accionar sea lo más terapéutico posible, con respecto a los elementos remanentes, en los parcialmente desdentados y a su vez, no coadyuvar a la aceleración de la reabsorción de los rebordes en los edéntulos.

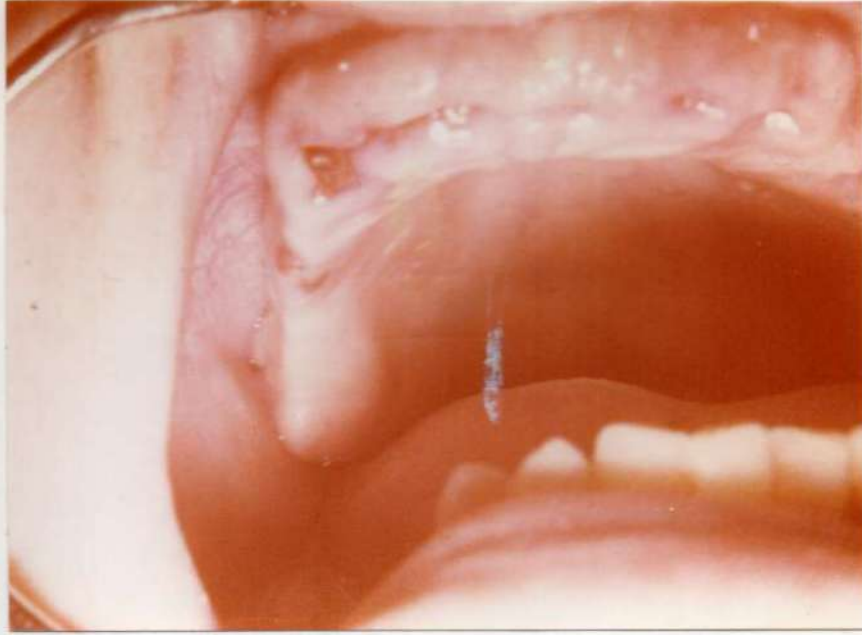
Y están las otras entidades, auténticamente patológicas con asiento en los tejidos blandos, que igual a los casos anteriormente citados, se producen debido a un tratamiento inadecuado recibido por los rebordes alveolares y tejidos blandos que lo recubren. También esto puede ser producido por el mal diseño, la mala adaptación, defectuosa estabilidad de la prótesis y falta de control a distancia para su reacondicionamiento o construcción de prótesis nueva.

Todos estos efectos producidos por causas protésicas o paraprotésicas dan como resultado lo que nosotros definimos en la introducción como bloqueo de surco y así podemos intentar una clasificación:

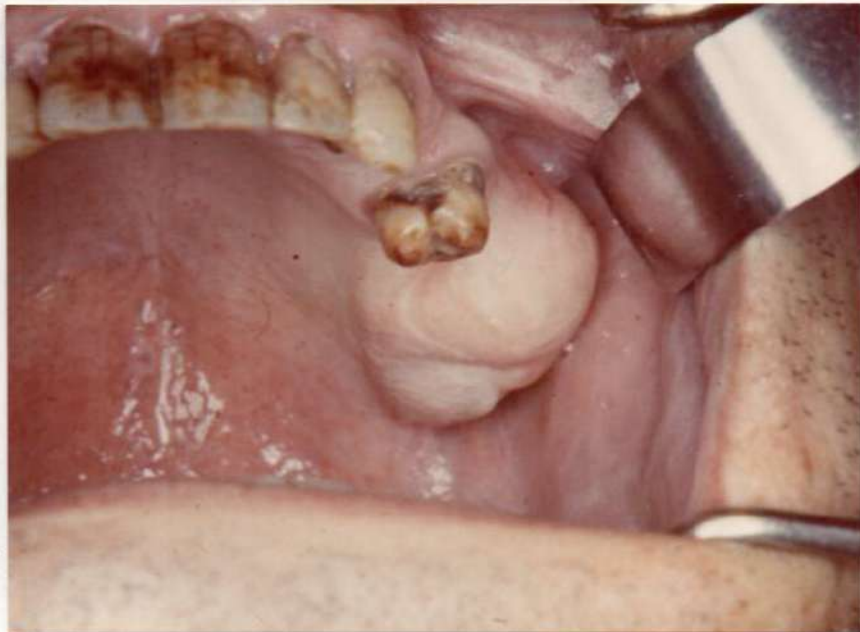
BLOQUEO DE SURCO

	Oseo	[Reborde residual con topografía inadecuada Por reabsorción avanzada	[Espina Nasal Ap.piramidal Ap.Geni Línea milohiodea
<u>Por su</u> <u>Natura-</u> <u>leza</u>	Muscular	[Inserciones cercanas a los rebordes	
	Mucoso	[Frenillos,bridas Hiperplasias Fibromas pendular	
	Mixta	[Combinación entre cualquiera de los anteriores	

DIFERENTES TIPOS DE BLOQUEOS



Rebordes irregulares prominentes que además de invadir el espacio vestibular presentan socavada su pared dejando espacios negativos al sellado periférico.



Osteoma - Tumor óseo benigno que imposibilita el asentamiento protésico.



Frenillo labial bloqueando el surco vestibular superior, acompañado de una lesión hiperplásica.



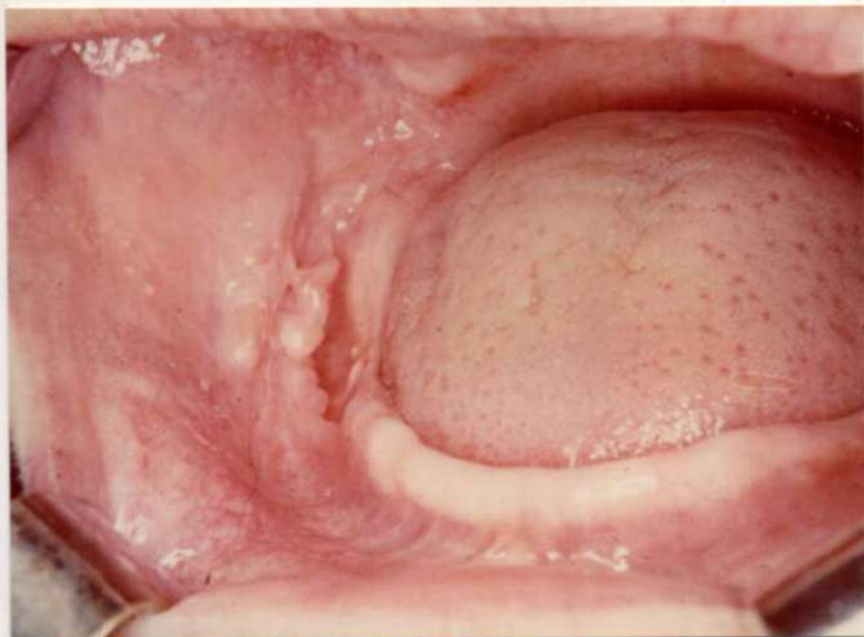
Brida lateral. La iatrogenia es su causa más frecuente.



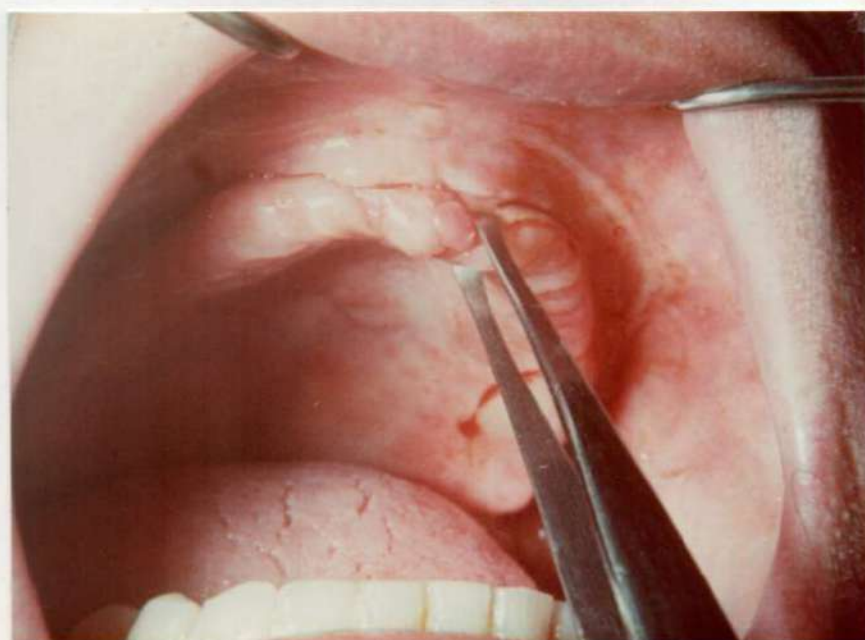
Bloqueo muscular por inserción alta e hipertrofia, del músculo borla de la barba.



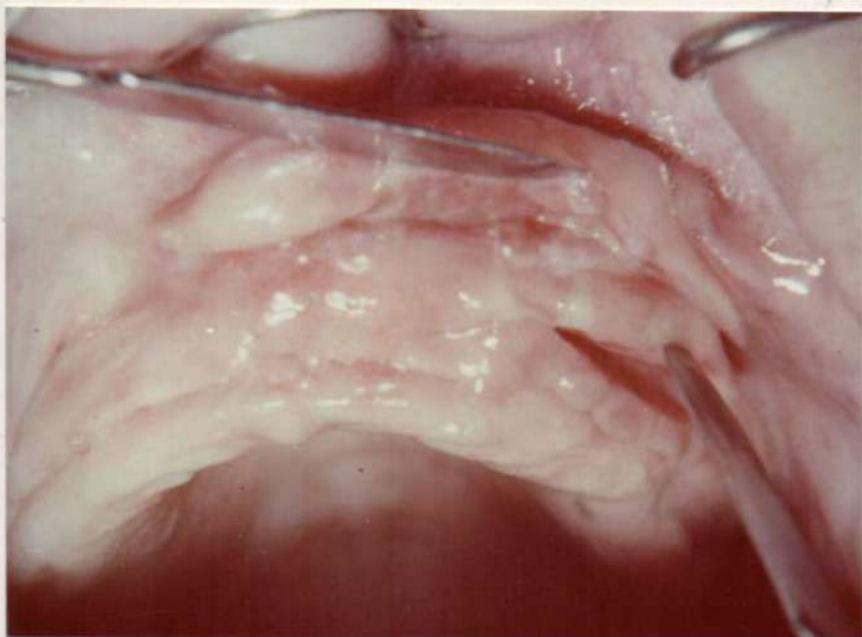
Típica hiperplasia pediculada, producida por reborde inadecuado y prótesis desadaptada.



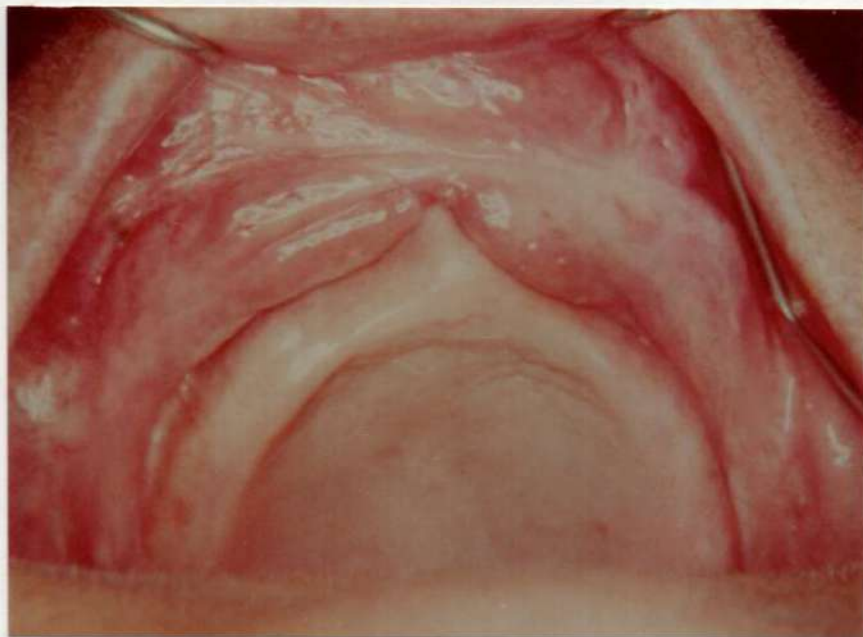
Lesión hiperplásica que presentaba las características de una verdadera banda fibrosa. Ocupaba el sector posterior del vestíbulo inferior.



Fibroma pendular. Cordón fibroso móvil que recubre toda la cresta de un reborde residual en "V", terreno apropiado para el asentamiento de esta lesión.



Hiperplasia Multilobulada con Fibroma Pendular



Bloqueo total de surco vestibular superior, por hiperplasia de tres sectores e inserciones cercanas al reborde.

Es indudable que de todas estas posibilidades de bloqueo de surco, son las Hiperplasias Paraprotéticas las causas más comunes de las necesidades quirúrgicas; por su sola presencia o acompañando cualquiera de las posibilidades citadas.

Por tal causa, hemos ampliado nuestra investigación sobre esta patología pasando a su descripción:

HIPERPLASIAS PARAPROTETICAS (9,10,11,12,14,15,16,25,26,27,58,59)

Definición: Respuesta inflamatoria a la irritación traumática producida por aparatos protéticos que desde su colocación adolecen de defectos de adaptación o sustentación, o que en el transcurrir del tiempo, perdieron estabilidad por diversos motivos.

Sinonimia: Este proceso tiene una larga sinonimia, lo hemos encontrado descrito en la literatura, bajo las siguientes denominaciones: hiperplasia inflamatoria, épulis granulomatoso (Thomas), hipertrofias marginales (Saizar), hipertrofias del surco vestibular (Ries Centeno), hipertrofia del tejido conjuntivo, cresta maxilar móvil, fibroma pendular (Schuchardt), fibroma lobulado (Axhausen), hiperplasia del muco-periostio alveolar (Archer). Bernier trata de simplificar las diferencias entre los términos Hiperplasia e Hipertrofias diciendo "que las tentativas por separar las dos reacciones, por lo menos sobre una base clínica, se han adoptado con la noción de que a menudo, se superponen" (25).

Repliegues y redundancia en los vestíbulos (Kruger), fibroma Periférico-Epulis fibroso (Pindborg), Hiperplasia fibrosa inflamatoria (Gorlin y Goldman), fibrosis del surco, épulis fisurado, épulis fibromatoso del surco, etc.

ETIOLOGIA Y PATOGENIA

Es indudable que la irritación mecánica es la causa

que determina la iniciación del proceso; ésta tiene que ser moderada, continua y, sobre todo, persistente.

Pensamos que debe existir además, un fondo predisponente orgánico pues se han observado pacientes con prótesis desadaptadas que no produjeron lesiones inflamatorias.

Además del fondo orgánico, sostenemos también a través de nuestra experiencia clínica que debe existir un componente psíquico, para que estos procesos se desarrollen y lleguen a adquirir, a veces, un tamaño inusitado.

No todos los individuos se comportan de igual modo ante la irritación que producen los aparatos protésicos; los sensibles exigen la inmediata corrección del problema y otros, por lo contrario, sobrellevan las molestias sin mostrar mayor preocupación. En esta forma, la irritación traumática de la prótesis, puede actuar el tiempo suficiente para que el proceso se establezca y evolucione creciendo cada vez más. No cabe otra explicación al estado en que algunos enfermos concurren a nuestra consulta; en varias oportunidades hemos podido observar hiperplasias fibrosas de tal volumen, que se traducen al exterior levantando el labio superior y base de la nariz.

Son necesarias ciertas condiciones, que dependen de la prótesis y del estado buco-dental, para que los aparatos protéticos actúen en forma traumática y produzcan la hiperplasia. Las resumiremos de la siguiente forma:

1.- Prótesis con aletas vestibulares de bordes compresivos, filosos o irregulares (éstas de por sí son capaces de producir la inflamación).

2.- Prótesis mal articuladas, sea en protrusión, retrusión o lateralidad. Esta situación puede encontrarse agravada por la anterior.

3.- Hábitos o vicios que movilizan la prótesis y producen irritaciones repetidas: bruxomanía, pellizcamiento o mordisqueo de labios, lengua o carrillos.

4.- Uso de pipas, ejecución de instrumentos de viento, etc.

5.- Prótesis de ganchos mucosos.

6.- Prótesis totales superiores, en bocas cuyo sector póste-ro-inferior (ambos lados) se encuentra desdentado. Esta situación resulta responsable del mayor número de casos y admite a su vez varias posibilidades:

- a) Cuando no se han repuesto los elementos ausentes.
- b) Cuando se han repuesto con prótesis sin topes de profundización o articuladas.
- c) Cuando se emplea en la reposición, dientes que se desgastan fácilmente.

Referido a lo anterior, se hace necesario el control periódico de estos pacientes.

Como ya dijimos, el proceso se inicia en el lugar donde la incidencia del trauma producido por la prótesis es mayor, y puede ocurrir en los días posteriores a la instalación de la prótesis, o después de transcurrido algún tiempo.

En el primer caso, la prótesis desde su colocación, adolece de defectos. La aleta vestibular comprime en forma continua los tejidos del surco. También puede producirse la compresión intermitente por la basculación; es común que se confundan ambos factores, el uno estático y el otro dinámico. Las HIPERPLASIAS RESULTANTES SON SIMPLES E INTERESAN UNICAMENTE EL VESTIBULO.

En el segundo caso, la prótesis después de funcionar bien durante un período de tiempo más o menos largo, pierde estabilidad y empieza a bascular. El hueso del proceso alveolar subyacente se reabsorbe por lisis; la prótesis se profundiza y su ale-

ta vestibular comprime los tejidos del surco. SE PRODUCEN ENTONCES HIPERPLASIAS COMPLEJAS QUE COMPRENDEN EL SURCO VESTIBULAR Y EL PROCESO ALVEOLAR. Su primera manifestación es una reacción inflamatoria evidente, que interesa mucosa, submucosa, y más tardiamente, periostio. Se encuentran presentes todos los síntomas característicos de la inflamación banal (dolor, rubor, etc.).

Si la irritación continúa, se produce en el lugar una úlcera de bordes ligeramente elevados.

Si se retira o alivia la prótesis el proceso regresa completamente; en caso contrario, del estado inflamatorio agudo se pasará al crónico, caracterizado por intensa infiltración linfoplasmocitaria y proliferación del conectivo. Estamos ya ante el proceso denominado hiperplasia inflamatoria, cuya evolución dependerá de la intensidad y duración del trauma.

Es común observar la complicación infecciosa del proceso que magnifica todos los síntomas; esto ocurre por la exacerbación del polimicrobismo bucal, favorecida por el exudado de las zonas ulceradas, la temperatura adecuada y el impedimento de la prótesis al barrido mecánico.

Una vez desarrollado el proceso y persistiendo la causa, el crecimiento continúa y la masa inicial única, de tamaño y forma variada, puede hacerse lobulada. Estas lobulaciones se superponen en forma de hojas de libro y es frecuente observar entre ellas, zonas ulceradas que corresponden al lugar donde estuvo insinuada la aleta de la prótesis. Marcan, a nuestro entender, distintas etapas de la evolución del proceso. Pueden aparecer también, en la vecindad del foco primario, otras formaciones similares que se extienden a veces, sobre la cara mucosa de los labios o carrillos.

Si en los primeros estadios del proceso, (ya lo dijimos

anteriormente), se suprime la irritación y la infección, la regresión del mismo puede ser total, pero si por lo contrario, la injuria continúa el proceso evoluciona hacia la fibrosis; pudiendo inclusive, ser asiento de precipitaciones cálcicas (26); cuando este estado se concreta, la supresión de los factores mencionados no tiene la misma significación, pues se consigue únicamente la regresión parcial a expensas de la desaparición del componente inflamatorio, quedando el fibroso. Después de haber controlado a algunos enfermos a los cuales se les retiró la prótesis durante varios meses, hemos comprobado que la fibrosis remanente a que hicimos mención, no desaparece por completo.

De acuerdo a lo que vimos, el comportamiento del proceso es similar al de otros que también asientan en cavidad bucal, como algunos épulis y formaciones poliposas, los que a pesar de sus características de crecimiento, forma, etc. que les dan aspecto de blastomas, son procesos inflamatorios reaccionales, que como ya lo expresamos, regresan o detienen su crecimiento, cuando se suprime la irritación que les dió origen.

Es interesante destacar que en nuestra experiencia no hemos observado ningún caso de transformación carcinomatosa, así como tampoco hemos visto ulceraciones cancerosas en su superficie. En la literatura consultada se citan algunas referencias al respecto, que no resultan muy convincentes (Schuchardt-Archer) (11,7) A.Keszler; R.E.Barros; F.V.Domínguez (26) en análisis de 147 biopsias sobre un total de 6777 de la Cátedra de A.Patológica de FOBA dicen: Diagnóstico: "Epulis Fisurado".

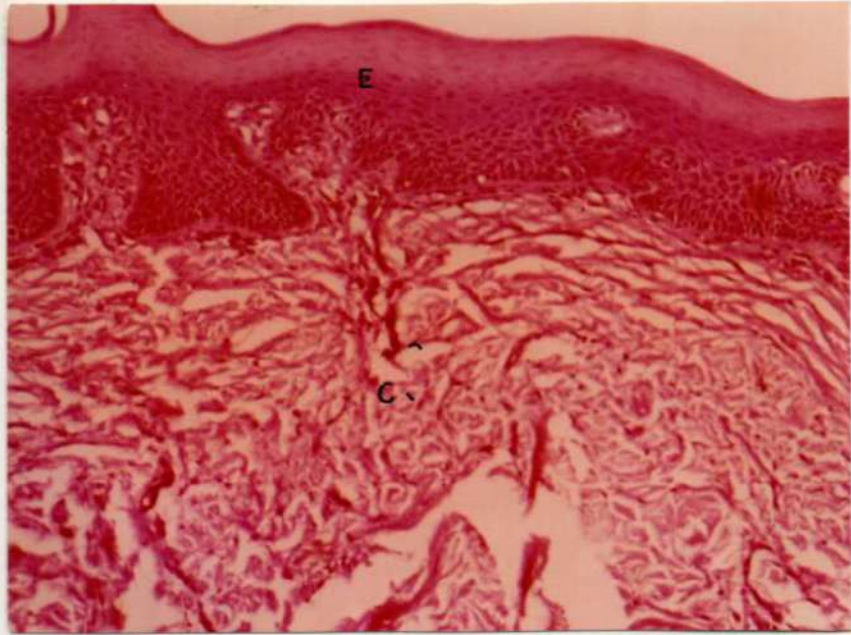
"Epulis fisurado (Hiperplasia paraprotética), mayor proporción de maxilar superior (70.9%) mandíbula (29.0%). Sexo 72.8% en la mujer y 27.1% en el hombre. Edad: desde 20 a 70 años con un pico máximo entre quinta y sexta década. El análisis sub-

jetivo del epitelio no arrojó impresiones destacables, conectivo denso en fibras colágenas siendo poco importante el número de ellas que se consideró más fibroelástico que fibrocolágeno. El componente inflamatorio fue moderado. Inconstante tejido mixoide y calcificaciones destacables en un 43.44% presencia de estructuras glandulas o dúctiles salivales de tipo mucoso, asociado a proliferación fibrosa".

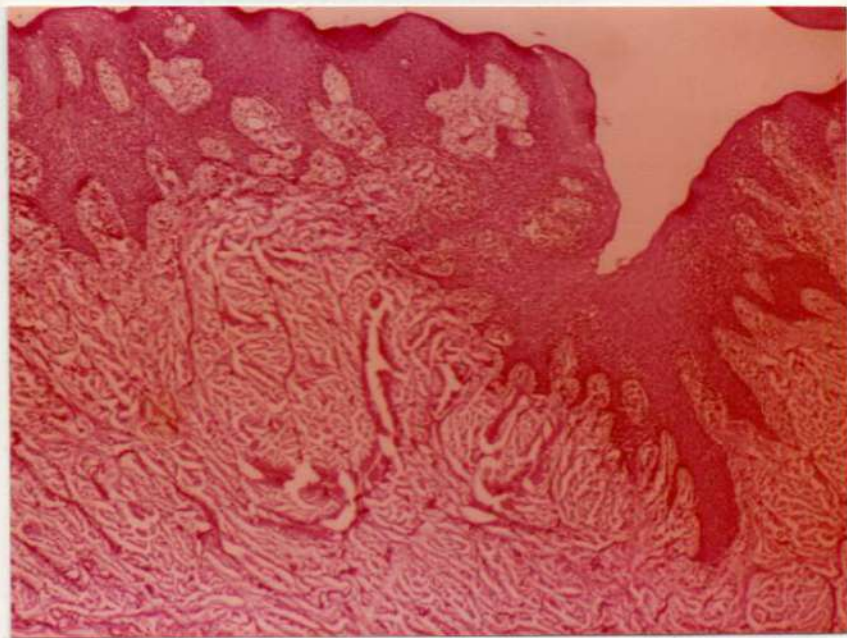
Por su parte Pindborg (27) afirma que aparece más a menudo en mujeres que en hombres y algo más presente en maxilar superior que en el inferior.

En nuestra casuística se han dado características semejantes a las citadas por estos autores.

Presentamos a continuación microfotografías de nuestras biopsias con el correspondiente informe anátomo-patológico brindado por el Prof.Dr.Gendelman de la Cátedra de Anatomía Patológica de la Facultad de Odontología de Córdoba.



A: Microfotografía (40 X) panorámica, para observar la hiperplasia fibrosa recubierta por epitelio estratificado hiperparaqueratótico.

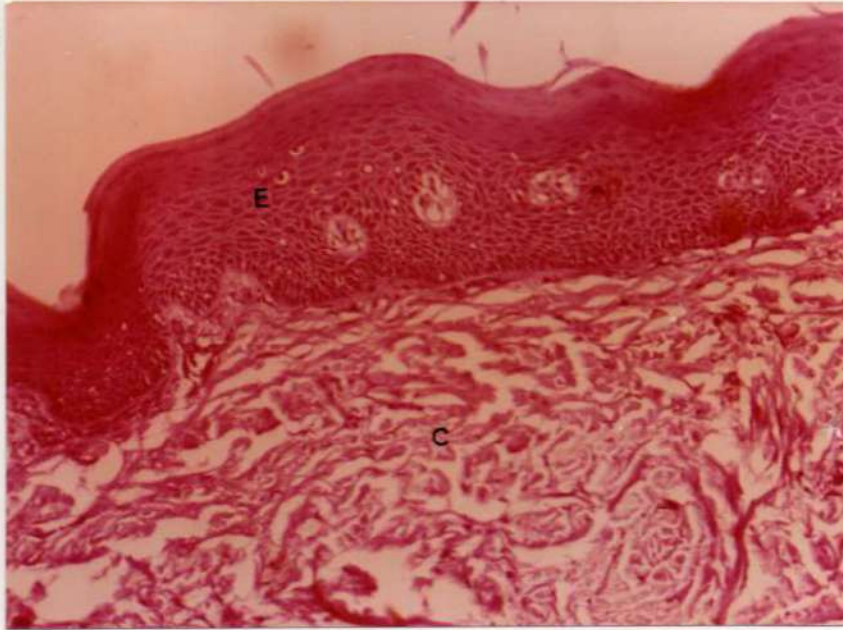


A': Trozo de mucosa cuyo epitelio pavimentoso estratificado presenta hiperparaqueratosis (E), mientras la submucosa muestra un moderado cuadro de hiperplasia fibrosa (C). (50 X).

DIAGNOSTICO: Hiperplasia fibrosa con hiperparaqueratosis en el epitelio.



A: Panorámica de un sector de hiperplasia fibrosa (C), epitelio hiperplásico (E), infiltrado inflamatorio crónico yuxtaepitelial (I) y porción de acinos de glándulas salivales accesorias (G).
DIAGNOSTICO: Hiperplasia Fibroepitelial con focos de inflamación crónica.



A': Mayor aumento de un sector de hiperplasia fibroepitelial rico en vasos y focos de infiltrado inflamatorio crónico.



Panorámica de un corte de mucosa bucal; coloración: hematoxilina-eosina (40 X), donde se observa:

E: epitelio pavimentoso estratificado con moderados signos de hiperplasia.

C: submucosa constituida por tejido fibro-colágeno, donde se aprecian focos de inflamación crónica (I).

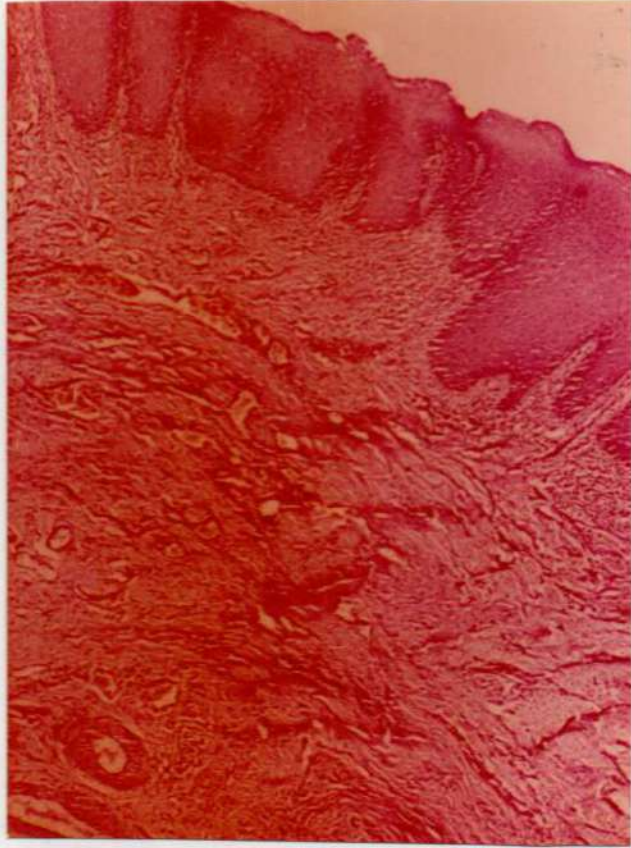
DIAGNOSTICO: Hiperplasia fibroepitelial con focos de inflamación crónica.



A: Vista panorámica de un preparado coloreado con hematoxilina-eosina (40 X), donde se observa:

Epitelio de revestimiento de mucosa bucal con fenómenos hiperplásicos (E), submucosa fibro-colágena (C) y focos de infiltrado inflamatorio crónico (I).

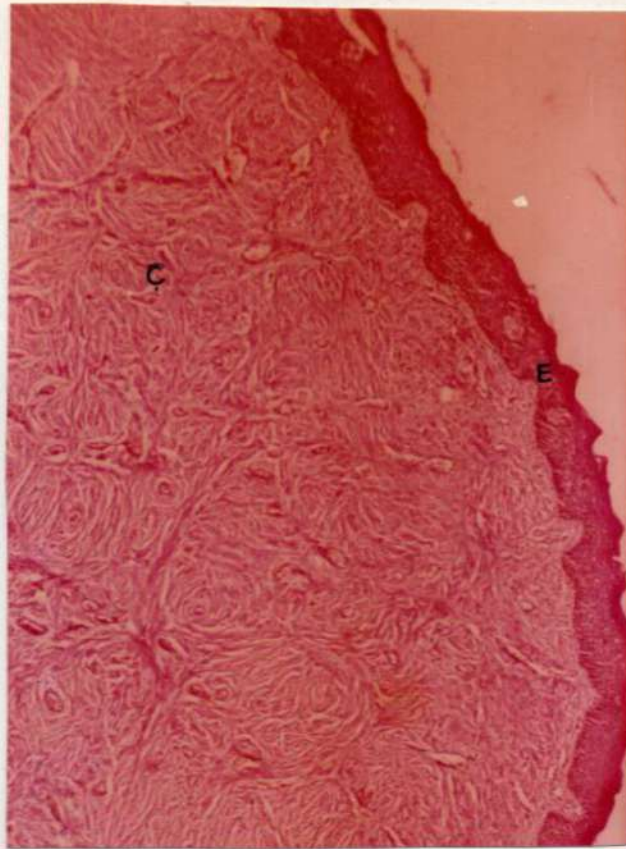
DIAGNOSTICO: Hiperplasia fibroepitelial con fenómenos inflamatorios.



A': Mayor aumento de un área de Hiperplasia fibroepitelial con focos inflamatorios crónicos, abundantes en vasos. (60 X).

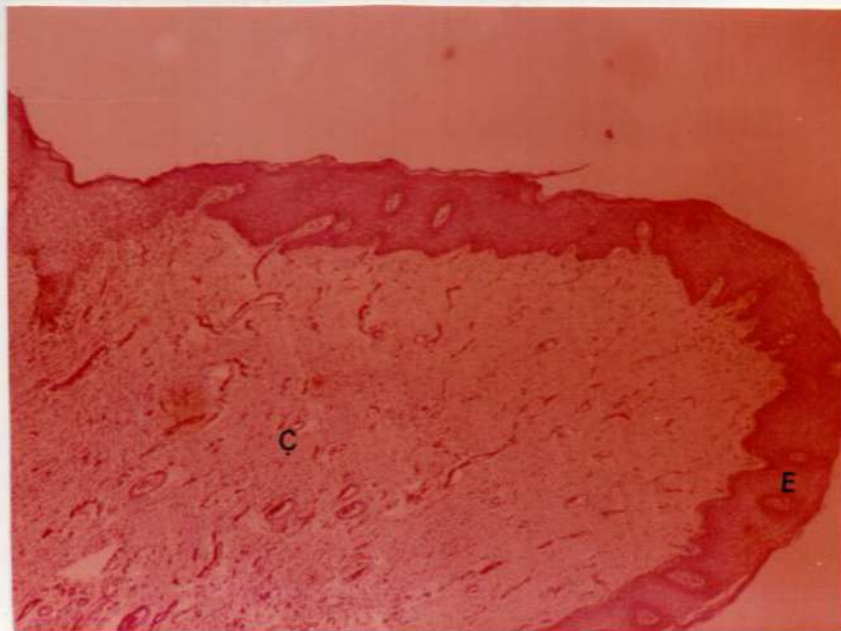


Epitelio atrófico (E) y sector de hiperplasia fibrosa (C). (40 X).

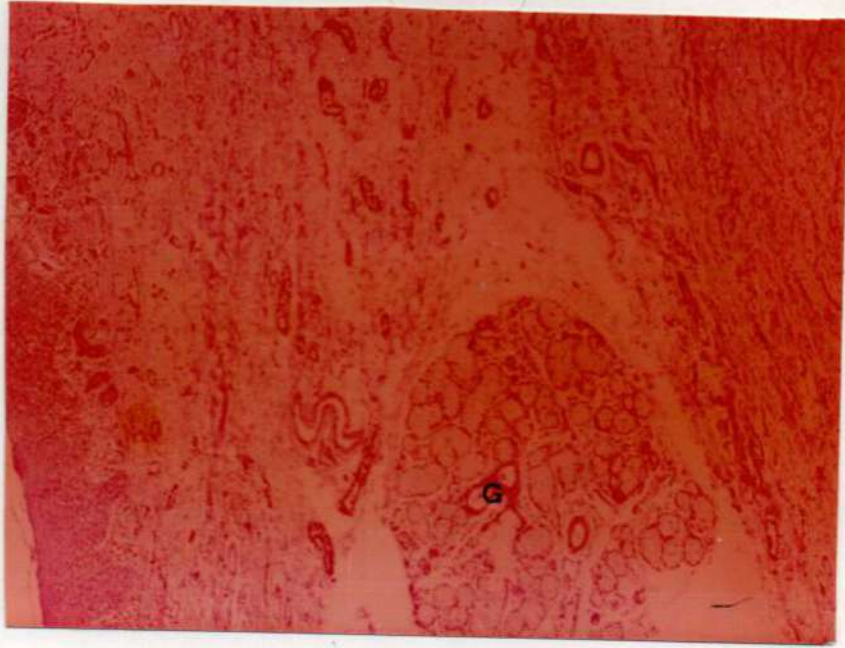


Hiperplasia fibrosa de la submucosa (C) recubierta por epitelio pavimentoso estratificado, atrofiado por sectores (E). (50 X).

DIAGNOSTICO: Hiperplasia Fibrosa con atrofia del epitelio de revestimiento.

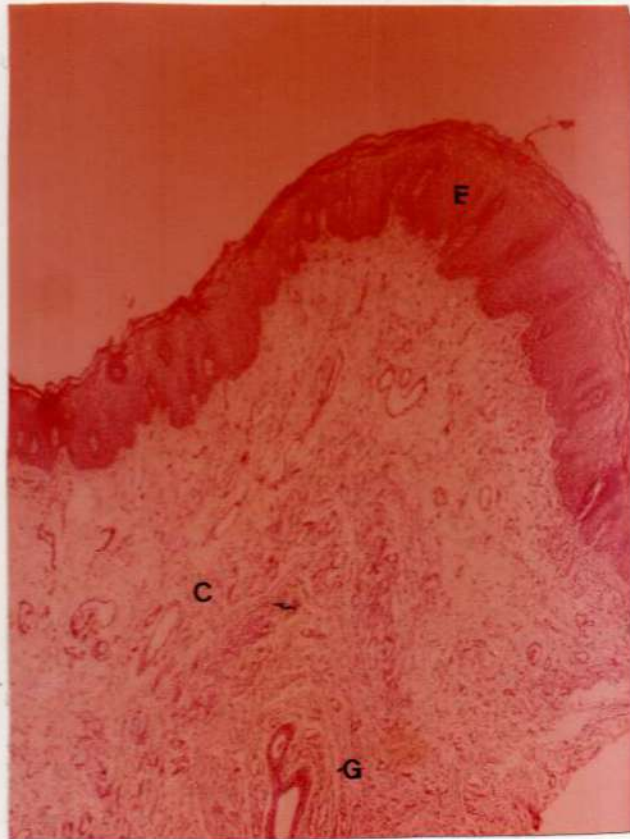


A: Sector de hiperplasia fibroepitelial.
Submucosa fibrocolágena con signos de hiperplasia (C) acompañada de epitelio pavimentoso estratificado con leves indicios de hiperplasia (E). (40 X).



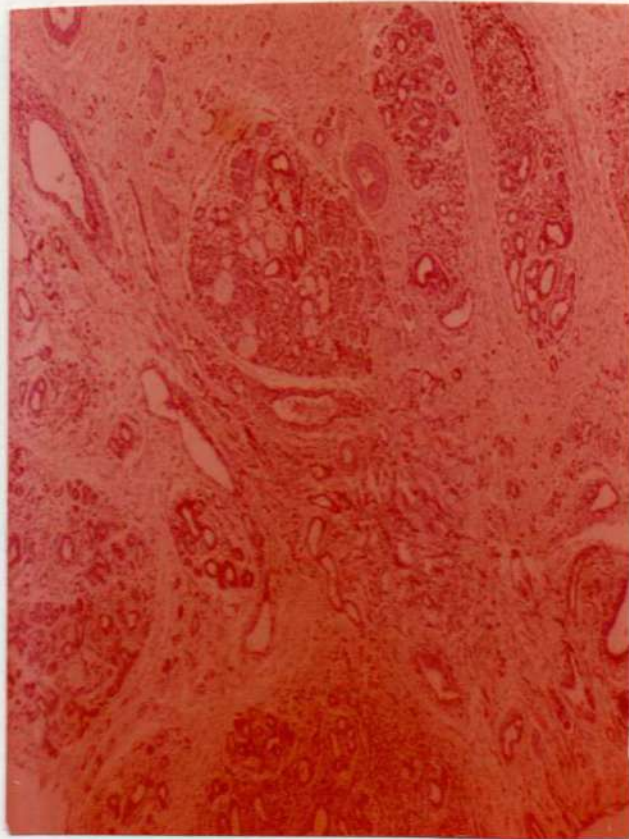
A' :Glándulas salivales accesorias.
Sector de la muestra que permite la observación de glándulas salivales menores (G). (100 X).

DIAGNOSTICO: Hiperplasia Fibroepitelial con Edema y Focos de Infiltración Inflamatoria. Se observan glándulas salivales accesorias.



A: Panorámica de un sector de la hiperplasia fibroepitelial observándose además un conducto dilatado de glándulas salival accesoria, vasos dilatados e infiltrado inflamatorio.

Epitelio con fenómenos hiperplásicos (E) corion fibrocolágeno hiperplásico (C) y sialadenitis de glándulas mucosas del área (G) (40 X).



A': Sector con sialadenitis de glándula salival accesoria.

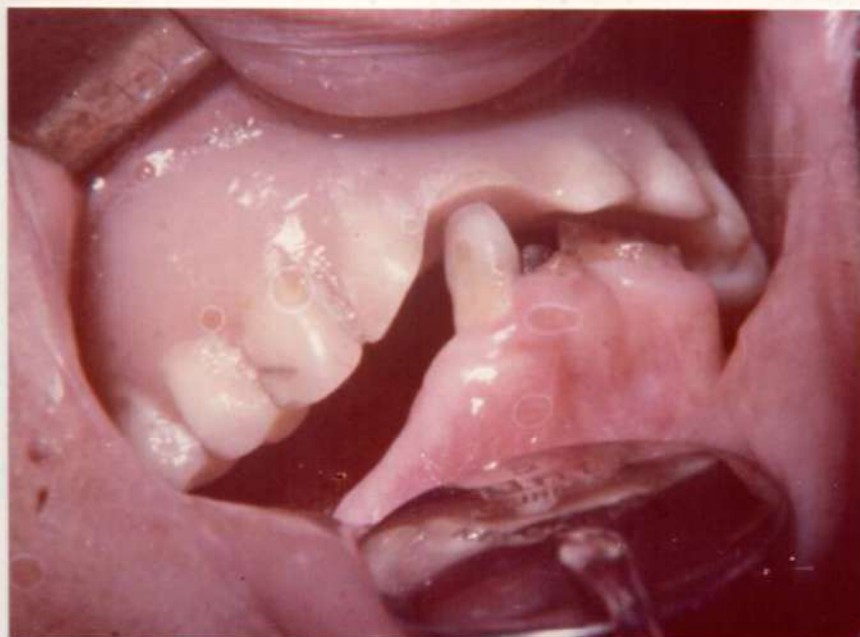
DIAGNOSTICO: Hiperplasia Fibrosa Paraprotética con Sialadenitis de glándulas accesorias sobreañadida

C A S U I S T I C A

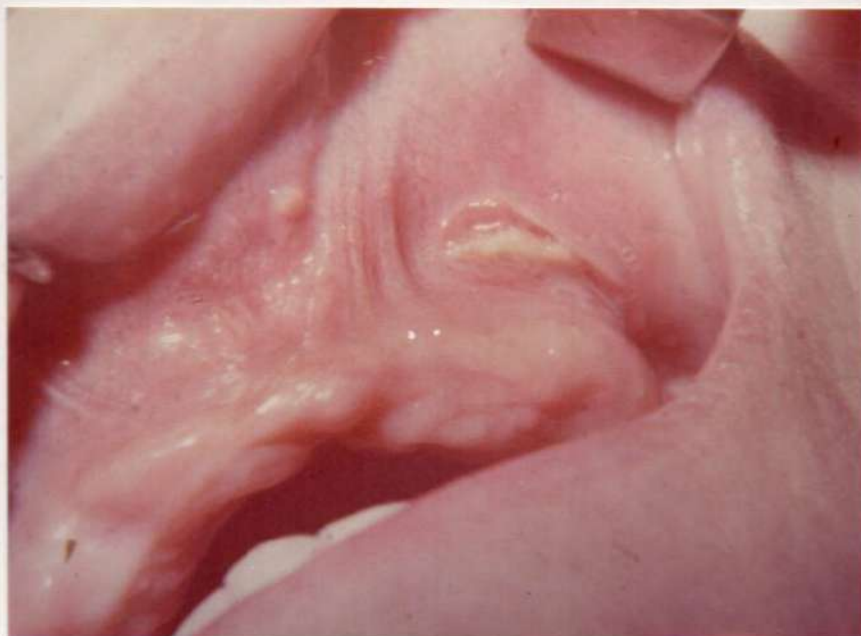
En la revisión de nuestra casuística, hemos podido establecer diferentes formas clínicas. En base a ellas proponemos la clasificación siguiente:

HIPERPLASIA PARAPROTETICA

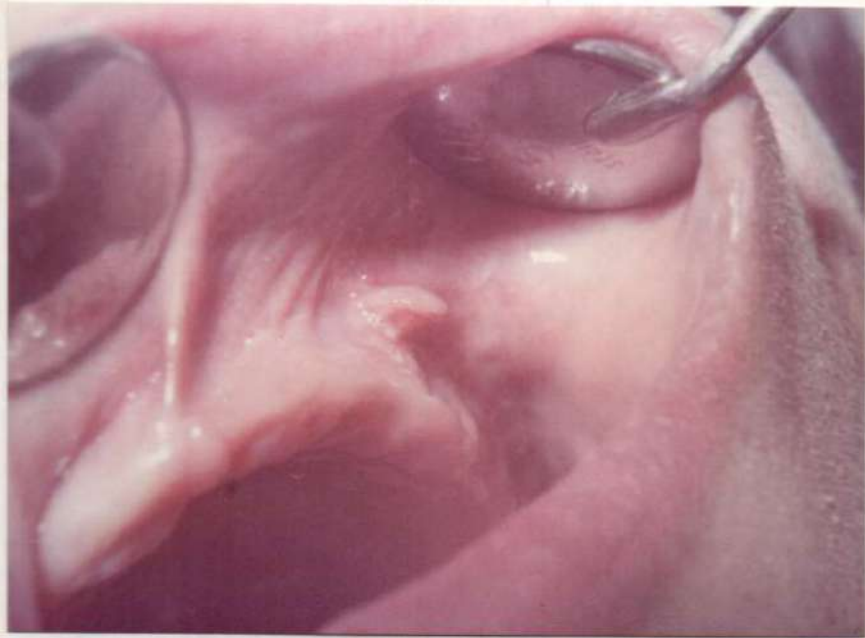
S e g ú n e l R e b o r d e R e s i d u a l e n q u e s e e n c u e n t r a	M a x i l a r S u p e r i o r M a x i l a r I n f e r i o r
S e g ú n l a v e r t i e n t e q u e o c u p a n	V e s t i b u l a r L i n g u a l P a l a t i n a (muy rara)
L A S I F I C A C I O N E S	P o r s u u b i c a c i ó n
P e q u e ñ a (1 s e c t o r) M e d i a n a (2 s e c t o r e s) G r a n d e (3 s e c t o r e s)	E n t r e l í n e a m e d i a y e m i n e n c i a c a n i n a P o r d e t r á s d e e m i n e n c i a c a n i n a E n t r e a m b o s s e c t o r e s
P e q u e ñ a (1 s e c t o r) M e d i a n a (2 s e c t o r e s) G r a n d e (3 s e c t o r e s)	A s u v e z t a m a ñ o s v a r i a b l e s e n c /s e c t o r
S e s i l P e d i c u l a d a	S e s i l P e d i c u l a d a
S i m p l e L o b u l a d a B i l o b u l a d a M u l t i l o b u l a d a (e n "h o j a d e L i b r o")	S i m p l e L o b u l a d a B i l o b u l a d a M u l t i l o b u l a d a (e n "h o j a d e L i b r o")
C o m p l e j a s	-H i p e r p l a s i a m a r g i n a l + F i b r o m a P e n d u l a r + R e a b s o r c i ó n ó s e a
P o r s u e s t a d o e v o l u t i v o	A g u d a s C r ó n i c a s
	U l c e r a d a s o n o



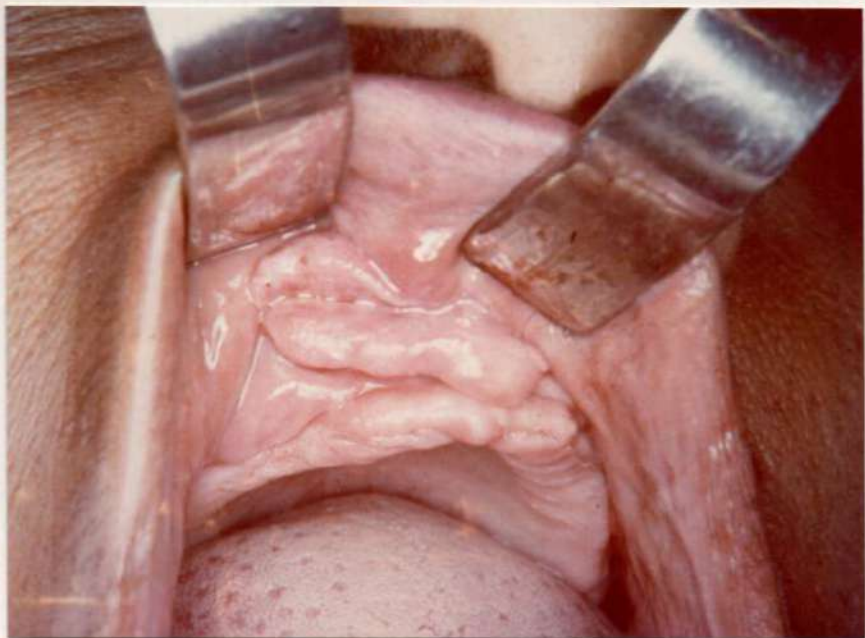
Típica etiología de la Hiperplasia. Dientes en maxilar inferior sector anterior y desdentado bilateral posterior. Lo exagerado del caso permite analizar la importancia de la fuerza que enclava a la prótesis superior en el vestíbulo.



