

51

*Sesión de los días 16 y 17 de octubre de 1971*

## CIRUGÍA PRE-PROTÉSICA

G. RASPALL

El extraordinario avance experimentado en las últimas décadas en el campo de la Cirugía Oral y Maxilofacial permite disponer en la actualidad de un número considerable de técnicas quirúrgicas que hacen de la colaboración del cirujano con el estomatólogo general una fuente de éxitos en la rehabilitación protésica de muchos pacientes.

La descripción de lo que podríamos denominar «soporte protésico ideal» incluye una serie de requerimientos óseos y de las partes blandas que nos orientará hacia este terreno óptimo para una prótesis fisiológica que pretendemos conseguir con la ayuda de la Cirugía.

### *Requerimientos óseos:*

- La superficie debe ser plana, con ciertas protuberancias desprovistas de bordes agudos, que favorezcan la estabilidad de la prótesis.
- El proceso alveolar debe tener una altura suficiente para oponer resistencia adecuada a las fuerzas de la masticación, e impedir el desplazamiento de la prótesis en sentido horizontal.
- Las paredes alveolares deben ser poco más o menos perpendiculares a la cresta, y poco inclinadas.
- La cresta alveolar debe ser ancha y tener un curso horizontal, hallándose en buena relación con el plano oclusal.
- La posición de las crestas alveolares maxilar y mandibular y sus relaciones espaciales recíprocas en sentido horizontal, vertical y transversal, deben permitir la restauración de una buena articulación.

### *Requerimientos de las partes blandas:*

- Las mucosas que cubren el hueso deben ser normales, con escasa movilidad y comprensibilidad.
- Las inserciones musculares y los pliegues de la mucosa no deben perturbar el funcionalismo de la prótesis.

— Las partes blandas adyacentes de los labios, carrillos, lengua y suelo de la boca no deben estar disminuidas en su función, movilidad y distensibilidad, para que puedan contribuir a la retención de las prótesis.

La práctica de una exploración clínica y radiológica de la cavidad bucal y de los maxilares es premisa obligada antes de iniciar cualquier tipo de tratamiento protésico y quirúrgico. El empleo de la radiografía panorámica como método exploratorio de rutina se revela de un valor considerable para descartar la existencia de dientes retenidos, restos radiculares, quistes, tumores, etc.

I. CORRECCIÓN DE LAS ANOMALÍAS ÓSEAS. — 1. *Alveoloplastia*: El término alveoloplastia designando el remodelamiento del proceso alveolar, ha venido a sustituir al de alveolectomía, que era sinónimo de la extirpación de una porción del hueso alveolar, efectuada para la preparación quirúrgica pre-protésica de los procesos alveolares.

El objetivo primordial de la alveoloplastia es la extirpación de la mínima cantidad necesaria de tejidos óseo y gingival para obtener un remodelamiento de las zonas que van a soportar una prótesis dentaria.

Es un hecho conocido que el hueso esponjoso se reabsorbe mucho más rápidamente que el hueso compacto; razón por la cual deberemos preservar la mayor cantidad posible de éste durante la alveoloplastia, de manera que la prótesis ulterior se apoye sobre hueso compacto, con lo que evitaremos una reabsorción alveolar excesiva.

Otro punto importante es la conservación de la anchura alveolar para que la superficie de soporte y de contacto con la prótesis sea lo más amplia posible, para ello evitaremos la formación de bordes agudos al efectuar una alveoloplastia.

Podemos considerar varios tipos de alveoloplastias:

a) Simple: con extirpación de una mínima cantidad de cortical labial.

b) Con depresión de la cortical labial, la cual es fracturada y aplicada sobre la cortical palatina.

c) Con depresión de ambas corticales, las cuales son fracturadas y aplicadas una contra la otra.

La selección de la técnica a emplear estará condicionada a la inclinación axial de los incisivos.

Tras efectuar la alveoloplastia, resecaremos el reborde gingival excedente y suturaremos los bordes mediante sutura continua o puntos sueltos (figs. 1, 2 y 3).

2. *Exéresis de estructuras óseas que interfieren en la colocación de las prótesis*. — La presencia de estructuras óseas interfiriendo en la colocación de una prótesis, adopta múltiples formas clínicas.

Las técnicas quirúrgicas para corregir estas anomalías incluyen prácticamente los mismos pasos operatorios, creación de un colgajo mucoperióstico para exponer la porción de hueso alveolar que precisa ser extirpada, la cual efectuaremos mediante escoplo, Air Drill o Pinza-Gubia, según el caso, y una vez remodelada cuidadosamente la superficie mediante limas de hueso o fresas quirúrgicas, sutura del colgajo.

Mencionaremos la presencia de excrescencias óseas a nivel de las tuberosidades maxilares, en forma de Resalte o proyección anterior de la apófisis alveolar, ya sea en el maxilar (figs. 4 y 5) o en la mandíbula (fig. 6), como alargamiento de la apófisis alveolar superior por debajo de la línea normal del labio, o como excrescencia ósea sobre el rafe medio del paladar óseo «Torus Palatino» (fig. 7), como excrescencias óseas sobre la superficie lingual de la mandíbula conocidas como «Torus Mandibular» (fig. 8), que se encuentran en la zona de los premolares, de los caninos y de los incisivos centrales.

La existencia de rebordes agudos en la superficie lingual de la mandíbula que se extienden en ocasiones desde la región canina hasta el tercer molar (balcón lingual), o prominencias exageradas del reborde milohioideo, o los cuadros clínicos conocidos como borde alveolar afilado en filo de cuchillo, responsable de zonas dolorosas al apoyo de las prótesis.

## II. CORRECCIÓN DE LAS ANOMALÍAS DE LAS PARTES BLANDAS. —

1. *Inserción baja o hipertrofia del frenillo labial*: Este cuadro clínico es frecuentemente el responsable de interferencias a las prótesis, así como ocasiona problemas al tratamiento ortodóncico originando diastemas entre los incisivos centrales.

Según la forma clínica podemos emplear varias técnicas para su corrección:

a) Extirpación simple en rombo (figs. 9 y 10) delimitando la zona a reseca mediante dos pinzas de hemostasia rectas, una paralela al labio elevado, y la otra paralela al borde alveolar, formando el frenillo aprisionado entre ellas un rombo, seccionándolo a continuación mediante bisturí por la superficie externa de las pinzas, quedando una zona cruenta en forma de rombo que suturaremos borde a borde, no sin antes despegar cuidadosamente las zonas limítrofes.

b) *Plastia en «Z»*: Esta técnica estará indicada cuando además deseamos aumentar la longitud de la zona del frenillo (figs. 11 y 12).

c) *Plastia en V-Y*: Con esta técnica conseguimos también un alargamiento mucoso.

2. *Corrección de la inserción del músculo mirtiforme*: Cuando se halla hipertrofiado el músculo mirtiforme (figs. 13 y 14) vemos al traccionar del labio superior como se extiende en forma de abanico desde la



FIG. 1. — Paciente con lesiones dentarias (caries cervicales múltiples) producidas por radioterapia efectuada sin protección.



FIG. 2. — Alveoplastia superior.