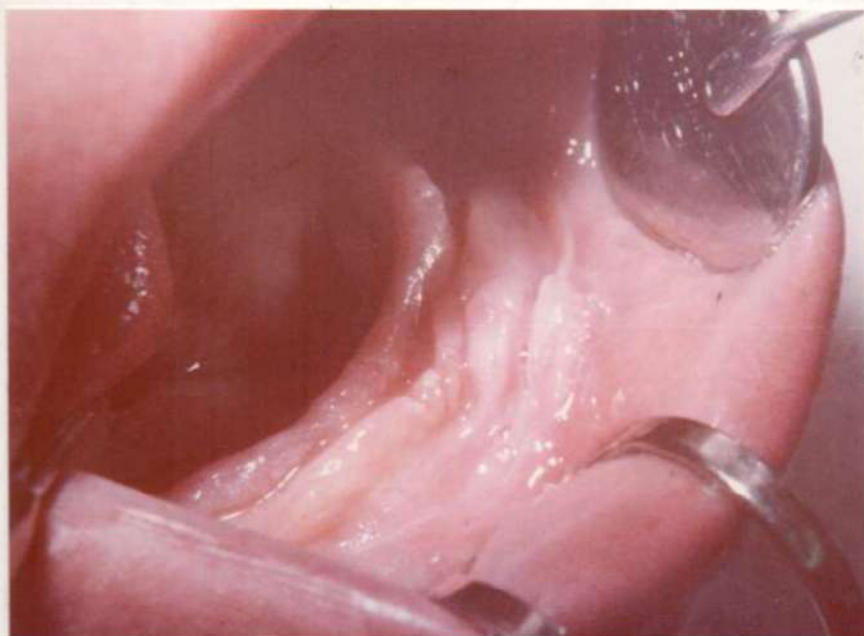
La úlcera dolorosa es el primer estadio.



Reacción fibrosa típica cuando se mantienen las causas dando una Hiperplasia Paraprotética.



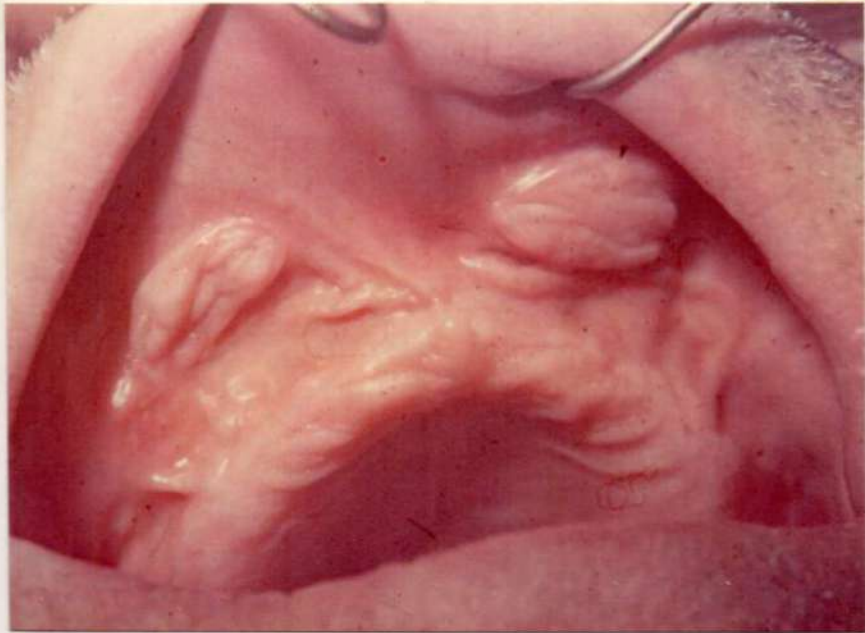
Hiperplasia Maxilar Superior Multilobulada paramediana.



Hiperplasia Multilobulada (en "hoja de libro") en
vestíbulo inferior, paramediana.



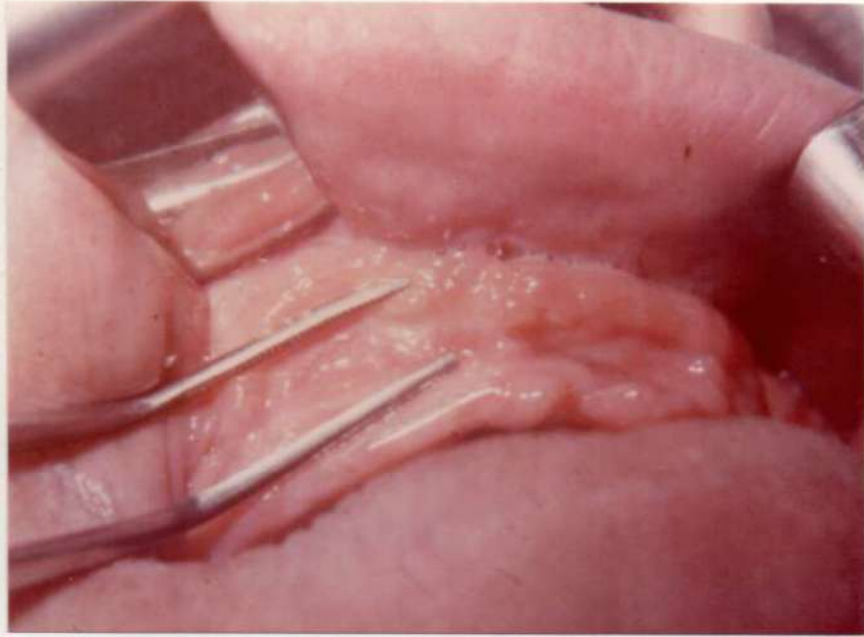
Muestra del tejido extirpado por intervención bióp
sica.



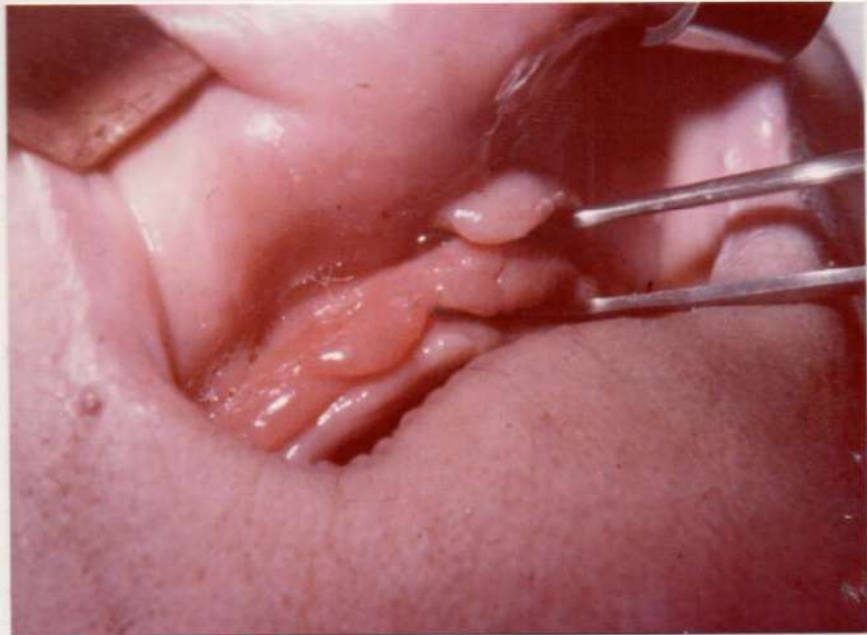
Hiperplasias bilaterales, sesiles de un solo sector
marcadamente fibrosas.



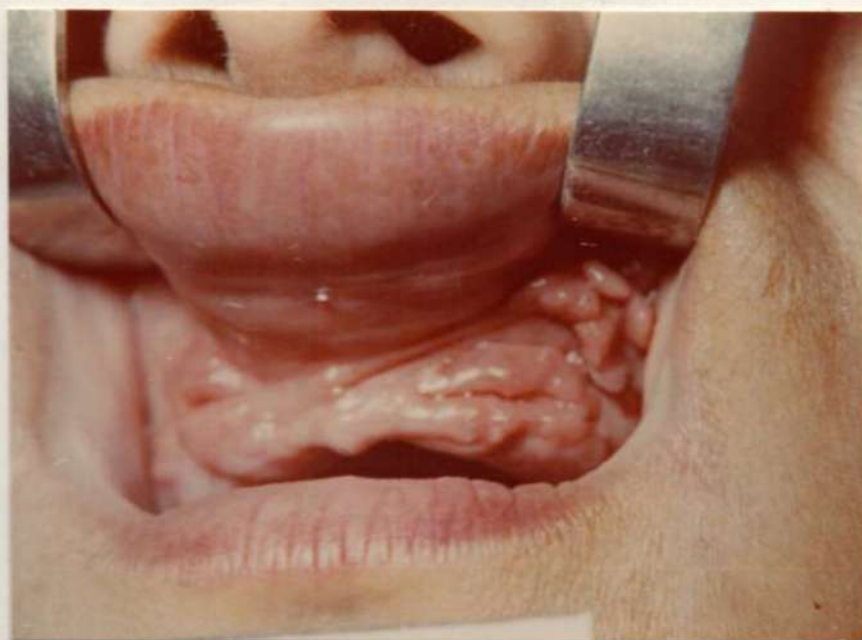
Prótesis que portaba el paciente de la figura anterior,
observar como equivocadamente se trató de sortear las
hiperplasias.



Hiperplasia Maxilar Superior Vestibular Sesil de dos sectores.



Hiperplasia Maxilar Superior, Vestibular, Paramediana de tres sectores, Pediculada.

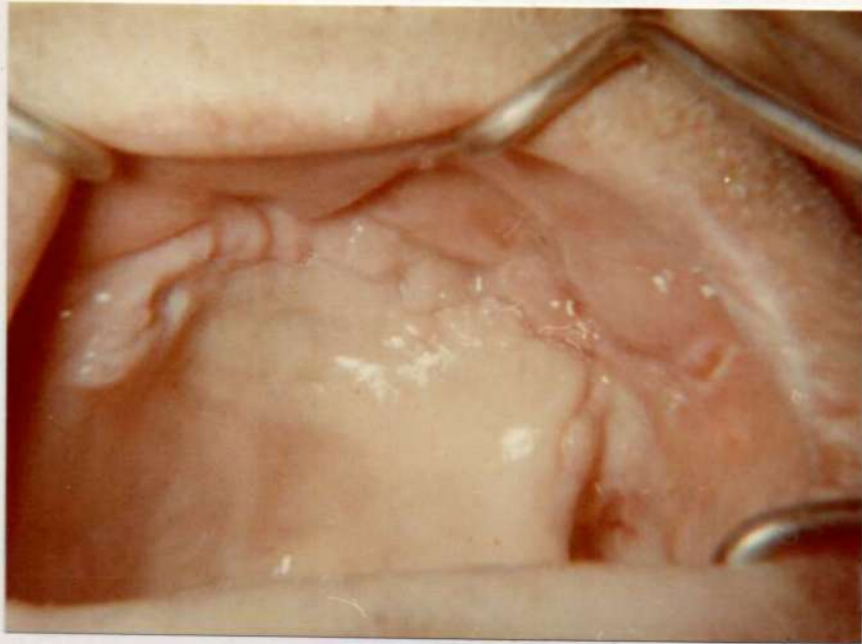


Hiperplasia Multilobulada con lóbulos aún en pared yugal.

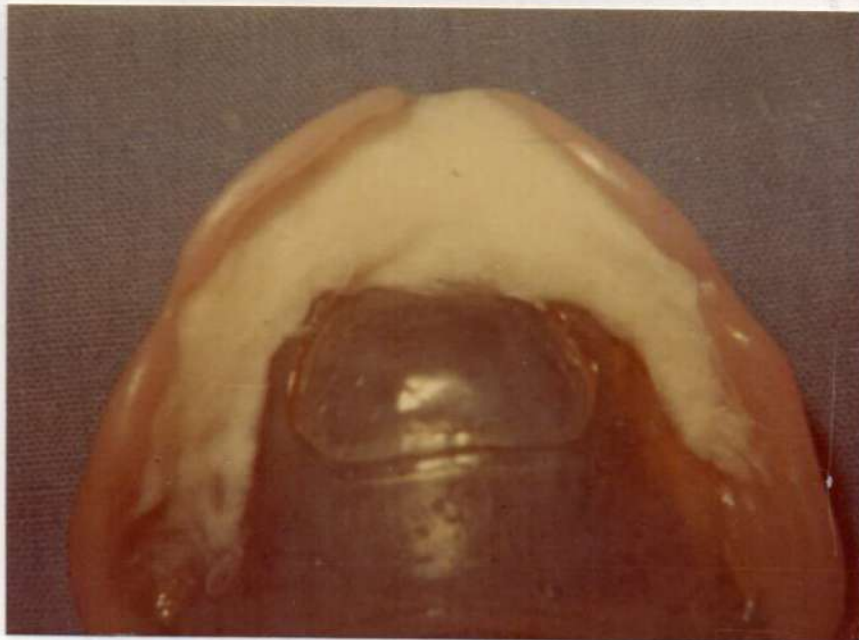


Típicas aletas vestibulares, inevitables causantes de Hiperplasias.

H I P E R P L A S I A S C O M P L E J A S



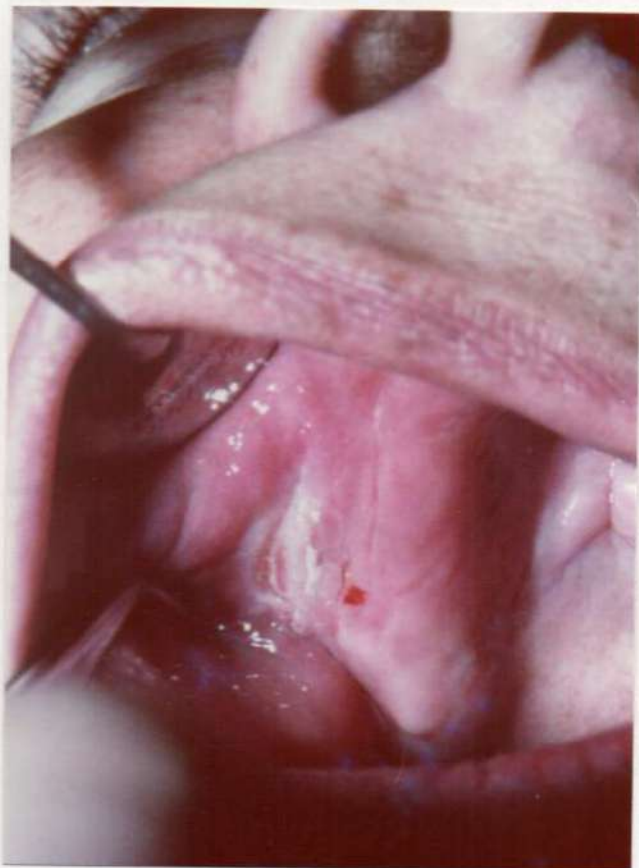
Observar la importancia de la reabsorción, con desaparición total del reborde en sector anterior.



Unos de los malos arbitrios calmantes, a que recurren los pacientes acelerando más, el proceso de reabsorción.



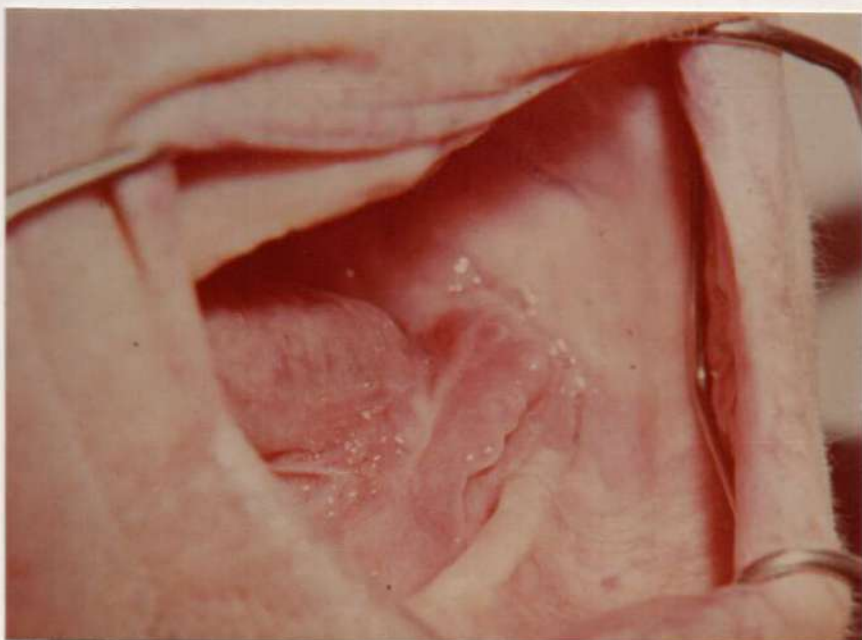
Desaparición total de reborde residual limitando las posibilidades de las profundizaciones.



Hiperplasia Ulcerada, Sesil con apariencia de lesión blanca. Entre las 24 y 48 horas de reposo protético, eliminando el componente inflamatorio, la úlcera debe tender francamente a la curación. De todas maneras se debe realizar biopsia.



Hiperplasia lingual (más rara)



Hiperplasia lingual que avanza sobre el reborde

b) ESTUDIO COMPARATIVO Y PRACTICA DE LAS TECNICAS FUNDAMENTALES EN VESTIBULOPLASTIAS

Los procederes operatorios fundamentales en las plásticas vestibulares se los puede agrupar en tres clases:

1º) Que se incida la mucosa y se deje una superficie vulnerable en la pared labial o en la pared ósea del surco (epitelización secundaria).

Técnicas sobre la pared labial

Kazanjian

Goodwin

Howe

Técnicas sobre la pared ósea

Clark

Wassmund-Schuchardt

Cooley

Collet

Rehrmann

2º) Realizar la reforma del vestíbulo, por disección submucosa.

-Técnica de Wallenius

-Técnica de Obwegeser

En este grupo estudiaremos también las técnicas para eliminación de Frenillos y Bridas (Técnicas de Ries Centeno Z plastía y Doble Pinzado).

3º) Cubrir las superficies cruentas con trasplatación dérmica o mucosa (duramadre liofilizada como variante). Técnicas de Pichler y Schuchardt.

Por último, haremos algunas consideraciones sobre los diversos apósitos post-operatorios propuestos, paso fundamental para la mayoría de los autores en el éxito de la intervención,

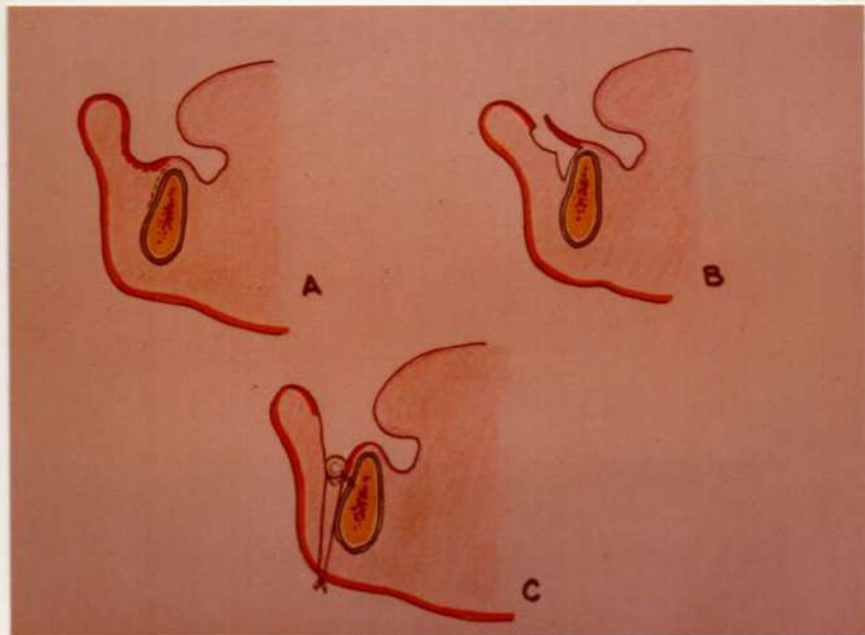
cualquiera fuera su principio.

1º) TECNICAS DE EPITELIZACION SECUNDARIA

SOBRE LA PARED LABIAL

-TECNICA DE KAZANJIAN

Kazanjian (13) (1935) hace una incisión en la mucosa del labio y rechaza un colgajo de mucosa vestibular y labial. Luego realiza una disección supraperióstica para profundizar el surco. El colgajo mucoso es llevado hacia abajo de su inserción y colocado directamente contra el periostio, al que se lo sutura. Se coloca un tubo a modo de férula en el surco profundizado y se lo fija a través del labio, a la superficie externa con suturas percutáneas. El tubo ayuda a sostener el colgajo en la nueva posición y a mantener la profundidad del surco durante las primeras fases de la cicatrización. El tubo se retira a los 7 días. El lado dador labial, aconseja pintarlo con tintura de benzocaína, queda descubierto para que granule y cicatrice por epitelización secundaria.



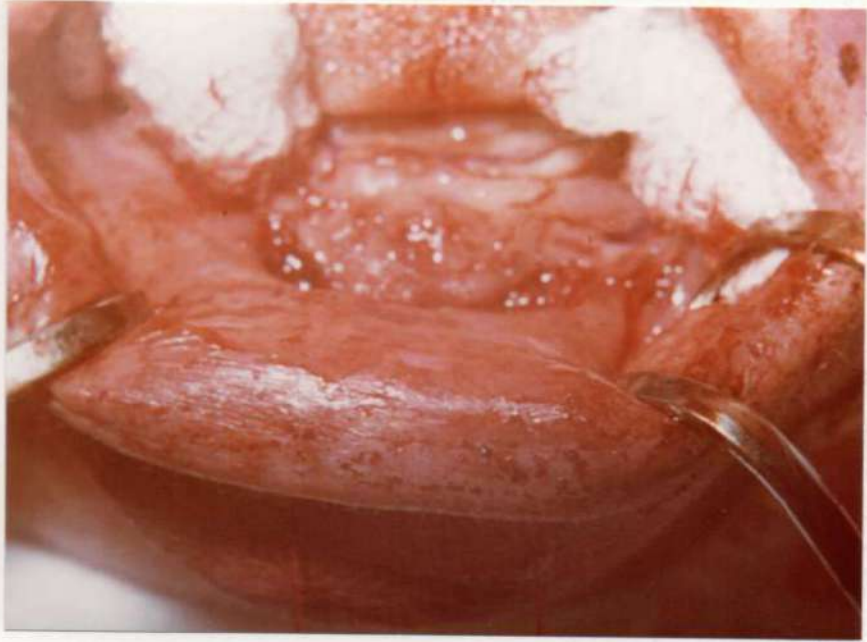
A: Incisión sobre labio. B: Formación del colgajo mucoso-submucoso con eliminación del bloqueo muscular. C: Sutura del colgajo al periostio con mantenimiento del fondo de surco por tubo de goma fijado con suturas a través de piel en mentón.



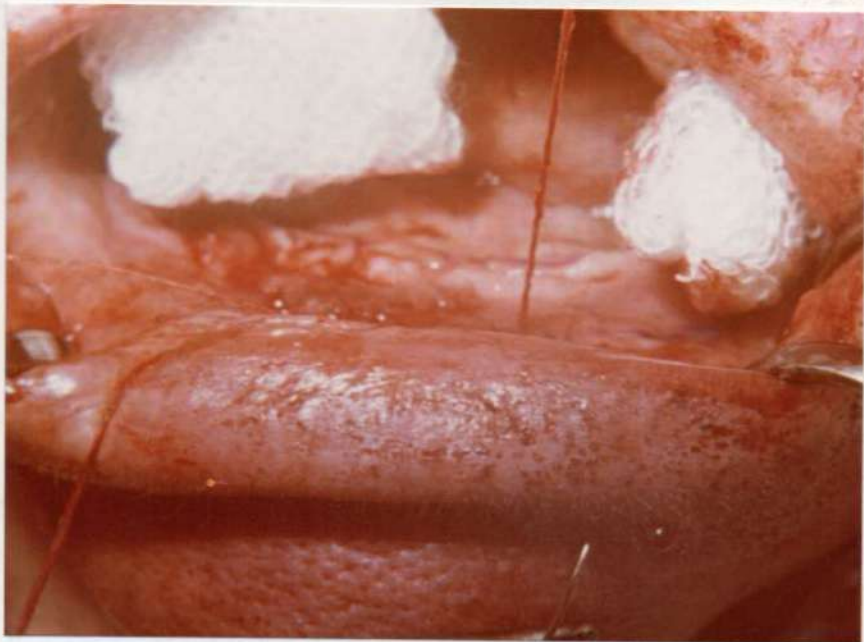
Paciente con importantes bloqueos submucosos y musculares.



La incisión en el lado labial, ha permitido elevar un colgajo y eliminar por disección los bloqueos sin lesionar el periostio que se lo ve brillar contra el reborde.



Se sutura el borde labial del colgajo al periostio y se realiza el paso de suturas percutáneas, para sostener el tubo de goma.



El colgajo labial ha sido fijado en el fondo de surco.



Suturas percutáneas que mantienen el tubo de goma



Vista del post-operatorio a los 10 días, una vez e liminadas las suturas y el tubo de goma. Extensión obtenida y marcación del fondo del surco muy aceptables.



Post-operatorio a distancia (24 meses), observamos la pérdida en un alto porcentaje de la profundidad obtenida.

-VENTAJAS DE LA TECNICA

- Asegura la cubierta de la pared ósea
- Abordaje, por disección, fácil de los bloqueos
- Buena fijación del colgajo labial a la pared ósea dando una superficie firme.

-DESVENTAJAS DE LA TECNICA

- 1) Al incidir sobre labio las posibilidades hemorrágicas son mayores.
- 2) La sutura del colgajo al periostio en el fondo de surco es difícil.
- 3) La fijación del tubo con suturas percutáneas es molesto y antiestético para el paciente no obteniendo su presencia mejores resultados.

- 4) Posibilidades de contracturas cicatrizales en la pared blanda del surco.
- 5) El apósito post-operatorio empleado no mejora el post-operatorio a distancia.

-TECNICA DE GOODWIN (30) 1947.

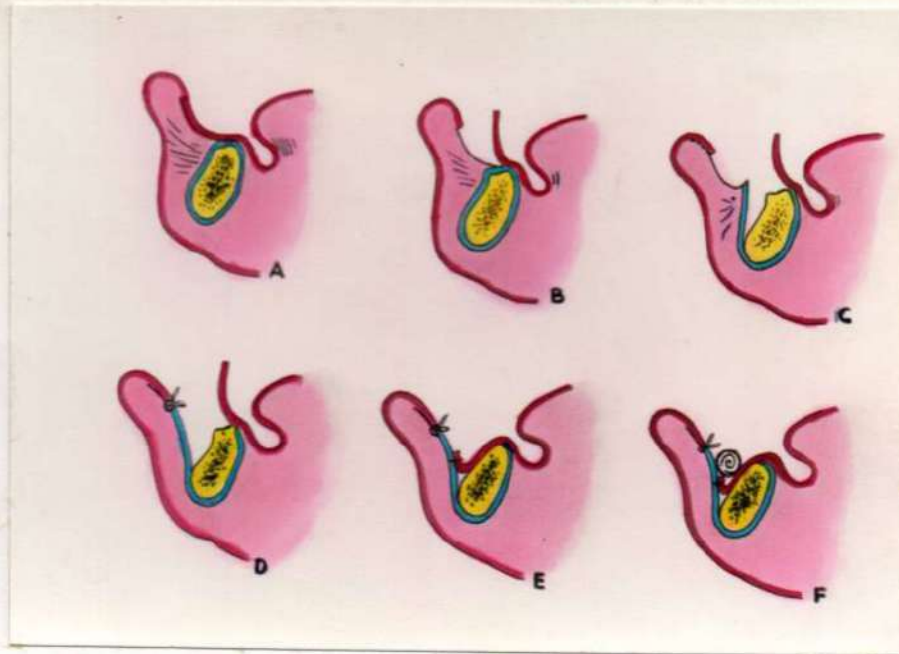
Es una variante de la técnica de Kazanjian. Como éste rechaza un colgajo de mucosa labial, pero profundiza el surco por denudación perióstica. Eliminado o rechazado el conectivo y la masa muscular, se coloca el colgajo mucoso directamente contra el hueso y lo sutura en el tejido conectivo más allá del surco profundizado.

También como Kazanjian usa suturas percutáneas para fijar un catéter de goma.

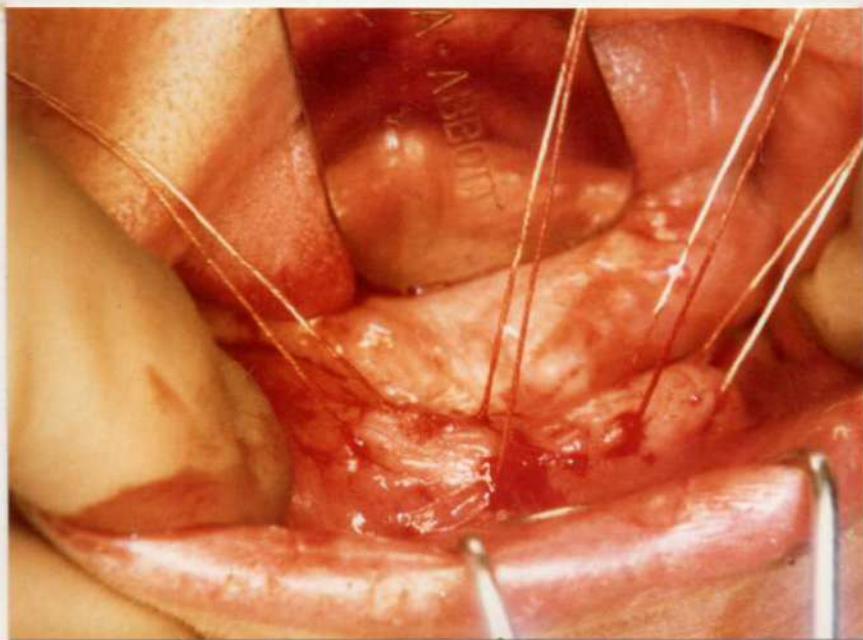
Le valen las mismas desventajas, además de que el tejido conectivo no sirve para fijar suturas. Por último al proponer cubrir la zona cruenta labial con óxido de zinc eugenol nos parece incorrecto por lo irritativo para el tejido blando e imposible de mantenerse.

-TECNICA DE HOWE

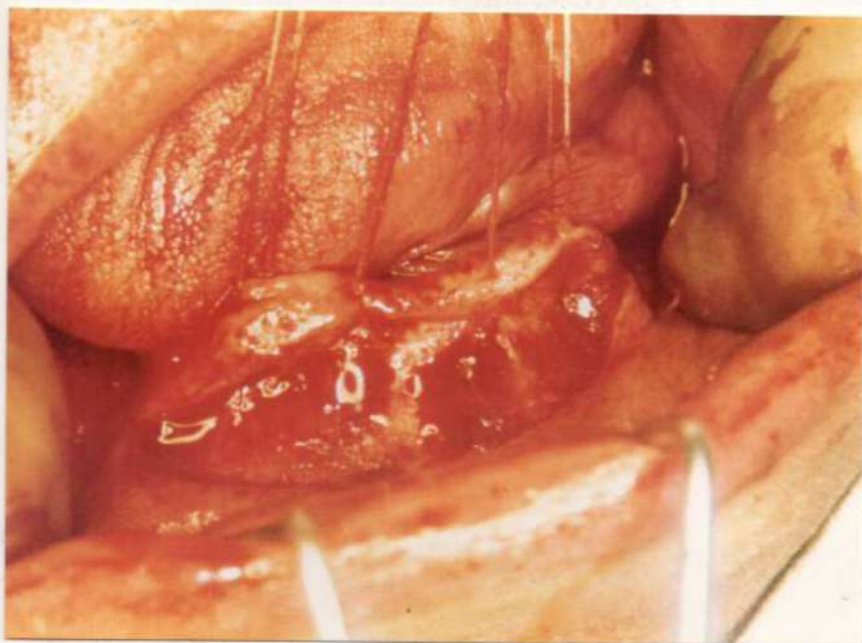
Modificación de la técnica de Kazanjian (28). Realiza incisión en el labio retirando un plano mucoso. Luego rebate, el plano formado por periostio hacia labial tapando la cara cruenta dejada por el primer plano. Procede a suturar periostio a borde labial y plano mucoso a fondo de surco en el periostio.



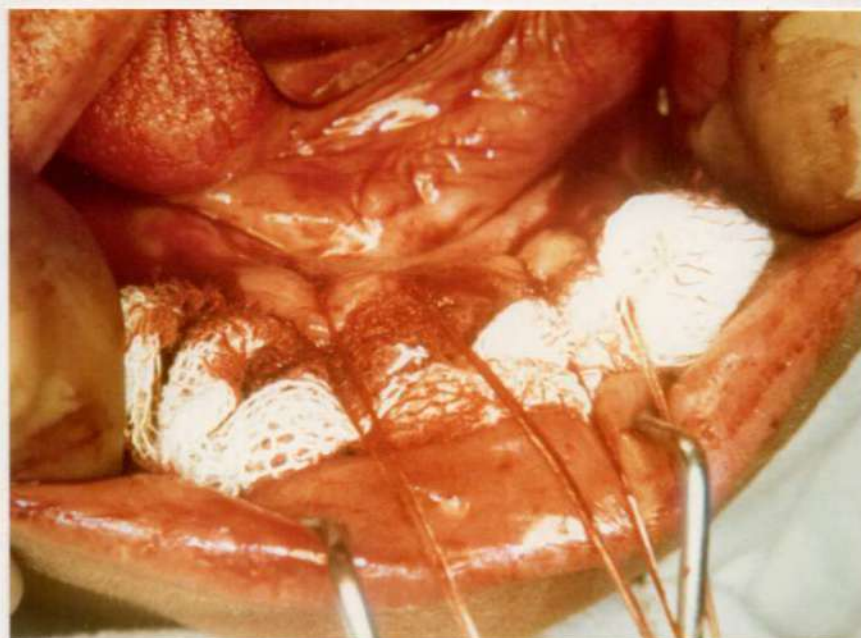
A: Similar incisión que Kazanjian; B: Divulsión. C: Formación por incisión sobre hueso del colgajo perióstico-labial. D: Sutura del mismo al borde cruento labial. E: Fijación del colgajo mucoso al fondo de surco cubriendo la pared ósea. F: Apósito de gasa protectora - no se fija a otros planos.



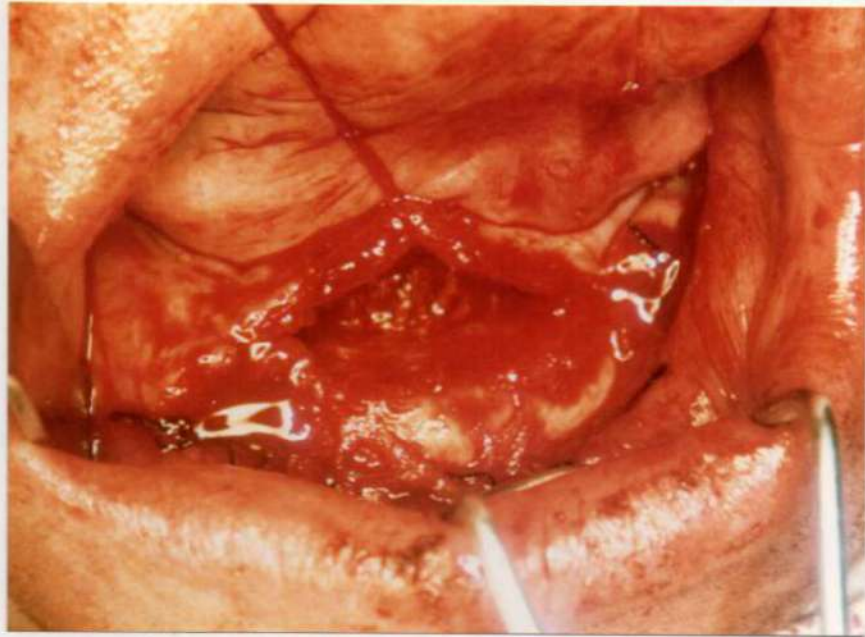
Con puntos de tracción se delimita la lesión fibrosa.



Formación del colgajo a incisión labial



Presentación del colgajo mediante puntos de tracción.



Paso que presenta la variante de la Técnica de Kazan-
jian. Observar la pared ósea denudada por corte y su-
tura del periostio al lado cruento labial (sutura
con hilo negro).



La fijación de la "tapa mucosa", al fondo del surco,
es difícil de realizar y queda incompleta, dejando
hueso expuesto.



El fondo de surco obtenido es aceptable, pero el post-operatorio se ha realizado con la pared ósea parcialmente denudada y al no usarse apósito de ningún tipo, el paciente acusa dolores hasta que se produjo la correspondiente granulación, como puede observarse.



Post-operatorio remoto. El porcentaje de pérdida de profundidad supera el 50%.

-VENTAJAS

- Se logra tapar el lado cruento labial cuando se obtiene un plano perióstico indemne.
- Si ello se logra las dos paredes del surco obtenido (dura y blanda) serán lisas y firmes.
- No necesita apósito post-operatorio.

-DESVENTAJAS

- Difícil de lograr un plano perióstico indemne cuando a éste lo atraviesan inserciones musculares bloqueantes.
- Intrincado juego de suturas.
- Peligro de dejar la pared ósea expuesta.

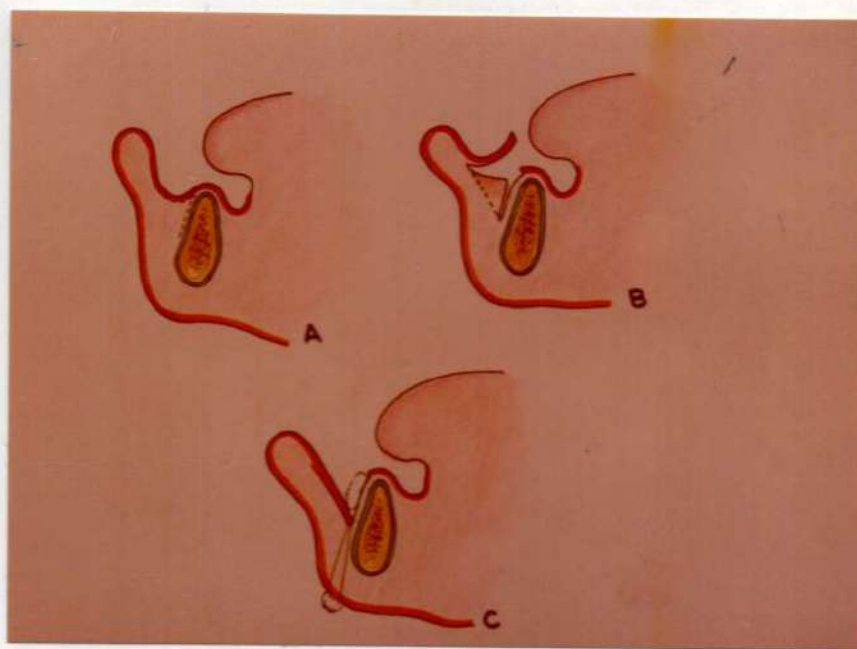
TECNICAS SOBRE LA PARED OSEA

-TECNICA DE CLARK

Clark (37) (1953), describe un procedimiento de extensión del surco que puede ser considerado como inverso de la técnica de Kazanjian. Clark basaba su operación sobre cuatro principios de cirugía plástica:

- 1) Las superficies vivas sobre tejido conectivo se contraen, mientras que las mismas superficies experimentan contracción mínima cuando se hallan cubiertas por epitelio.
- 2) Las superficies vivas que cubren hueso no se contraen.
- 3) Los colgajos epiteliales deben ser socavados lo suficiente como para permitir el desplazamiento y la fijación sin tensión.
- 4) Los tejidos blandos operados plásticamente tienen tendencia a retornar a sus posiciones previas de modo que es necesario sobreextenderse y hacer fijación firme.

En la operación de Clark se hace una incisión en el reborde alveolar y se realiza la disección suprapariosteal hasta la profundidad deseada. La mucosa del labio se socava hasta el borde bermellón. Se hacen tres suturas de colchonero en el margen libre del colgajo mucoso, se los pasa por la piel y se los ata sobre un rollo de algodón. El lado de tejido blando del surco se cubre con mucosa, mientras que en el lado óseo se deja que la superficie periosteal viva, granule y epitelize. La técnica de Clark es particularmente aplicable al surco vestibular inferior.



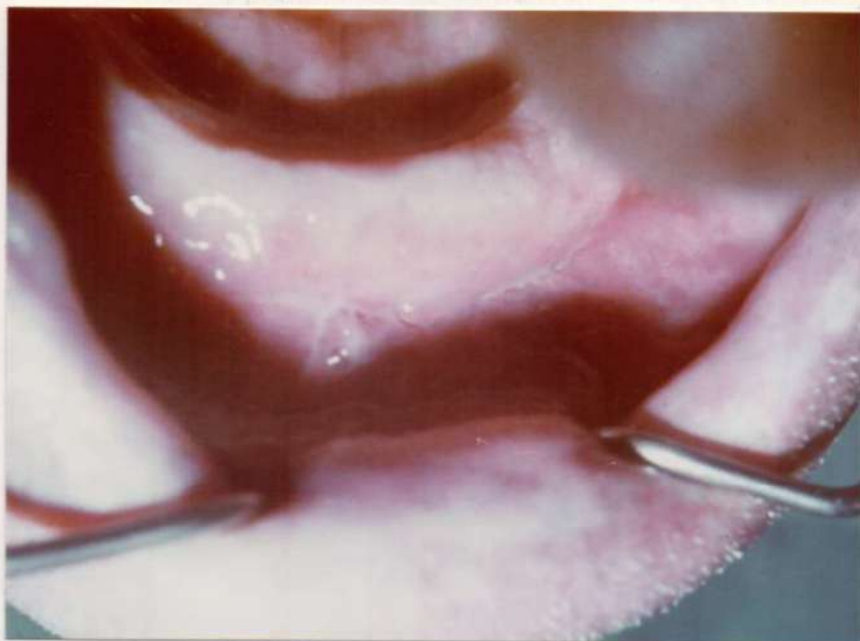
A: Incisión sobre el reborde residual. B: Colgajo formado en líneas de puntos la masa muscular (o patología sub-mucosa) a eliminar. C: Mantenimiento de la "Tapa labial" formada por el colgajo con ligaduras de transficción. Se coloca apósito de gasa iodoformada sobre la pared ósea cubierta con el periostio.



El caso presenta hiperplasias ulceradas sobre reborde y bloqueo muscular.



Se realiza la incisión sobre el reborde según Clark eliminando las hiperplasias. Con el colgajo obtenido (mucoso-submucoso) se eliminaron las inserciones musculares dejando la pared perióstica libre a la epitelización se cundaria. El borde libre del colgajo mucoso se fija al fondo del surco.



Pared dura del vestíbulo obtenido, lisa y firme con suficiente extensión. Fondo de surco no depresible por el tipo de sutura de fijación.



Post-operatorio remoto.
Aceptable post-operatorio a distancia (4 años). Podemos decir que el surco se mantiene en un 50%. La opinión del paciente es favorable en el uso de la prótesis.

-VENTAJAS

-En nuestra experiencia cuando hemos tenido que elegir la epitelización secundaria como técnica, las variantes como Clark, verdadero promotor de ellas (aún cuando Wassmund ya las había planteado), que la hacen sobre la pared perióstica, nos da su periores resultados y facilidad quirúrgica en la obtención del colgajo. Así como riesgos hemorrágicos menores y más controlables.

-DESVENTAJAS

-Si hay piperplasia de tejido sesil se hace imposible la obten ción del plano mucoso-submucoso.

-Si las inserciones musculares son abundantes al intentar eliminarlas en su totalidad se hará injuria sobre el periostio.

-Post-operatorio algo molesto por la exposición perióstica.

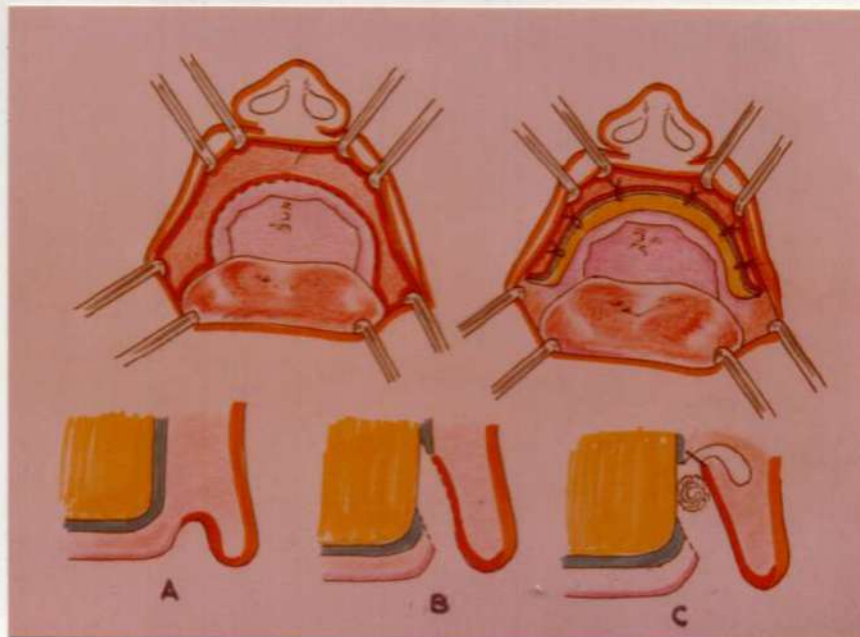
-Como Kazanjian, Howe y otros, la tracción exagerada de los tejidos blandos hacia la fijación percutánea o infraperióstica da un éxito relativo inmediato, pues los tejidos tienden a volver a su posición anterior una vez eliminadas o reabsorbidas las suturas.

-TECNICAS DE WASSMUND

Indicada especialmente para el maxilar superior(5), se realiza una incisión a la altura del reborde, pero sobre el flanco vestibular profundizando hasta hueso, es decir que al di vulsionar, se logra un colgajo mucoperióstico que se sutura en fondo de surco, dejando por ende una superficie cruenta de lecho óseo. El autor quiere con ésto, evitar la producción de superficies cruentas desnudas en las partes blandas, para que no se produzcan retracciones cicatrizales.

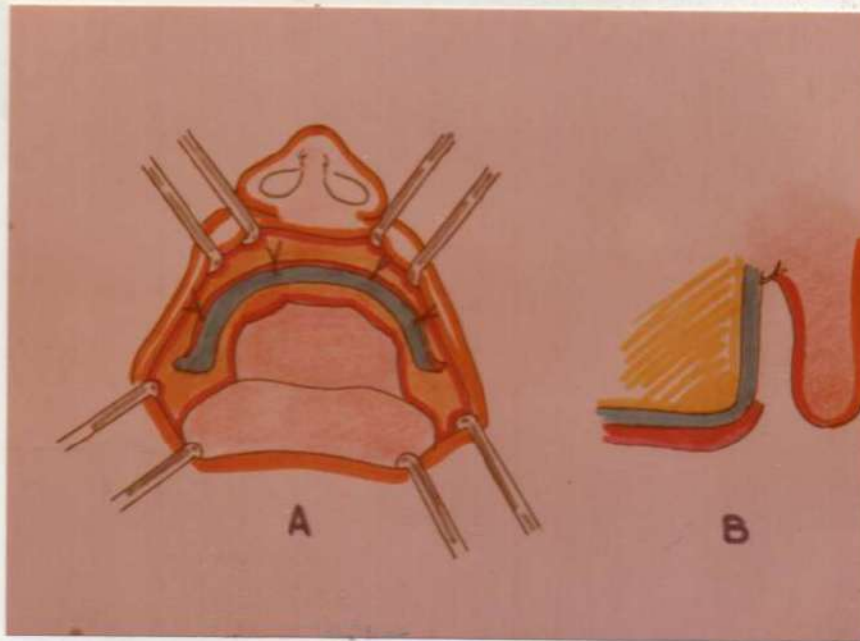
-TECNICA DE WASSMUND MODIFICADA

Schuchardt (9) realiza el mismo desplazamiento apical del colgajo pero solo siendo éste de mucosa y submucosa, dejando el lecho cruento con periostio, al cual se le eliminan todas las inserciones musculares. A los fines de favorecer la cicatrización maxilar en tiempo y evitar los peligros de infección ósea y la formación de un sequestro cortical, hecho relatado en la bibliografía (10, 11), el autor preconiza la integridad perióstica. En maxilar inferior los procedimientos son similares, dejando unos puentes en la incisión para salvar ambos agujeros mentonianos.



A: Sitio de la incisión que se realiza en todo recorrido del vestíbulo superior. B: La eliminación del bloqueo se hace profundizando hasta hueso. C: Sutura del colgajo al borde del periostio resecaado. Apósito de gasa sobre el hueso denudado.

MODIFICACION DE SCHUCHARDT



Similar diseño a Wassmund pero con la importante diferencia del respeto por el periostio, al eliminar el tejido que bloquea el surco.

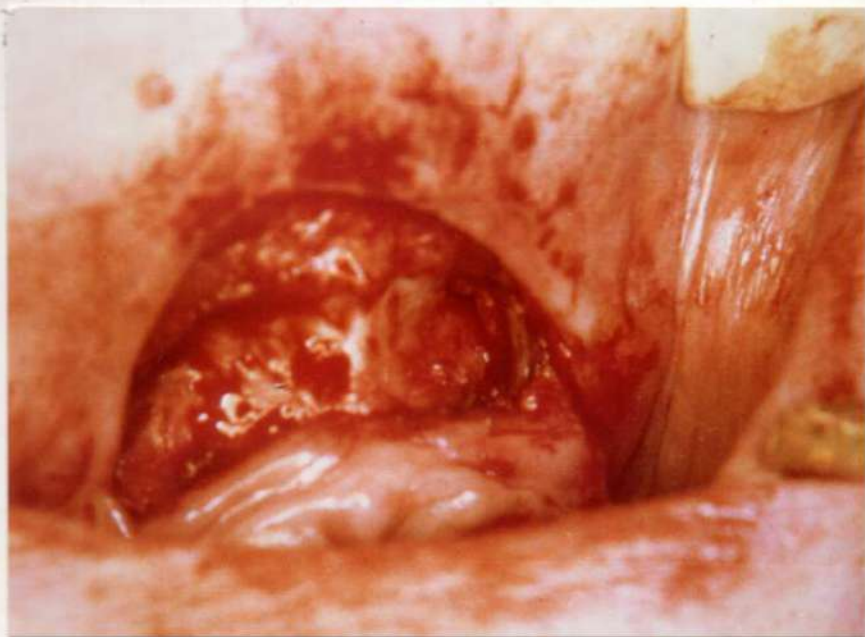
TECNICA DE WASSMUND-SCHUCHARDT



El paciente presenta bloqueo vestibular por frenillo difuso y tejido submucoso abundante y flácido. El estiramiento labial permite analizar un muy buen reborde residual a los fines protéticos.



Realizada la incisión según Wassmund se logra la exéresis del tejido submucoso respetando el periostio como a conseja la modificación de Schuchardt.



Aquí vemos incidido el periostio a los fines de identificar los planos y mostrar la denudación ósea que proponía Wassmund.



Sutura al fondo de surco, uniendo el borde del colgajo mucoso al periostio.



Vista del caso a los dos años tres meses de control, con pérdida apreciable del Surco logrado a pesar de las dificultosas suturas infraperiósticas.

-VENTAJAS

-Como técnica que apoya la incisión sobre reborde óseo es de más fácil realización (incisiones precisas, ausencia de dudas en la magnitud de la profundidad, fácil divulsión, menor hemorragia) y rapidez.

-DESVENTAJAS

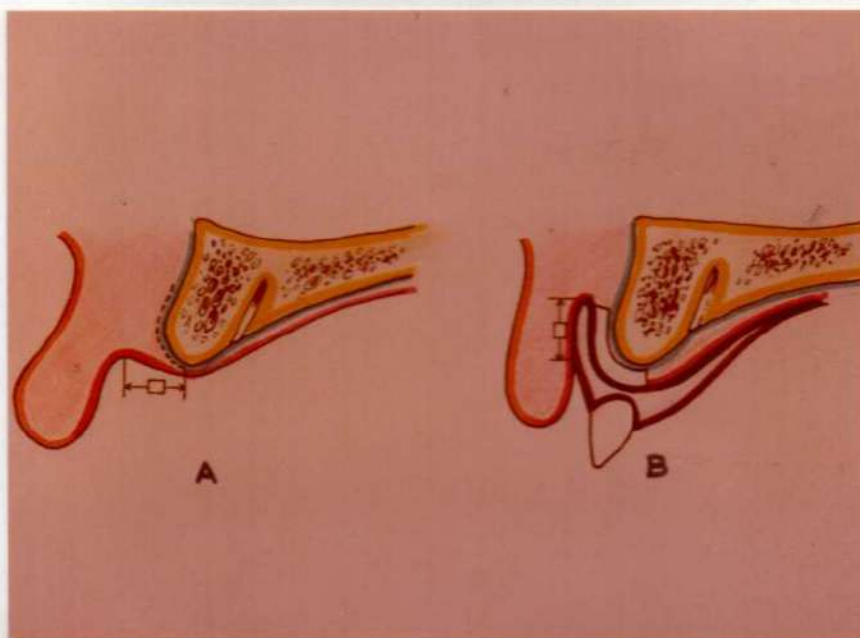
-No hacemos crítica sobre la denudación ósea puesto que la contraindicamos radicalmente por no aportar ventajas apreciables y sí peligros y algias post-operatorias innecesarios.

-La Wassmund-Schuchardt como toda técnica que busca la fijación de los planos en las suturas infraperiósticas requiere una habilidad mayor para vencer las dificultades que ella plantea.

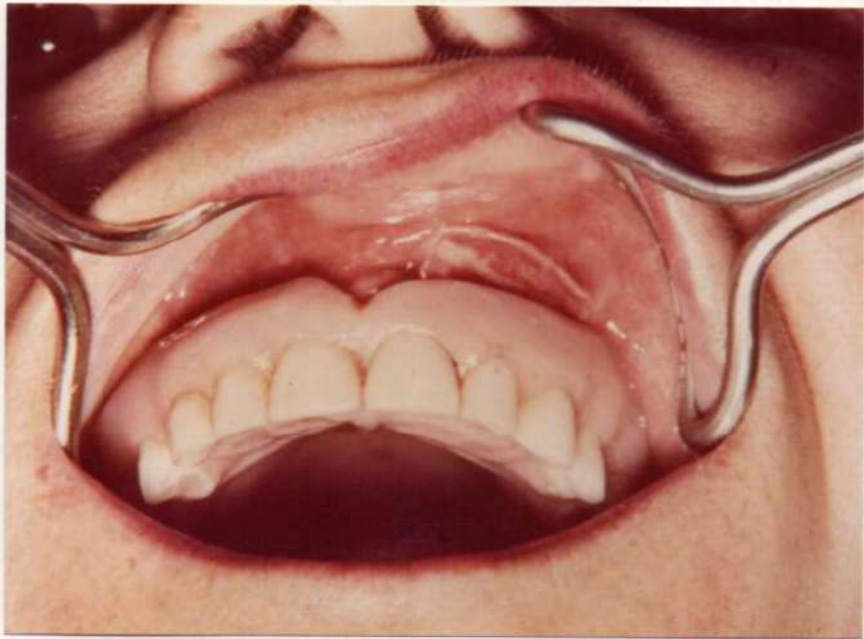
-TECNICA DE COLLET

Collet (53) (1954) utilizaba una prótesis preparada con antelación, con los bordes de los flancos sobreextendidos para sostener los colgajos mucoperiósticos labio-vestibulares de espesor total. En su técnica, la magnitud de la extensión del surco se determina antes de la operación en un modelo de estudio. Se mide la distancia desde la cresta del reborde hasta el fórnix (fondo de surco) y se alivia en el modelo la zona del surco en proporción correspondiente. A partir del modelo corregido, se confecciona una nueva prótesis y una matriz quirúrgica transparente con la extensión apropiada de los bordes. Se hace una incisión en la cresta del reborde superior, desde una tuberosidad a la otra. Se elevan el mucoperiostio externo y los músculos y se rechaza un colgajo grande de espesor total. Se coloca la matriz transparente y se la emplea para desplazar

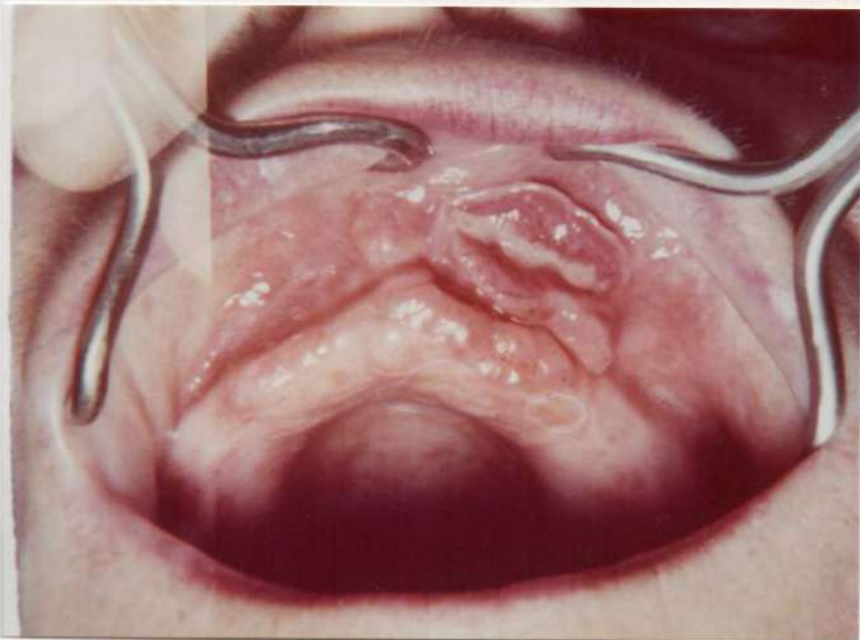
los colgajos hacia arriba. A través de la matriz es posible observar la posición de los colgajos. No se hacen suturas. La prótesis se coloca para sostener el surco recién profundizado. El hueso queda protegido por la dentadura tapizada por algún apósito protector hasta que se forma el tejido de granulación y se produce la epitelización superficial. Es su sencillez la más destacable ventaja.



A: Incisión sobre reborde, línea de puntos indicando la divulsión mucoperiostica. B: La misma prótesis del paciente, adecuadamente reacondicionada sirve para rebatir el colgajo hacia labial, protegiendo a su vez el lecho.



El paciente portador de prótesis desadaptada con flanges cortos y filosos.



Vestíbulo que muestra lesión hiperplásica unilateral sesil ulcerada y formación fibrosada.



Se preparan previa cirugía de modelo, flancos sobreextendidos con rebase de acondicionador de tejidos, siguiendo el principio de Collet.



Prótesis en boca una vez eliminadas las hiperplasias fibrosas dejando un lecho cruento supraperióstico. Es preferible la pasta zinquenólica, su fraguado es menos irritativo produciendo incluso una acción sedante.



Post-operatorio inmediato que muestra la evolución de la epitelización secundaria.



Post-operatorio alejado que muestra una buena marcación de surco. El paciente como se observa necesitará además tuberoplastia y eliminación de la cámara de vacío.

-TECNICA DE COOLEY

Cooley (33) (1952) presenta una técnica para profundizar los surcos superior e inferior. Con esta técnica también se pueden alisar irregularidades óseas sobre la cresta del reborde y hacer el desplazamiento del nervio mentoniano. Hace una incisión en la cresta del reborde mandibular desde una zona del segundo molar hasta la misma zona del lado opuesto. Se hacen incisiones compensadoras laterales cortas en los extremos posteriores de la primera incisión. Se rechaza un colgajo mucoperióstico vestibular hacia abajo, hasta el nivel propuesto para la extensión del surco. El nervio mentoniano se desplaza hacia abajo, a cada lado, si fuera necesario se socava minuciosamente la mucosa vestibular. Se perforan tres orificios en el re

borde alveolar, uno en la línea media y uno en cada zona de canino. El margen gingival del colgajo vestibular se sutura a través de los orificios perialveolares hacia el periostio lingual dejando al desnudo la cresta del reborde.

Se coloca una férula de acrílico preparada con antelación, con flancos extendidos para adaptar la mucosa vestibular socavada al surco profundizado. La férula fue asegurada a la mandíbula durante 6 días mediante alambres circunferenciales. Esta férula fue usada por el paciente después del período inmediatamente hasta que se pudo confeccionar la nueva prótesis.

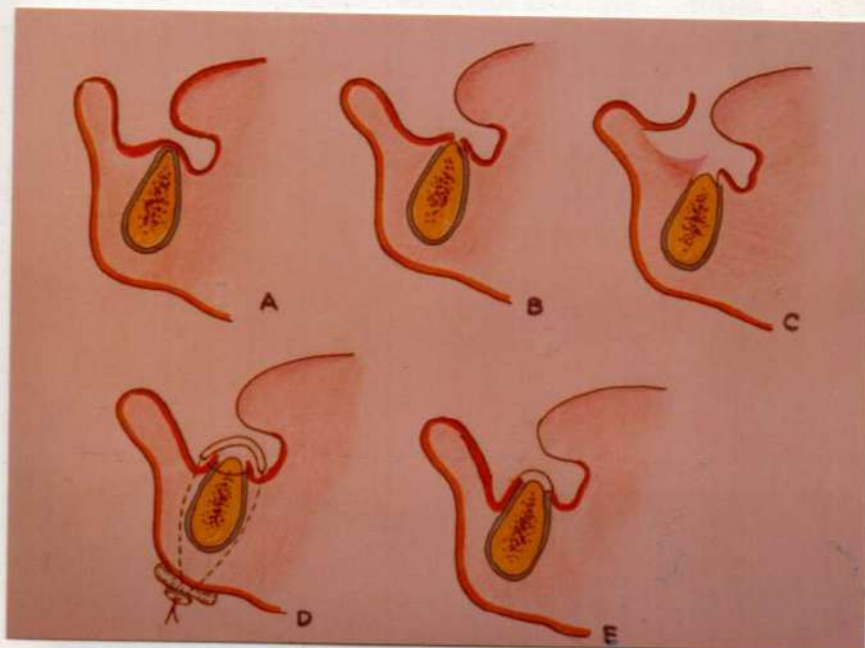
La surcoplastia superior de Cooley era similar al procedimiento inferior, con algunas variantes. La incisión primaria, en vez de comenzar en la cresta del reborde, era hecha hacia el lado palatino de la cresta. Las dos incisiones compensadoras laterales cruzan el reborde para unirse a la incisión palatina en la parte posterior. Se separa un colgajo de espesor parcial hacia el reborde hasta encontrar la cresta. La disección continúa como colgajo mucoperióstico vestibular de espesor total hasta la altura deseada. Se incide el periostio en el lado profundo para poder disecar la mucosa por instrumentación roma de la sub-mucosa y se la moviliza. Se perforan tres orificios en el maxilar superior, y el margen gingival del colgajo se fija a través del hueso a los tejidos palatinos mediante suturas de colchonero. En vez de utilizar una férula, Cooley sostuvo el nuevo surco con un catéter de goma y suturas percutáneas. Una vez retirado el catéter y hasta que se pudo confeccionar la nueva prótesis, el paciente usó su prótesis con flancos extendidos.

Las ventajas de la técnica de Cooley son las siguientes:

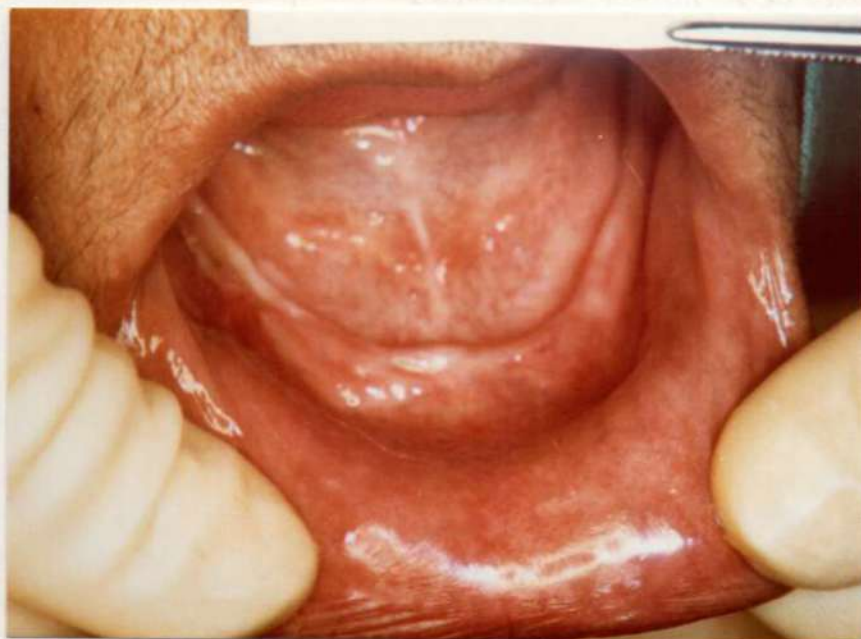
- 1) Es posible corregir las irregularidades óseas de la cresta y de la superficie vestibular del reborde.
- 2) Se deja la cresta del reborde descubierta para que granule y cicatrice por epitelización secundaria. Puesto que aquí no queda la contractura de la cicatriz sobre el hueso, ésta técnica es mejor que las técnicas de Kazanjian y Godwin en las cuales se forma una cicatriz en el lado labial del surco.

Tiene como fundamental desventaja que en reabsorciones pronunciadas con cresta débiles se hace difícil realizar las perforaciones por el peligro de dañar aún más la cresta. Además como toda técnica que descuida el hueso corre peligro de infección.

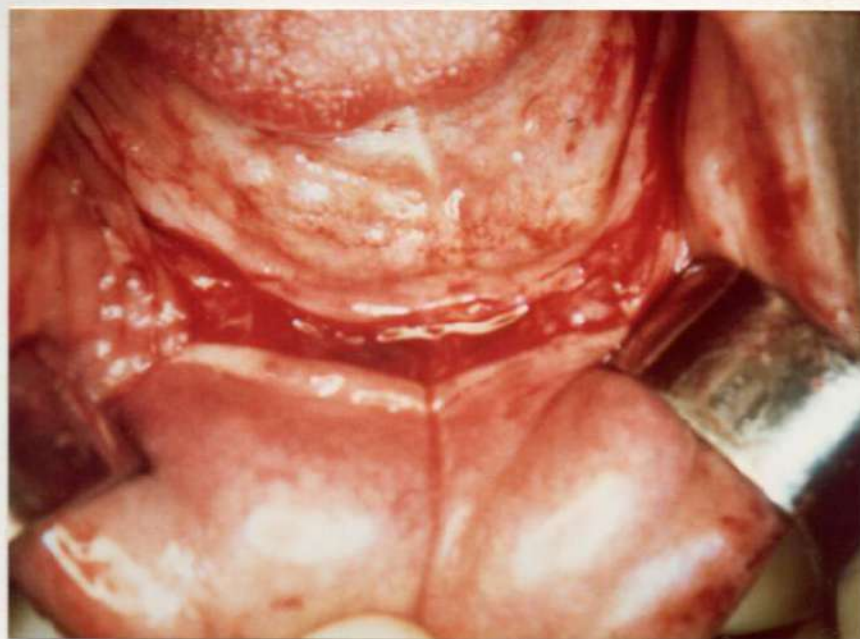
Fraleigh, C. (34) siete años más tarde publica como propia la misma técnica.



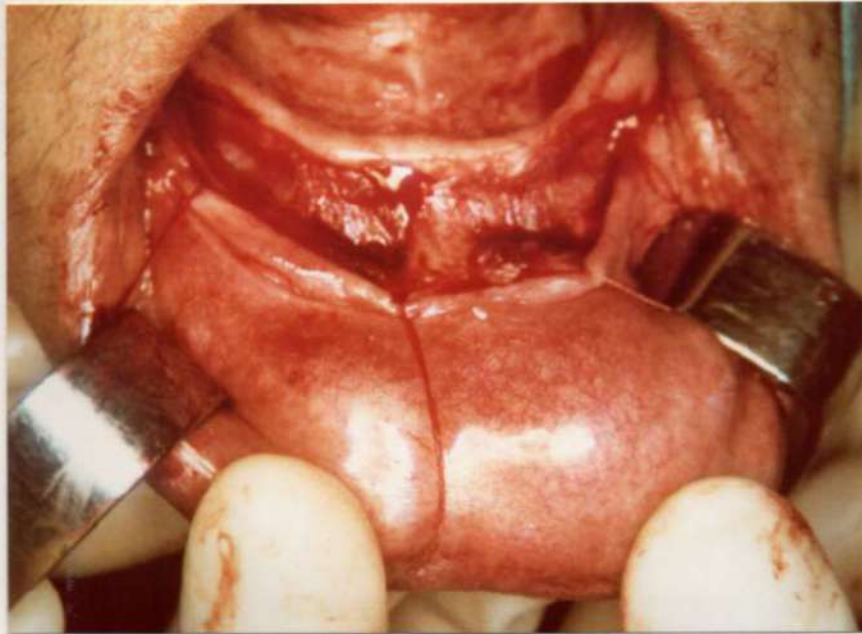
A) Vista del caso. B) Incisión sobre reborde profundizando hasta hueso. C) División mucosa dejando el bloqueo muscular para exéresis. D) Bordes vestibulares y linguales fijados en una posición más apical por puntos pasantes a través del reborde residual. El autor propone una férula fijada por transfixión en piel de mentón. E) Caso terminado. La epitelización sobre la cresta se realiza directamente sobre hueso.



En la vista clínica pre-operatoria se observa/ lado derecho hiperplasia de 3 lobulaciones sesiles y bloqueo muscular.



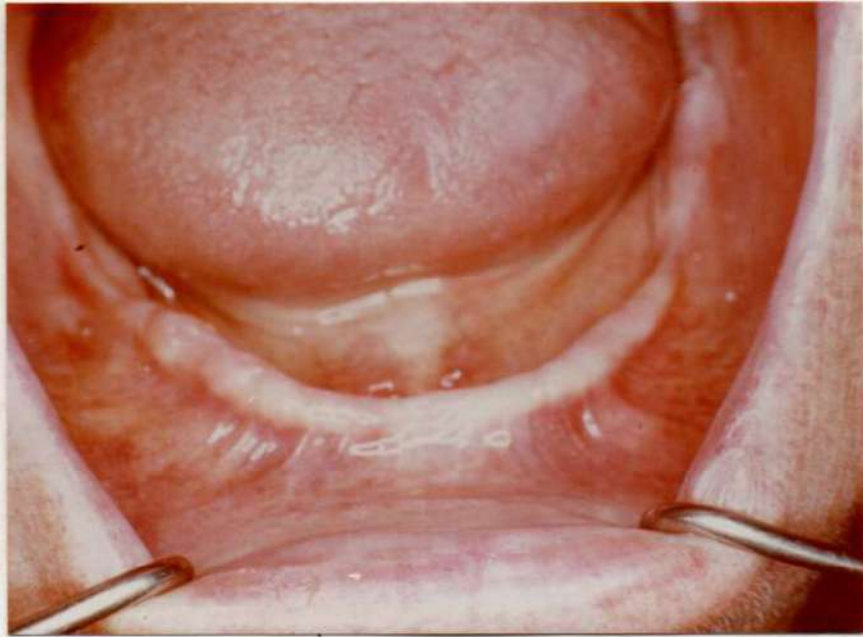
Realizada la incisión desde zona premolar a zona premolar con suaves compensadoras para sortear los orificios mentonianos y logrando un colgajo mucoso - submucoso con eliminación por recorte de las lesiones hiperplásicas los puntos de tracción identifican el colgajo y se observan las inserciones musculares.



En la línea sangrante se puede observar la altura elegida para realizar las perforaciones vestibulo-linguales del maxilar. Según Cooley para fijar el colgajo ves tibular.



Colgajo mucoso fijado en el fondo de surco creado por medio de catgut a través de los orificios óseos. Este paso de la intervención es para nosotros lo más difícil de realizar, y su técnica no ofrece a distancia mejores perspectivas que otras.



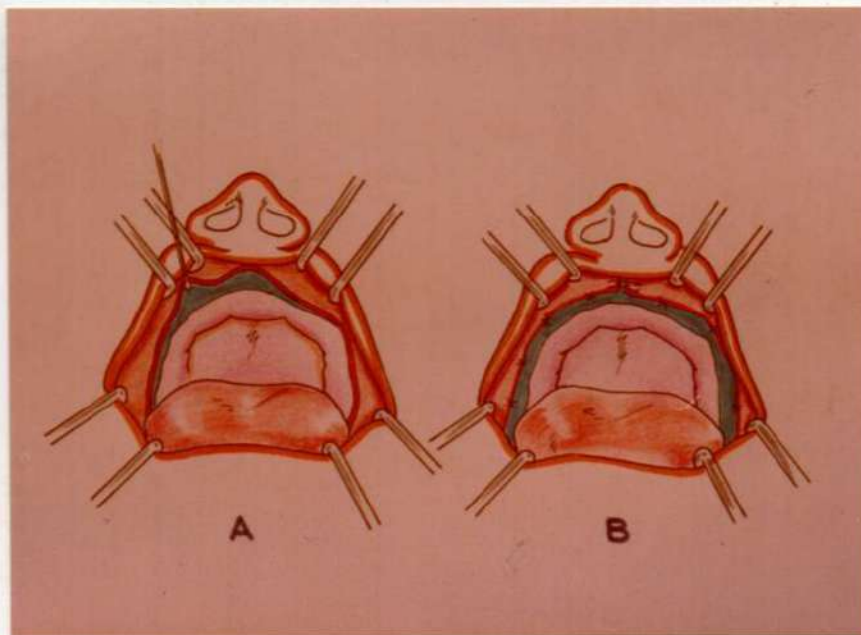
Control remoto (2 años)
Pérdida de un 60% de la profundidad lograda.

En los procedimientos de Wassmund (51), Collet (53), Cooley (33), Godwin (30) y Howe (28) se desnuda al hueso del periostio. Godwin al igual que Howe cubría el hueso con el colgajo mucoso. Cooley desplazaba el colgajo mucoperióstico dejando desnudo únicamente el reborde de la cresta. En los procedimientos de Wassmund y Collet se deja expuesta la totalidad de la superficie externa del reborde superior, lo cual invita a la infección y mayor reabsorción ósea de un reborde ya reabsorbido. Hemos encontrado en la bibliografía (41) caso de osteomielitis descripto, posterior a una intervención de vestibuloplastía.

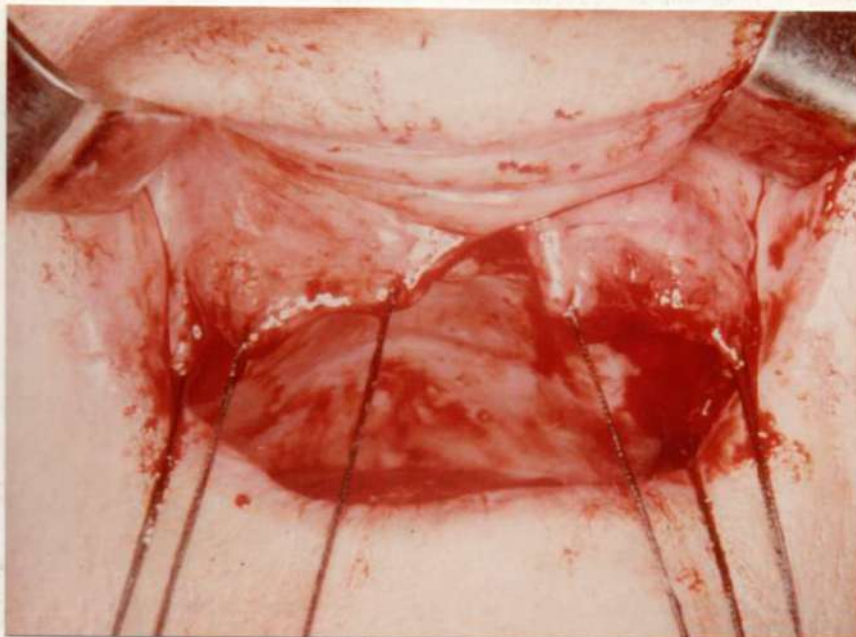
Destacamos en la descripción de Collet y Cooley el uso de matrices y férulas de acrílico transparentes.

Cuando en el vestíbulo y en el labio se hallan una tras otra varias lobulaciones fibrosas anchas, salientes a modo de muralla (Hiperplasia Sesil), se origina por su eliminación una pérdida de sustancia en la mucosa de la cara dorsal del labio. Esto carece de importancia cuando queda aún bastante revestimiento mucoso del labio, de modo que la aproximación de los bordes movilizadas de mucosa no acarrea un acortamiento del mismo en la zona del surco. Si esto se teme Rehrmann (52) propone cerrar ésta por dos colgajos de mucosa a derecha e izquierda y la mucosa así movilizada se cierra hacia línea media suturando ésta en sentido vertical y luego ambos bordes inferiores en sentido horizontal.

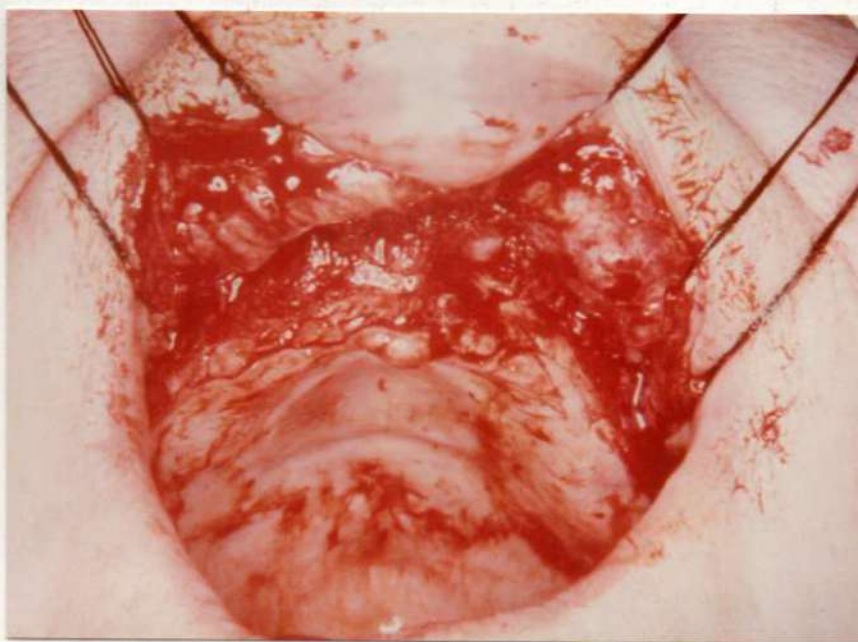
Nosotros la hemos empleado también para ósteotomías de la espina nasal.



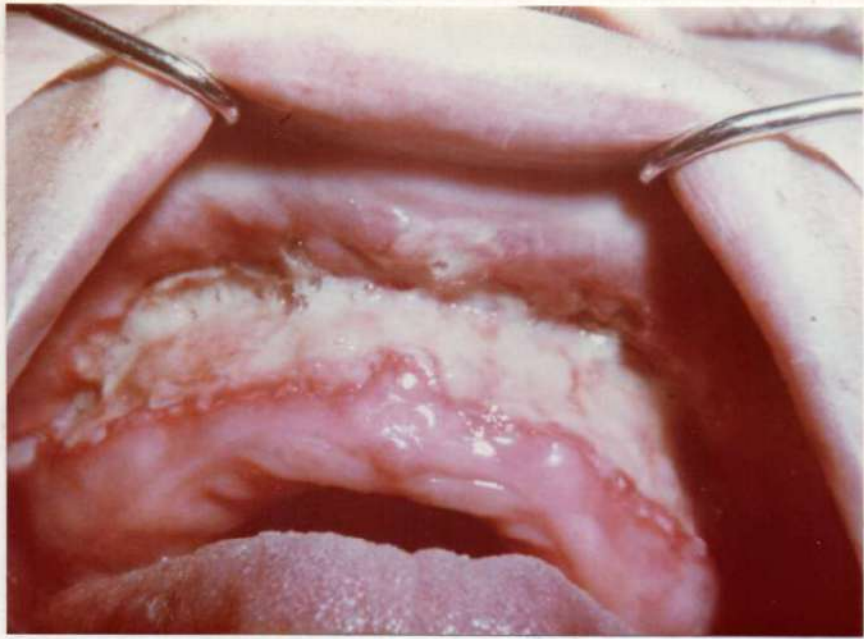
A) Incisión en todo el recorrido del vestíbulo, de una tuberosidad a otra, con dos incisiones compensadoras verticales en la línea media. Se respeta el plano perióstico. B) Sutura infraperióstica de todo el borde del colgajo, a punto separado, en una posición más apical.



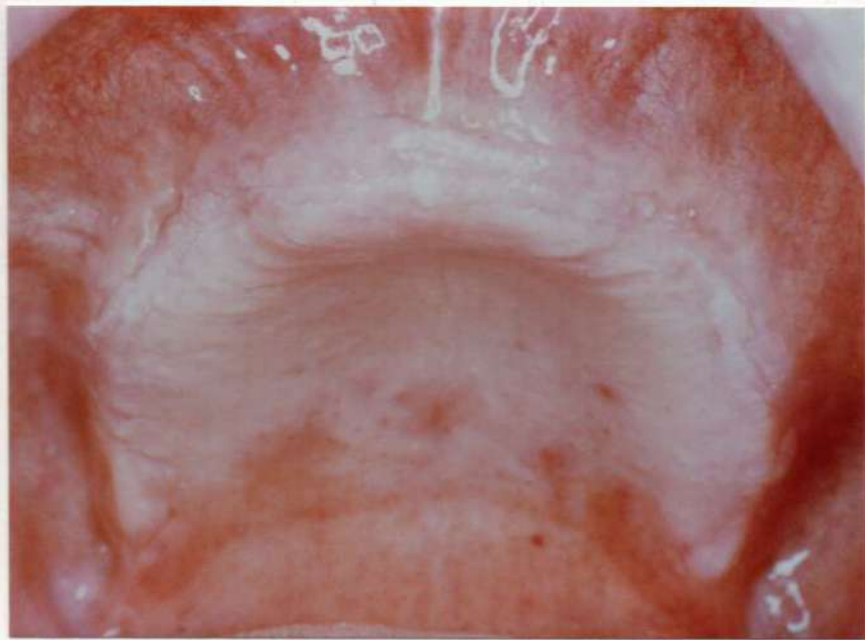
Incisión clásica preconizada por Rehrmann deja un colgajo bien delimitado una vez eliminadas las hiperplasias.



La fotografía muestra a dicho colgajo, que debe ser desplazado apicalmente para la sutura, libre de inserciones musculares por una correcta disección submucosa, sin lesionar el plano perióstico.



Post-operatorio inmediato.
Amplio surco vestibular, aún se mantienen las suturas in
fraperiósticas marcando el fondo del Surco.



Post-operatorio remoto (7 meses)
Mantenimiento del Surco logrado. El paciente era portador
de prótesis nueva.

-VENTAJAS:

- Muy útil para eliminar hiperplasias sesiles y regularizar rebordes y espina nasal conjuntamente.
- Se logra buena profundización del Surco.

-DESVENTAJAS:

- Difícil realizar la disección submucosa, sin lesionar el colgajo.
- Superficie cruenta, periostio denudado, dolorosa en el post-operatorio.

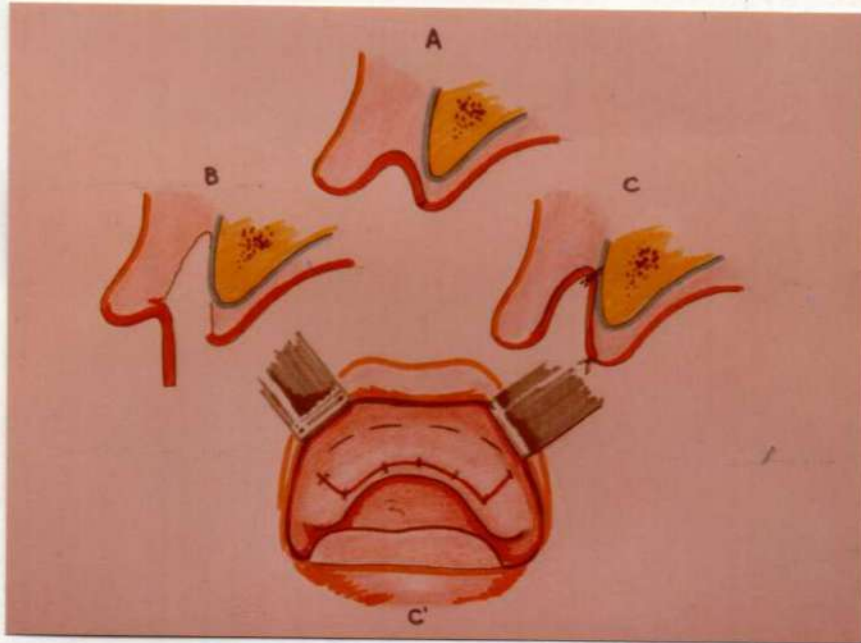
Para realizar la reforma del vestíbulo por disección submucosa, existen dos procedimientos fundamentales, la técnica de Wallenius llamada "a cielo abierto" y la técnica de Obwegeser "por tunelización".

2º) TECNICAS POR DISECCION SUBMUCOSA

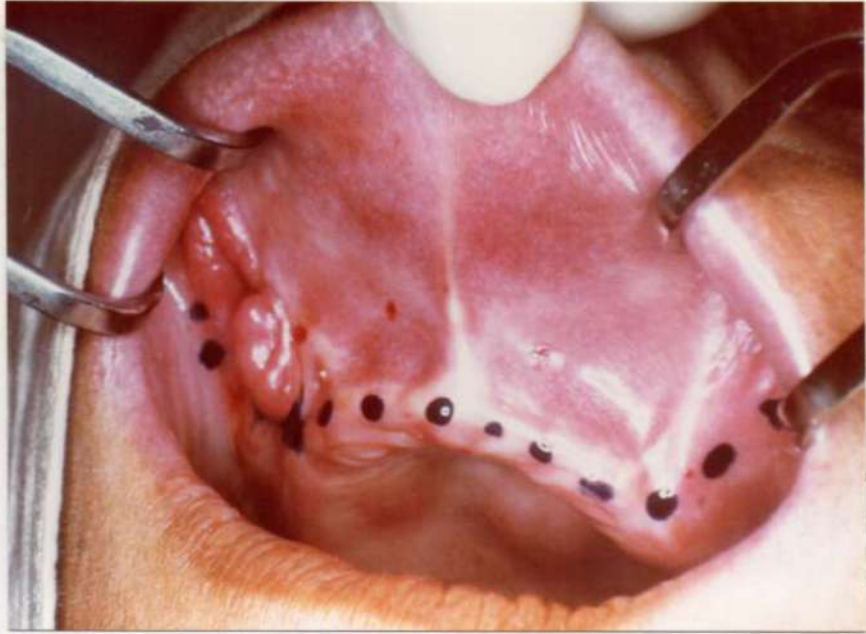
-TECNICA DE WALLENIUS ("a cielo abierto")

Wallenius (55), en 1963 realizó la misma extensión de surco cubierto por mucosa que Obwegeser, pero utilizó un procedimiento "a cielo abierto" en vez de la técnica del túnel. Se hace una incisión a lo largo de la unión mucogingival a través de la mucosa solamente. La disección supraperióstica se realiza hasta la extensión deseada para la extensión propuesta del surco. Hay que poner cuidado en no cortar o desgarrar el periostio. Se separa la mucosa de la submucosa por disección hacia el labio, de modo de movilizar un gran colgajo de mucosa. Se hacen suturas de posición en el colgajo para fijarlo al periostio en la profundidad del surco. Después, se vuelve a su posición original el colgajo y se lo sutura.

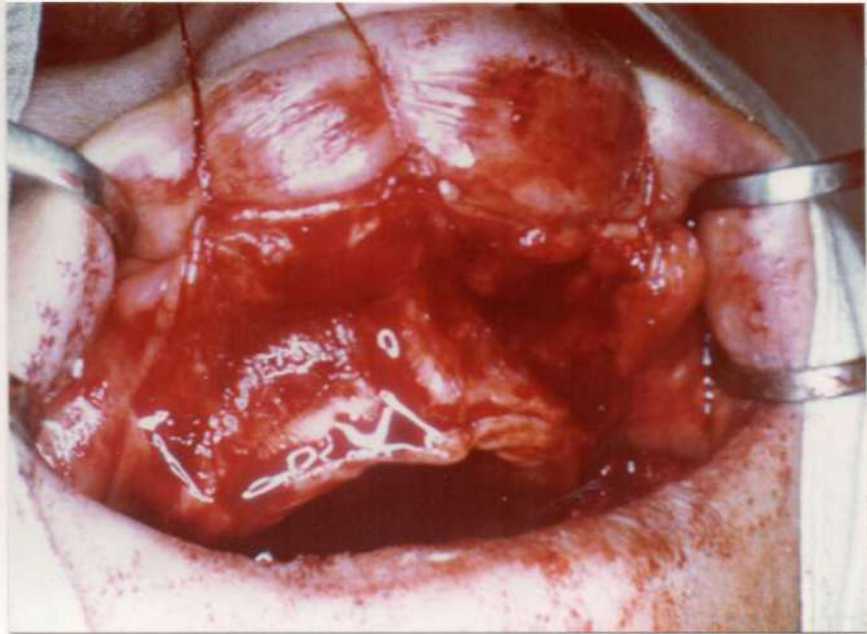
Wallenius usa suturas de posición para fijar la mucosa del fórnix del surco al periostio y no usa férulas o suturas percutáneas.



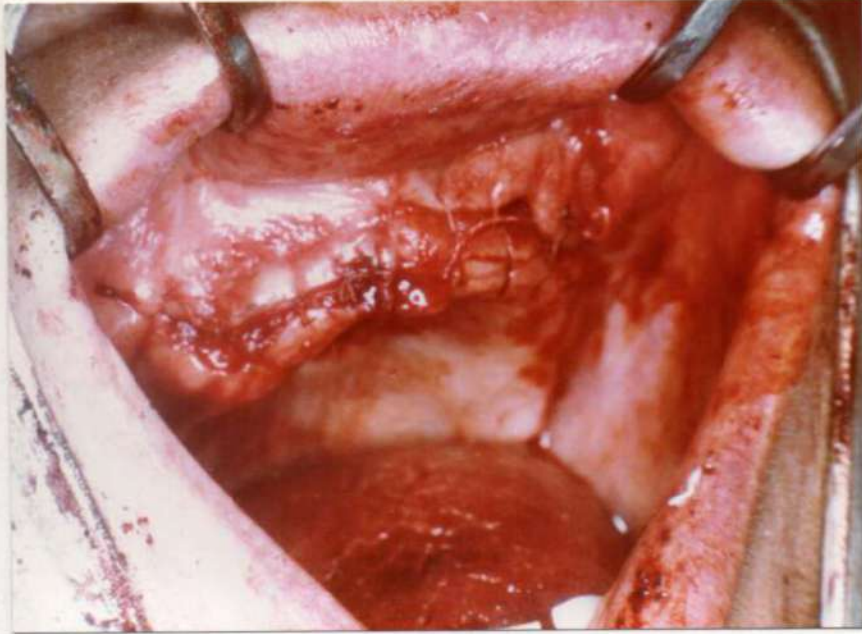
A: Vista del caso. B: Colgajo mucoso-submucoso que permite la exéresis a "cielo abierto" del Bloqueo. C, C': Forma de realizar la síntesis sobre el reborde y en el fondo de Surco.



Diseño de la incisión para lograr un colgajo mucoso-submucoso.



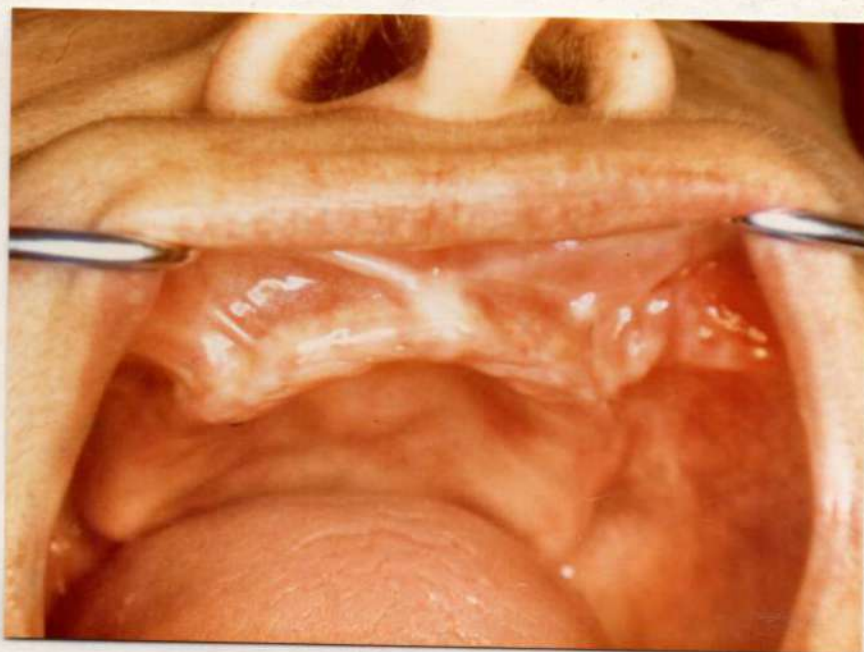
Colgajo disecado mostrando la profundización de surco logrado.



Intrincado juego de suturas supra e infra periós-
ticas.



Vendaje compresivo post-operatorio, el autor no pre-
coniza el uso de apósitos post-operatorios.



Control a los diez meses. Buena marcación de fondo de surco aunque a nivel del frenillo no es depresible. En mejilla se observa una lesión ulcerativa.

-TECNICA DE OBWEGESER

Evidentemente que no habrá mejor cubierta epitelial que la propia mucosa vestibular y es por medio de esta técnica que se logra su mantenimiento.

El método de Obwegeser (43) parte de un corte perpendicular a la altura del frenillo labial para tunelizar desde allí la mucosa vestibular movilizándola ampliamente en dirección a la mejilla. El límite de la movilización está más o menos marcado, en la zona de la cresta cigomático-alveolar.

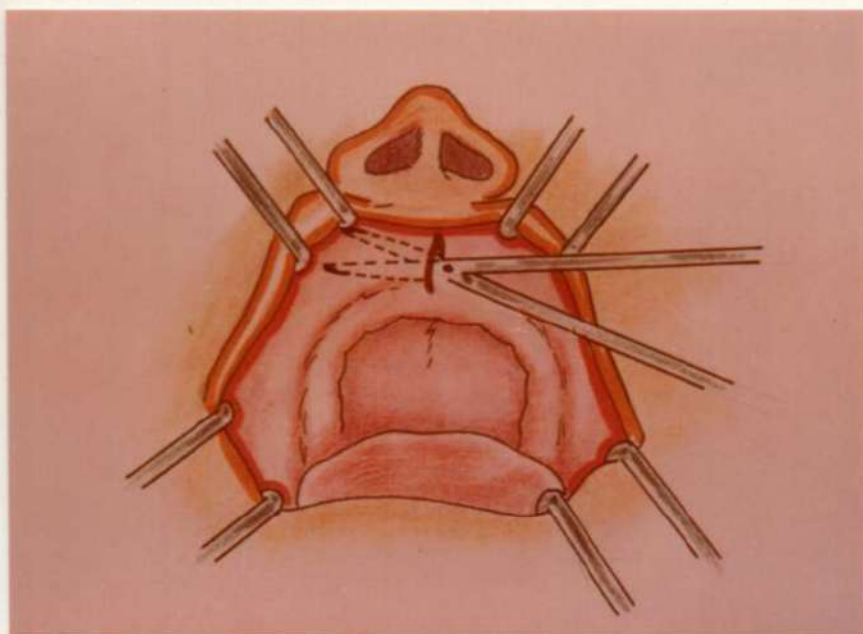
Después se separa la musculatura del periostio, sin producir una herida ósea y se traslada en sentido craneal. El nuevo pliegue creado es mantenido in-situ mediante la trasla-

ción de la musculatura y la mucosa epitelial, con una placa fijadora hasta reinsertación definitiva. La prótesis definitiva se realiza 3 ó 4 semanas después de la intervención.

La limitación de esta técnica, está dada en el hecho que necesita suficiente mucosa desde labio. El autor preconiza una simple maniobra clínica para averiguarlo. Colocó el espejo bucal por dentro de labio y haciendo presión en el fondo de surco, se observa si el borde mucoso labial se retrae. Si eso sucede no habría suficiente mucosa y se inclina por los trasplantes dérmicos o mucosos.

También Obwegeser (43) aconseja una variación a cielo abierto de su vestibuloplastía submucosa como procedimiento alternativo para los que hallan difícil la técnica del "Túnel" ciego.

"En el surco superior es considerablemente más fácil hacer la vestibuloplastía submucosa de Obwegeser que la técnica de Wallenius. La localización intrincada de las suturas de fijación en la profundidad de la mucosa, al periostio, hacen que la técnica de Wallenius sea difícil. Obwegeser usa una dentadura con flanco extendido para sostener el surco en su nueva posición, lo cual es más fácil", según Starshak (9) quien dice que "si se recubre la prótesis del paciente con un revestimiento blando con frecuencia se obtiene la retención suficiente, lo cual hace innecesaria la fijación ósea". Nosotros como veremos más adelante preferimos la fijación del apósito post-operatorio pero lo realizamos de una manera más simplificada.



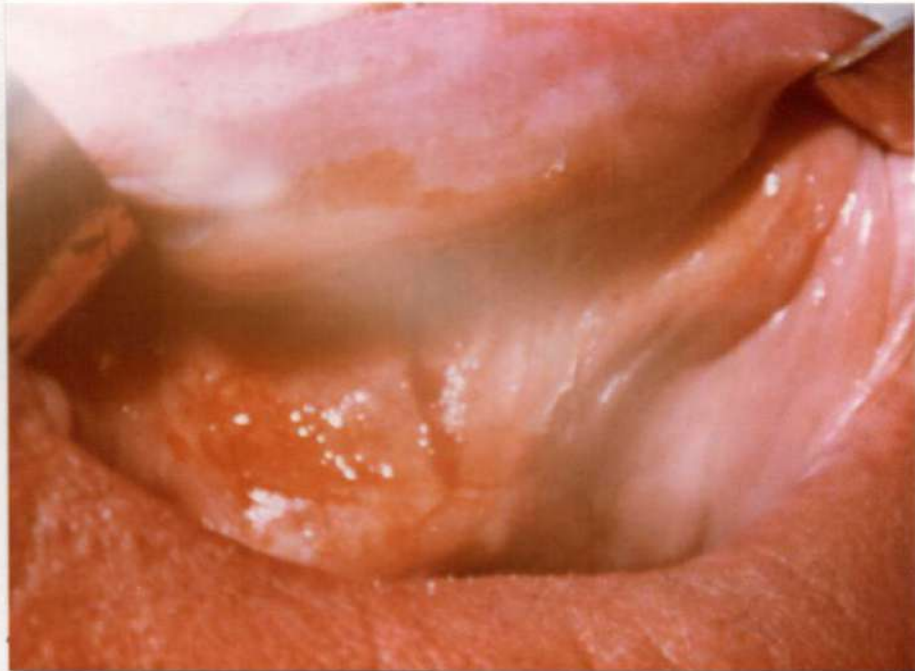
Con incisión en línea media y por medio de tijeras, logramos la divulsión del plano mucoso-submucoso ("tunelización"). A través de la brecha lograda se eliminará el bloqueo.



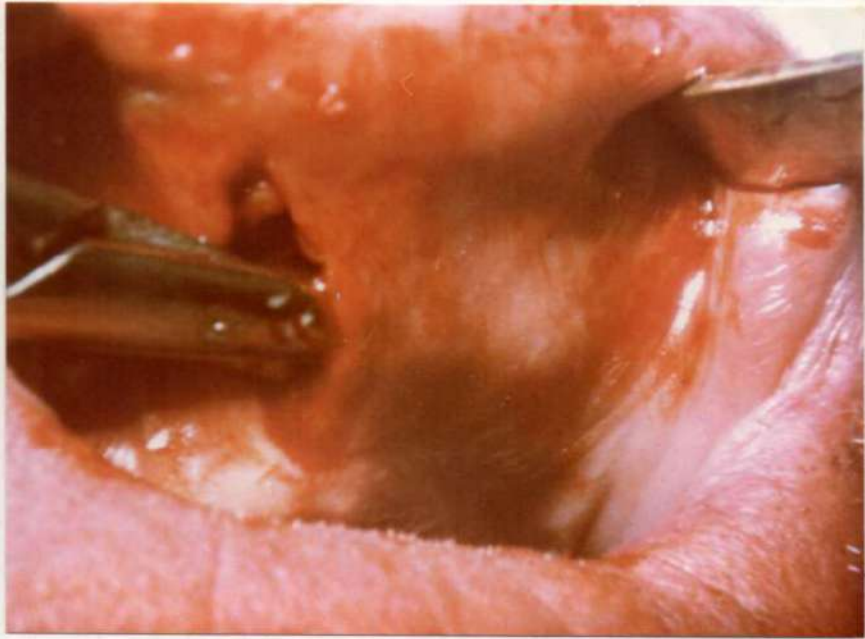
Amplio bloqueo muscular entre crestas cigomático-alveolar.



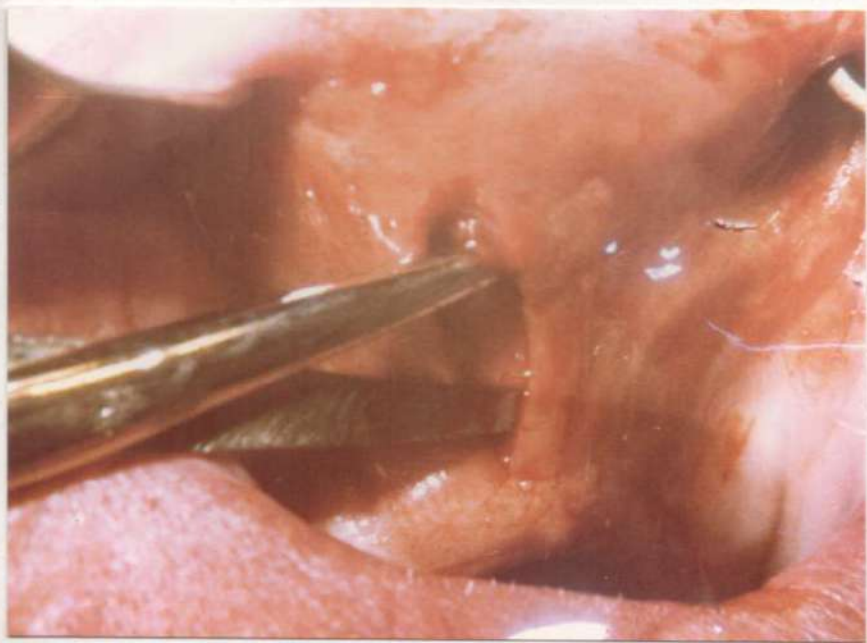
Vista específica de una cresta cigomático-alveolar límite bilateral de la intervención.



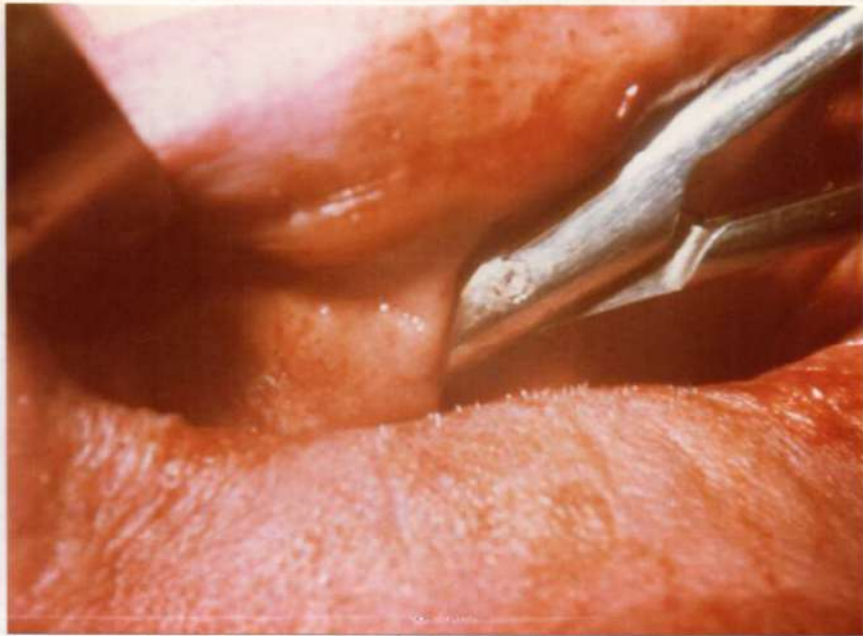
Incisión paramediana a un lado del frenillo labial con profundización mucosa-submucosa.



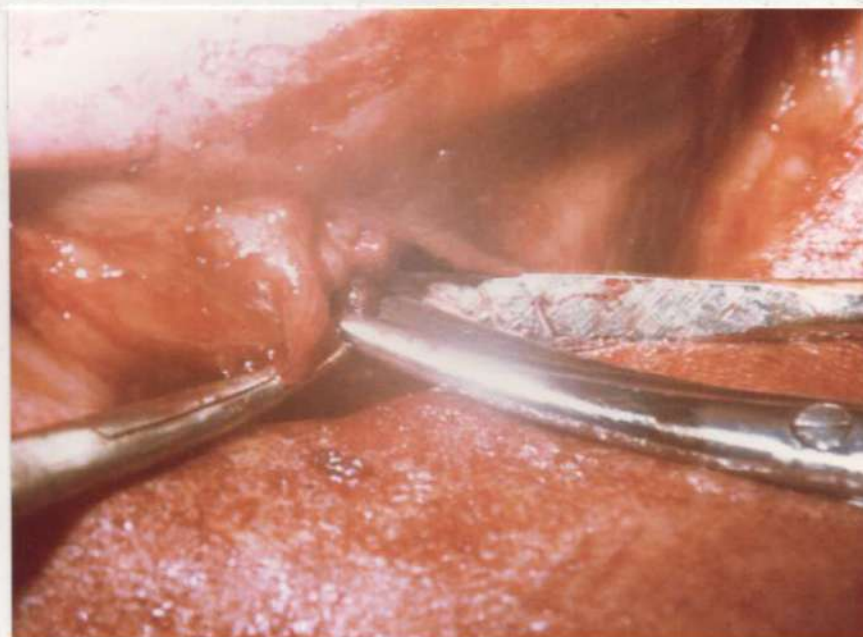
Comienzo de divulsión con tijera Metzemaum, separando el plano superficial de la masa muscular.



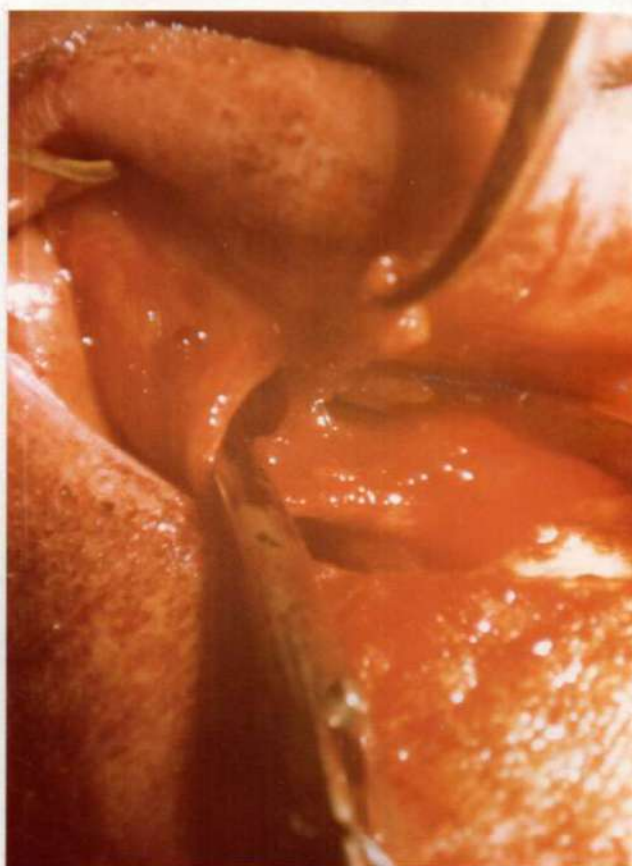
Extensión de la tunelización.



La misma maniobra del otro lado hasta el límite cigomático-alveolar.



Con espátula ancha se protege el periostio mientras que con pinzas Haldsted y tijeras Metzenbaum se reseca el plano muscular. Observar la abundante hemorragia.



Inserciones musculares peribucales en exéresis. Realizar este paso por "tunelización" es tarea bastante compleja por la falta de visión directa. Además las inevitables hemorragias profundas lo dificultan. Recordar que el plano perióístico debe quedar indemne.



Marcación del fondo de surco suturando en forma horizontal el plano mucoso al periostio con sutura de catgut crómico subperióstico. (Según el principio preconizado por Wallenius para evitar la fijación de la prótesis con las ligaduras transcigomáticas, que luego veremos no son tan sencillas como afirma Starshak (9)).



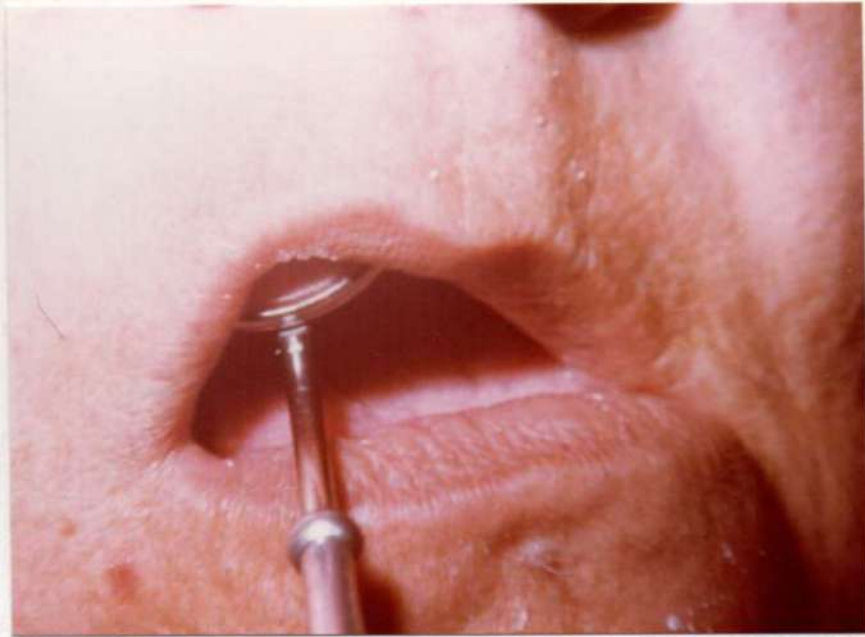
Síntesis final de la incisión paramediana.



Los post-operatorios en estas intervenciones van acompañados de hematomas, producto de la exéresis muscular por "túnel ciego".



Control remoto (dos años) pérdida de más de un 50% de la extensión lograda confirmando lo aseverado oportunamente por Obwegeser.



Prueba Clínica de Obwegeser que muestra la falta de mucosa necesaria para la técnica por tunelización, prefiriendo en este caso las técnicas a "cielo abierto" con epitelización secundaria.

-VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE AMBAS TECNICAS:

- Las ventajas principales es el mantenimiento de la cubierta mucosa. Nada supera en el post-operatorio inmediato y mediato al tejido natural e inmovilizado del paciente.
- Sus desventajas fundamentales para las dos técnicas, se presentan en los casos de hiperplasias de dos o tres sectores y sobre todo multilobuladas y sesiles (casuística muy frecuente) en la dificultad de mantener un "telón mucoso" indemne.
- Además, los dos, aunque fijan bien el fondo de Surco las ligaduras de Wallenius son difíciles y la fijación transcigomática de Obwegeser, además de exigir destreza quirúrgica necesita anestesia general preferentemente.

CONSIDERACIONES SOBRE FRENECTOMIAS Y BRIDAS LATERALES

En general todas las técnicas se proponen por disección submucosa con o sin epitelización secundaria.

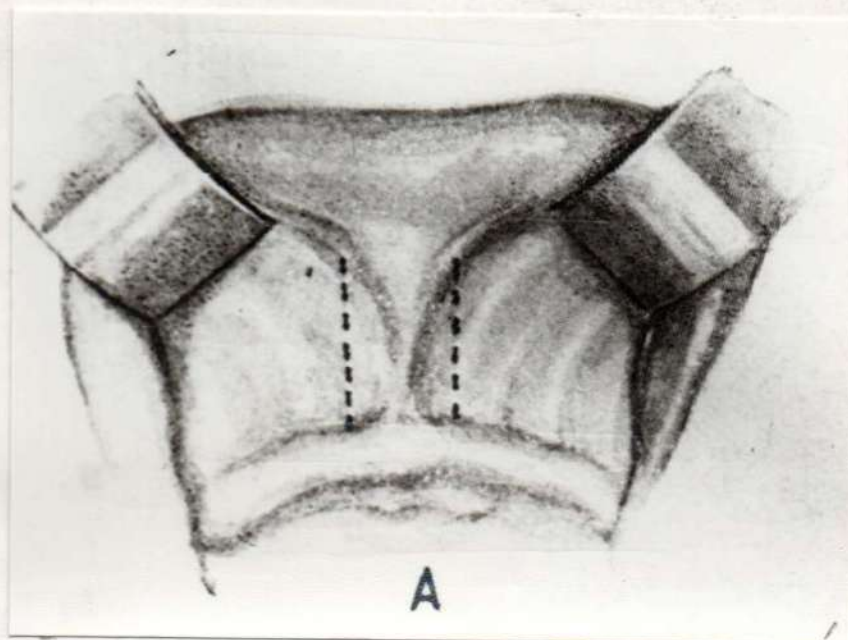
-FRENILLOS

De las numerosas técnicas propuestas para eliminación o traslado de los frenillos labiales, extraemos la de Ries Centeno (10) específicamente indicada para desdentados y con posibilidades de la osteoplastia de espina nasal, muy frecuente acompañante del frenillo bajo, bloqueante de surco.

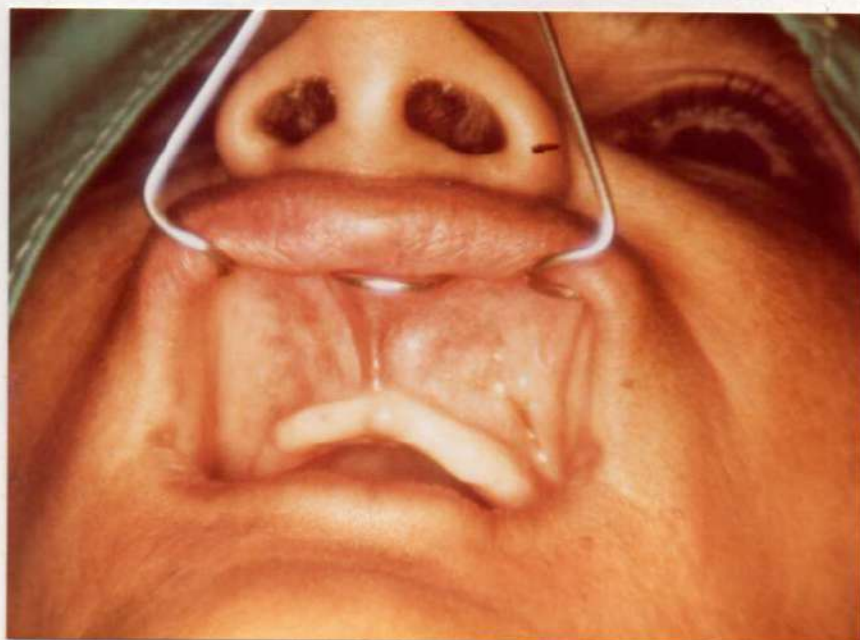
La aplicación de la llamada Z plastia en cirugía bucal, ha tenido también sus adeptos para el tratamiento de frenillos y bridas.

Nosotros la analizamos también en nuestra experiencia; la consideramos más útil en bridas. Pero la técnica que podemos sistematizar es la llamada de Doble Pinzado, que será descripta en el Capítulo de "Técnicas Quirúrgicas empleadas en la Cátedra de Clínica Quirúrgica II^º Curso".

TECNICA DE RIES CENTENO



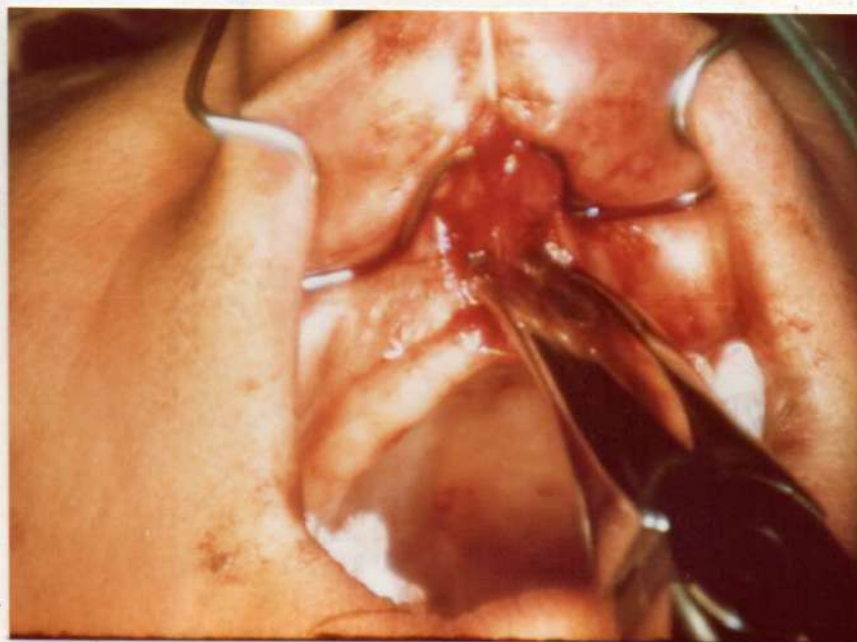
Esquema tomado del texto de Ries Centeno.



Vista de un frenillo bloqueante del Surco vestibular.



Incisiones paralelas unidas por la incisión horizontal logrando un verdadero colgajo.



Este tipo de colgajo permite abordar con facilidad la espina nasal que se elimina o reduce con pinza gubia, osteótomo o fresas para hueso.

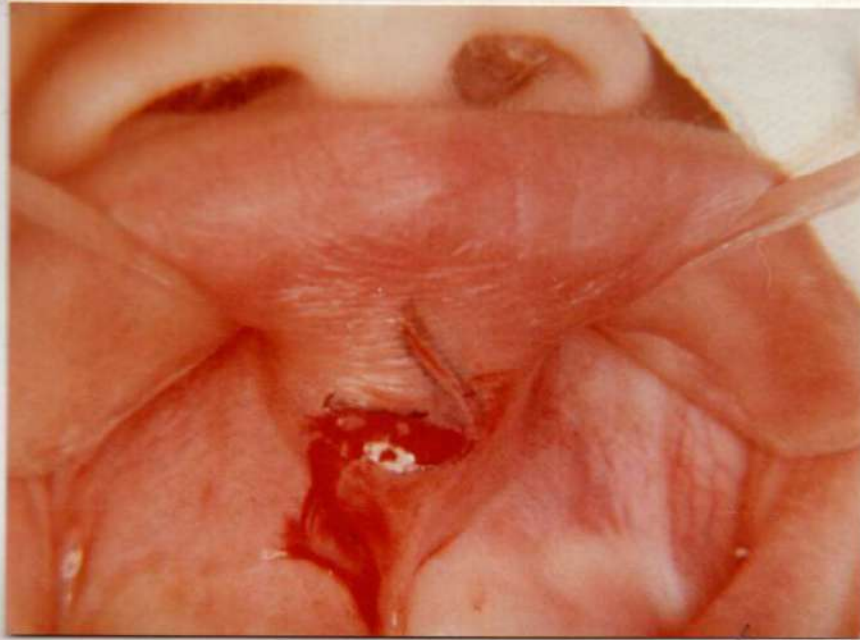


Traslación final del colgajo fijándolo en una posición más alta en sentido cráneo-caudal.

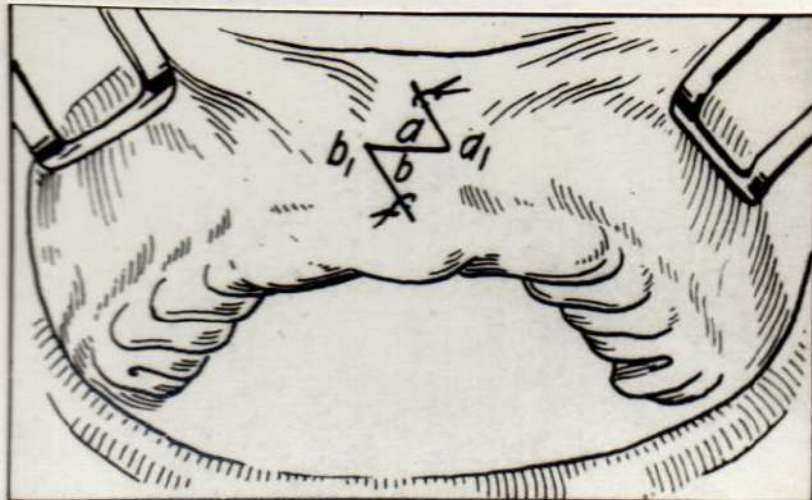


Post-operatorio logrado.

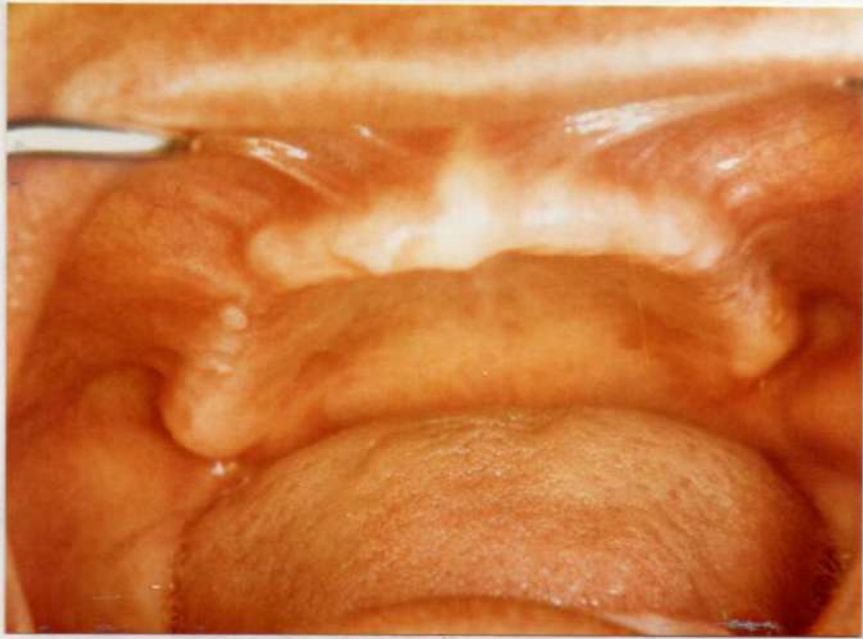
TECNICA DE LA Z PLASTIA



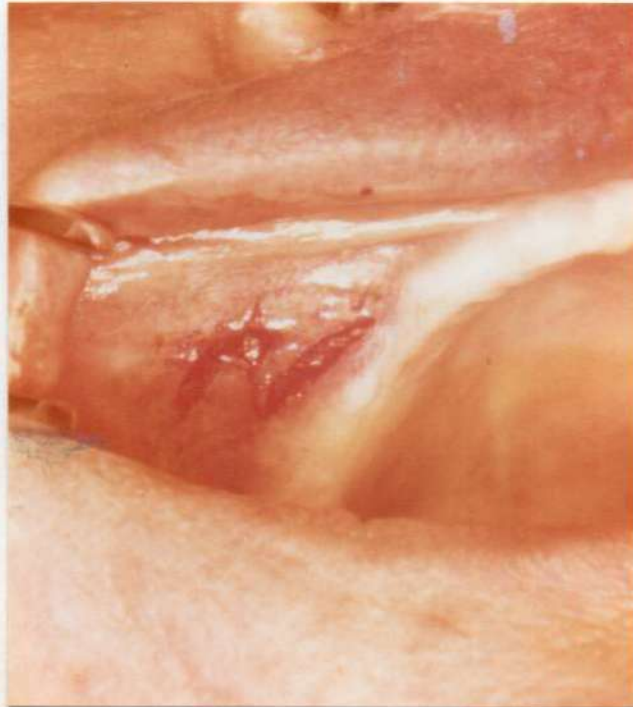
Recorrido de la incisión en Z, sobre un frenillo labial superior.



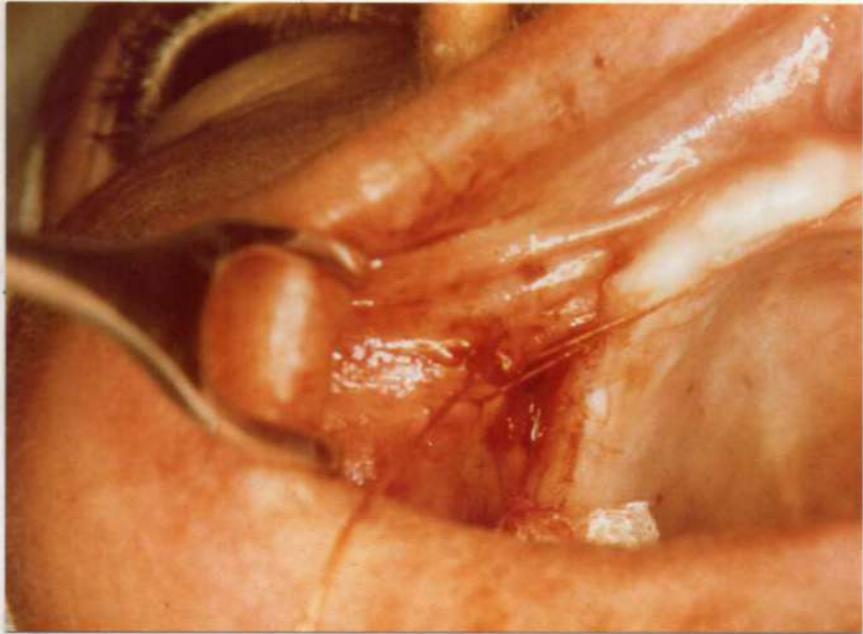
Esquema de la técnica de sutura, (tomado de Frenkel(12)).



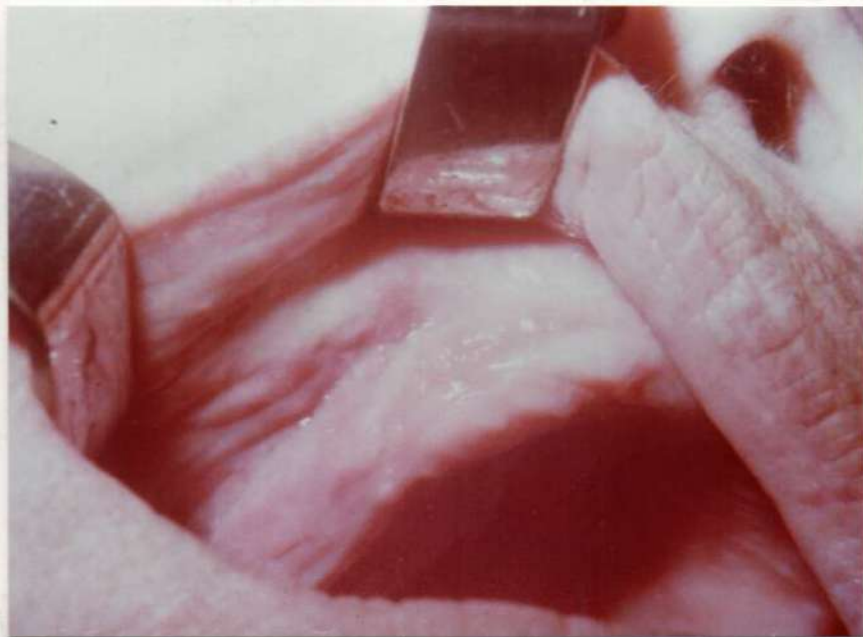
Brida lateral bloqueante.



Incisión en Z.



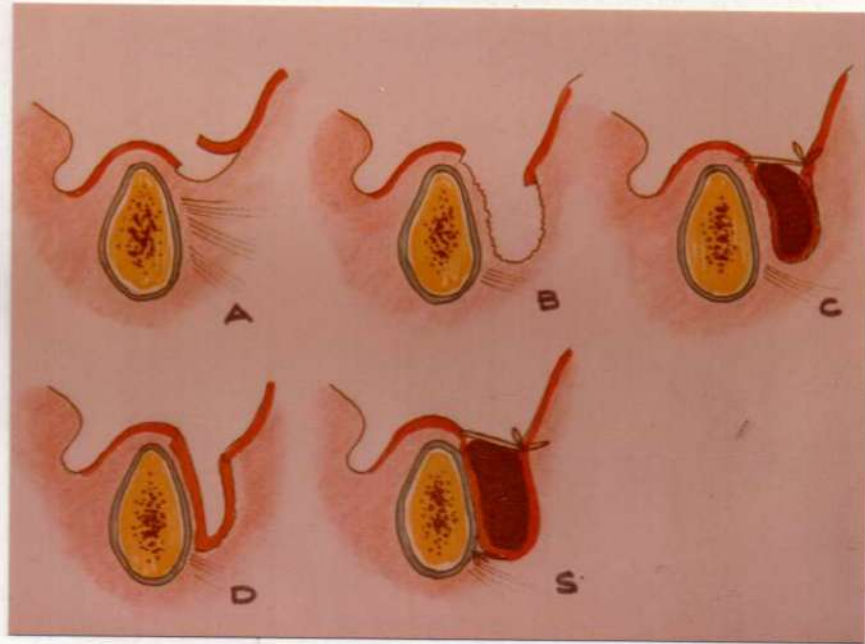
Entrecruzamiento de los colgajos en Z



Post-operatorio logrado.
Control post-operatorio. Se logran buenos resultados, pero técnica dificultosa para el cirujano, con poca experiencia.

3º) TRASPLANTES LIBRES DE PIEL Y MUCOSA

Para este 3er.tipo es a nuestro entender el método preconizado por Pichler (5) (II) el fundamento, más la modificación de Schuchardt (11).



A:Abordaje. B:Exéresis. C:Mantenimiento del injerto sobre el lecho cruento con apósito de Godiva. D:Vista del área injertada. S:Variante de Schuchardt, con la sutura del borde cruento del lecho receptor al periostio, en el fondo de la tabla vestibular.

Durante años se han utilizado injertos de piel para cubrir heridas de tejidos bucales en la reparación plástica de traumatismos o cirugía de tumores. Cuando en cirugía bucal preprotética hay una cantidad inadecuada de mucosa bucal que pueda ser desplazada para profundizar el surco vestibular, el agregado de piel o injertos mucosos puede hacer la diferencia entre el fracaso y el éxito.

Los que siguen son algunos principios del injerto de piel:

- 1º) El injerto de piel se debe tomar de alguna zona sin pelos, (las zonas dadoras suelen ser las nalgas y la zona interna de los muslos).
- 2º) Es preferible un injerto fino a uno grueso. El injerto de espesor dividido "prenderá" mejor que un injerto de espesor total, pero el injerto de espesor total se contrae menos que el de espesor dividido.
- 3º) El receptor, o huésped debe hallarse libre de infecciones.
- 4º) La zona receptora debe tener buena irrigación.
- 5º) Antes de colocar el injerto hay que conseguir la hemostasia de la zona receptora.
- 6º) El injerto se coloca sobre periostio, no sobre hueso.
- 7º) El injerto debe cubrir toda la zona viva expuesta y debe ser inmovilizado hasta que se produzca la cicatrización. Con excepción de la zona dadora, se aplican los mismos principios al injerto mucoso.

Cuando se trasplanta un injerto de piel de espesor dividido para cubrir un defecto de los tejidos bucales, se forma una cicatriz contraída en la unión de la piel injertada y la mucosa bucal. La contracción es mínima cuando la unión mucocutánea se halla apoyada sobre hueso. Por esta razón, Obwegeser y otros prefieren colocar injertos de piel sobre hueso y no sobre tejido que tiene libertad de movimiento. Obwegeser (20), (1963, 1967) hace injertos cutáneos casi exclusivamente en la vestibuloplastia inferior, por lo general, combinados con el descenso del piso de boca (surcoplastia lingual). El injerto se obtiene de una zona sin pelos de la nalga o muslo. Los primeros pasos de la operación son los mismos de la vestibuloplastia por epitelización secundaria en la cual se sutura un colgajo vestibular al periostio en la parte más apical del surco profundizado. Cuando la vestibuloplas-

tía con injerto de piel se combina con la surcoplastia el borde libre del colgajo vestibular no se sutura al periostio sino al margen libre del colgajo lingual con suturas de catgut crómico que pasan por debajo del borde inferior de la mandíbula.

El injerto de piel de espesor dividido se coloca dentro de una férula preparada de antemano y se la asegura mediante una sustancia adhesiva. La férula y el injerto de piel se aseguran a la mandíbula durante una semana mediante alambres circunferenciales o suturas gruesas de nylon. La férula se retira a la semana. El injerto se ha unido al periostio. El exceso de piel se puede eliminar mediante tijera. Es preciso volver a colocar la prótesis temporaria o la férula para prevenir la contracción y la pérdida del surco recién profundizado. A las 4 ó 5 semanas se pueden confeccionar las prótesis nuevas.

Steinhauser (42) (1969) reconoció que aunque los injertos cutáneos producían buenos resultados en la mandíbula, los injertos de ese tipo son menos satisfactorios en el vestíbulo superior. La falta de la adhesión de la prótesis a la piel se consideró como el factor más importante. Steinhauser utiliza injertos de espesor dividido de mucosa, tomados de los carrillos con un mucostótomos, para cubrir el periostio superior. Los injertos de mucosa fueron adaptados al reborde superior por medio de una férula. Los resultados fueron excelentes en el 70% de los pacientes de quienes se pudo obtener los datos post-operatorios.

Prowler (38) (1964) registró resultados positivos en injertos de espesor total de mucosa bucal en el reborde inferior. Los injertos se suturaron al tejido adyacente y se estabilizaron mediante un vendaje externo de Elastoplast aplicado sobre el labio inferior y el mentón.

Hall y O'Steen (39) (1970) han hecho injertos libres de mucosa palatina para cubrir el periostio en la vestíbuloplas-

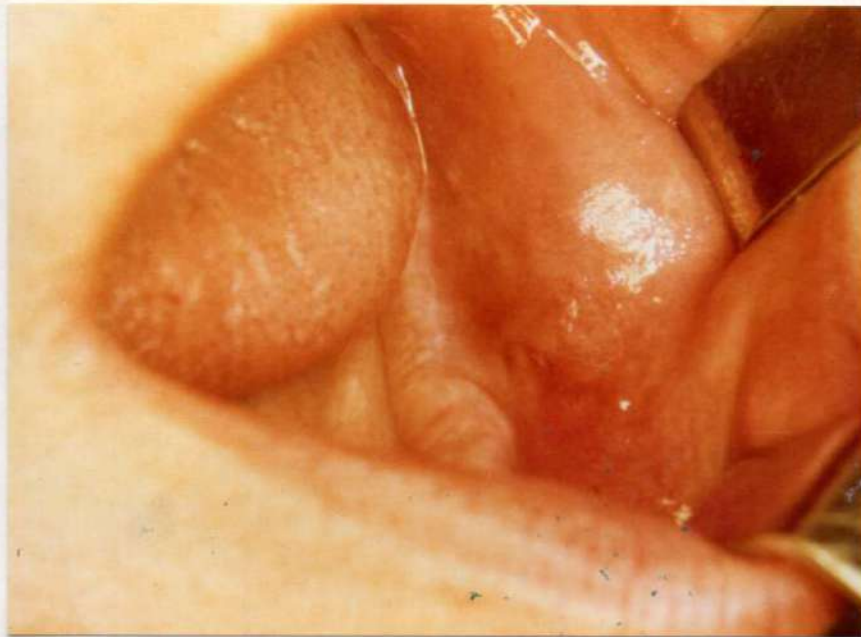
tía inferior con resultados excelentes.

Maloney (24) utiliza también este tipo de injertos. No
sotros entendemos que con la aparición de los modernos mucostóto
mos (aún difíciles de conseguir en nuestro medio) se abre una
perspectiva atrayente en el campo de los injertos.

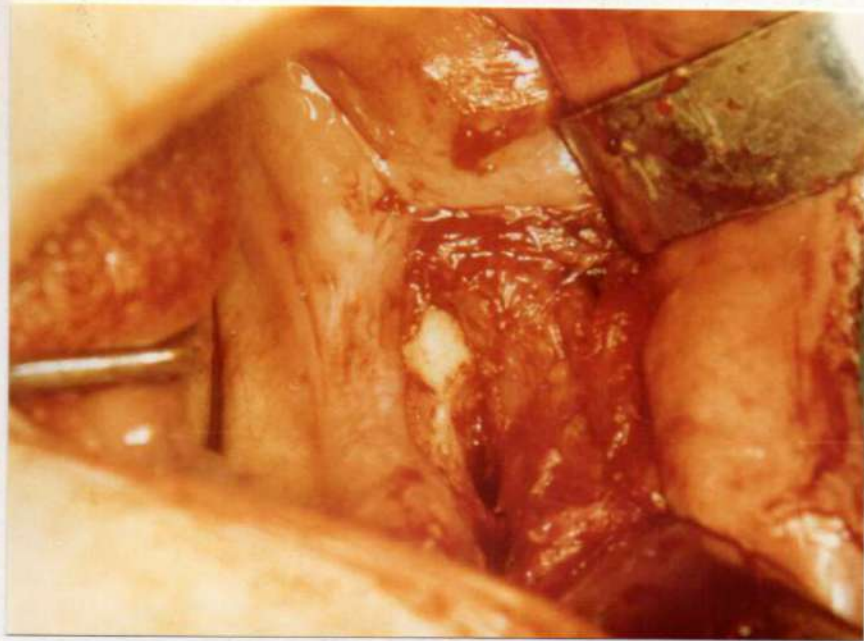
Citemos por último, la variante del uso de Duramadre
liofilizada, propuesta por Schuchardt- y Obwegeser. Este material
no es de fácil obtención en nuestro medio.

TECNICAS DE TRASPLANTES

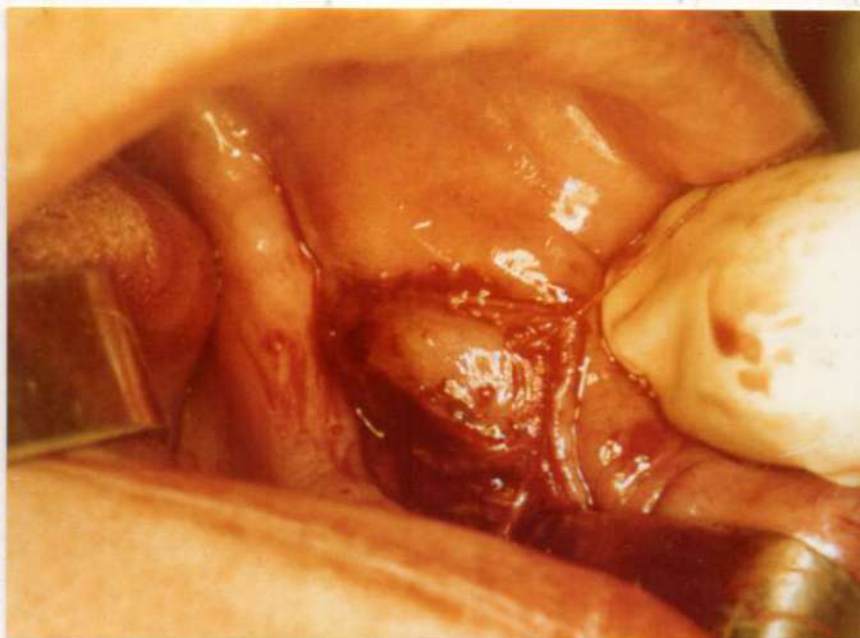
PICHLER - SCHUCHARDT



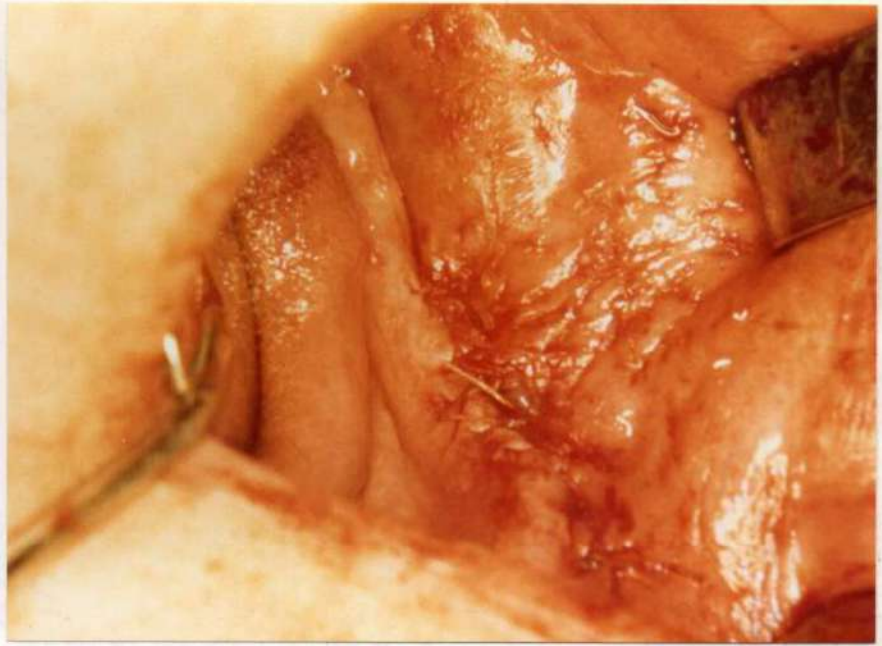
Bloqueo en zona lateral por patología lateral.



Dissección en bloçk y lecho receptor preparado.



Colocación del injerto según Pichler.

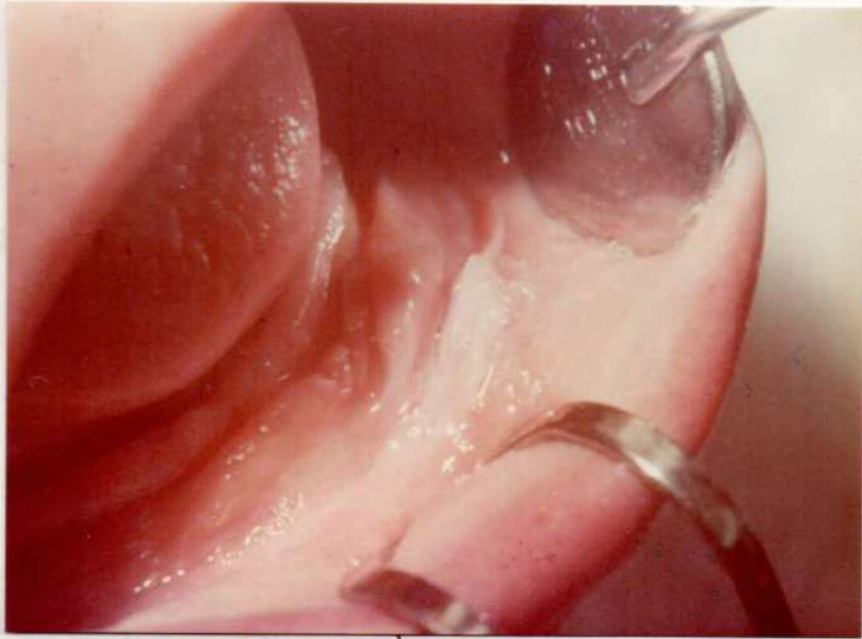


Fijación del colgajo de mejilla según Schuchardt.

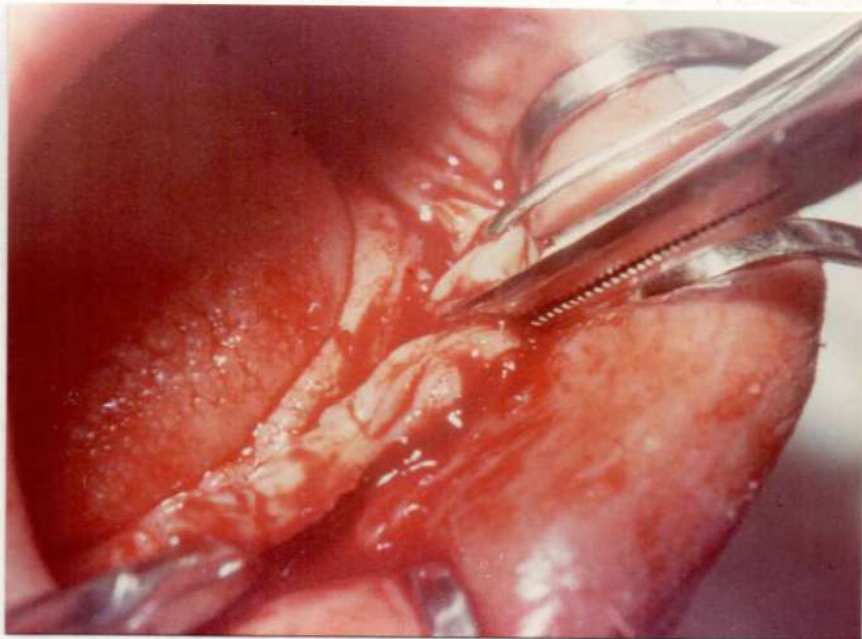


Post-operatorio

USO DE LA DURAMADRE LIOFILIZADA



Vista del caso, Hiperplasia multilobulada.
Necesidad de la eliminación en el block.



Exéresis de las lesiones.



Lecho cruento sin posibilidades de realizar movilización mucosa para su cubierta, (necesidad de trasplante o injerto).



Vista de la forma comercial que se provee en la República Federal de Alemania del material para injerto. (Material cedido por el Dr. Luis Alberto Rivas - Bonn R.F.A.).



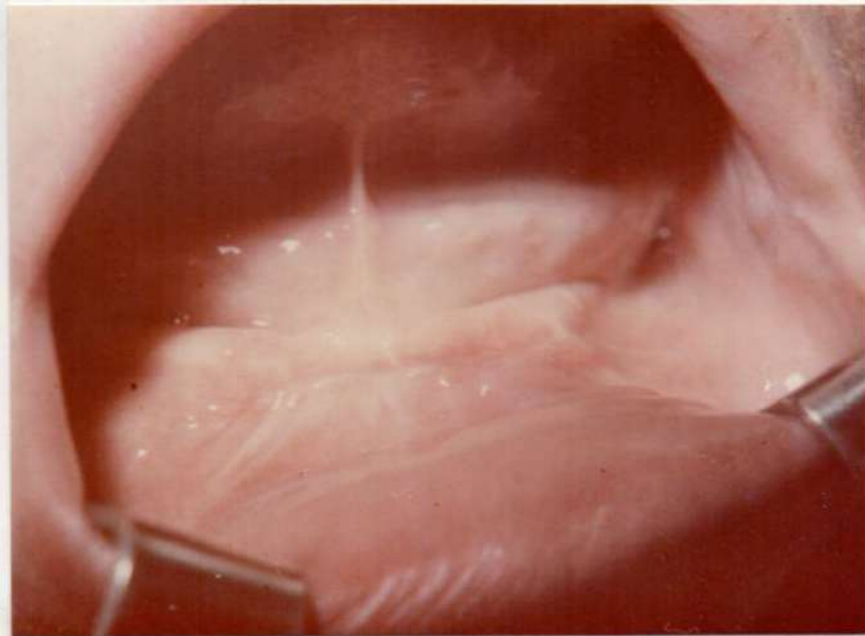
Trozo de Dura en posición.



Sutura de los bordes. El material de fácil manejo, se embebe rápidamente en sangre mostrando su gran poder de absorción.



Post-operatorio inmediato (14 días).
La duramadre sirve como matriz al crecimiento epitelial logrando un tejido fijo y de superficie suave, prácticamente sin solución de continuidad con la mucosa vecina.



Post-operatorio remoto (3 años)
Buenos resultados.
Técnica inconveniente en nuestro medio, por la obtención del material.

c) RESUMEN ANALITICO DE LAS TECNICAS ESTUDIADAS Y PRACTICADAS

Son siempre mejores las técnicas con mantenimiento de los planos mucosos y periósticos, con disecciones "a cielo abierto" con reposición de los planos, cuando hay suficiente tejido aprovechable.

En casos de tener que dejar superficies a epitelización secundaria, por faltar tejido de cubierta suficiente, elegir el flanco óseo del vestíbulo para ello y cubrir dicha superficie con la prótesis del paciente, alargados los flancos y rebasados con pasta zinquenólica los primeros 7 días, luego cambiar por acondicionadores de tejidos.

Cuando las superficies cruentas sin cubiertas naturales (plano mucoso repuesto a su lugar de origen) son amplias, se deberá recurrir al trasplante dérmico o mucoso.

Las suturas dificultosas deben evitarse, pues no mejoran los resultados a distancia. Los apósitos post-operatorios (salvo las prótesis reacondicionadas en la forma citada y utilizadas en casos simples y poco extensos) no nos conforman.

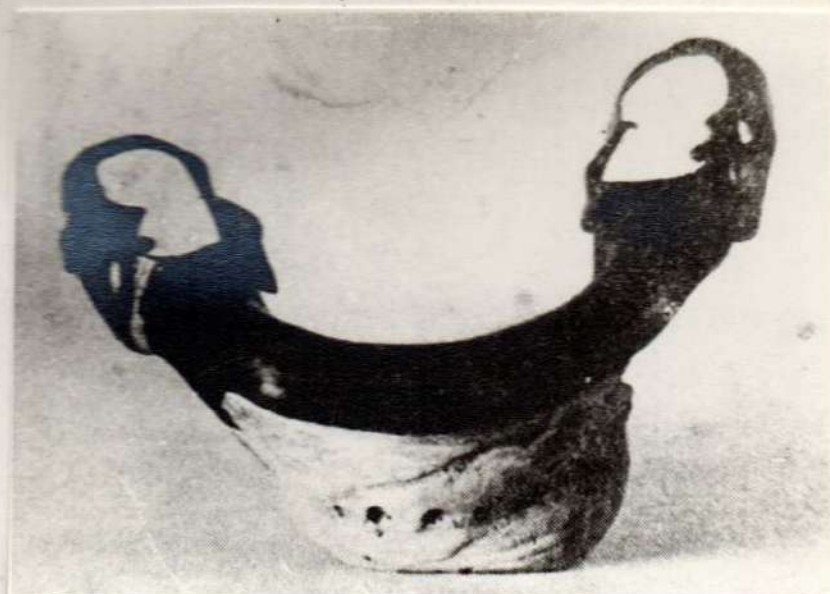
Todos tienen a nuestro entender desventajas que los inhabilitan para su sistematización.

Las técnicas de tunelización son existosas, pero exigen gran destreza quirúrgica y anestesia general.

Sus post-operatorios son "más ruidosos".

d) CONSIDERACIONES SOBRE APOSITOS Y FIJADORES POST-OPERATORIOS

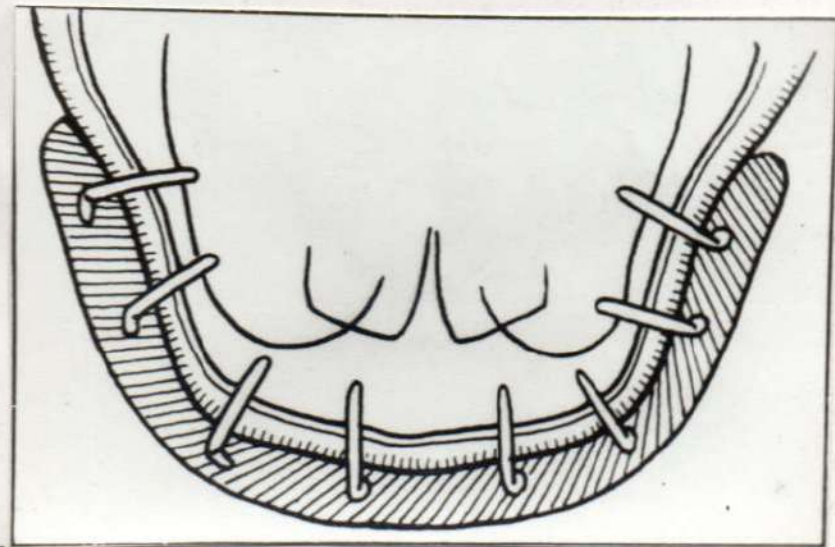
A continuación una revisión de los numerosos apósitos propuestos por diversos autores, encontrados en nuestra investigación bibliográfica que nos permitieron analizar sus ventajas y desventajas, para elaborar nuestra propia propuesta sobre tan fundamental paso, responsable en gran porcentaje del éxito quirúrgico. La incesante búsqueda y variantes citadas así lo demuestran.



Apósito post-operatorio encontrado en la bibliografía(8).



Fijación de tubo de goma con sutura percútanea, a un botón o apósito de gasa (técnica de Kazanjian).



Clavos sostenedores de block de Sten o Godiva (Tomado del texto de G.Frenkel).



Fijación de la misma prótesis del paciente, por medio de ligaduras circunferenciales.



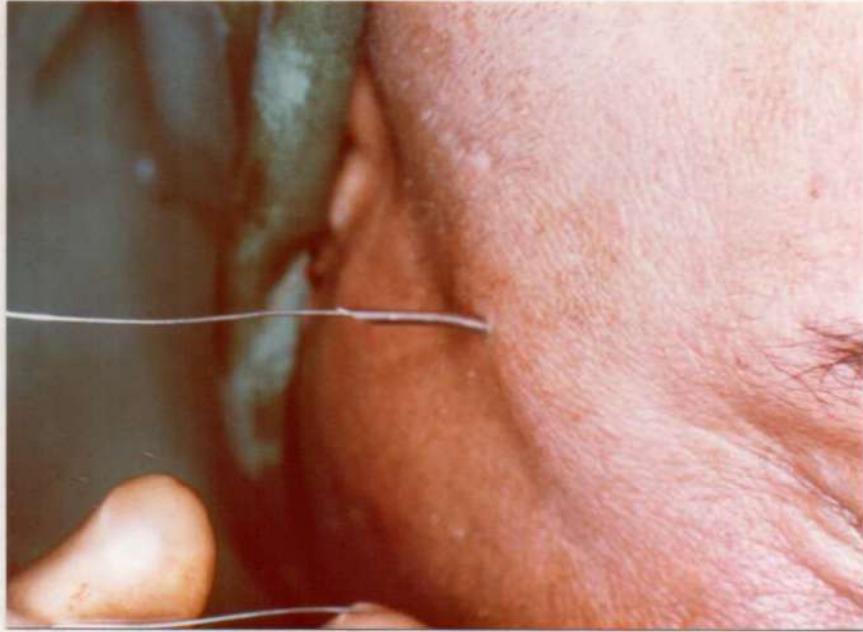
Inconveniente muy común en las ligaduras circunferenciales inferiores.



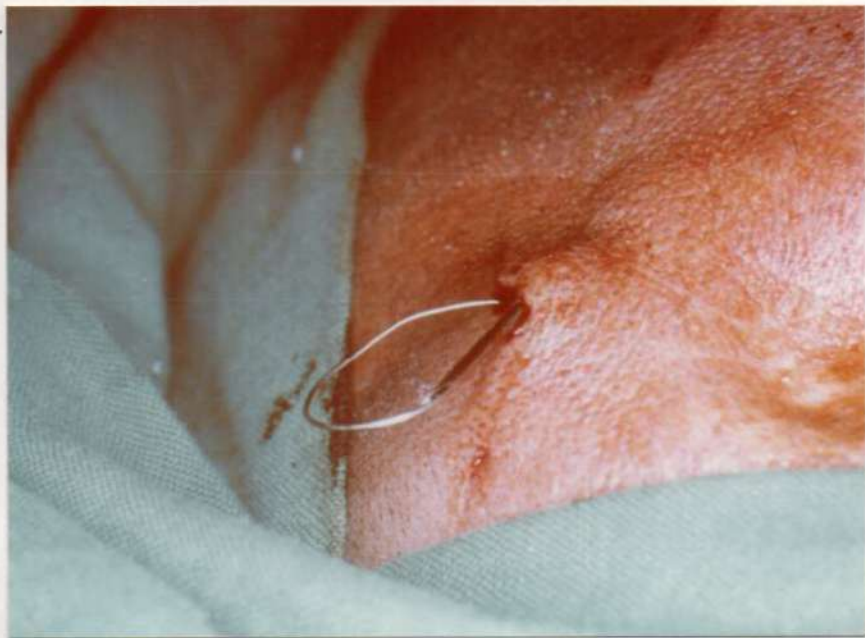
Prótesis superior preparada para su fijación circuncigomática, propuesta por Obwegeser.



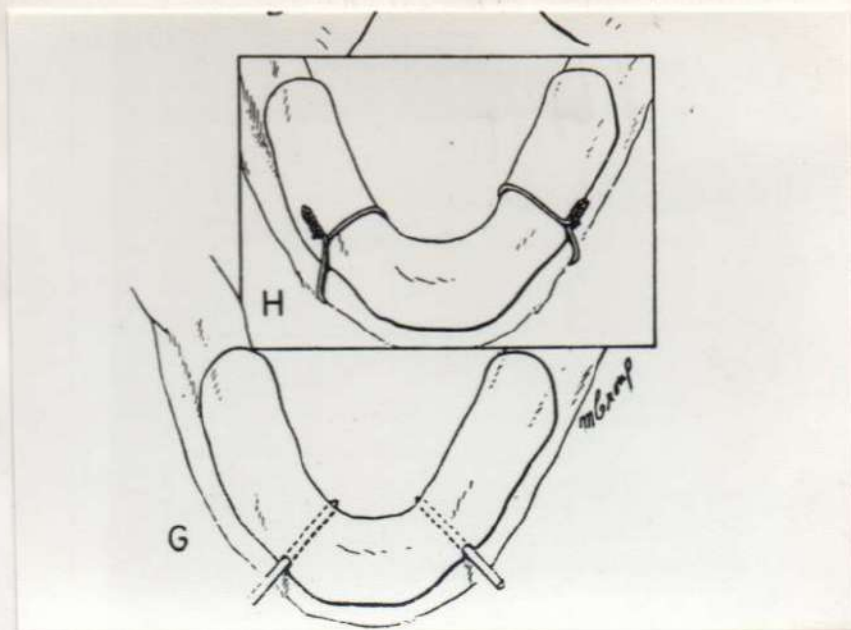
Radiografía demostrando el recorrido de las ligaduras transcigomáticas.



Salida de trócar, desde cavidad bucal hacia piel por fuera del cigoma, por cuyo conducto pasa el alambre fijador.



Por el mismo trócar, vuelve el alambre hacia cavidad bucal, una vez que está introducido nuevamente desde mucosa vestibular, por la cara interna del cigoma.



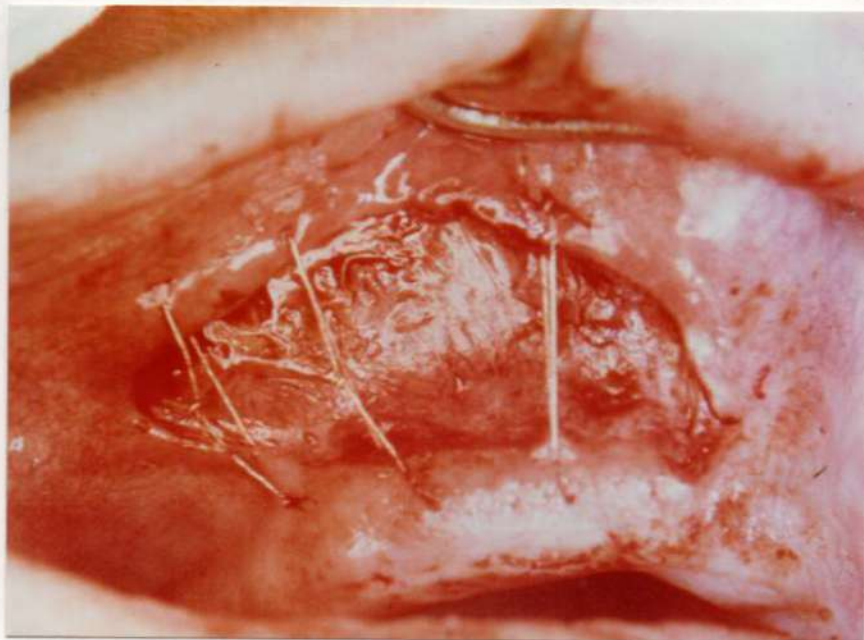
Placa de acrílico fijada con ligaduras circunferenciales o tornillos perforantes de Roger Anderson. (tomado del texto de Archer).



Alargamiento del flanco protésico con Godiva y pasta zinquenólica.



El mismo principio con acondicionador de tejido. Usados ambos en el post-operatorio inmediato en casos de epitelización secundaria.



Puntos de sostén para gasa yodoformada, sobre lecho cruento; a la vez que evitan "el solapado" de los bordes.



Gasa yodoformada en posición comprimida con la prótesis del paciente.



Tipo de vendaje externo buscando la inmovilización maxilar.

Las muestras hablan por sí solas de la imposibilidad de sistematizar cualquier propuesta operatoria.

De todas maneras, su manejo nos dió la posibilidad de constatar las ventajas e inconvenientes de cada una.

Así la fijación de apósitos por numerosos clavos nos parece tarea engorrosa y poco segura.

Las ligaduras circunferenciales exigen a nuestro entender haber realizado una intervención bajo anestesia general.

Posibilidades ciertas además de dejar marcas externas. Exigen destreza quirúrgica.

El aprovechar las mismas prótesis tiene el inconveniente de su uso en la masticación, atentando contra la inmovilización que se busca. Son útiles en técnicas simples de epitelización secundaria poco extensas.

Lo mismo es válido para los apósitos de gasa yodoformada. Durante algún tiempo se usó cemento quirúrgico; su endurecimiento lo hace muy irritante y se filtra entre los planos interfiriendo la cicatrización.

El diseño de las placas propuestas en el texto de Archer, tipo goteras, se aproxima al ideal, aunque es demasiado extenso, de bordes filosos poco apropiados y con fijación circunferencial o de clavos o tornillos perforantes con dificultades y riegos evidentes en su instalación.

Los vendajes externos compresivos muy útiles en la limitación de los edemas, pero insuficientes como inmovilizadores. Cintas adhesivas (mejor las transparentes) las indicamos para evitar los edemas, colocándolas en forma circular alrededor de la cabeza.

Queda evidenciada la incesante búsqueda de los diversos autores para lograr un apósito ideal, fijador de los tejidos

movilizados, protector del lecho y modelador del surco logrado.

Nuestra propia propuesta como veremos más adelante, creemos se acerca más, al ideal.

e) TECNICAS EMPLEADAS EN LA CATEDRA DE
CLINICA QUIRURGICA IIº CURSO

Como se puede observar, a pesar de estar convencidos de que nuestra investigación bibliográfica es bastante parcial (nada hemos podido tener a nuestro alcance de las escuelas escandinavas u orientales) las disquisiciones técnicas y aún superposiciones de autorías son manifiestas.

La valoración de las ventajas y desventajas de cada una, las encontramos bastante enfrentadas. Imaginemos una mesa redonda con Pichler, Kazanjian, Cooley, Clark, Schuchardt, Obwegeser, Wassmund, Howe, Archer, etc. etc. Si a esa mesa deliberativa le sumamos el aporte de Saizar, Swenson, Loo, Larkyn, etc.; con el enfoque protésico y sus muy atendibles resultados y experiencias ¿qué conclusiones podemos resumir nosotros para el Odontólogo general, el protesista o el cirujano bucal? ¿Cuál puede ser nuestro aporte al tema? ¿Qué juicio valorativo extraemos?.

Valía la pena repetir experiencias utilizando medidas matemáticas para valorar los éxitos y fracasos? Cuando en realidad, lo que importa a distancia no es cuanto más profundo es un surco, sino cuanto más comfortable es para el paciente.

Todas estas preguntas nos giraban en torno de nuestra aspiración primaria:

"Elaborar una metodología de trabajo que esté al al-

cance del mayor número de operadores con el menor riesgo y molestias para el mayor número de pacientes".

Y así guiados por nuestro Profesor el Dr. Oscar Corominas Villafañe, fuimos elaborando nuestra propia propuesta cuya filosofía se basa en lo siguiente:

- a) No existe un método único para todos los casos, sino que la aplicación de uno o varios fundamentos de los autores citados, servirá para determinadas circunstancias.
- b) Es la Patología submucosa-epitelial, la que solicita más nuestra atención.
- c) El reposo protésico pre-operatorio, es el paso ineludible que debe primar en todo plan de tratamiento.
- d) El plan de tratamiento, debe ser con enfoque quirúrgico-protético.
- e) La magnitud de la patología, indica la necesidad de un tratamiento ambulatorio (anestesia local) o de internación (anestesia general).
- f) La inmovilización de los tejidos tratados quirúrgicamente en el post-operatorio inmediato es fundamental para el éxito de la plástica.
- g) La evaluación a distancia de los éxitos obtenidos, no debe medirse en milímetros sino en la confortabilidad del paciente, en el mantenimiento de una función protética normal, y la presencia de un lecho mucoperióstico sin alteraciones.
- h) Solo la imposibilidad de lograr una aceptable estabilidad protésica, justifica técnicas quirúrgicas ampliadoras de surcos; cuando el bloqueo del mismo es por avance de inserciones sobre los rebordes y no por presencia de Patología propiamente dicha.

En base a estos principios presentamos la casuística tratada.

ELIMINACION DE HIPERPLASIAS Y FIBROMAS SIMPLES

Para las hiperplasias en estadíos inflamatorios de corta data proponemos: 1) Alivio de la prótesis hasta desaparición del componente inflamatorio y espera de la cicatrización de la úlcera si la hubiera. 2) Reacondicionamiento del reborde con acondicionador de tejido para lograr por presión la desaparición de la hiperplasia. 3) De obtenerlo, rebase final con los principios de sellado marginal con espesor adecuado.

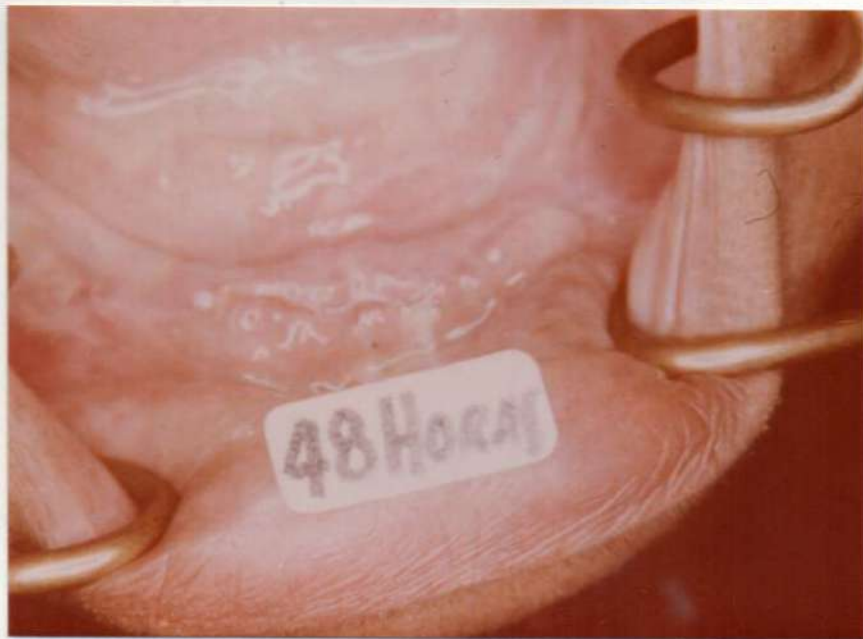
Tratamientos de las Hiperplasias simples en estadíos de corta data



Lesión Hiperplásica ulcerativa en reposo protético. La misma se había producido por prótesis desadaptada con disminución de la Dimensión Vertical por desgaste oclusal. Caso realizado bajo la dirección del Prof. Encargado de Clínica de Prótesis II Curso, Dr. Mario J. Gotusso.



Prótesis rebasada con acondicionador de tejidos; modificando la Dimensión Vertical y la oclusión con "Tableros Oclusales".



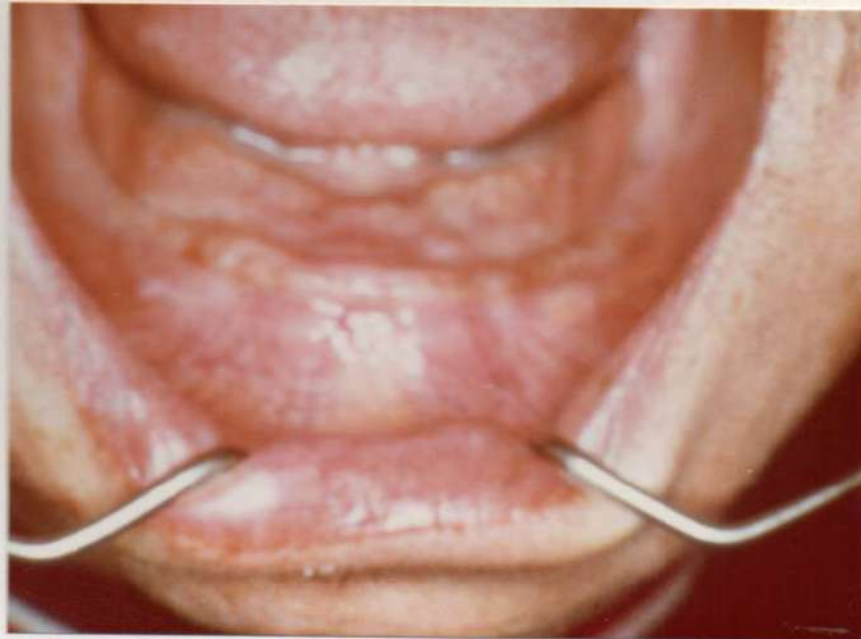
Vista del caso a las 48 hs. Se corrige el rebase con una nueva capa de acondicionador.



Prótesis corregida con nuevo rebase.



Vista del caso a los 8 días.



Control remoto a los 2 años. El paciente era portador de Prótesis nueva.

ELIMINACION DE HIPERPLASIAS SIMPLES QUE NO REMITEN

En los casos de las hiperplasias que no remiten proponemos la eliminación quirúrgica con la siguiente técnica:

- 1º) Previa tracción con puntos de sutura o pinzas Allis delimitar el pedículo de inserción.
- 2º) Con incisión a bisturí frío o electrobisturí eliminar en block.

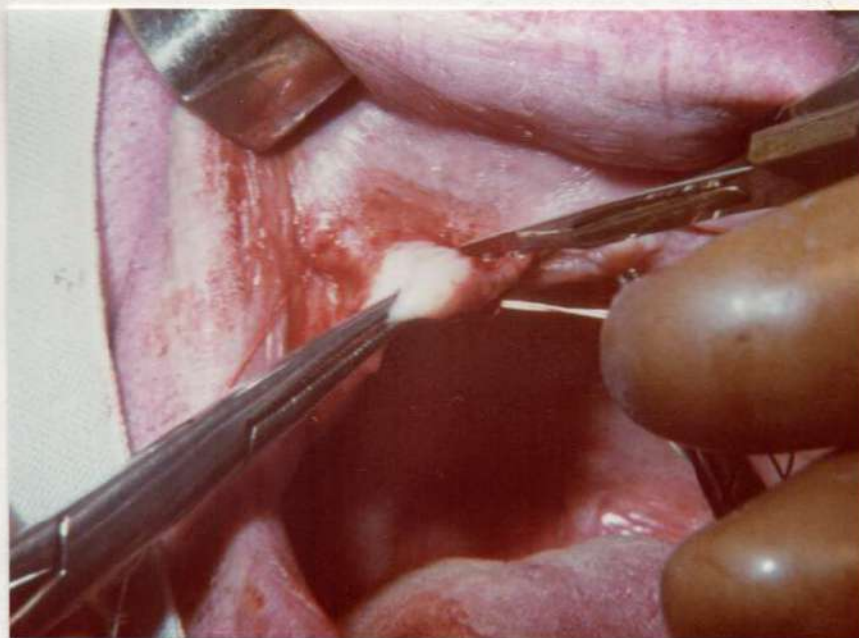
Se espera la cicatrización por segunda; rebasado del apósito con acondicionador de tejido o godiva y pasta zinquenólica (desechamos el cemento quirúrgico por su endurecimiento rápido que termina siendo factor irritativo para el surco. Los más modernos de estos cementos, pueden ser utilizados por su permanencia más blanda.)

Para los fibromas pendulares, corte en cuña en los más pequeños. En los de tamaño superior por disección submucosa y exéresis del tejido fibrosado con mantenimiento del plano mucoso

y respetando el plano perióstico. Reposición del colgajo obtenido recortando el excedente y suturando al borde inmóvil. Rebasado de la prótesis como se ha mencionado en los casos anteriores. Para los frenillos o bridas cuya inserción se realiza cercana a la cara oclusal de los rebordes, proponemos la técnica del Doble Pinzado.

Eliminación de Hiperplasias simples que no remiten por la compresión

TECNICA POR TRACCION

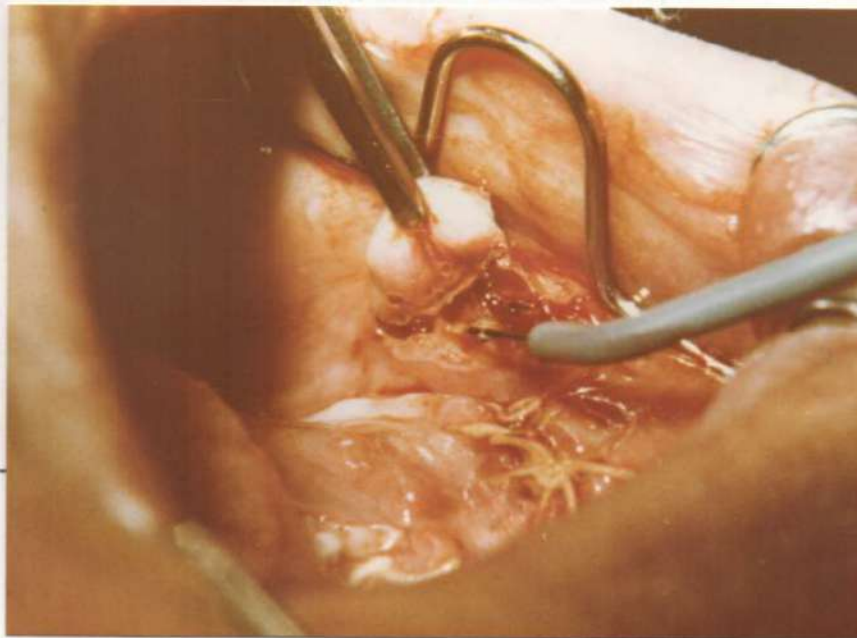


La tracción puede realizarse con pinzas a cremallera (del tipo de las hemostáticas o Allis) o puntos de sutura, identificando el pedículo de inserción, para abordarlo en corte a bisel sin dañar el plano muscular.

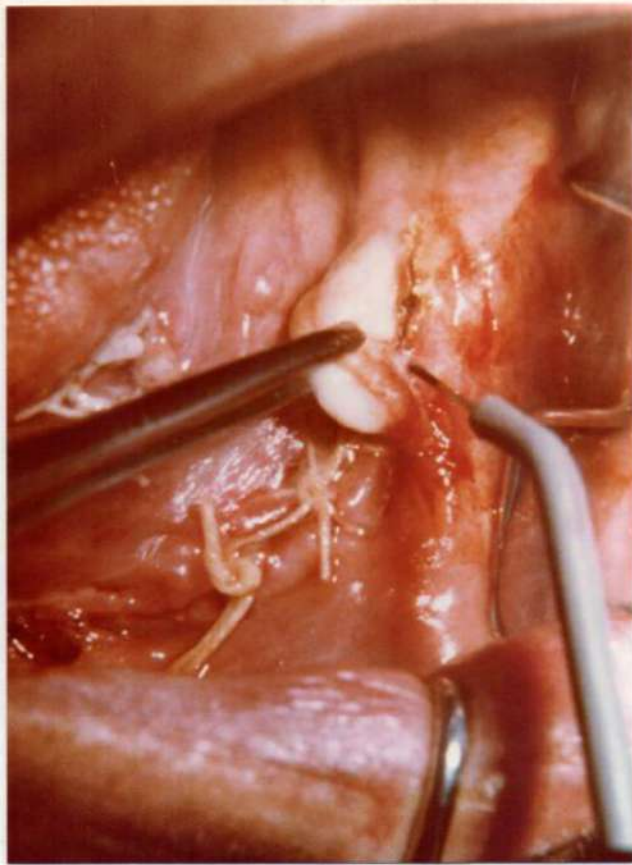


Prótesis rebasada con acondicionador de tejidos para el post-operatorio inmediato.

TECNICA POR ELECTROTOMIA



Siguiendo los mismos principios, se pueden eliminar estas lesiones con Electrobisturí usando la punta adecuada como puede observarse en este caso.



Realizando el corte externo para eliminar en block la lesión.



Se complementa con el repaso del lecho con ansa circular, en baja potencia.

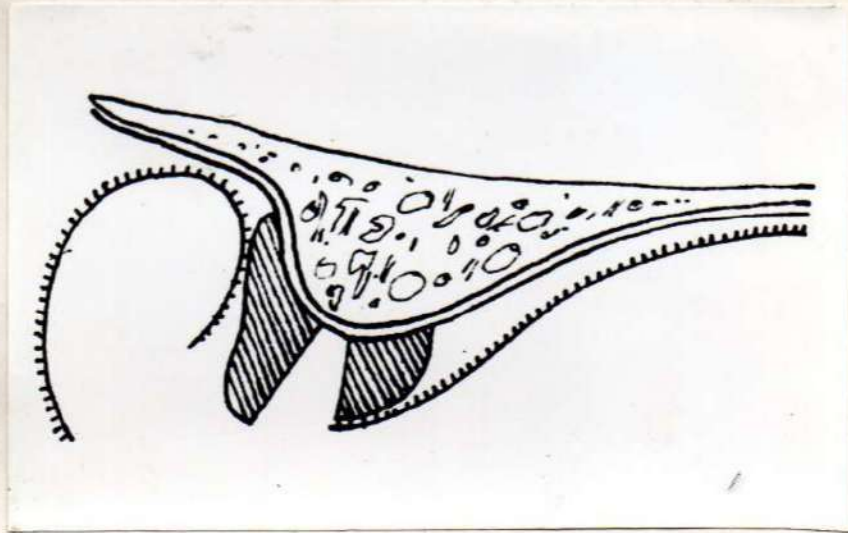


Lecho obtenido para epitelización secundaria. La exquisita sensibilidad de los puntos terminales y la regulación exacta del potenciómetro horizontal, permite a estos aparatos modernos de circuitos totalmente transistorizados, lograr cortes precisos, hemostasia casi total, sin zonas necróticas limitantes. El respeto fundamental por el plano perióstico, tan importante en cirugía del surco, se logra adecuadamente.

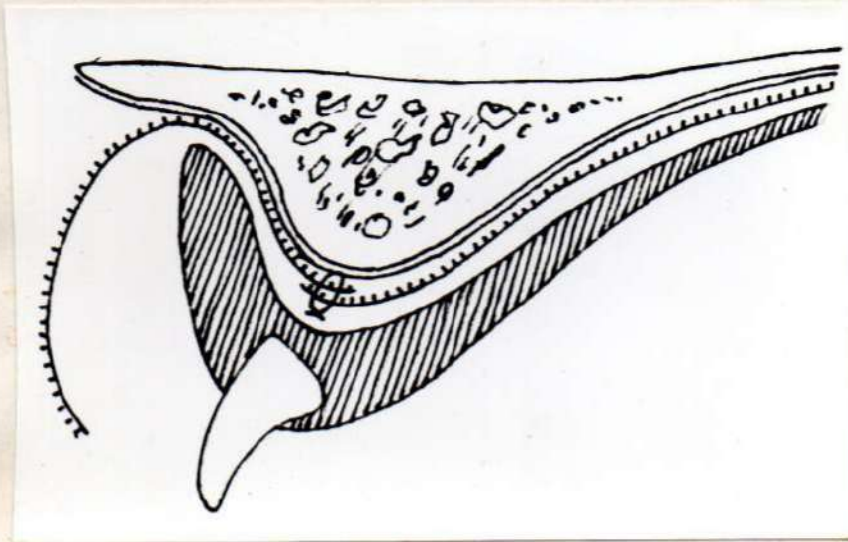
En todos los casos de eliminación de estas hiperplasias simples, cualquiera sea la técnica empleada, debe recondicionarse la aleta de la prótesis correspondiente con godiva y rebasado con pasta zinquenólica o acondicionador de tejido.

ELIMINACION DE FIBROMAS PENDULARES

Dijimos corte en "cuña" para los más pequeños, para ta
maños superiores proponemos la siguiente técnica.

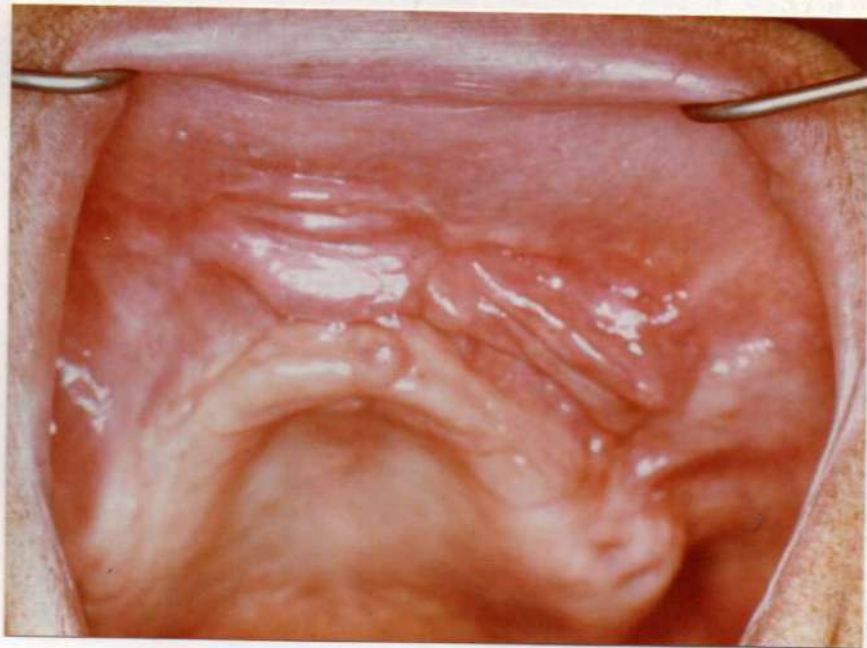


Incisión sobre el fibroma y disección del mismo, del pla
no submucoso.

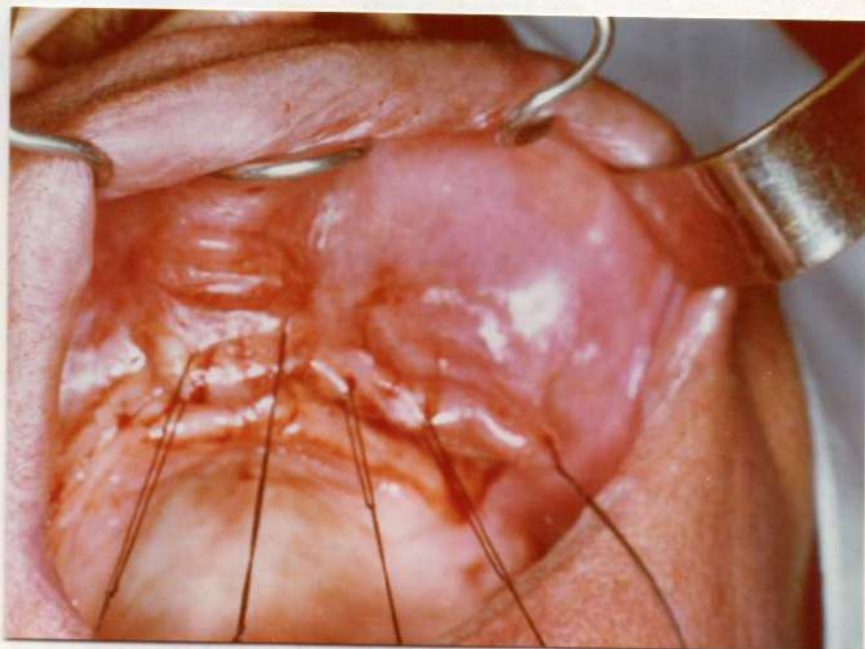


Síntesis fijando los planos al periostio. Al igual que
lo dicho para las hiperplasias, reacondicionar la pró
tesis del paciente, para que por compresión colabore
en el éxito post-operatorio inmediato.

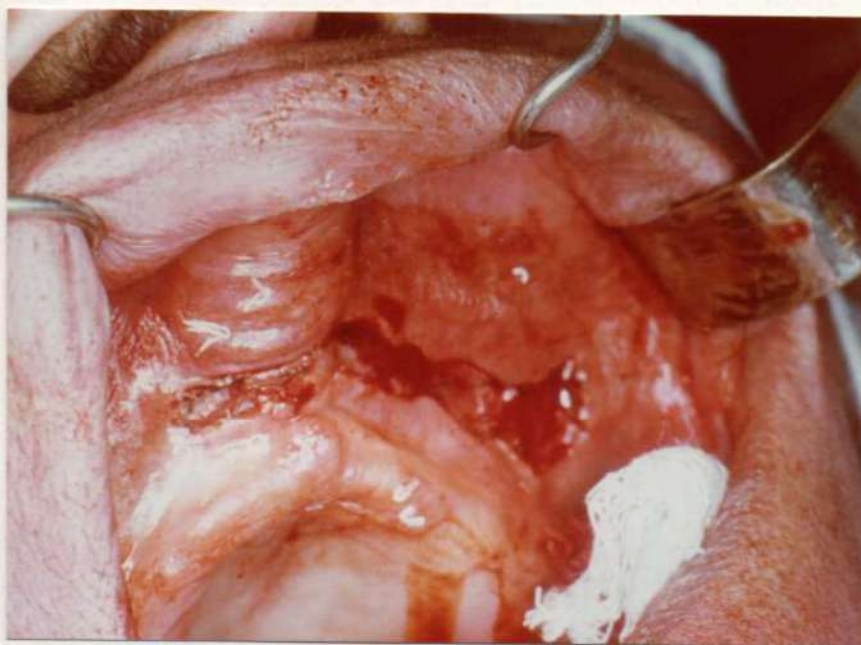
HIPERPLASIAS DE MAYOR TAMAÑO CON REBORDES RESIDUALES BIEN CON-
FORMADOS



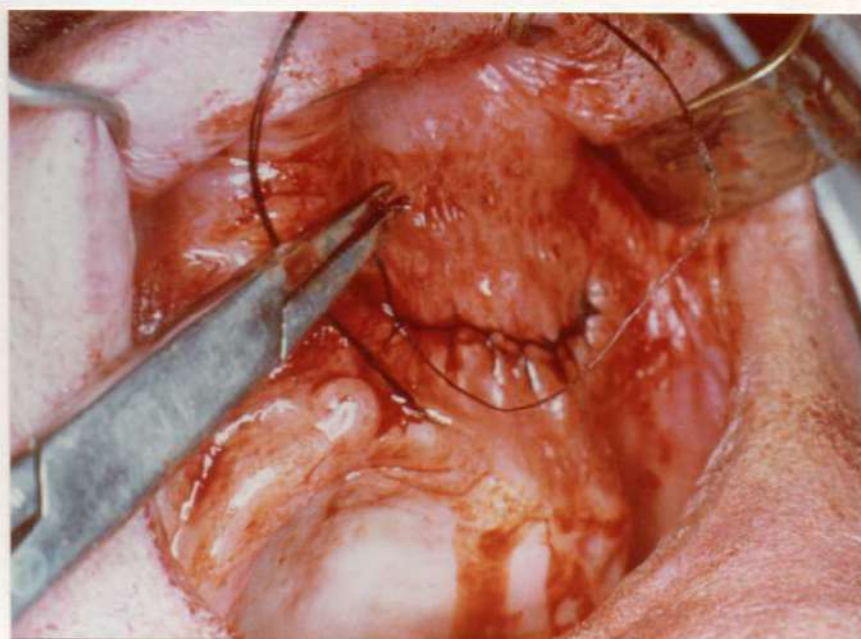
Vista del caso. Hiperplasia bilobulada de 2 sectores en Maxilar Superior con buena altura de rebordes.



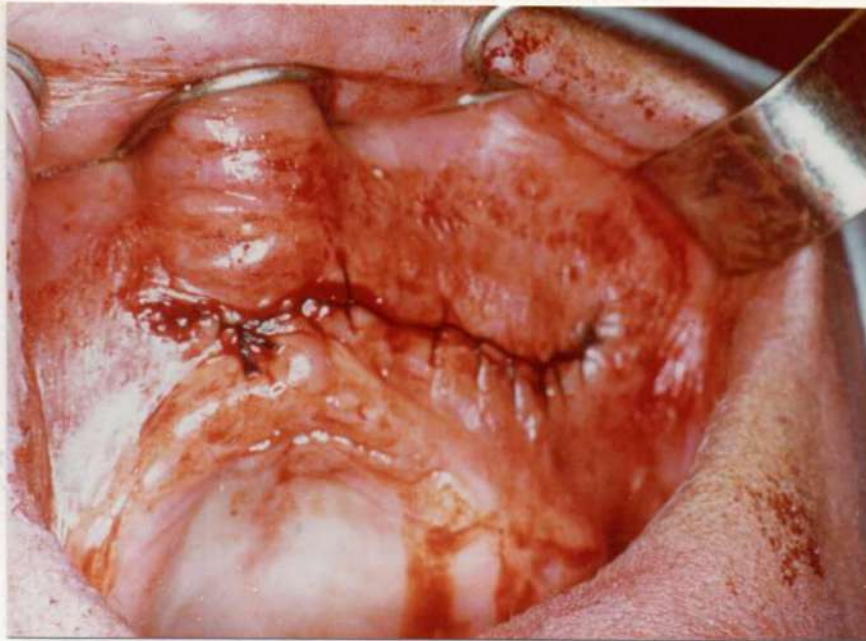
La toma con varios puntos de tracción es de elección.



Exéresis realizada.



La sutura continua es muy útil en la plástica endobucal. Su realización no es dificultosa.



Vista del caso terminado. La prótesis del paciente se rebase con acondicionador de tejidos. A los 8 a 10 días se debe realizar el rebase final, o la nueva prótesis si el caso lo exigiera.

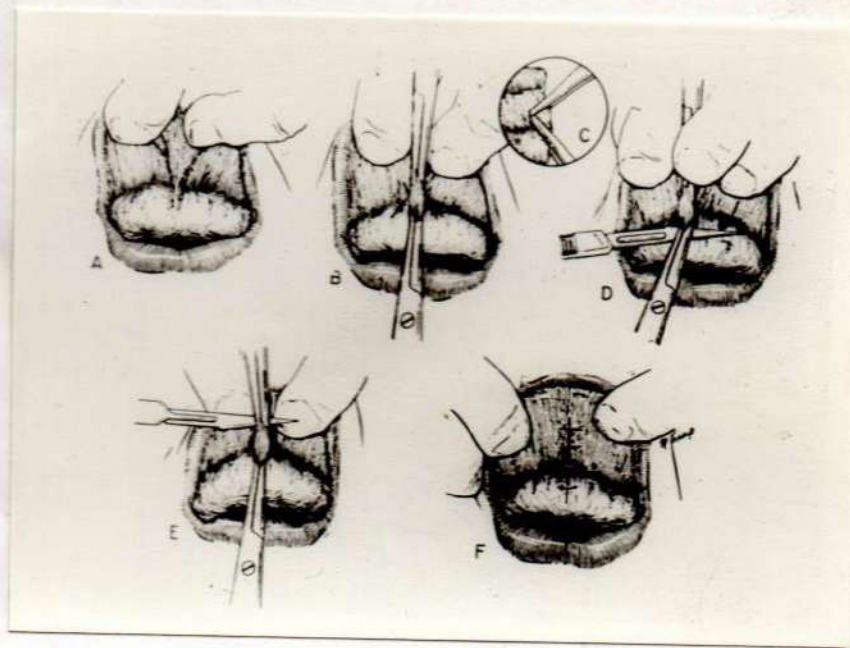


Control remoto (1 año). Además de la construcción de nueva prótesis, es requisito imprescindible la rehabilitación integral del maxilar antagonista.

2º) ELIMINACION DE FRENILLOS Y BRIDAS

TECNICA DEL DOBLE PINZADO

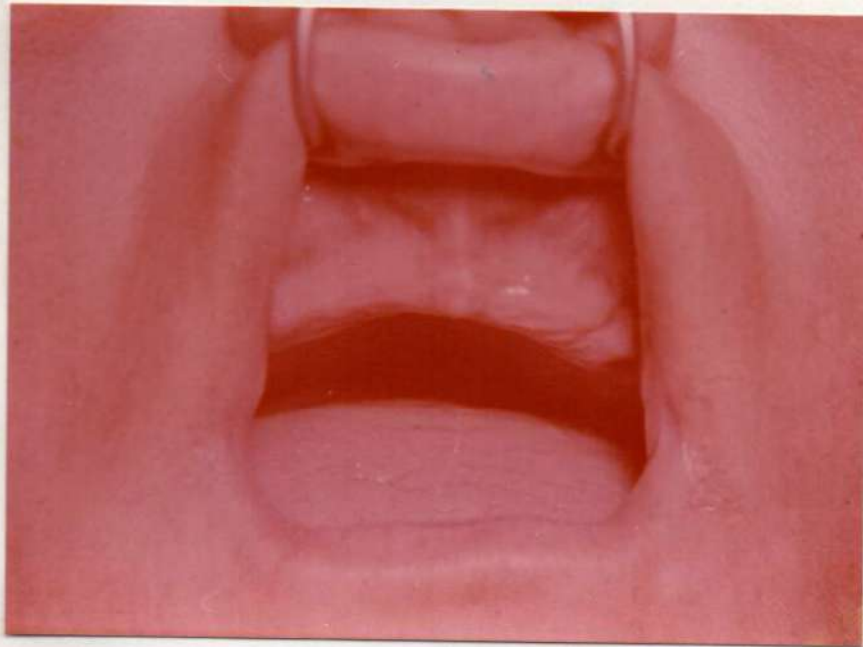
Propuesta inicialmente por la Cátedra, para Cirugía Auxiliar de la Ortodoncia, la encontramos aplicable a cualquier tipo de frenillo o brida tanto en dentados como en desdentados.



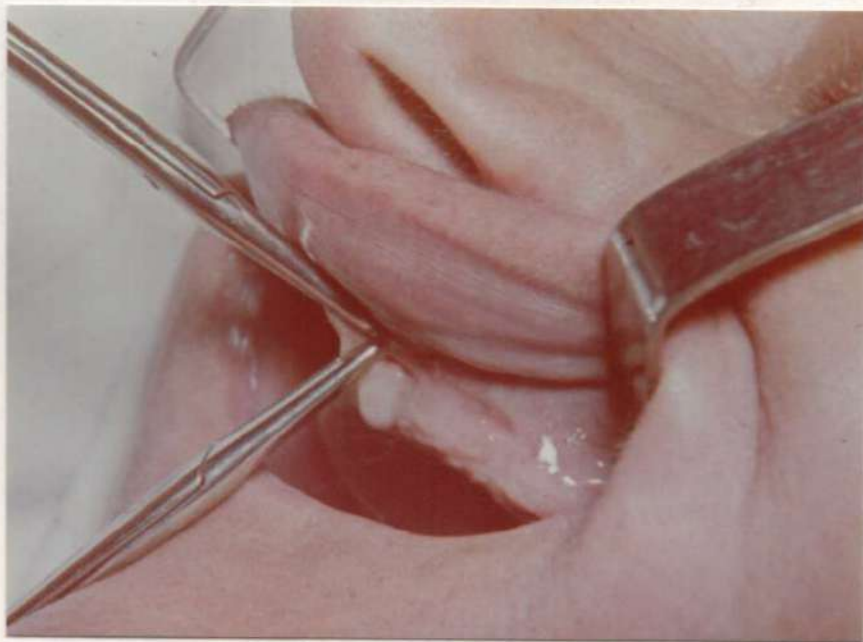
Por medio de pinzas Halsted marcando las inserciones labiales o yugales y las inserciones óseas; corte por fuera de las pinzas suturando a punto separado. (Tomado de Archer (7)).

Para nosotros, es la técnica de elección por su facilidad de concepción al alcance del práctico general y la seguridad de sus resultados, cuando se respetan los principios que la fundamentan.

APLICACION EN CIRUGIA PARAPROTETICA



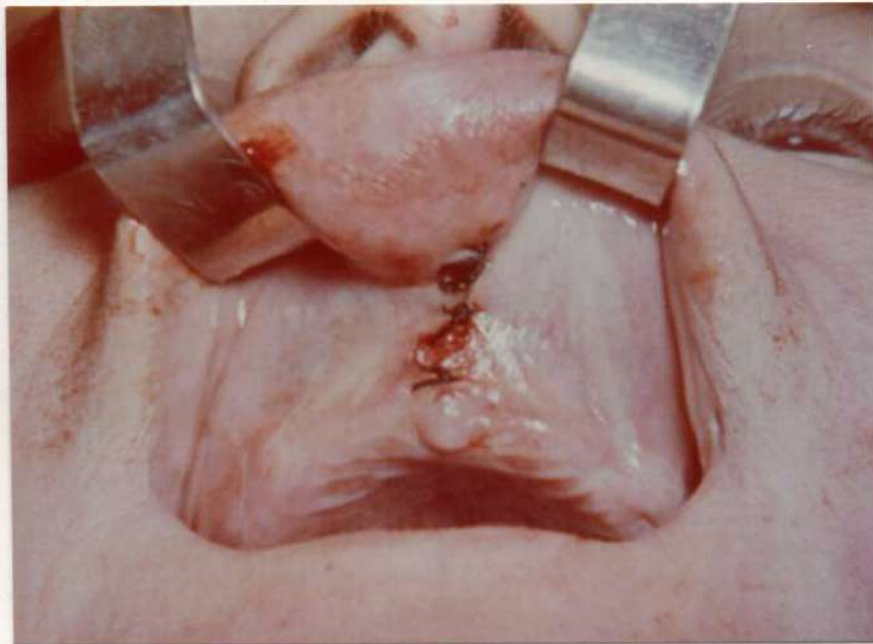
Vista de un caso de bloqueo por frenillo. Inserción cercana a la cara oclusal del reborde, en un desdentado.



Toma del mismo con el "Doble Pinzado".



Realizada la exéresis. Observar la forma romboidal del lecho, éste debe curetarse prolijamente.



Con punto de sutura medio se aproximan los bordes cr u en t os, para finalizar la síntesis a puntos separados, superiores e inferiores.



Frenectomía por electrotomía. Su aplicación exige las mismas normas técnicas que las vistas en hiperplasias. Además se debe tener en cuenta de que en frenectomías no es aconsejable eliminar el paso de síntesis; por ende los bordes cruentos deben ser de absoluta nitidez sin necrosis limitantes.

De ello se desprende que no aconsejamos las técnicas de epitelización secundaria, pues éstas en los casos de frenillos labiales bloqueantes del surco corren el peligro de dejar cicatrices poco depresibles que no favorecerían el asentamiento protésico.

En manos poco experimentadas en el manejo de estos aparatos, esta técnica no es aconsejable. La regulación de la potencia de corte, debe ser exacta para conseguir bordes cruentos aprovechables por la síntesis.



Vista del Electrocor. Su aplicación en Cirugía Bucal es amplia, pero aconsejamos el dominio previo de la cirugía en frío antes de intentar su uso.

TRATAMIENTO DE LAS HIPERPLASIAS COMPLEJAS O MIXTAS

El tratamiento de las hiperplasias fibrosas paraprotéticas que han alcanzado un desarrollo más o menos importante, resulta por lo general bastante complejo, pero indudablemente esta complejidad varía de acuerdo a las características del proceso, ya que el crecimiento puede ser único, múltiple y estar acompañado de fibrosis móvil del reborde alveolar, así como también de un grado variable de reabsorción ósea. Su terapéutica

es siempre quirúrgica, porque si bien es cierto que existe la posibilidad de que regresen si se suprime la irritación de la prótesis, esta regresión resulta total únicamente en los primeros estadios. En los casos avanzados, por lo contrario, siempre persiste la fibrosis. El alivio de la prótesis y la confección de otra una vez que el proceso ha disminuído de volumen, cubriéndolo o dejándolo al margen, puede aceptarse como tratamiento paliativo, con el peligro de que nuevas irritaciones traumáticas o infecciones, lo reactiven.

Nosotros aliviarnos la prótesis y esperamos que desaparezca totalmente la inflamación; después extirpamos el proceso. En esta forma la intervención quirúrgica resulta bastante más sencilla.

De acuerdo a lo que expresamos y sin pretender ser dueños de la verdad absoluta, pensamos que la exéresis quirúrgica acompañada de la correspondiente modificación protésica es el único tratamiento que puede dar una solución más o menos definitiva. (Ver Cuadro N° 1).

Con las técnicas que vimos pueden tratarse satisfactoriamente las hiperplasias simples y las complicadas con fibromatosis móvil del reborde alveolar.

Las complejas, es decir aquellas acompañadas con gran reabsorción del hueso subyacente, plantean el problema de que una vez eliminadas, desaparece el reborde alveolar y queda un terreno poco favorable para la restitución protética.

Se ha intentado solucionar este problema mediante procedimientos de gran complejidad y resultados dudosos como son: la elevación de las apófisis alveolares por injertos de distinto tipo y material. Nuestra experiencia al respecto es pobre y poco alentadora.

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LAS HIPERPLASIAS FIBROSAS

<u>DIAGNOSTICO</u>	<u>TECNICAS QUIRURGICAS</u>		<u>Post-operatorio inmediato</u>
SIMPLES	UNICAS	PEDICULADAS	<u>Rebase con acondicionador de tejido.</u>
		RESECCION POR INCISION CUNEIFORME DEL PEDICULO. SUTURA.	
MULTILOBULADAS		SESILES O PEDICULADAS	
		RESECCION POR INCISION CIRCULAR, CICATRIZACION POR SEGUNDA. RESECCION SUBMUCOSA. RECUBRIMIENTO DE LA ZONA CRUENTA POR DISTINTAS TECNICAS, COLGAJOS, INJERTOS DE PIEL, ETC.	
COMPLICADAS: con fibrosis móvil y escasa reabsorción ósea.	UNICAS	PEDICULADAS O SESILES	Férula Reducida de Acrílico con fijación a Tornillos (F.R.A.T.)
	MULTIPLES	EL MISMO TRATAMIENTO QUE PARA LAS ANTERIORES MAS EL CORRESPONDIENTE A LA FIBROSIS MOVIL DEL PROCESO ALVEOLAR EN FORMA CONJUNTA O INDEPENDIENTE.	
COMPLEJAS: con fibrosis móvil y gran reabsorción ósea.		RESECCION TOTAL, CICATRIZACION POR SEGUNDA INTENCION A BISTURI FRIO O ELECTROBISTURI. RESECCION SUBMUCOSA, PREVIA DISECCION DESDE INCISION EN EL FONDO DEL SURCO VESTIBULAR O SOBRE EL REBORDE. RESECCION TOTAL INJERTO LIBRE DE PIEL O MUCOSA.	

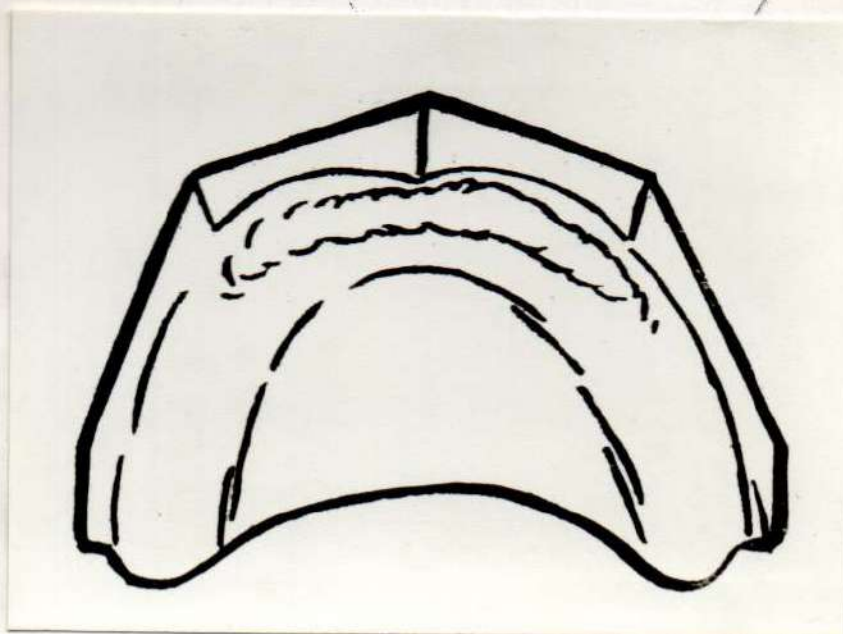
CUADRO N° 1

TECNICA DE LA FERULA REDUCIDA DE ACRILICO CON FIJACION A TOR-
NILLO (F.R.A.T.)

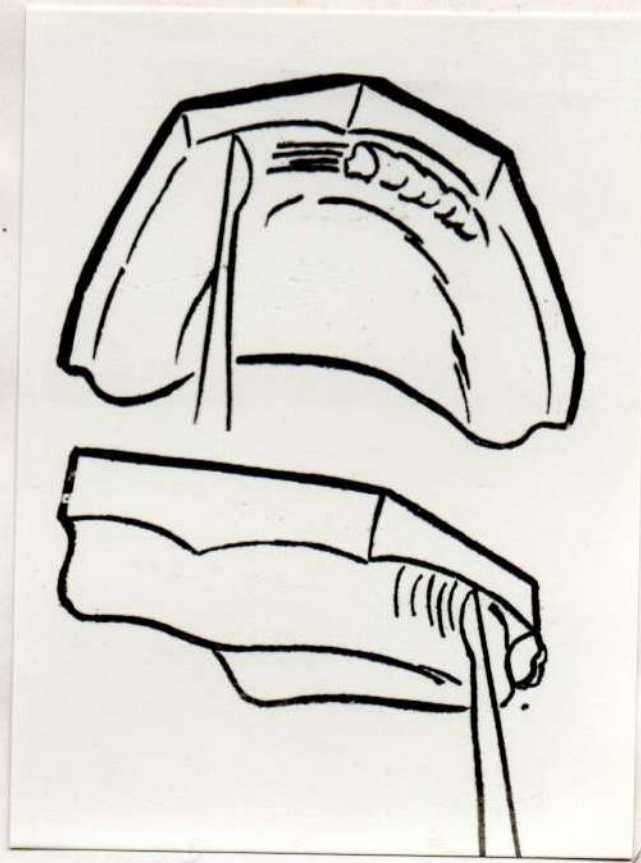
Corresponde ahora referirnos al procedimiento que nosotros hemos estado siguiendo para tratar tanto las hiperplasias fibrosas paraprotéticas, como a los fibromas pendulares, osteoplastia, vestibuloplastia y aún tratamientos combinados y trasplantes.

Los pasos de esta técnica son los siguientes:

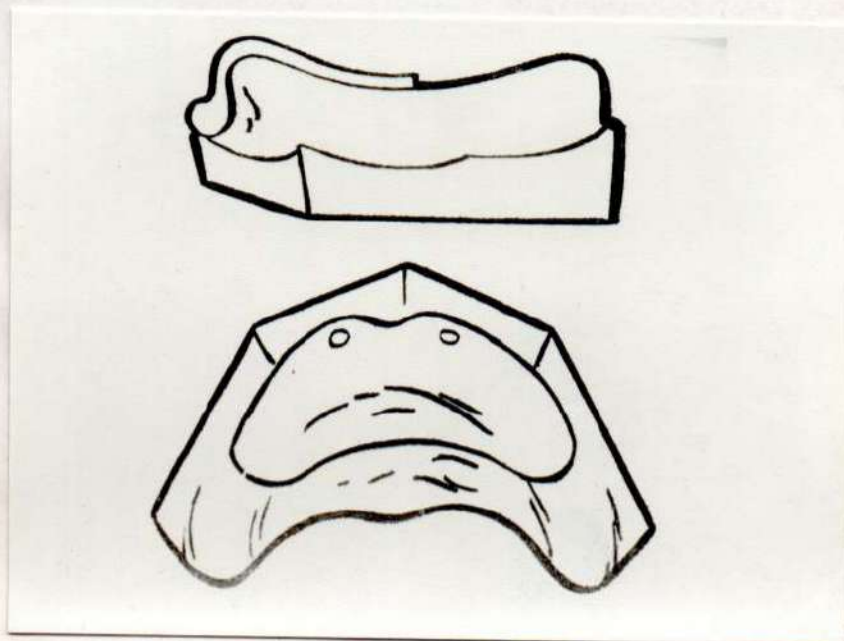
1º.- Impresión (de tipo anatómica) del maxilar a operar, con cubeta standard y material de consistencia blanda. Vaciado.



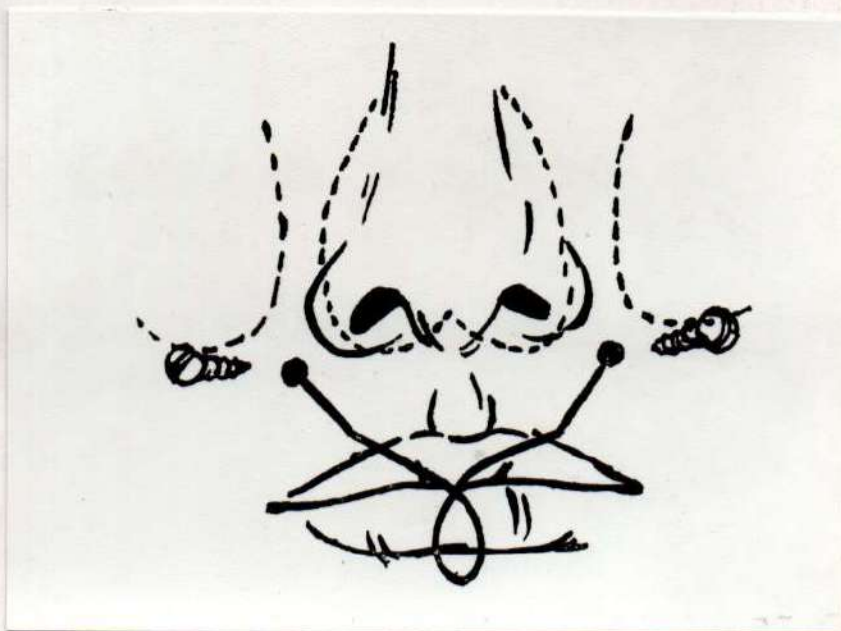
2º.- Cirugía del modelo: con instrumento afilado (útil para trabajar sobre yeso) se realiza la eliminación aproximada del bloqueo vestibular (óseo, muscular o hiperplásico).



3º.- Diseño y construcción sobre el modelo definitivo, de una placa de acrílico (preferentemente translúcido, semejante a una trasbase, pero de tamaño más reducido (Férula Reducida de Acrílico con fijación a Tornillo - F.R.A.T.). Observar el diseño del borde de la aleta vestibular. Esta servirá de modeladora del surco obtenido quirúrgicamente.



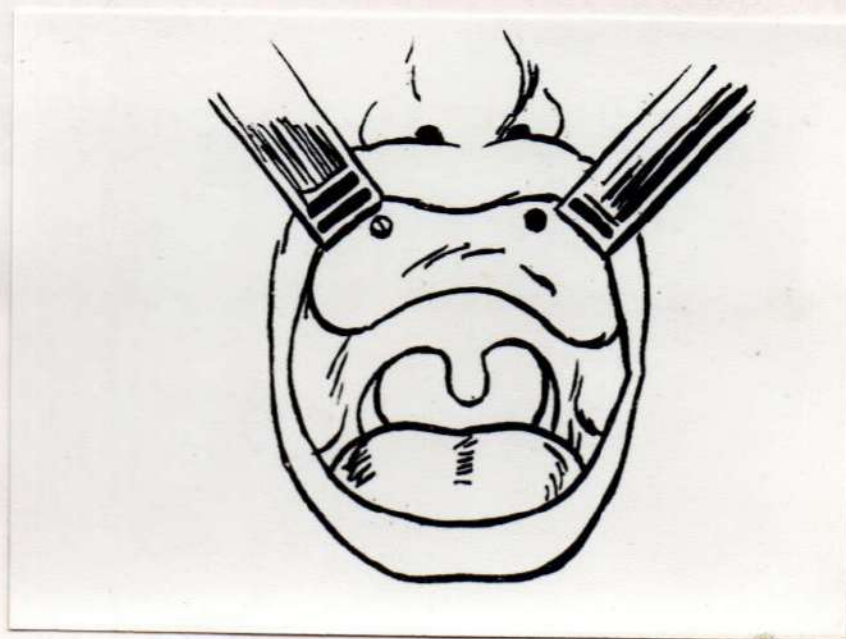
- 4º.- Se seleccionan dos tornillos de calibre adecuado y paso grueso, de los usados en traumatología para fijar las plcas metálicas. Pueden reemplazarse por tornillos ioniza- dos de los usados en la industria automotriz. Los torni- llos son esterilizados en forma convencional y la placa, su mergida en soluciones desinfectantes (amonios cuaternarios).
- 5º.- A los fines de no irrumpir con los tornillos en cavidades vecinas (fosas nasales, senos maxilares, agujero mentoniano, conducto dentario), se aconseja que, con los conocimientos anatómicos y la ayuda de radiografías, se marquen los puntos de fijación de los tornillos con compás de dos puntas o a- lambres doblados en forma de horquilla, directamente en el paciente. En el maxilar superior, se aconseja efectuarlos en el espacio intersinuso-nasal.



- 6º.- Realizada la intervención, (eliminación de la hiperplasia, profundización de surco, etc. se prueba la férula marcando en ella el lugar de colocación de los tornillos, se retira

y se perfora en los lugares marcados, fresando la entrada de los orificios para alojar la cabeza de los tornillos. Se coloca nuevamente la férula "in situ", y se marca la mucosa en los lugares a perforar. A través de pequeñas incisiones, se perfora la compacta ósea con fresa redonda o mecha mecánica de un calibre sensiblemente menor que el de los tornillos. Reubicada la placa, se colocan y ajustan los tornillos con la ayuda de un destornillador preparado al efecto, con una espátula en desuso.

En los casos de las llamadas hiperplasias complejas o mixtas, de las que ya hablamos que se acompañan siempre de reabsorción con pérdida de la profundidad del surco, la técnica quirúrgica se planeará buscando modificar esta situación y de no existir no se deberá crear como secuela de la eliminación del proceso bloqueador del surco.



Fijación de la férula con los tornillos correspondientes.

7º.- Como post-operatorio inmediato, se indica tratamiento local de hielo y colutorios además de la medicación indicada habitualmente. Se deja la férula por 8 ó 10 días. El re tiro de los tornillos es fácil y prácticamente indoloro.

8º.- Se debe comenzar inmediatamente la confección de la prótesis definitiva, que respetará el espesor del borde de la férula para obtener un sellado marginal perfecto.

En nuestros últimos casos dejamos por 8 días más a la misma placa rebasada con elastómero como acondicionador. Los resultados cicatrizales finales y mantenimiento del surco creado estimamos han sido mejorados.

-INDICACIONES

- 1º) Permite tratar las hiperplasias vestibulares simples o complicadas con cresta fibrosa móvil, osteoplastía, bloqueo muscular y aún los injertos libres de piel o mucosa.
- 2º) Puede emplearse inclusive cuando existe reabsorción ósea, ya que permite efectuar una buena profundización o extensión del surco vestibular.
- 3º) Puede emplearse también cuando la reabsorción del substratum óseo es aún más pronunciada, con resultados parecidos al de otras técnicas.
- 4º) Cuando es factible el aprovechamiento de la cubierta mucosa, la cicatriza fijándola a los planos profundos.

Para nosotros, siempre que exista la suficiente cantidad de mucosa, esta es la técnica de elección. Su cicatrización se produce por primera intención, con las ventajas de ésta:

- a) ausencia de las molestias ocasionadas por zonas cruentas (dolor, sangre, limitación de la función, etc.).
- b) ausencia de secuestros.

- c) post-operatorio de corta duración.
- d) control y curaciones mínimas.
- e) reestructuración rápida.
- f) posibilidad de rehabilitación protésica casi inmediata.

- VENTAJAS QUE PROPORCIONA A LAS DIVERSAS TECNICAS EL APOSITO EMPLEADO

- A- Inmoviliza completamente el colgajo y lo mantiene adosado al hueso; ésto evita la formación de hematomas que dificultan la cicatrización.
- B- La contención del colgajo se lleva a cabo bajo presión suave, continua y uniforme en toda su superficie; ésta además puede ser perfectamente regulada por los tornillos.
- C- Su sistema de fijación (tornillos) a pesar de lo que podría suponerse, no es traumático y las molestias que ocasiona son mínimas.
- D- Es superior al que proporciona la prótesis del enfermo, pues ésta adolece de los defectos que condicionaron el proceso, sobre todo, falta de estabilidad; en consecuencia, resulta un apósito móvil incapaz de dar tranquilidad a la zona intervenida.
- E- El apósito reducido que preconizamos, no sufre la incidencia de las fuerzas que podrían movilizarlo (masticación, fonación etc.).

- DESVENTAJAS

- No es estético como la prótesis del enfermo y su colocación exige cierta destreza quirúrgica.

Para los casos en que las inserciones musculares son las causantes del bloqueo vestibular, indicaríamos la vestibuloplas-

tía según Wallenius (56) logrando un colgajo que permita una disección "a cielo abierto" con la posterior reposición del mismo sobre el periostio, cuando la mucosa es suficiente, ó la del tipo de Rehrmann (52) es decir vestibuloplastía submucosa con epitelización secundaria descrita también por Obwegeser y Mac Intosh (47,20).

En los casos que no contamos con suficiente cantidad de mucosa y con gran reabsorción de rebordes se indican los injertos libres de piel, o mucosa de espesor total; prefiriendo esta última por sus innegables ventajas, pero adoleciendo de la dificultad que plantea, la falta de instrumental adecuado en nuestro medio. Con la aparición de los modernos mucostótomos (Strike) ésto será factible de realizar en forma más o menos sencilla en los próximos años.

Dejamos perfectamente aclarado que el apósito post-operatorio por nosotros preconizado (férula reducida a tornillo) tiene a nuestro entender, tal como ya lo hemos citado reiteradas veces, insuperables ventajas, siendo aplicable en cualquier técnica que sea empleada. Esto podrá ser observado en detalle en la casuística que mostramos a continuación.

TRATAMIENTO SIMULTANEO DE HIPERPLASIAS Y REGULARI-
ZACION DE REBORDES RESIDUALES



Observar los reiterados desgastes de los flancos protéticos, buscando alivio de la zona afectada, perdiendo evidentemente retención la prótesis, con la correspondiente movilidad que acentuará las reabsorciones óseas.



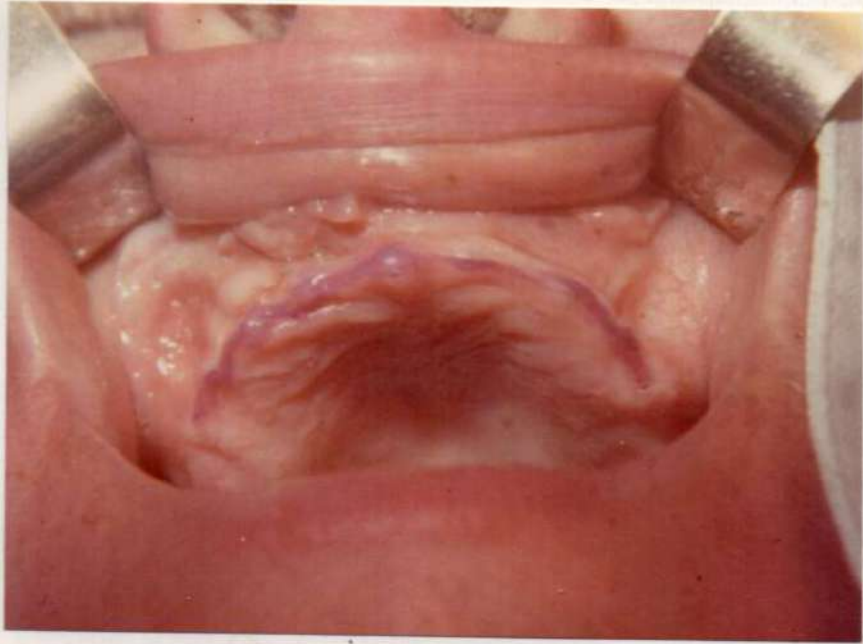
Estado de reposo protético para eliminar componente inflamatorio.



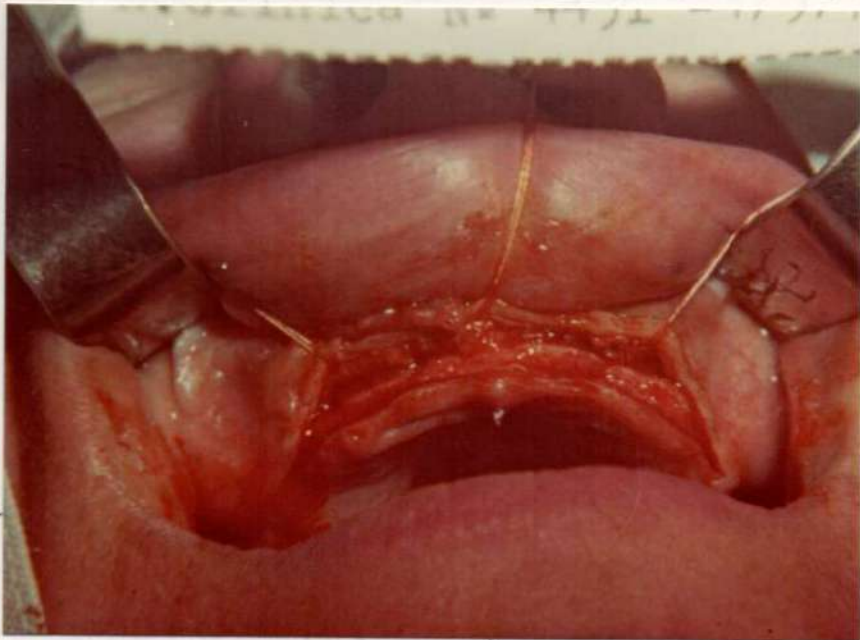
Forma de precisar los lugares donde colocar los tornillos. El indicador metálico se guarda una vez controlado que sus límites radiopacos son visibles, en la radiografía, en la llama Y de limitación intersinuso-nasal. Respetando la misma posición se podrá en el acto operatorio fijar los tornillos con absoluta seguridad. Esto es muy útil sobre todo en los primeros casos que se intenten. Nunca será bueno "caer" con un tornillo en fosas nasales o seno maxilar aunque la vez que nos ocurrió tal accidente, no hubo ningún trastorno.



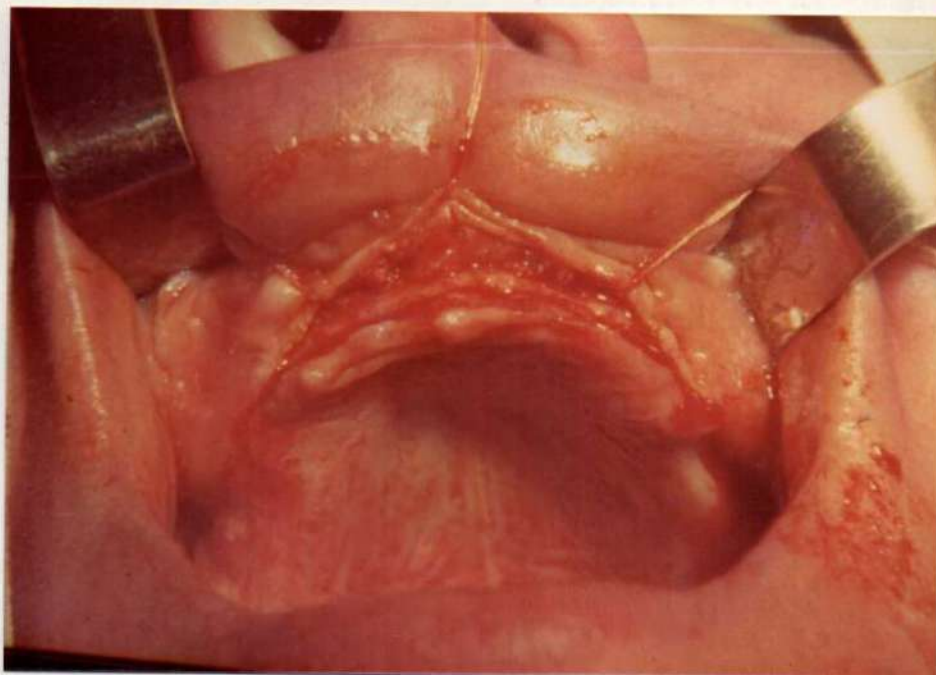
Férula confeccionada sobre la cirugía del modelo. Observar el reborde del aparato como su diseño marcará adecuadamente el fondo de surco.



Diseño de la incisión sobre reborde, más hacia vestibular.



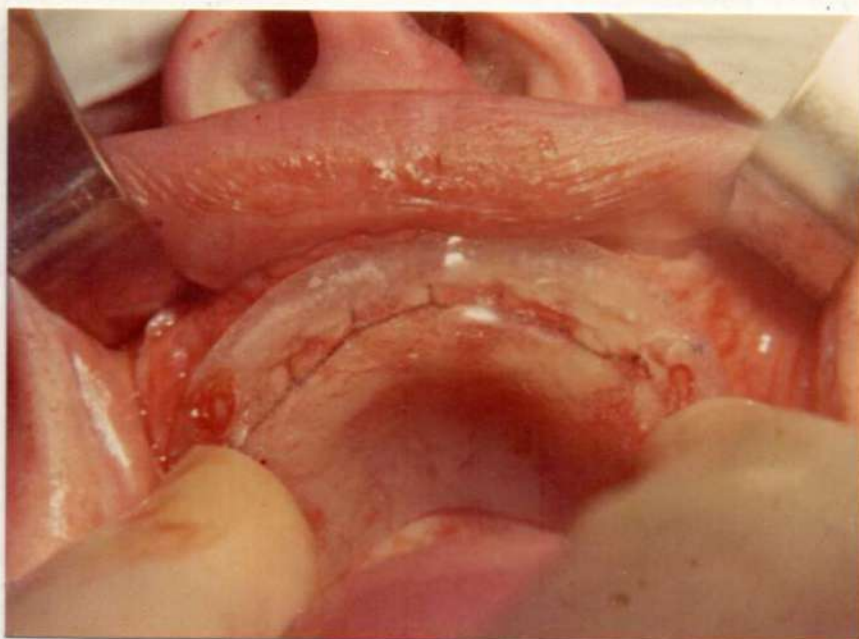
Colgajo mucoperiosteico traccionado por medio de punto de sostén, deja al descubierto el reborde cuneiforme.



Realizada la osteoplastía en forma muy económica se divulsió la masa muscular en el fondo del surco.



La suficiente cantidad de colgajo obtenido permite suturar a punto continuo(modificación de técnica - Cooley (33) deja al descubierto el reborde óseo). Recién entonces se eliminó por bisturí la hiperplasia pediculada del lado izquierdo y a electrotomía las hiperplasias del lado derecho.



Prueba de la férula. Observar las ventajas indudables que le da su confección en acrílico traslúcido, trabaja como una trasbase.



Fijación a tornillo.

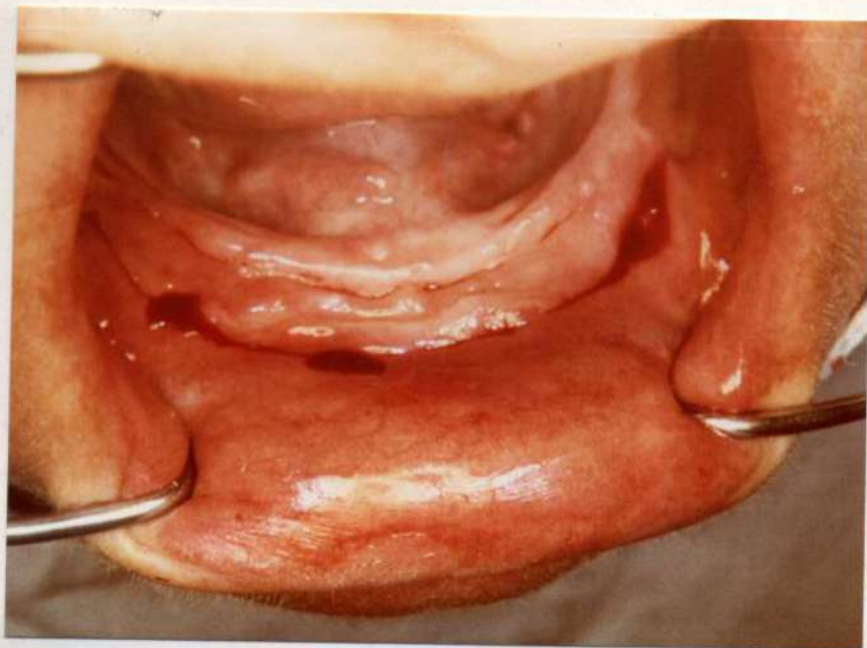


Caso a los 17 meses de control. El paciente respetó nuestras indicaciones de confección de nueva prótesis al igual que la rehabilitación protética superior, asegurando a distancia el éxito operatorio.

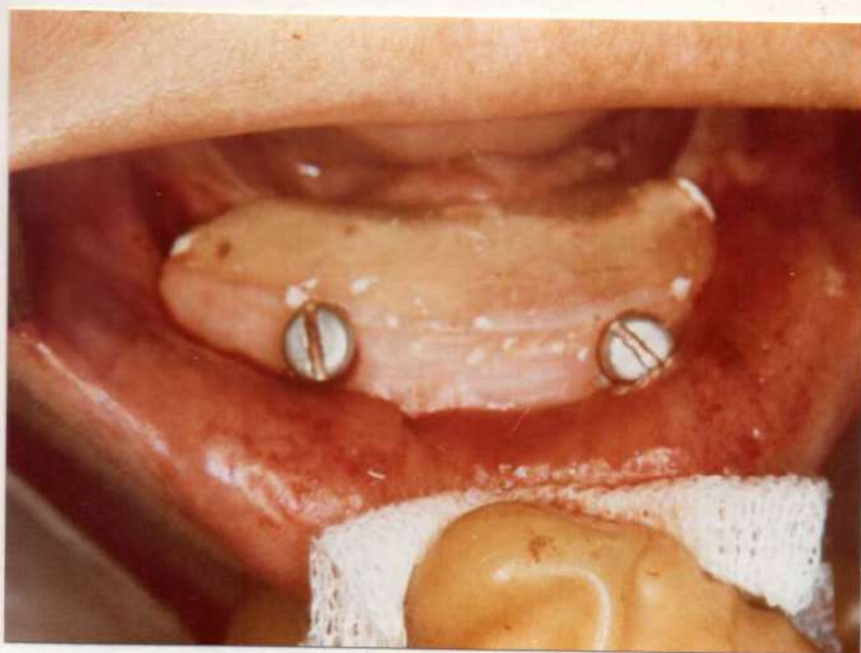
APLICACION DE LA FERULA REDUCIDA EN LA TECNICA DE KAZANJIAN



Bloqueo total muscular e hiperplásico con fibroma pendular.



Incisión labial según Kazanjian.

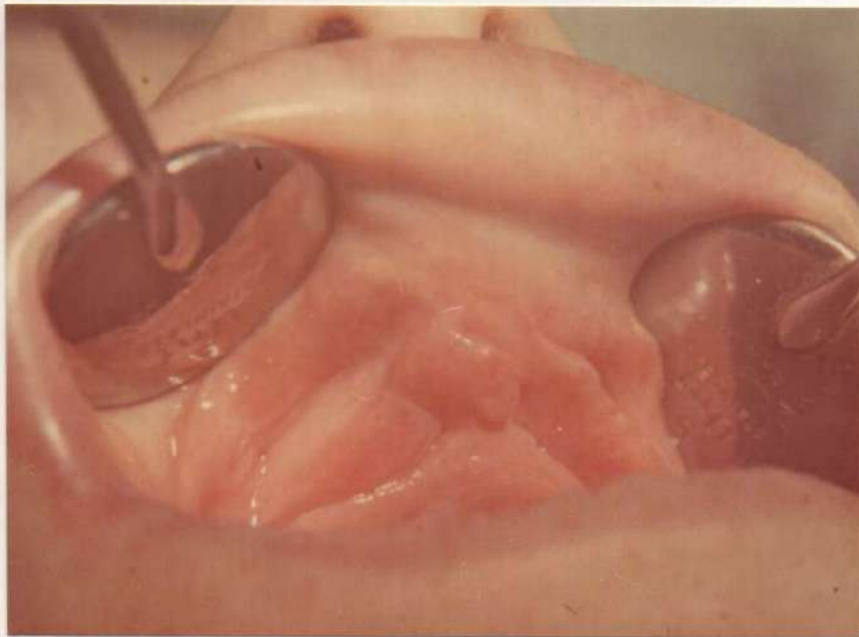


Realizada la disección submucosa.F.R.A.T. aplicada.Eliminamos así las dificultosas suturas de transfixión o infraperiósticas.



Resultado obtenido que consideramos aceptable dado la importancia del bloqueo.

TRATAMIENTO DE HIPERPLASIA COMPLEJA - Electrotomía y F.R.A.T.



Tanto las lesiones hiperplásicas y la reabsorción son generalizadas.



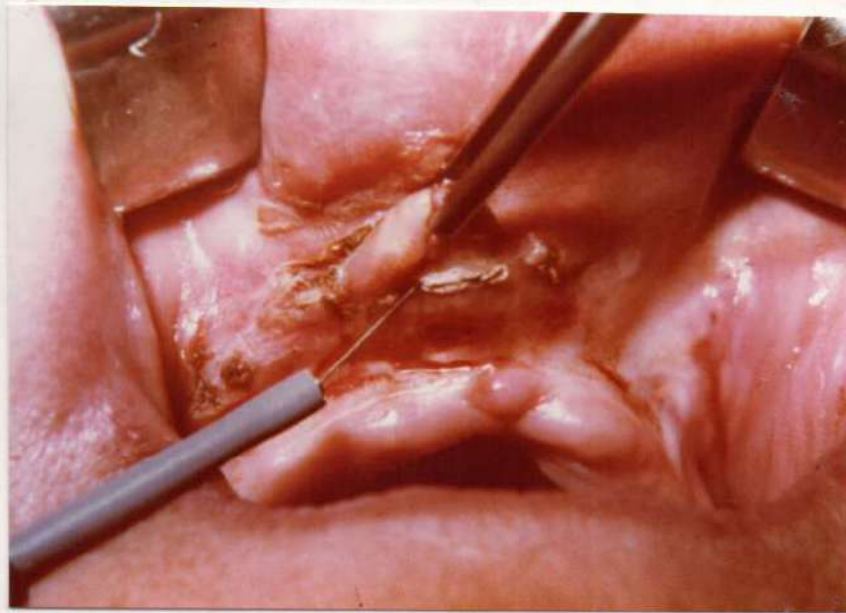
Se reseca por electrotomía toda la superficie vestibular. La zona pendular es disecada en forma económica respetando el tejido más fibrosado y mejor adherido. Se ha logrado delimitar un fondo de surco resecando inserciones musculares. La hemostasia por electrocoagulación permite un lecho quirúrgico casi limpio.



Férula fijada con los tornillos correspondientes. El lecho logrado epitelizará por segunda. En estos casos los tornillos deben ser dirigidos en ángulo bien agudo en relación a la férula para asegurar su fijación al reborde que como observamos era muy pobre.



Post-operatorio a los 21 días. Se observa surco aceptable aunque pared labial de vestíbulo con algunas fibrosis.



Obsérvese las posibilidades reales de la electrotomía que permite una terminación casi cosmética.



Control a los 3 años. Obsérvese que en realidad el sector anterior del reborde está constituido en su mayor parte por una fibrosis. Su firmeza asegura sin embargo una estabilidad protésica adecuada. El paciente era portador de prótesis nueva con diseño correcto y rehabilitación integral inferior. /

CONSIDERACIONES SOBRE LA NECESIDAD DE UN CORRECTO ESTUDIO RADIOGRAFICO



Ortopantomografía de gran utilidad para el pronóstico quirúrgico.

Esta técnica radiográfica contemporánea es de utilidad para el análisis sobre las posibilidades reales de profundización en los casos de reabsorciones exageradas. Aunque como sabemos distorsiona los volúmenes reales, nos da una idea de las proporciones de los rebordes residuales. La consideramos de apoyo a la inevitable palpación clínica.

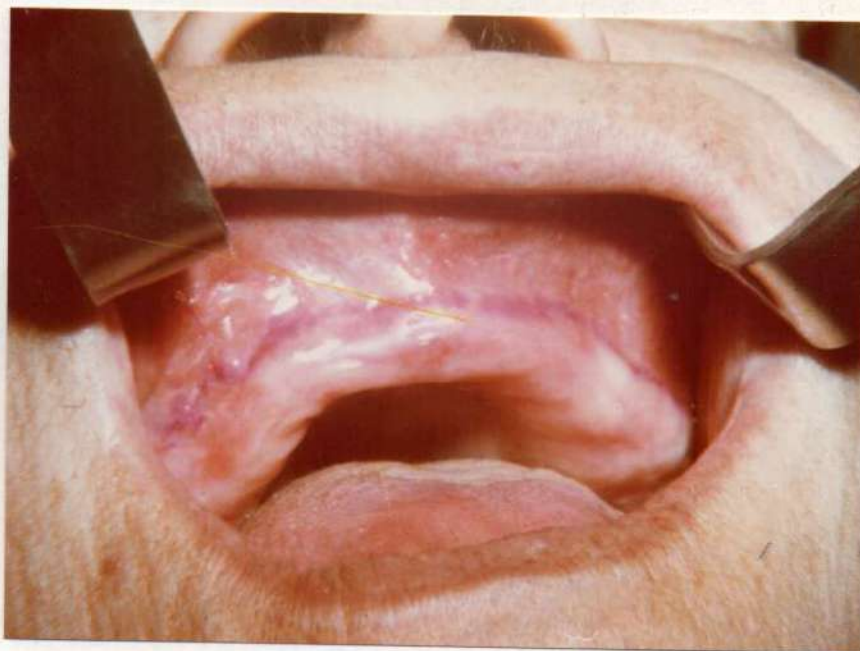


Radiografía lateral mostrando la importancia de las reabsorciones y el perfil blando del paciente.

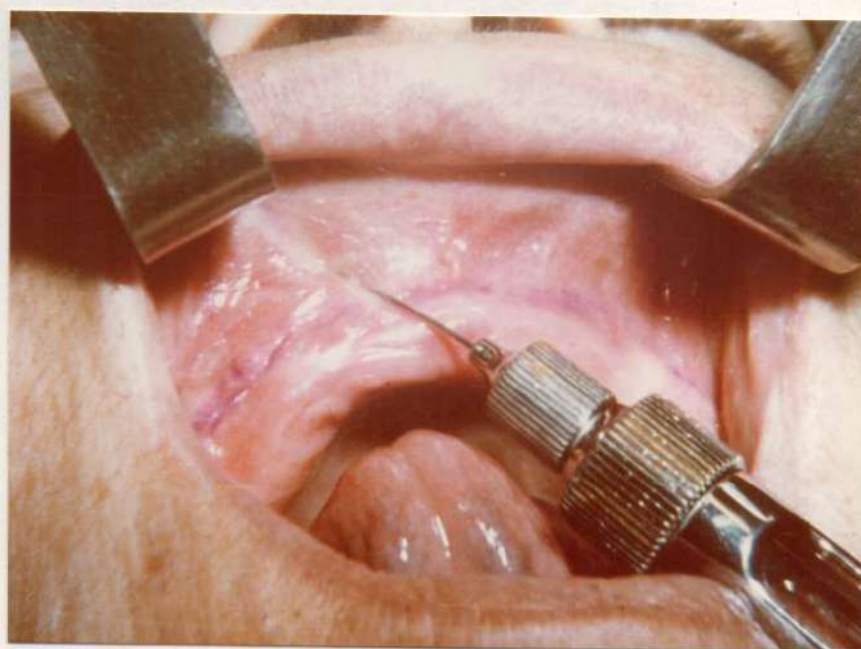
Las radiografías extraorales del perfil siguen siendo imprescindibles para el pronóstico y elección de tratamiento; en los casos como el que se observa, resulta evidente la contraindicación de todo intento de profundización.

TECNICA DE WASSMUND (MODIFICADA) CON FERULA REDUCIDA DE ACRILICO

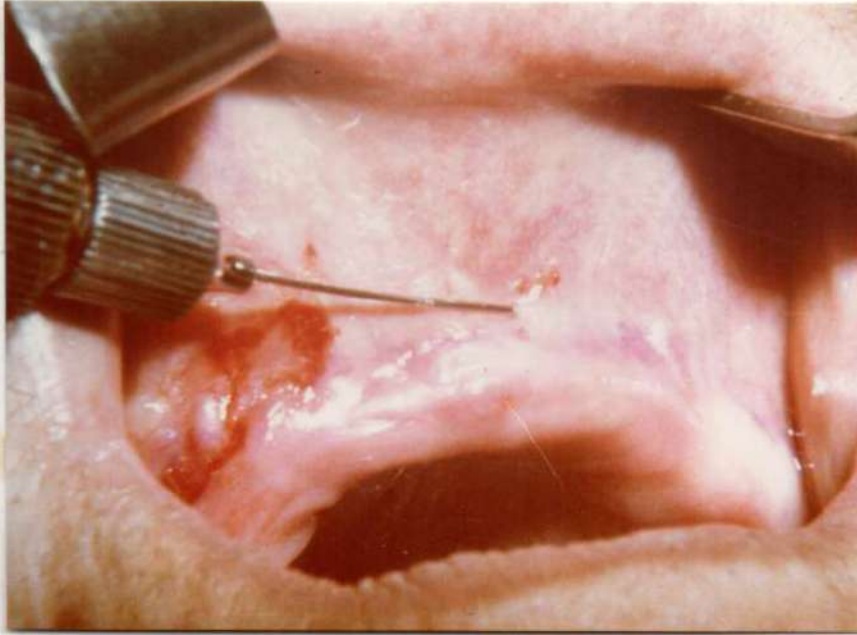
(Caso de Bloqueo Muscular en Maxilar Superior)



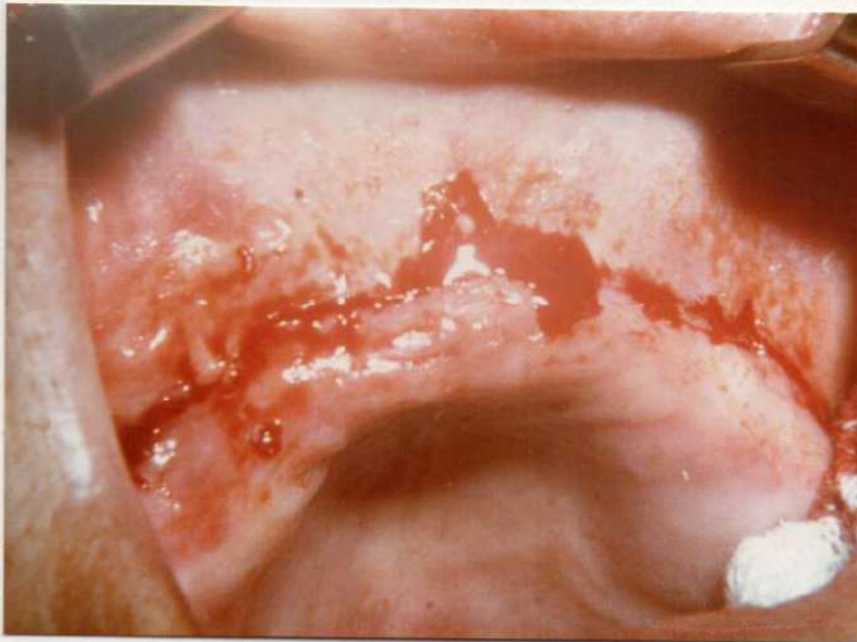
Diseño de la incisión recorriendo la línea de las inserciones musculares bloqueantes del vestíbulo.



Anestesia infiltrativa submucosa para aprovechar la divulsión por presión que realiza el líquido anestésico permitiendo identificar fácilmente el plano mucoso-submucoso del plano muscular.



La divulsión se realiza inyectando el líquido a medida que se retira la aguja.



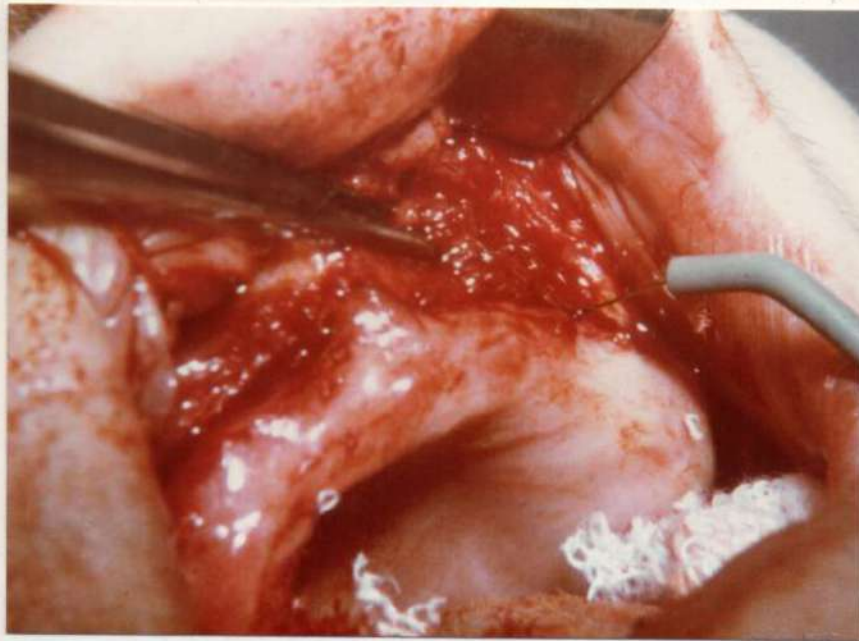
Recorrido de la incisión.



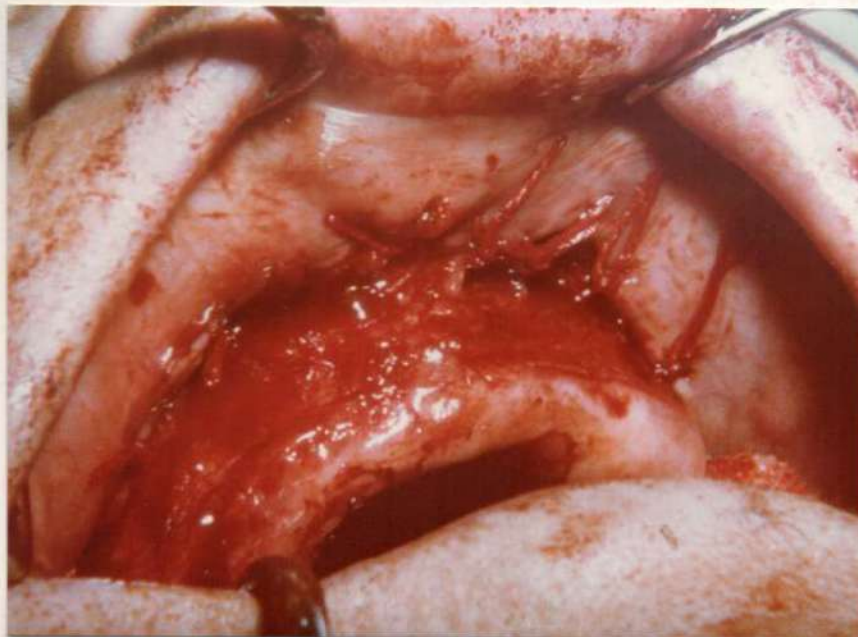
Fácil divulsión roma tomando los bordes del colgajo creado con puntos de tracción.



Divulsión bilateral completada.



Recorte del plano muscular por electrobisturí. Observar lo poco importante de la hemorragia, debido a un correcto respeto de los planos, la vasoconstricción anestésica y las ventajas del corte por electrotomía.



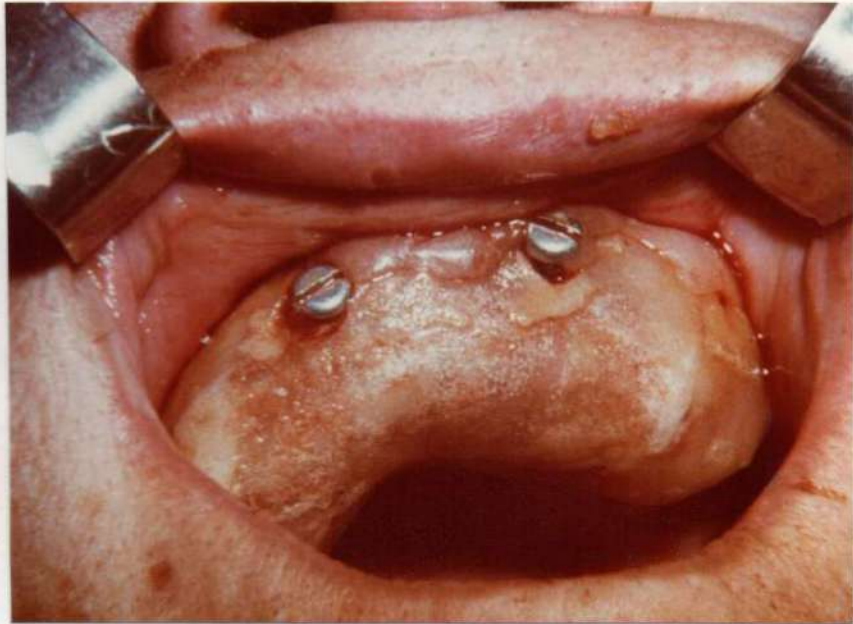
Reacción total del bloqueo muscular y síntesis infraperiosteal correspondiente. Sutura del colgajo con Catgut Crómico N° 1 al fondo de surco creado respetando las indicaciones de la técnica. Las dificultades de esta maniobra se obvian con el uso de la F.R.A.T.



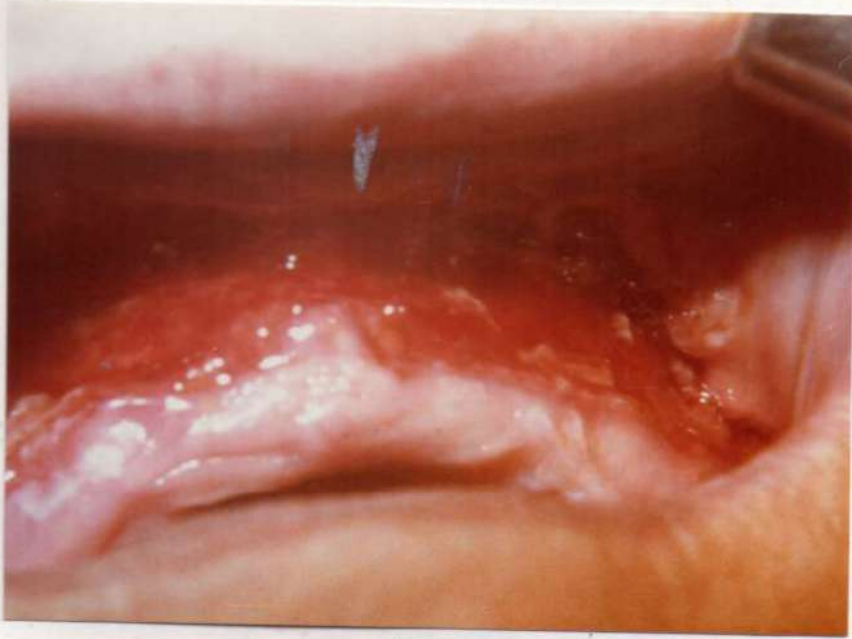
Muestra de la férula, tornillo y guía metálica para posición radiográfica de los orificios.



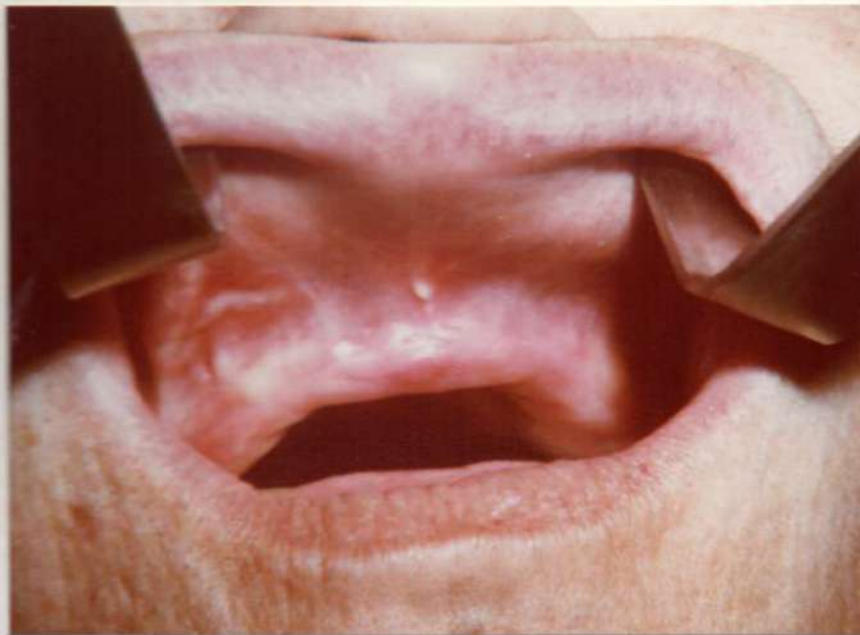
Presentación de la férula en el campo operatorio.



Fijación de la misma. Ha sido rebasada con elastó-
mero para lograr una compresión más suave y uni-
forme.



Post-operatorio a los 10 días, eliminada la férula. La misma ha protegido a la exposición perióstica permitiendo una epitelización secundaria sin molestias post-operatorias. Observar en el lado izquierdo, borde del colgajo desbordante que debe haber quedado con mala fijación infraperióstica y "cabalco" sobre el borde de la férula. Esto creemos es una desventaja más de estas suturas de fijación, realmente difíciles de realizar, aunque como en este caso el electrobisturí puede fácilmente modelar este borde y aún los rebases con elastómeros como acondicionadores de tejidos.



Control a los 21 días. Excelente surco conformado con planos fijos y fondos blandos - a la izquierda resto cicatrizal sin trascendencia.

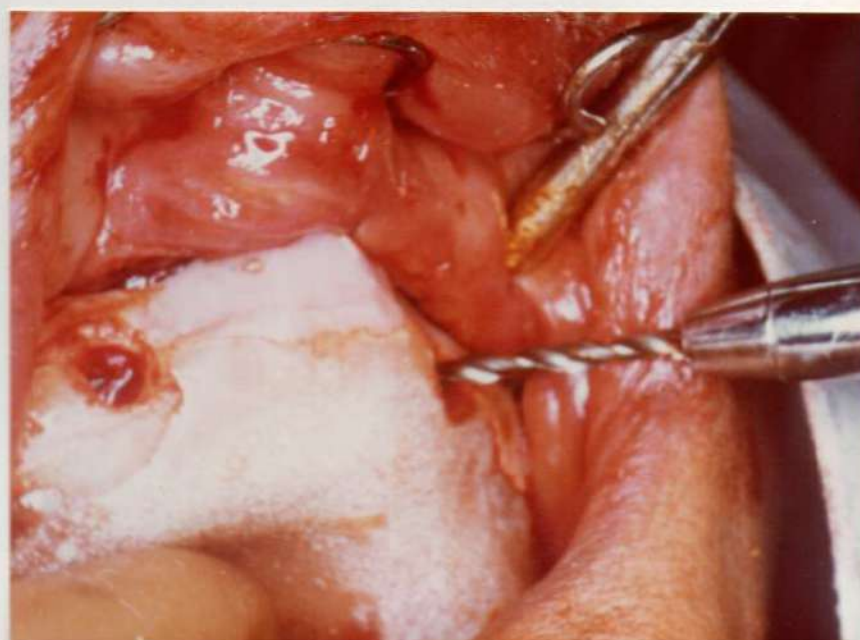


Control a los 2 años. Compárese con la foto anterior; prácticamente sin cambios. Como vemos el aporte de nuestra Férula Reducida con fijación a tornillo asegura una mejor protección y estabilidad de los tejidos en el post-operatorio inmediato asegurando un pronóstico favorable en el mantenimiento de los espacios logrados, siempre claro está que se realicen prótesis nuevas con la concepción correcta de su sellado marginal.

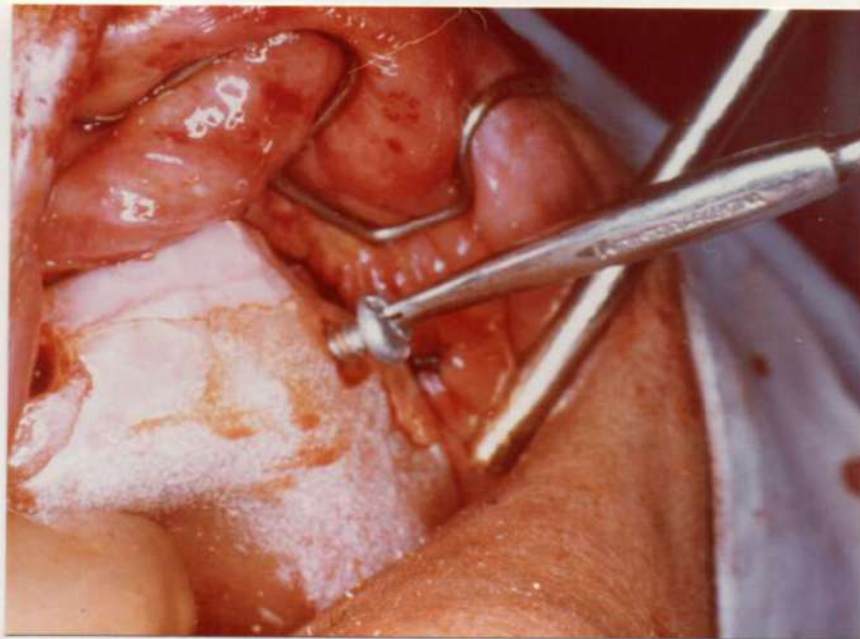


Correcto diseño del sellado marginal que asegure el éxito operatorio.

MOSTRACION EN DETALLE DE LA MANIOBRA DE FIJACION POR MEDIO
DE LOS TORNILLOS INDICADOS



Técnica de la trepanación ósea con mecha de calibre sensiblemente menor al paso de los tornillos. Este abordaje debe ser mínimo, solo la cortical.



- Fijación de los tornillos. El mismo tornillo hace el "paso de rosca" necesaria asegurando su inmovilidad. Estos tornillos, en los casos de mantenimiento de la cubierta mucosa y sobre todo en los trasplantes es preferible colocarlos en forma oblicua (ángulo obtuso) en relación al eje del reborde.

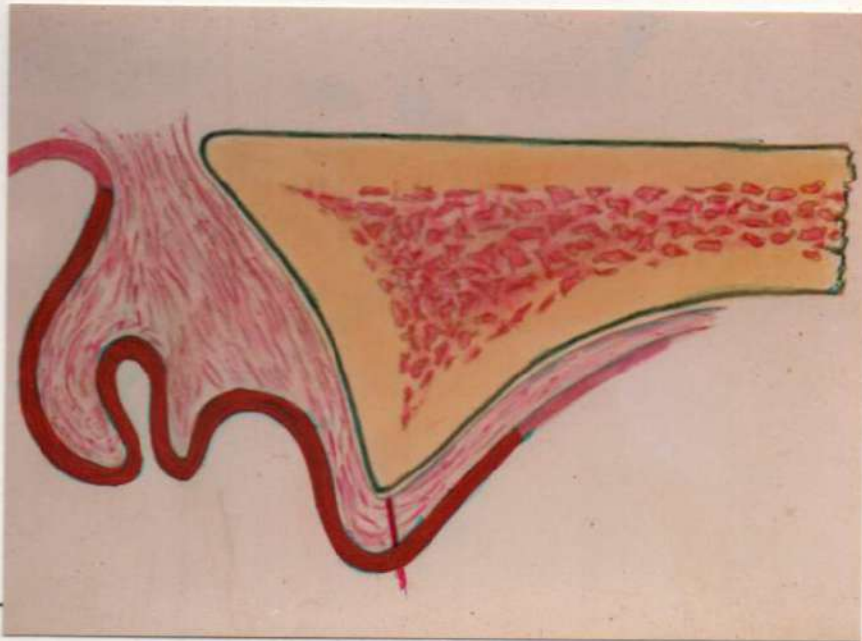
PLASTICA ENDOBUCCAL EN UN DOBLE LABIO E HIPERPLASIA FIBROSA CON F.R.A.T. COMO APOSITO POST-OPERATORIO



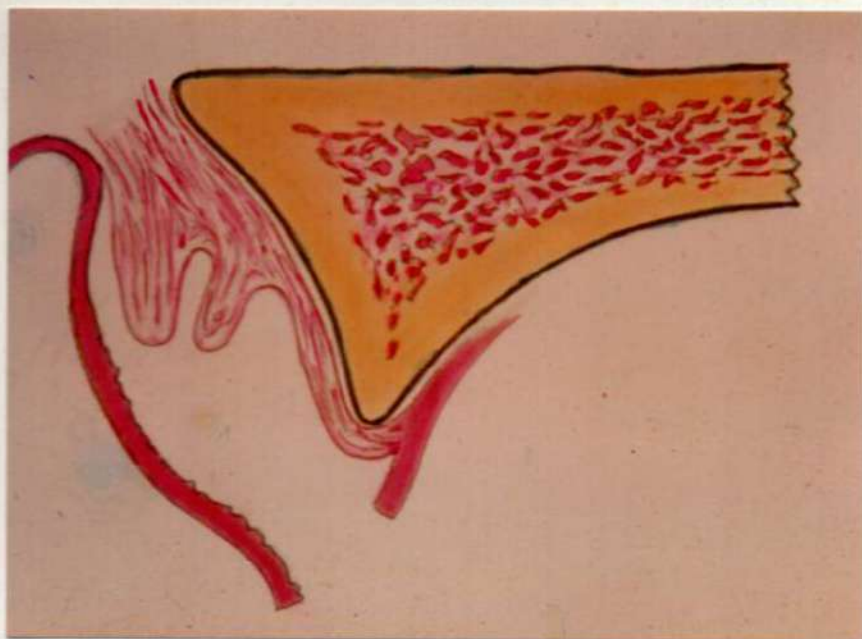
Presentación del caso del doble labio.



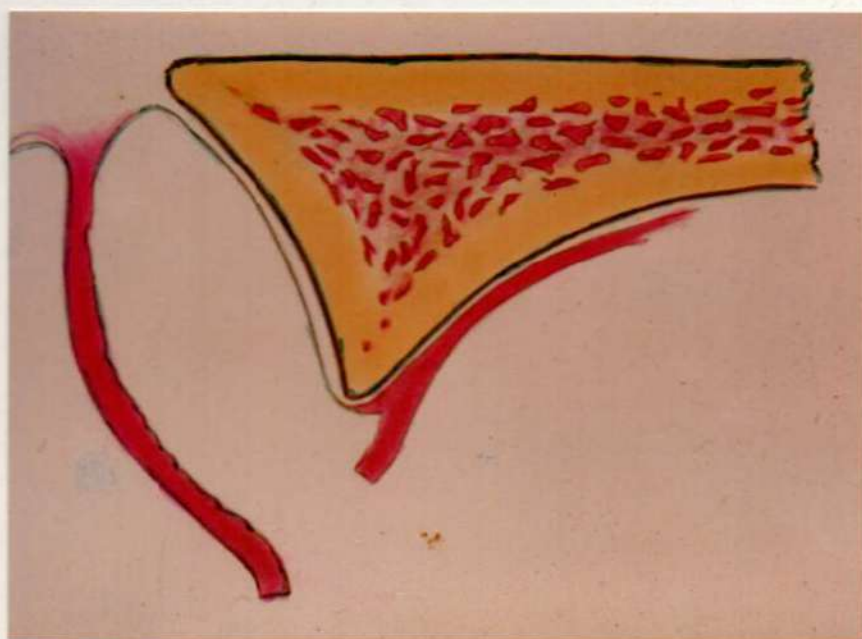
Toma con pinza Allis de la amplia Fibrosis vestibular.



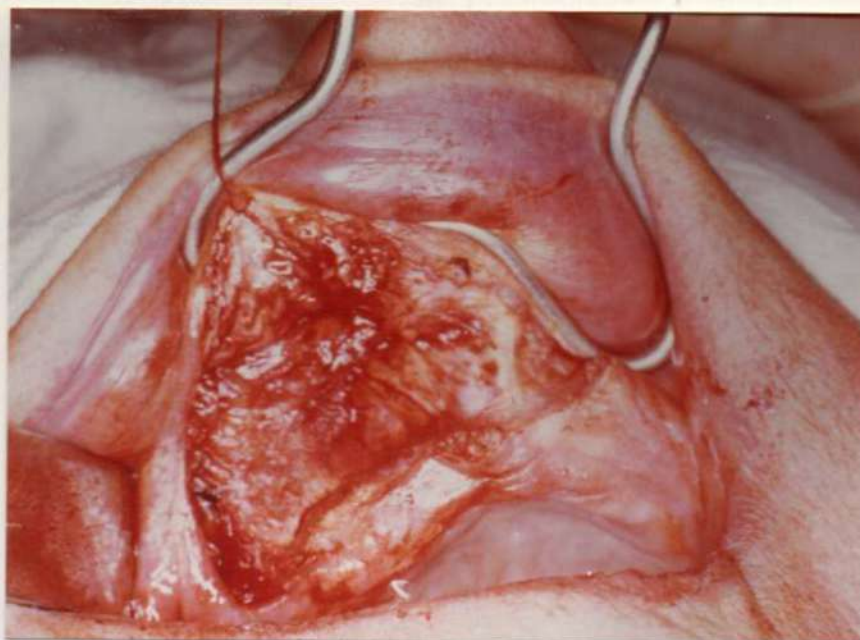
Esquema de la lesión.



En este diagrama vemos la técnica de disección submucosa a cielo abierto tipo Wallenius.



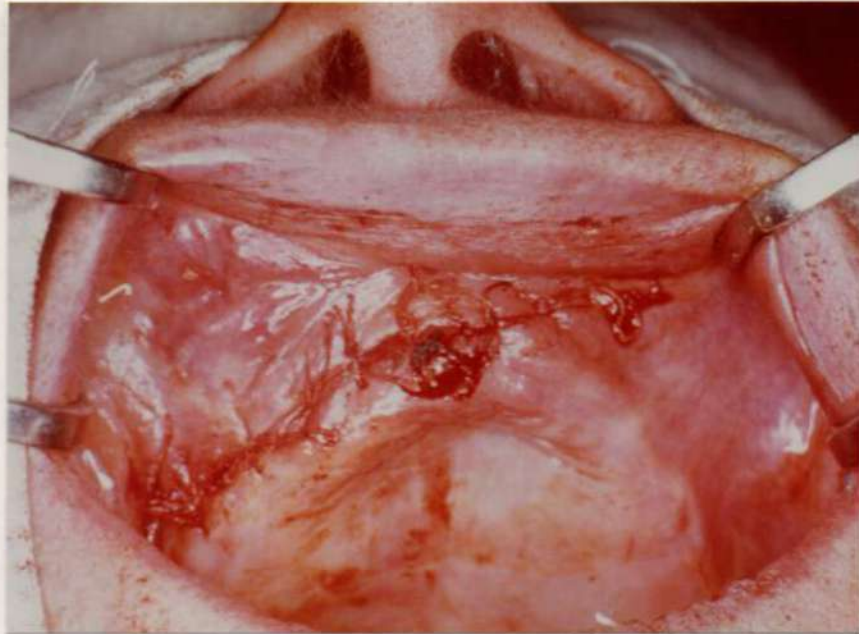
Eliminación del bloqueo submucoso.



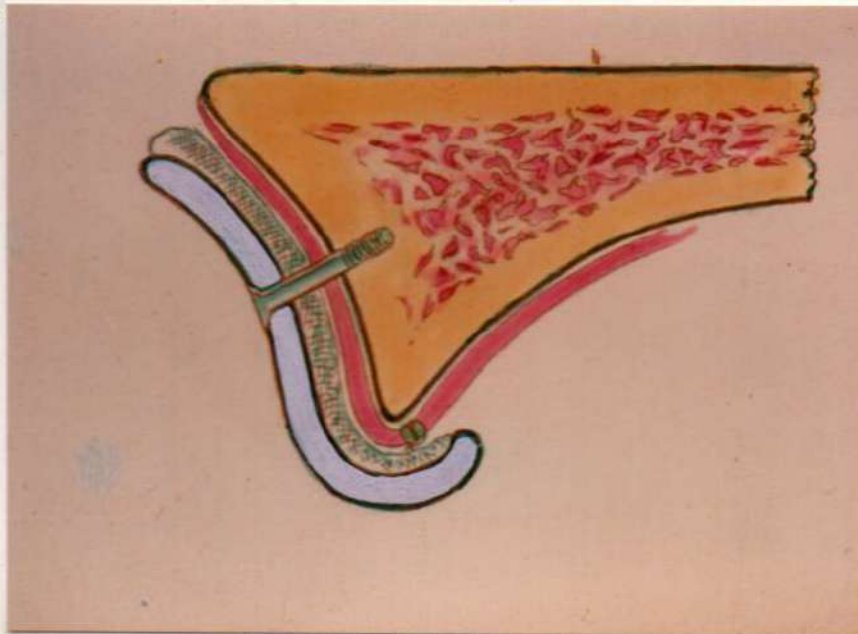
Vista clínica del caso en la disección.



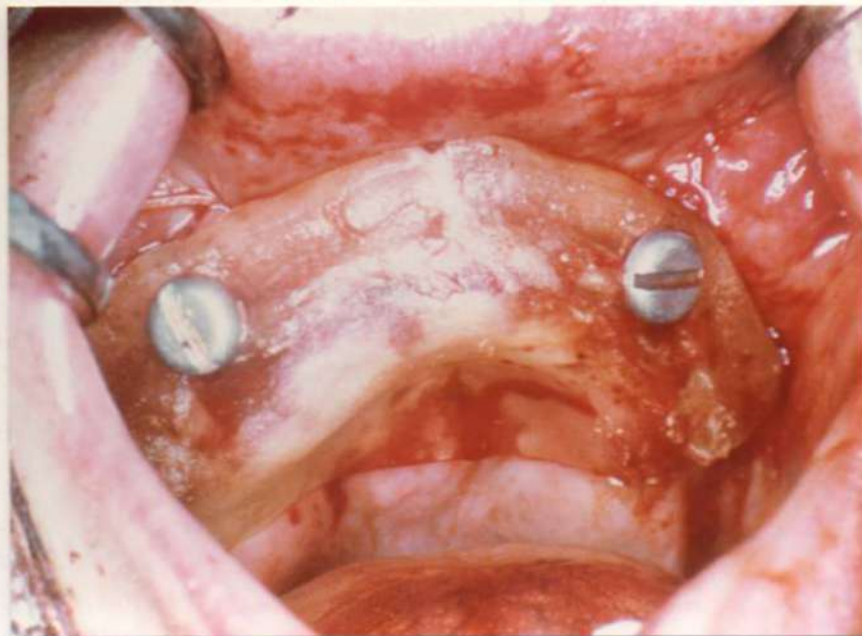
Reposición del colgajo sobre el lecho cruento; se interpuso gasa en el espacio libre supraperióstico obtenido, a los fines de su mejor compresión fotográfica. Este espacio era ocupado por la lesión submucosa causante del doble labio.



Aplicación del colgajo mucoso a modo de tapa natural, directamente sobre el periostio, con la síntesis correspondiente.



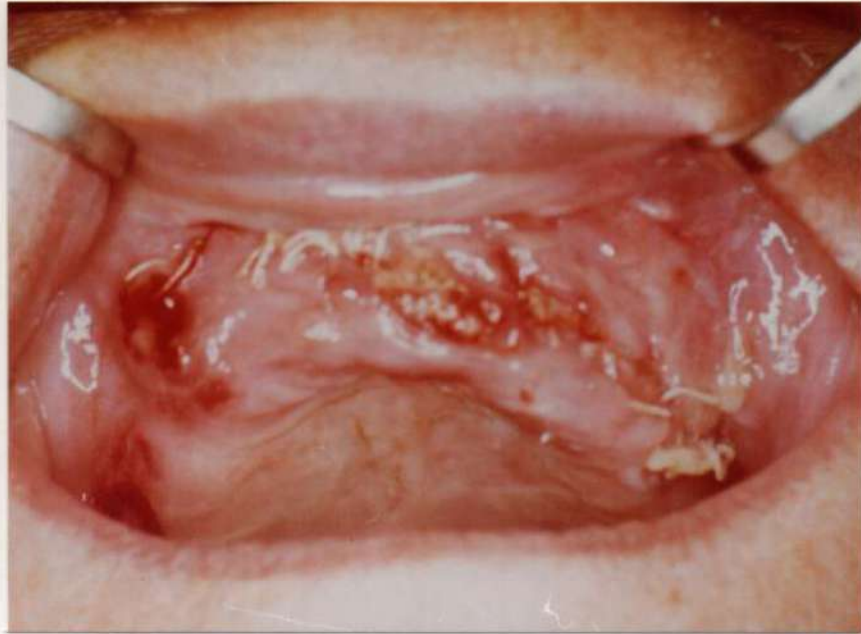
El dibujo muestra en un corte la forma de aplicación de la férula interponiendo una almohadilla plástica esponjosa o acondicionador de tejido para lograr una presión uniforme.



Férula fijada con los tornillos correspondientes.



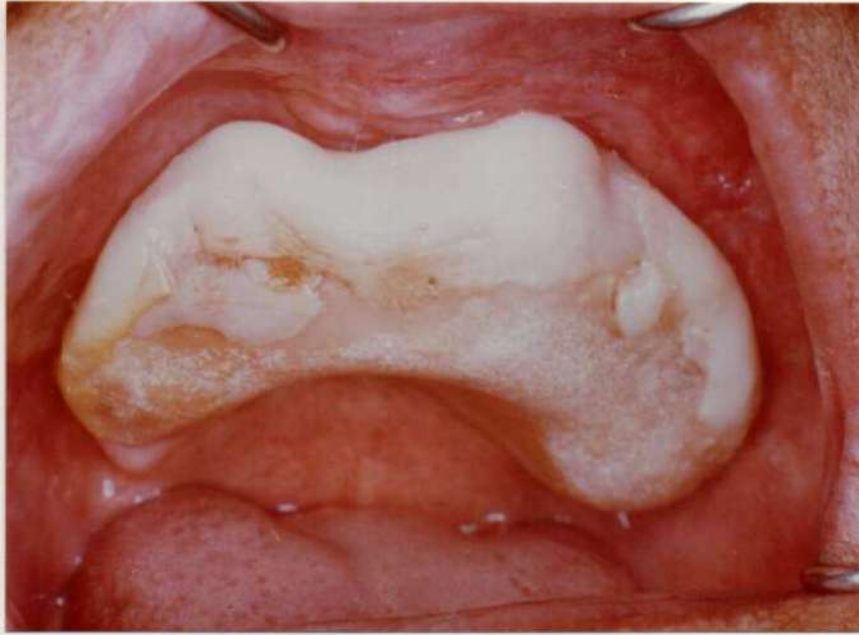
Vendaje circunferencial compresivo; su indicación es ineludible.



Post-operatorio a los 8 días.



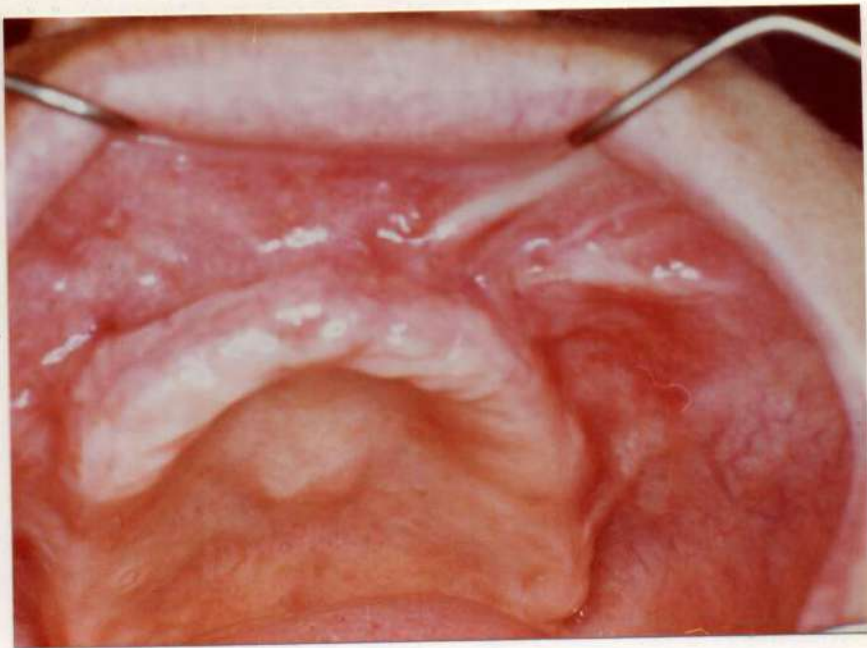
Rebasada la misma férula, se deja por 72 hs. más hasta finalización de la cicatrización.



Férula rebasada en posición. La profundización lograda y el sellado marginal adecuado permiten su mantenimiento por los días suficientes hasta la curación total.



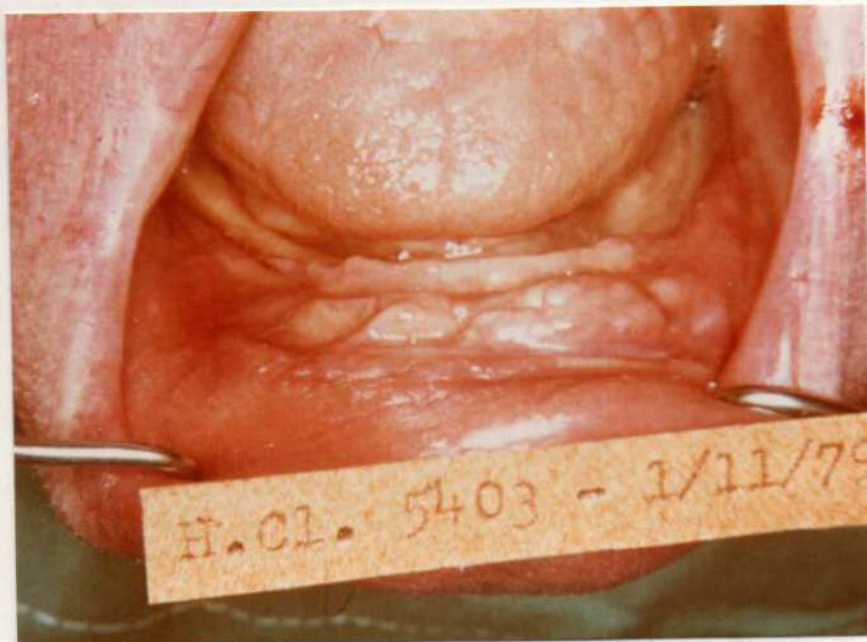
Control a los 15 días.



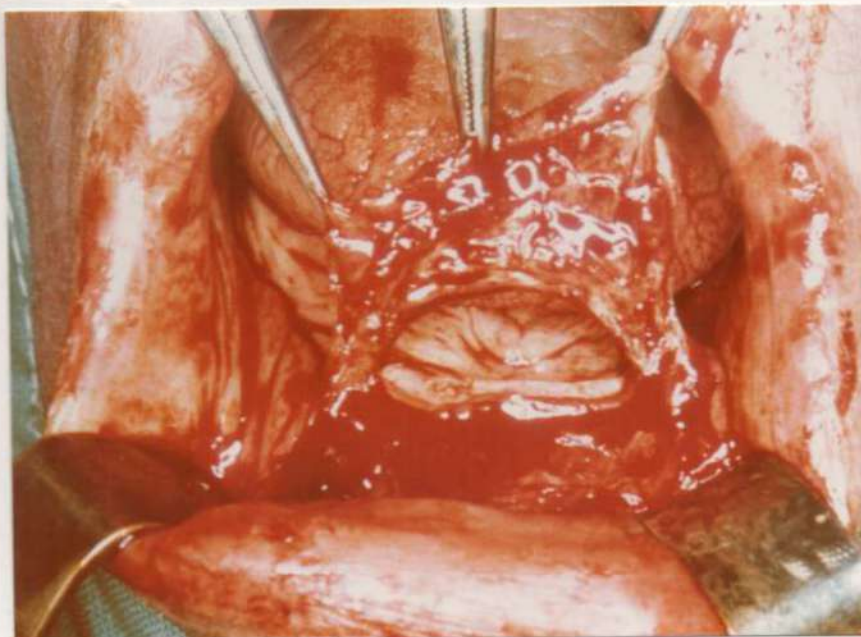
Control remoto (6 meses).

TRASPLANTE LIBRE DE PIEL

(F.R.A.T. como apósito post-operatorio)



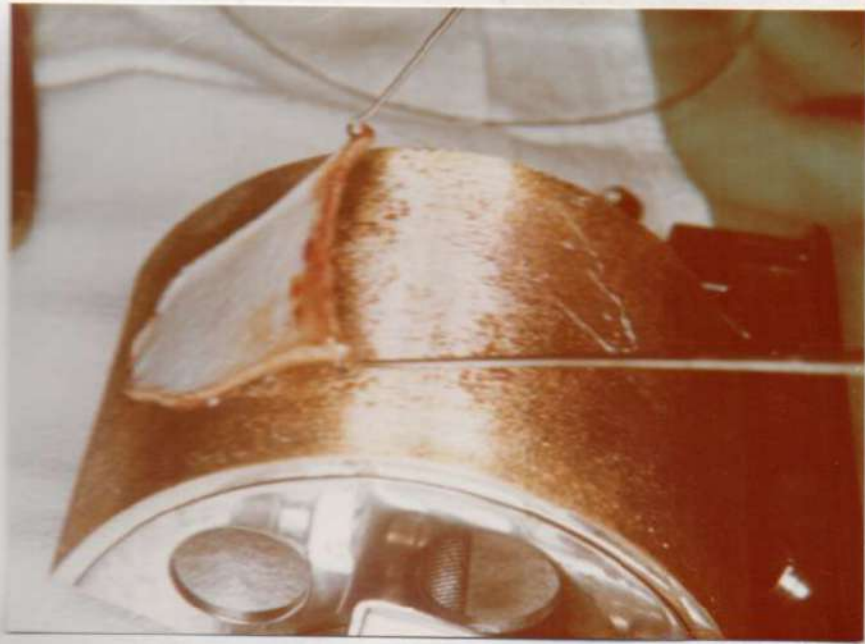
Vista del caso elegido. Hiperplasias multilobuladas con plejas con gran reabsorción.



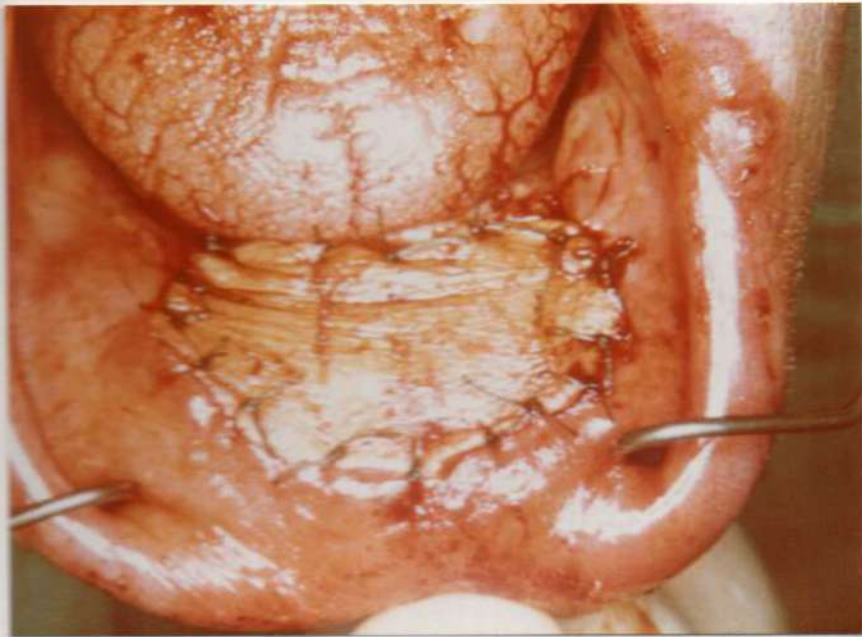
Exéresis en block.



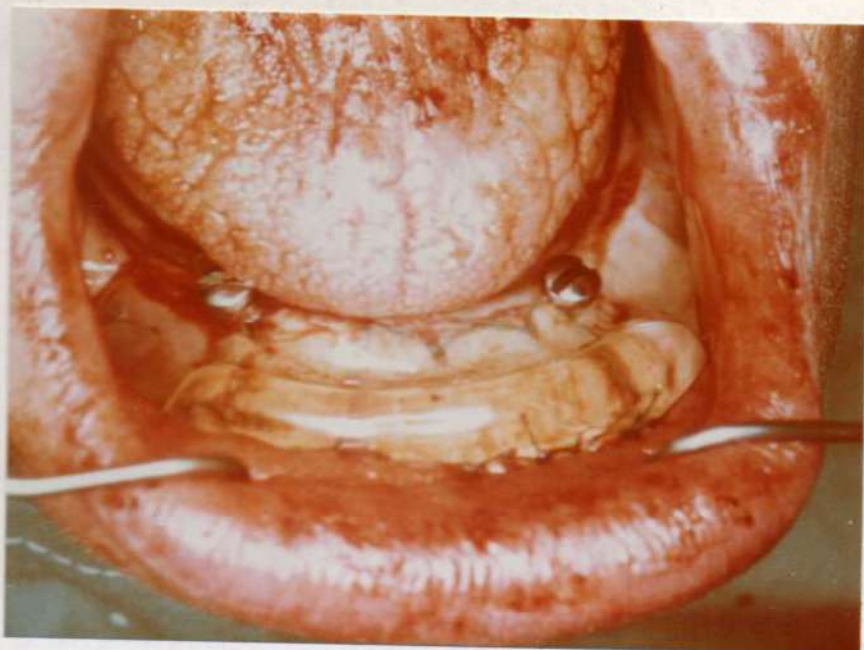
Toma de la piel en la cara ventral del antebrazo.



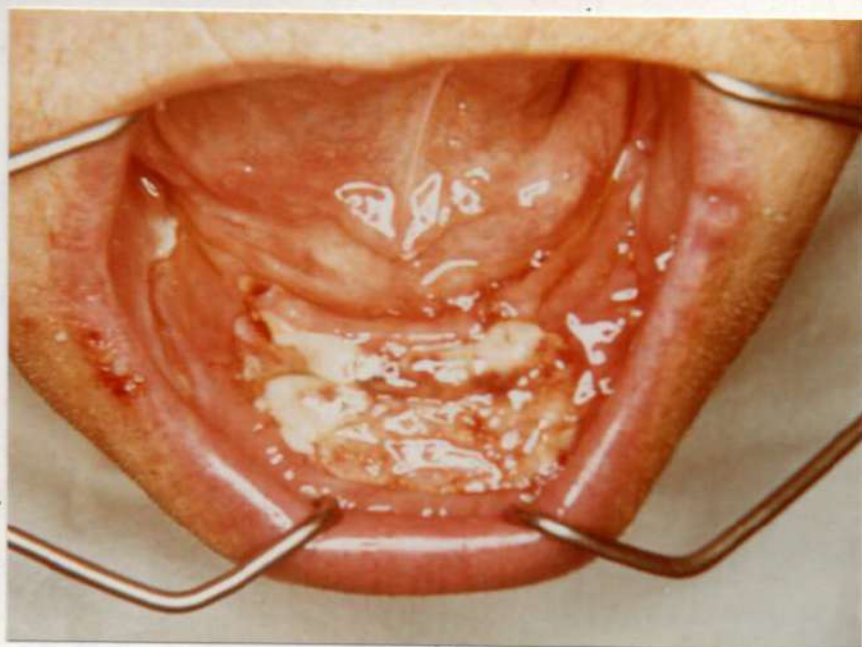
Muestra del material obtenido con el dermatomo.



Sutura de la piel a los bordes mucosos del lecho cruento.



Colocación de la Férula.



Muestra del trasplante a los 10 días en el momento que se quita la Férula post-operatoria.



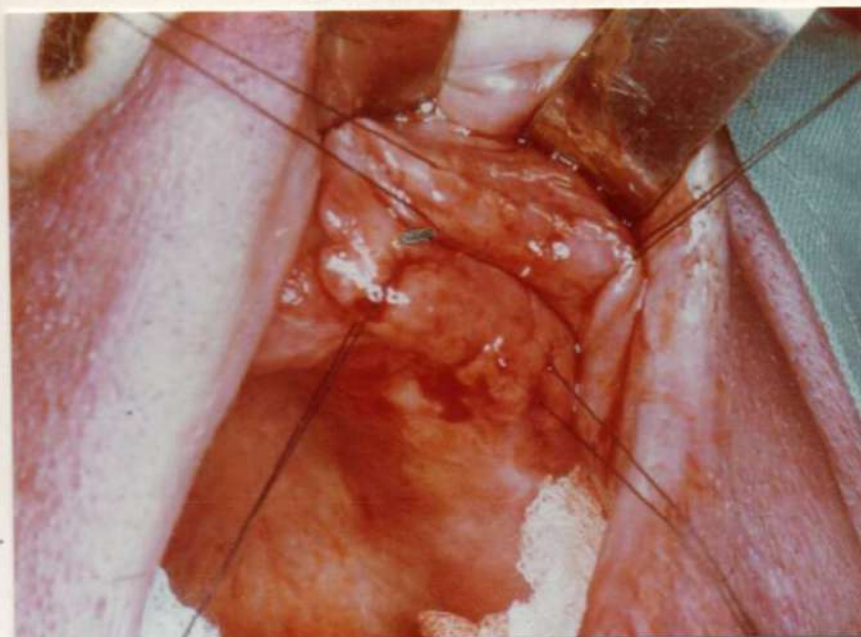
Vista del control remoto.

TRASPLANTE DE MUCOSA (espesor total)

Con aplicación de F.R.A.T.



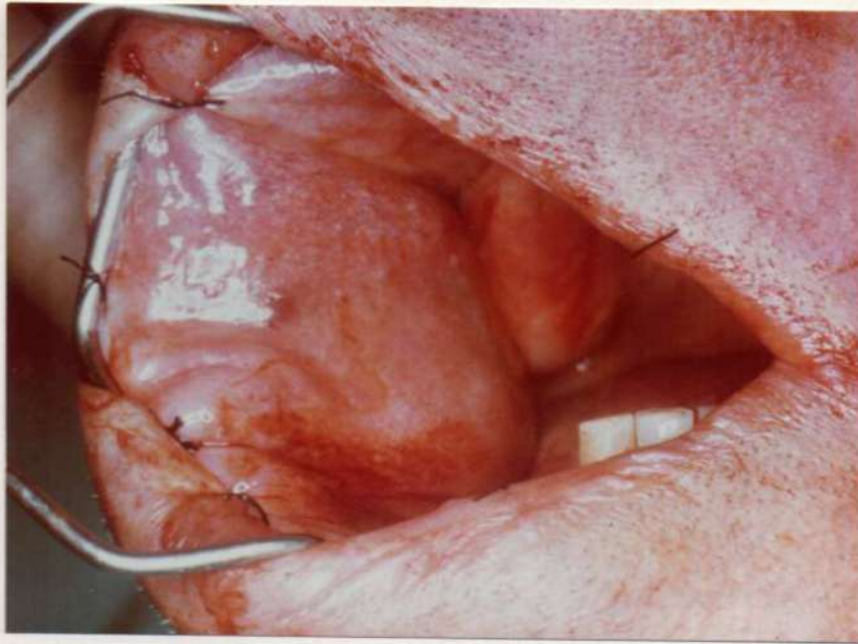
Hiperplasia de gran tamaño que ocupa 2 sectores. Típica etiología, prótesis desadaptada y antagoniza desdentado bilateralmente.



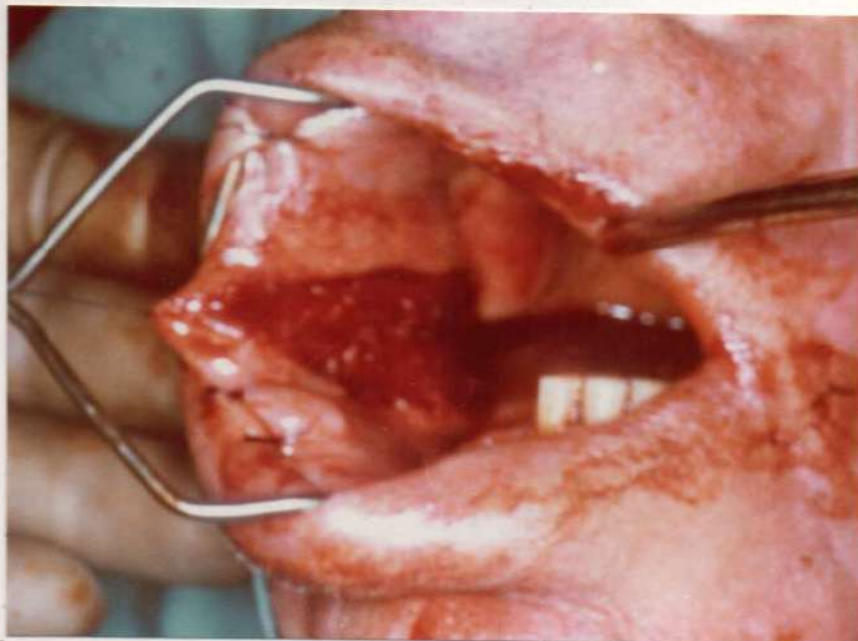
Con puntos de extracción se identifican las lobulaciones de la masa hiperplásica.



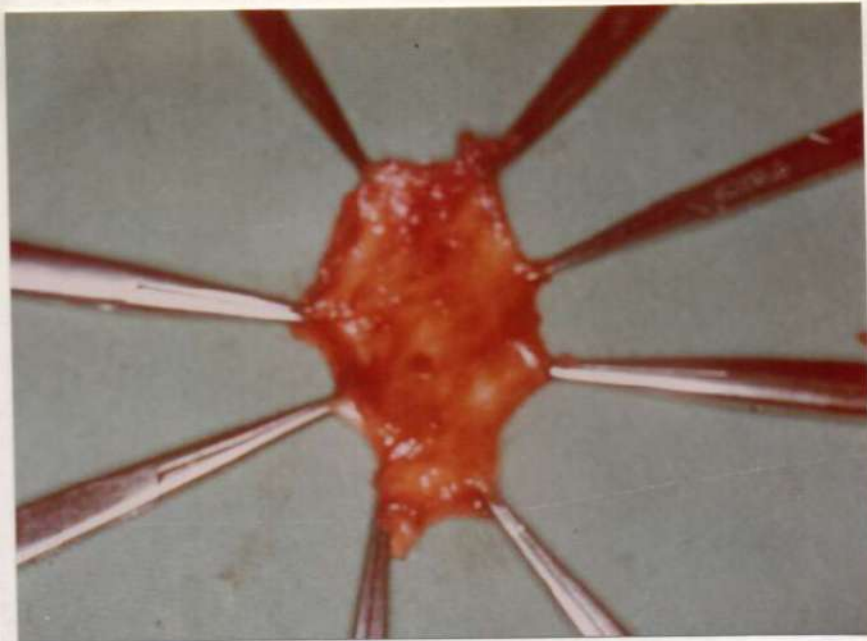
Su exéresis deja un amplio lecho cruento.



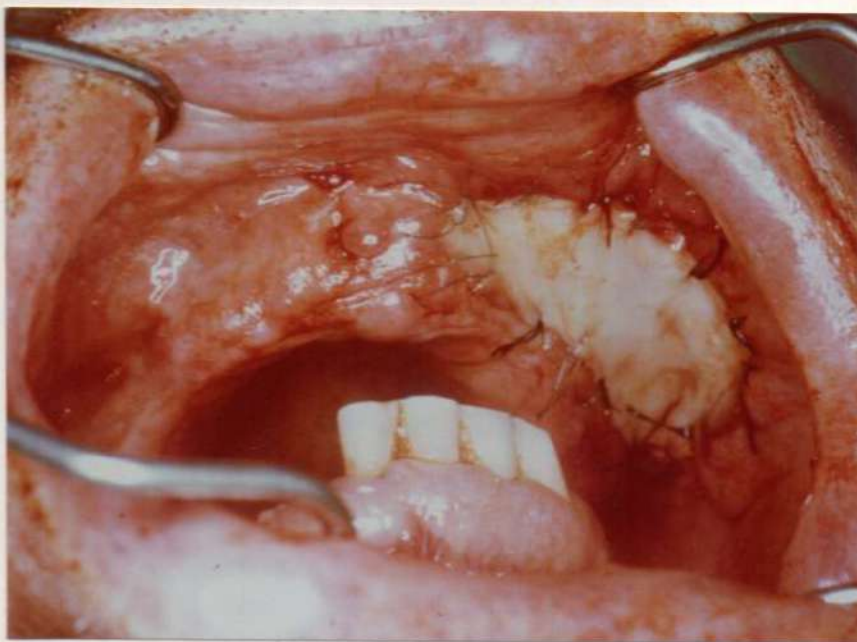
Presentación de la mucosa del carrillo por medio de una maniobra de eversión realizada con separador fijado con puntos.



Amplia incisión que permite una toma ovoidal de la mucosa yugal retrocomisural. Si se divulsiona prolijamente el plano mucoso-submucoso sin lesionar el muscular se podrá, en base a la elasticidad de la zona, dejar cerrada la zona dadora.



Muestra del material obtenido.



Sutura del trasplante sobre el lado receptor.



Colocación de la Férula.



Muestra del caso terminado (3 meses de post-operatorio). Quedan evidenciadas las ventajas del trasplante mucoso sobre el de piel. Su aceptación por parte del receptor es superior. Se trata del mismo tipo de epitelio. Los trasplantes de piel como vimos quedan diferenciados a pesar del tiempo. Además suelen dar molestos crecimientos pilosos.

La zona dadora por ser endobucal no deja trastornos estéticos y es de curación más rápida. Es cierto que obtener material exige destreza, pero con los modernos mucostótomos, que se usan en un micromotor convencional, se facilita este paso.

B) EVALUACION Y RESULTADOS

CUADRO N° 2

HC	E	S	DIAGNOSTICO	*	TECNICA QUIRURGICA	APOSITO INMEDIATO	POST. OPERATORIO INMEDIATO	CONTROL REMOTO	ESTADO VESTIBULO BUCAL	CAMBIO PROTESICOS	OPINION DEL PACIENTE	
1	4359	41	♂	Hiperplasia simple	M.S	Puntos de tracción, Electro- bisturif.	Rebase godia-zinquel	+ + +	2 años	+ + +	Rebase	+ + +
2	4394	48	♀	Fibroma Pendular	M.S	SCHUCHARDT	Rebase con cemento quirúr- gico.	+ +	11 meses	+ +	No hubo	+ + +
3	4394	48	♀	Hiperplasia y cresta fili- losa.	M.S	COOLEY	Rebase con cemento quirúr- gico.	+ +	11 meses	—	No hubo	+ +
4	4400	45	♀	Hiperplasia multilobulada	M.S	Puntos de tracción, Electro- bisturif.	Rebase con cemento quirúr- gico.	+ +	1 año	+ +	Nueva prótesis	+ + +
5	4402	49	♀	Hiperplasia bilobulada	M.I	COOLEY	Rebase godia-zinquel con F.R.A.T.	+ +	2 años	+ +	Rebase	+ +
6	4406	39	♀	Brida lateral	M.S	Z plastia	Gasa iodofornada	+ + +	6 meses	+ + +	Nueva prótesis	+ + +
7	4410	69	♂	Hiperplasia complicada con reabsorción.	M.S	REHRMANN	F.R.A.T.	+ + +	16 meses	+ + +	Nueva prótesis	+ + +
8	4451	31	♀	Cresta Irregular, Hiperpla- sia simple.	M.S	COOLEY, Electro- bisturif.	F.R.A.T.	+ + +	17 meses	+ + +	Nueva prótesis	+ + +
9	4460	45	♀	Hiperplasia completa con reabsorción.	M.S	SCHUCHARDT, Electro- bisturif.	F.R.A.T.	+ + +	3 años	+ +	Nueva prótesis	+ + +
10	4463	64	♂	Hiperplasia simple	M.S	Rebase con puntos de tracción.	Rebase con acondicionador F.R.A.T. con cemento quirúr- gico.	+ + +	—	—	—	—
11	4520	47	♀	Hiperplasia multilobulada sésil.	M.S	REHRMANN	Gasa iodofornada	+ +	4 años	+ + +	Nueva prótesis	+ + +
12	4523	47	♀	Hiperplasia bilobulada	M.I	CLARK	Tubo de goma	—	2 años	+ +	No hubo	+ +
13	4546	74	♀	Hiperplasia completa	M.I	KAZANJIAN	Pinzado y tracción	+ + +	No asiste	—	—	—
14	4640	80	♀	Hiperplasia multilobulada	M.S	WASSMUND	Rebase godia-zinquel	+ + +	2 años	+ +	Rebase prótesis nueva.	+ + +
15	4647	58	♂	Bloqueo muscular	M.S	SCHUCHARDT	Rebase acondicionador	+ + +	18 meses	+ +	Rebase	+ +
16	4672	62	♀	Cresta Irregular, Hiperpla- sia bilobulada.	M.S	WALLENIUS	F.R.A.T.	+ + +	14 meses	+ +	Rebase	+ + +
17	4748	42	♀	Hiperplasia multilobulada con bloqueo muscular.	M.S	WASSMUND, SCHUCHARDT	F.R.A.T.	+ +	No asiste	—	—	—
18	4760	50	♀	Hiperplasia multilobulada	M.S	SCHUCHARDT	Rebase godia-zinquel	+ +	16 meses	+ +	Rebase	+ +
19	5010	44	♀	Hiperplasia simple	M.S	REHRMANN	F.R.A.T.	+ +	2 años	+ + +	Rebase nueva.	+ + +
20	5011	42	♀	Hiperplasia complicada, bloqueo muscular.	M.S	Técnica por compresión	Tablero oclusal con acondi- cionador.	+ +	2 años	+ +	Nueva prótesis	+ + +
21	5024	56	♀	Hiperplasia simple	M.I	Trasplante dura-madre	Rebase circunferencial	+ +	28 meses	+ +	Nueva prótesis	+ +
22	5081	40	♀	Hiperplasia complicada	M.I	Punto de tracción	Gasa iodofornada	+ +	1 año	—	No hubo	—
23	5097	42	♀	Hiperplasia bilobulada	M.S	COLLET	Prótesis rebasada	+ +	21 meses	+ +	Prótesis rebasada	+ +
24	5108	27	♀	Hiperplasia bilobulada	M.S	CLARK	Gasa iodofornada	+ +	1 año	+ +	No hubo	+ +
25	5136	46	♀	Espina nasal, frenillo, Blo- queo	M.S	REHRMANN	F.R.A.T.	+ + +	1 año	+ + +	Nueva prótesis	+ + +
26	5143	58	♀	Hiperplasia bilobulada	M.I	CLARK	Gasa iodofornada	+ +	2 años	—	No hubo	+ +
27	5152	49	♀	Fibroma pendular	M.S	Tracción y electrobisturif	Gasa iodofornada	+ +	2 años	—	No hubo	+ +
28	5156	54	♀	Rebordes Irregulares, Fi- broma pendular.	M.I	COLLET	Prótesis rebasada	+ +	2 años	—	No hubo	+ +
29	5171	38	♀	Hiperplasia simple, Bloqueo muscular.	M.S	OBWEGESER	Prótesis rebasada	+ + +	2 años	+ +	Rebase	+ +
30	5197	56	♀	Hiperplasia multilobulada, Espina nasal, frenillo bajo.	M.S	REHRMANN	Rebase acondicionador	+ +	21 meses	+ +	Rebase	+ +
31	5201	39	♀	Hiperplasia bilobulada, freni- llo, Espina nasal.	M.S	Electrobisturif RIES-CENTENO	Rebase acondicionador	+ +	18 meses	+ +	Rebase	+ + +
32	5230	50	♀	Fibroma pendular	M.I	COLLET	F.R.A.T.	+ + +	6 meses	+ +	No usó nunca pró- tesis.	—
33	5237	56	♀	Bloqueo muscular	M.I	HOWE	Gasa iodofornada	+ +	1 año	—	Nueva prótesis	+ +
34	5243	55	♂	Hiperplasia complicada, Reab- sorción, Fibroma pendular.	M.S	OBWEGESER	F.R.A.T.	+ + +	18 meses	+ + +	Nueva prótesis	+ + +
35	5294	42	♀	Hiperplasia multilobulada	M.I	KAZANJIAN	F.R.A.T.	+ + +	18 meses	+ +	Nueva prótesis	+ + +
36	5307	49	♀	Hiperplasia complicada	M.S	WALLENIUS	Prótesis rebasada	+ + +	15 meses	+ + +	Rebase	+ +
37	5307	49	♀	Hiperplasia completa	M.I	CLARK	Ligadura circunferencial	+ +	15 meses	+ +	Rebase	+ +
38	5313	46	♀	Hiperplasia complicada	M.S	KAZANJIAN	F.R.A.T.	+ + +	20 meses	+ +	Nueva prótesis	+ + +
39	5341	52	♀	Hiperplasia complicada Rebordes Irregulares, Hiper- plasia simple.	M.I	COLLET	F.R.A.T.	+ + +	15 meses	+ +	Rebase	+ + +
40	5358	51	♂	Hiperplasia simple	M.I	CLARK	Gasa iodofornada	+ +	17 meses	+ +	No hubo	+ +
41	5375	53	♀	Frenillo bajo	M.S	Doble pinzado	Rebase prótesis	+ + +	13 meses	+ + +	Rebase	+ + +
42	5382	54	♀	Hiperplasia y bloqueo muscular	M.S	OBWEGESER	F.R.A.T.	+ + +	14 meses	+ + +	Nueva prótesis	+ + +
43	5403	66	♀	Hiperplasia completa, Reab- sorción, Fibroma pendular.	M.I	Trasplante libre de piel	F.R.A.T.	+ + +	14 meses	+ + +	No hubo	+ +
44	5451	80	♀	Hiperplasia y acfisis Gen	M.I	HOWE	Ligadura circunferencial	+ +	10 meses	+ +	Rebase	+ +
45	5456	70	♀	Hiperplasia completa	M.S	Sin operar	Prótesis rebasada	+ +	11 meses	—	No hubo	+ +
46	5456	70	♀	Hiperplasia completa	M.I	Trasplante mucosa	F.R.A.T.	+ +	11 meses	+ +	No hubo	+ +
47	5487	73	♀	Hiperplasia complicada	M.I	KAZANJIAN	F.R.A.T.	+ +	20 meses	+ + +	No hubo	+ +
48	5492	41	♀	Hiperplasia complicada	M.S	OBWEGESER	F.R.A.T.	+ + +	19 meses	+ + +	Nueva prótesis	+ + +
49	5492	41	♀	Rebordes Irregulares	M.I	COLLET	Prótesis rebasada	+ +	19 meses	+ + +	Nueva prótesis	+ + +
50	5503	57	♀	Hiperplasia bilobulada	M.I	CLARK	F.R.A.T.	+ +	12 meses	+ + +	Rebase	+ +
51	5517	20	♀	Hiperplasia bilobulada, bloqueo muscular	M.S	WALLENIUS	F.R.A.T.	+ + +	17 meses	+ + +	Rebase	+ +
52	5541	82	♀	Hiperplasia multilobulada	M.S	Punto de tracción y elec- trobisturif.	Prótesis rebasada	+ + +	6 meses	+ + +	Nueva prótesis	+ + +
53	5559	48	♀	Espina irritativa, Fibroma.	M.S	Punto de tracción y elec- trobisturif.	Prótesis rebasada	+ +	8 meses	+ +	Rebase	+ +
54	5565	62	♀	Hiperplasia multilobulada	M.S	WALLENIUS	F.R.A.T.	+ + +	4 meses	+ + +	Prótesis nueva	+ + +
55	5566	24	♀	Exostosis	M.S	COLLET	Prótesis rebasada	+ +	4 meses	+ + +	Rebase	+ + +
56	5575	43	♂	Rebordes irregulares, Brida, Hiperplasia y Fibroma pen- dular.	M.S	WALLENIUS	F.R.A.T.	+ + +	3 meses	+ + +	Rebase	+ + +
57	5585	53	♀	Hiperplasia y Fibroma pen- dular.	M.S	WALLENIUS	F.R.A.T.	+ + +	3 meses	+ + +	Rebase	+ + +
58	5605	84	♀	Frenillo y Espina nasal	M.S	REHRMANN	Prótesis rebasada	+ +	2 meses	+ +	Rebase	+ + +
59	5611	84	♀	Bloqueo muscular	M.I	KAZANJIAN	F.R.A.T.	+ + +	No asiste	—	—	—
60	5628	62	♂	Hiperplasia bilobulada	M.S	Trasplante de mucosa	F.R.A.T.	+ + +	4 meses	+ + +	Prótesis nueva en confección	—

En el Cuadro N^o 2 se puede observar: 1^o) Los 60 casos tratados, numerados correlativamente (hay casos que repiten en N^o de Historia Clínica debido a que en el paciente se intervino a ambas mandíbulas). 2^o) Luego están asentados los números de las Historias Clínicas correspondientes. 3^o) La edad que varió desde los 24 a los 74. 4^o) El sexo: se atendieron 52 mujeres y 8 varones. 5^o) La localización (*) nos permite comprobar que la patología paraprotética se asentó en 38 mandíbulas superiores y en 22 mandíbulas inferiores. 6^o) Diagnóstico: se diagnosticaron 44 Hiperplasias; 9 Fibromas pendulares; 7 Frenillos y Bridas; 9 Bloqueos musculares y 17 casos de patología ósea. 7^o) Técnicas Quirúrgicas: se emplearon 8 técnicas de Tracción, 6 Wassmund-Schuchardt, 6 Rehrmann, 6 Wallenius, 6 Collet, 5 Kazanjian, 5 Clark, 4 Obwegeser, 3 Cooley, 2 Howe, 3 técnicas en frenillos y bridas, 2 trasplantes de mucosa, 1 trasplante de piel, 1 trasplante de Duramadre; un caso se resolvió con la técnica compresiva no quirúrgica, quedando 1 caso sin tratamiento. 8^o) Como apósito post-operatorio inmediato se utilizaron 27 Férulas Reducidas de Acrílico con fijación a tornillo (F.R.A.T.) dejando para los 32 casos restantes operados (1 está aún en reposo protésico) todas las variantes conocidas (gasas iodoformadas, prótesis rebasadas con fijación o no por medio de ligaduras circunferencial, tubos de goma, puntos de transficción, etc.). 9^o) Luego se consignan los resultados clínicos obtenidos: +++ muy bueno, ++ bueno, + regular, - malo. El tiempo del control remoto que varió desde los 3 meses a 3 años con los resultados observados en el vestíbulo y si hubo cambios protésicos (Rebases o nueva prótesis),

para por último asentar gráficamente las opiniones vertidas por los pacientes. 4 pacientes no asistieron a estos controles.

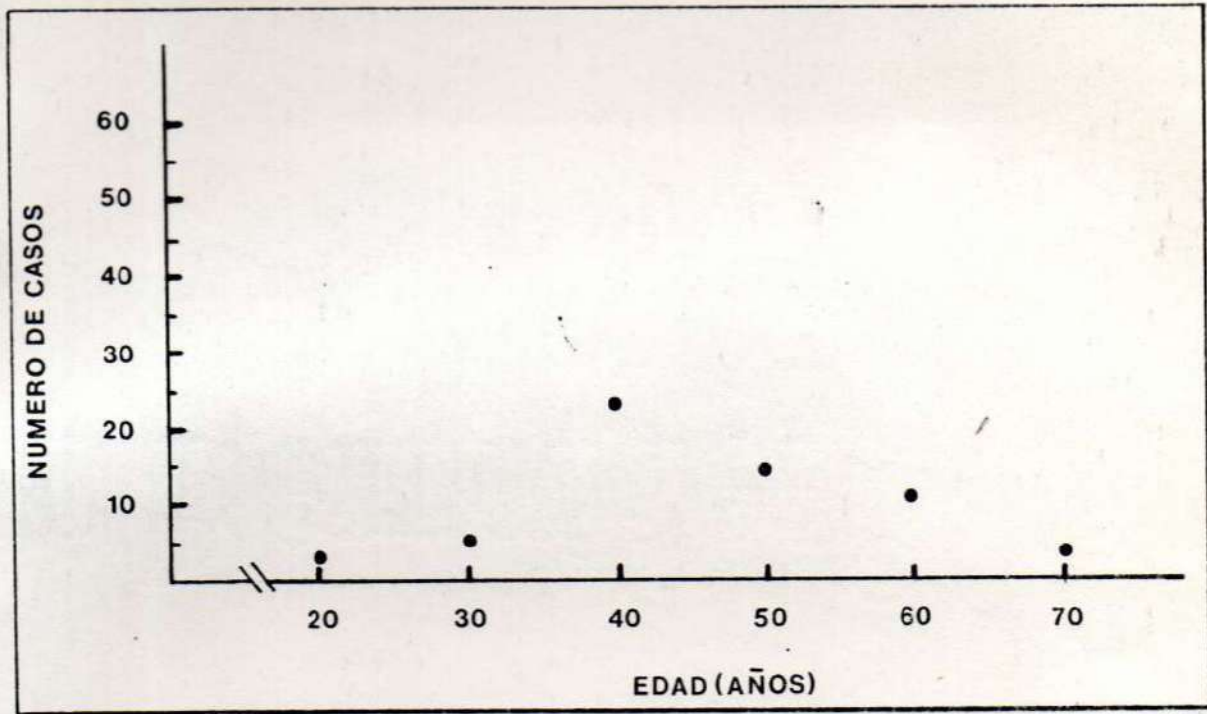


GRAFICO 1: Frecuencia de la patología según edad del paciente.

C) DISCUSION

Los 60 casos tratados con las distintas técnicas (Pág. 212, Cuadro N° 2) nos permiten extraer conclusiones útiles.

La síntesis anatómica y el proceso de reabsorción nos obliga, en forma imperiosa, a divulgar el principio de prevención en Cirugía Dento-Maxilar.

El respetar las normas técnicas en exodoncia simple, debe ser obligación ineludible para el odontólogo general; solamente así nuestros pacientes, jóvenes o de mediana edad, podrán conservar rebordes residuales adecuados para hacer posible la confección y uso de aparatos protésicos confortables, en la casi inexorable tercera etapa de la vida.

En la segunda parte, cuando estudiamos la patología de los surcos (en cuanto a demanda de atención quirúrgica paraproté tica se refiere) podemos observar lo siguiente: Sexo: esta patología pareciera más frecuente en la mujer que en el varón 78.3% y 21.7% respectivamente. Esta observación es similar a la de otros autores (8,11,26,27). Localización: la mandíbula superior más afectada que la inferior 63.3% y 36.7%.

Edad: en cuanto a la edad varió desde los 24 hasta 74 con un pico, en la década de los 40 años (Gráfico N° 1).

La patología submucosa se encuentra representada por un porcentaje del 83% siendo la causa principal de consulta.

El resultado de las observaciones realizadas, en el transcurso de los cinco años comprendidos en este trabajo, confirma comprobaciones anteriores realizadas en la Cátedra, de la absoluta benignidad de las reacciones inflamatorias hiperplási cas, las que en ningún caso sufrieron transformaciones blastoma

tosas. No obstante ello y atento a lo expresado por otros autores (7,11), aconsejamos realizar sistemáticamente el estudio anatomopatológico de estas lesiones, lo que por otra parte es de rutina sobre todo tejido patológico, extraído de la cavidad bucal y otras regiones del organismo.

Después de intervenir 34 pacientes, empleando las que llamamos técnicas fundamentales, realizamos el análisis crítico correspondiente. En términos generales observamos que cualquiera fuera la técnica empleada, los resultados fueron similares. Como es lógico, pretendimos hacer una evaluación cuantitativa de la pérdida de la profundidad de surco. Después de varios intentos fallidos, tratando de lograr mediciones concretas, debimos conformarnos con la apreciación clínica como otros autores (9,24,43,57) y es así que consideramos en los controles a distancia que esa pérdida alcanza aproximadamente por lo menos a un 50% de lo obtenido en el acto quirúrgico. No obstante, nos inclinamos por aquellas técnicas, que realizan la disección submucosa "a cielo abierto", con incisión supraperióstica (Pág. 105) por considerarla de más fácil ejecución, lo que hace en parte al propósito de este trabajo, así como también por las ventajas ya enunciadas (incisiones precisas realizadas sobre tejidos fijos, fácil divulsión, menor hemorragia, edema post-operatorio reducido, etc.).

En los casos de lesiones hiperplásicas múltiples, (casos N° 3,7,9,10,15,16,18,19,20,25,30,52), donde resulta imposible realizar la disección submucosa para obtener un colgajo único, destinado a cubrir la zona cruenta ("tapa mucosa"), preferimos recurrir a la extirpación en block de estas hiperplasias, dejando un lecho cruento, para que cicatrice por segunda intención. Siempre por supuesto respetando el plano perióstico. En las hiperpla

sias de gran tamaño que denominamos complejas o mixtas así como también en los bloqueos musculares (casos N° 9,13,22,43,46,60) donde no existe posibilidades de solucionar el problema por movilización mucosa, (en estos casos resulta útil a los fines del pronóstico, la prueba clínica propuesta por Obwegeser) (20) es necesario a nuestro entender recurrir a los trasplantes, sean éstos dérmicos o mucosos. Con referencia a lo último, concordamos con lo sustentado por Maloney (24), prefiriendo los injertos mucosos.

En lo que respecta al empleo de apósitos post-operatorios debemos manifestar categóricamente que estamos, con otros autores (7,9,11,20,23,24,29,33,43,46,49,51,55) totalmente convencidos de sus ventajas, siendo "los apósitos reducidos" (Férula Reducida de Acrílico con fijación a Tornillo) (F.R.A.T.) los que a nuestro entender resulta más adecuado, por los motivos ya apuntados.

Sobre 27 pacientes, tratados con diversas técnicas quirúrgicas, aplicamos sistemáticamente el apósito post-operatorio que llamamos F.R.A.T. Sólo el hecho de requerir cierta destreza quirúrgica para su manejo y el problema estético limitan su empleo; por lo demás, su concepción, construcción, manejo y resultados, aplicable a cualquier técnica, aún a los trasplantes, nos exime de discutir sus ventajas.

Consideramos prudente aquí referirnos a los acondicionadores de tejido. Aceptamos las recomendaciones que los protesistas dan para su empleo.

"En el caso de bordes córtos, sellados periféricos deficientes, antes de llegar a la vía quirúrgica se usa compuesto de modelar para lograr extensión adecuada de los bordes. De esta manera el método compresivo logra reducir hipertrofias de

fondo de surco e hipertrofias por el uso de cámaras de succión etc.. Una vez que se logra ésta y sin retirar el compuesto de modelar se colocan los reacondicionadores de tejidos propiamente dichos".

"También se puede suplantar el compuesto de modelar por acrílico de auto curado. Conjuntamente con el uso de estos materiales debe hacerse un ajuste oclusal mediante la construcción de Tableros oclusales planos en la zona de premolares y molares" (57,64,66,67).

No obstante lo citado insistimos en sus limitaciones en el tratamiento de las hiperplasias paraprotéticas, ya que resultan útiles únicamente en los casos insipientes.

La sola revisión de nuestra casuística obvia otras consideraciones.

La electrotomía y electrofulguración deben limitarse a las lesiones pequeñas sesiles o pediculadas de un solo sector. El dominio de las técnicas en frío es insalvable. Para cubrir los lechos cruentos, el alargamiento de los flancos protéticos con godiva y elastómero debe ser hoy, procedimiento de elección. Los recubrimientos con gasa iodoformada y pasta zinquenólica siguen dando excelentes resultados; no así los llamados cementos quirúrgicos que contraindicamos totalmente en estos casos de epitelización secundaria por las desventajas ya observadas (casos N° 3, 4 y 11).

Como acotación final es importante destacar, enfáticamente, que los procedimientos quirúrgicos al extirpar el proceso y condicionar el terreno, solucionan parte del problema; pero en definitiva, la restauración protética integral es la que aporta la solución definitiva. En concreto, que si no se modifican las condiciones que provocaron el problema, es decir si se continúa

con el mismo aparato protético y no se reponen los elementos ausentes la recidiva resultará inevitable.

D) RESUMEN Y CONCLUSIONES

Se presenta un estudio sobre las causas más comunes de bloqueo de surcos vestibulares en desdentados; entendiéndose por tal, a toda interferencia vestibular patológica o no, que perturbe la estabilidad protética.

Se clasifican las causas de bloqueo en: de naturaleza ósea, muscular y mucosa. No se encuentran diferencias de técnicas ni concepto en el tratamiento de las partes óseas (torus, rebordes cuneiformes, espinas irritativas, osteomas, etc.), pero sí en las técnicas que modifican inserciones de músculos y bridas cercanas al reborde residual; así como en las empleadas en el tratamiento de la patología mucosa (hiperplasias y fibromas).

A los fines de dilucidar tales diferencias, se estudia sintéticamente la anatomía de los rebordes en sus respectivos tejidos constitutivos: óseo, muscular, mucoso y submucoso.

Se realiza una síntesis del proceso de reabsorción en edéntulos, factor fundamental para comprender, las dificultades que se presentan en el terreno protético.

Siendo las hiperplasias paraprotéticas la causa más común de la demanda quirúrgica, se estudian preferentemente estas lesiones inflamatorias y se propone una clasificación a los fines de su mejor comprensión clínica y tratamiento.

De la amplia gama de vestibuloplastías propuestas se realiza la descripción tan sólo de aquellas que a nuestro criterio marcan hitos fundamentales.

Por último se presentan, no una técnica sino más bien un plan de tratamiento, cuya filosofía fundamental está referida a la biología, a la clínica y a la cirugía en relación con el terreno protético.

En un cuadro estadístico se realiza un análisis exhaustivo de las técnicas empleadas, por sus resultados a distancia.

La bibliografía consultada abarca un período que se extiende desde 1917 a 1979, de los trabajos presentados sobre este tema en Estados Unidos, Europa y nuestro País.

La casuística que presentamos está asentada en documentos fotográficos, modelos e historias clínicas, en la Cátedra de Clínica Quirúrgica II Curso; el trabajo comprende los casos estudiados y tratados desde 1976 a la fecha.

Las conclusiones son las siguientes:

- 1.- El principal motivo de demanda quirúrgica está representada por las lesiones inflamatorias del vestíbulo que con reposo o compresión protésica no remiten en su totalidad.
- 2.- La necesidad real de extender las superficies vestibulares se da en los casos de reabsorciones exageradas, donde las posibilidades de profundizar resultan limitadas.
- 3.- Para estos casos se hace necesario realizar una evaluación quirúrgico-protética profunda. Se recurrirá a la cirugía, tan solo, después de agotar los recursos protéticos.

Estos pacientes presentan una seria problemática, en lo que a terapéutica se refiere por las grandes reabsorciones que manifiestan y su edad avanzada. Estas reabsorciones demandan intervenciones amplias y complejas, cuya ejecución está al alcance únicamente de especialistas.

Se plantea entonces el siguiente interrogante ¿se justifican los riesgos y molestias que ocasionan estos tratamientos frente a los resultados obtenidos?.

- 4.- La pérdida de la profundidad lograda en el acto quirúrgico, de acuerdo a los controles realizados a distancia, creemos

pueden valorarse en un 50%. Esta cifra resulta concordante por la proporcionada por otros autores.

- 5.- Más importante que la profundidad de surco alcanzada por la intervención quirúrgica, resulta la inmovilización de los planos en la zona mencionada. En consecuencia el éxito no debe medirse por el mantenimiento en el tiempo, de tal profundidad sino más bien por la citada inmovilización.
- 6.- Resulta fundamental el reposo protético, previo a la intervención quirúrgica, tanto para eliminar del proceso el componente inflamatorio y dimensionar el volumen del tejido a tratar, como para descartar la presencia de un blastoma ver dadero.
- 7.- En las lesiones consideradas graves por su volumen y extensión y más aún si existen ulceraciones, consideramos prudente realizar biopsia previa a la intervención. Además resulta imprescindible, como en todo tejido extraído, el estudio anatomopatológico de la pieza operatoria.
- 8.- El apósito post-operatorio propuesto (F.R.A.T.) resulta de fácil instalación y retiro, permitiendo además interponer apósitos medicamentosos diversos, así como también fijar en el lecho distintos tipos de injertos. Creemos supera en demasía a los tubos, suturas transcutáneas, ligaduras circunferenciales, transcigomáticas, etc..
- 9.- El diseño de la prótesis definitiva en su flanco vestibular debe ser tal que coadyuve al mantenimiento del surco obtenido en el acto quirúrgico.
- 10.- Ante posibles recidivas resulta fundamental la realización de controles mediatos y a distancia, para evaluar los resul-

tados y realizar las correcciones protésicas necesarias.

11.- El éxito a distancia del tratamiento quirúrgico propuesto, se encuentra condicionado por la rehabilitación integral.

C A P I T U L O VI

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

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

- 1- TESTUT, L.; LATARJET, M.: Tratado de anatomía humana. Barcelona; Salvat, t.1: 223-229; 234-237; 247-253; 748-807, (1960).
- 2- APRILE, H.; FIGUN, M.; GORINO, R.: Anatomía odontológica, 4ta. ed. Buenos Aires, El Ateneo, 763-781, (1967).
- 3- SICHER, H.; TANDLER, J.: Anatomía para dentistas. Madrid, Labor, 359-389, (1942.)
- 4- ROUVIERE, H.: Anatomía humana descriptiva y topográfica. Madrid, Casa editorial Bailley - Bailliere, T.1: 75-95, (1956).
- 5- PICHLER, H.; TRAUNER, R.: Cirugía bucal y de los maxilares. Buenos Aires, Labor, T.1: 356-366, (1952-53).
- 6- KRUGER, G.: Tratado de cirugía bucal. Argentina, Interamericana, p. 129-142, (1960).
- 7- ARCHER, W.: Cirugía bucal. Buenos Aires, Mundi T.1: 255-268, (1968).
- 8- MAUREL, G.: Clínica y cirugía máxilo facial. Buenos Aires, Mundi T.2: 1185-1189, (1974).
- 9- STARSHAK, T.: Cirugía Bucal preprotética. Buenos Aires, Mundi 113-144, 115-160, (1974).
- 10- RIES CENTENO, G.A.: Cirugía bucal. 6ta.ed. Buenos Aires, El Ateneo, p.510-518, 523-527, 548-558, (1979).
- 11- SCHUCHARDT, K.: Tratado general de odonto-estomatología. Madrid, México, Alhambra, T.3: 1150-1181, (1957-63).
T.4: (Spreng, M.) 28-46.
- 12- FRENKEL, G.: Inmediatzahnersatz und prapropische chirurgie Munchen, Verlag, (1970).
- 13- KAZANJIAN, V.H.: Tratamiento quirúrgico de los traumatismos de la cara. Buenos Aires, Mundi, p.447-486, (1952).
- 14- THOMÁ, K.: Patología Bucal. México. Hispanoamericana T.2: 1440-1446, (1955).
- 15- GRNSPAN, D.: Enfermedades de la boca. Buenos Aires, Mundi, T.2: 803-815, (1976).

- 16- THOMA, K.; GORLIN, R.; GOLDMAN, H.: Patología oral. Buenos Aires, Salvat, p.947-948, (1973).
- 17- BEAR, S.E.: Surgical correction of oral anomalies as related to dental protheses. Dent.Clin.North Am.p.337-338, (July 1964).
- 18- KETHLEY, J.; GAMBLE, J.: The lipswitch: a modification of Kazanjian's labial vestibuloplasty. J.Oral Surg. 36:701-705, (1978).
- 19- KRUGER, G.O.: Ridge extension. Review of indication and techniques. J.Oral Surg. 16: 191-201, (1958).
- 20- MAC INTOSH, R.B.; OBWEGESER, H.: Preprosthetic surgery a scheme for its effective employment. J.Oral Surg. 25: 397, (1962).
- 21- BELL, W.H. (et al.): Revascularization and bone healing after anterior maxillary osteotomy: a study using adult rhesus monkeys. J.Oral Surg.: 27: 249, (1969).
- 22- BUCHNER, A.: Cuerpos eosinofílicos en el epitelio de lesiones hiperplásicas inflamatorias bucales. Oral Surg. 41:378-84, (1976).
- 23- MALONEY, Ph.L.: A sutural maxillary vestibuloplasty. Oral Surg. 37: 858-62, (1974).
- 24- MALONEY, Ph.L.: Free bucal mucosal grafts for vestibuloplasty. J.Oral Surg. 30:716-21, (1972).
- 25- BERNIER, J.: Tratamiento de las enfermedades orales. Buenos Aires, Omeba, p.722-723, (1959).
- 26- KESZLER, A.; BARROS, R.; DOMINGUEZ, F.: Epulis fisurado e hiperplasias orales en portadores de prótesis (En: Asociación Internacional de Investigación Odontológica - Sección Argentina 6ta.reunión anual 30-12-73 resumen 38).
- 27- PINDBORG, J.J.: Atlas de enfermedades de la mucosa oral, Barcelona, Salvat, p.120, (1968).
- 28- HOWE, G.L.: Pre prosthetic surgery in the lower labial sulcus. Dent.Pract.Dent.Rec. 16: 119-123, (1965).
- 29- GUERNSEY, L.: Preprosthetic surgery. Dent.Clin.North Am. 15: 478, (1971).

- 30- GOODWIN, J.: Submucous Surgery for better denture service. J. Am. Dent. Assoc. 34:679, (1947).
- 31- D'ERAMO, E.: Vestibuloplasty with skin grafting: treatment for the atrophic alveolar ridge. Quintessence International (2): 11-13, Report 1597, (1978).
- 32- GOODSELL, J.O.: Surgical aids to intraoral prosthesis. J. Oral Surg. 13: 8-13, (1955).
- 33- COOLEY, de O.: A method for deepening the mandibular and maxillary sulcus to correct deficient edentulous ridge. J. Oral Surg. 10: 279, (1952).
- 34- FRALEIGH, C.: Improvement of tissues for the support of dentures. J. Prost Dent. 9: 746, (1959).
- 35- LASKIN, D.: A sclerosing procedure for hypermobile edentulous ridge. J. Prost Dent. 23: 274 (1970).
- 36- NEDELMAN, C.; GAMER, S.; BERNICKS, : The alveolar ridge mucosa in denture and non denture wearers. J. Prost. Dent. 23: 265, (1970).
- 37- CLARK, H.: Deepening of labial Sulcus by mucosal flap. advancement report of case. J. Oral Surg. 11: 165, (1953).
- 38- PROWLER, J.: Ridge extension technique combined with skin graft. J. Prost Dent. 17: 343, (1967).
- 39- HALL, H.D.; O'STEEN, A.N.: Free grafts of palatal mucosa in mandibular vestibuloplasty. J. Oral Surg. 28: 565, (1970).
- 40- SANDERS, B.; KETH, B.: Split, thickness skin grafts transplanted over exposed maxillary bone in dogs. J. Oral Surg., 34: 510, (1976).
- 41- LARIK, M. (et al): Healing of large mandibular defect after treatment of osteomyelitis resulting from vestibuloplasty. J. Oral Surg., 36: 290-96, (1978).
- 42- STEINHAUSER, E.W.: Vestibuloplasty, Skin grafts. J. Oral Surg., 29: 277, (1971).
- 43- OBWEGESER, H.: Die Submukose Vestibulumplastik. Deutsch. Zahnärztlz. 14: 629, 749, (1959).
- 44- COROMINAS, O.; DI GIONANTONIO, C.; GOTUSSO, A.: Técnica para

- vestibuloplastía. Rev.Fac.Odontología (Córdoba) 10:7-15, (1978).
- 45- ESSER, J.F.S.: Studies in plastic surgery of the face. Ann. Surg. 65:297, (1917).
- 46- PICKERELL, H.P.: Intraoral skin grafting the establishment of the buccal sulcus. Br.J.D.Sc. 62: 135, (1919).
- 47- OBWEGESER, H.: Surgical preparation of the maxilla for prosthesis. J.Oral Surg. 22: 127, (1964).
- 48- KAZANJIAN, V.A.: Surgery as an aid to more efficient service with prosthetic dentures. J.Am.Dent.Assoc. 22: 566, (1935).
- 49- TRAUNER, R.: Alveoloplasty with ridge extension on the lingual side of the lower jaw to solve the problem of a lower dental prosthesis. Oral Surg. 5: 340, (1952).
- 50- PIETROVSKY, J. y MASSLER, M.: Alveolar ridge resorption following tooth extraction. J.Prosth. Dent. 17:21, (1967).
- 51- WASSMUND, M.: Lehrbuch der praktischen Chirurgie des Mundes und der Kiefer. Berlin, 1: (1935).
- 52- REHRMAN, A.: Exzision "Lappige Fibrome" und gleichzeitige Mundvorhofplastik. Dtsch Zschr. 7: 133, (1952).
- 53- COLLET, H.A.: Immediate maxillary ridge extension. D.Digest. 60: 104 (March 1954).
- 54- NEIDHART, A.: Die Mundvorhofplastik mit sekundärer Epithelisierung am Oberkiefer: Entwicklung, Methodik, Ergebnisse Inaugural Dissertation - Medizinischen Fakultät der Universität Zürich - Zürich Verlagsanstalt Benziger & Co., (1963).
- 55- MALONEY, P.; SHEPHERD, L.: Free buccal mucosal grafts for vestibuloplasty. J.Oral Surg. 30: 716-21, (1972).
- 56- WALLEINUS, K.: Ridge extension: a modified Operative Technique. J.Oral Surg.Anesth Hospital Dent.Ser. 21:54, (1963)
- 57- SAIZAR, P.: Prótesis a Placa. Buenos Aires Progental 700-713, (1958).
- 58- LOO, W.D.: Ridge preservation with immediate treatment dentures. J.Prosth Dent 19:5, (1958).
- 59- SWENSON, M.: Dentaduras completas. México, Uteha, p.32-33, (1955).

- 60- CABRINI, R.L.: Histología y embriología bucodentaria. Buenos Aires. El Ateneo, p.15-37, (1952).
- 61- BORELLO, D.: Anatomía Patológica de los tumores 3ed. Rosario, La Médica, (s.f.) p.112-123.
- 62- QUEREILAC, N.: Cirugía de los Rebordes Alveolares con fines protéticos. Buenos Aires, (1957).
- 63- MEYER, W.: Die Inmediatprothese, Dtsch, Zahnarztl Zschr, 11: 1186, (1956).
- 64- STOUT, Ch.: Construcción de nueva dentadura para antiguos portadores de Prótesis. Odontol. Clín. North Am. 24: 244-245, (1964).
- 65- MOMILM, R.M.H.; HUTCHINGS, R.T.: Atlas a color de Anatomía Humana. Londres. Year Buck Medical, Publishers, (1977).
- 66- SAIZAR, P.: Prostodoncia total. Buenos Aires. Mundi, p.150-51, (1972).
- 67- BOUCHER, C. (et al.): Prótesis para el desdentado total. Buenos Aires, Mundi, p.546-48, (1977).
- 68- THOMA, K.: Cirugía Bucal México. Hispano Americana p.360-388, (1955).
- 69- DONOFF, R.B.: Biological basis of vestibuloplasty procedures. J.Oral Surg. 34: 890, (1976).
- 70- BELL, F.A.: Patient's evaluations of mandibular skin graft vestibuloplasty. J.Oral Surg. 34: 707, (1976).
- 71- SANDERS, B. and STARSHAK, T.J.: Modified technique for palatal mucosal grafts in mandibular labial vestibuloplasty. J. Oral Surg. 33: 950, 1975.

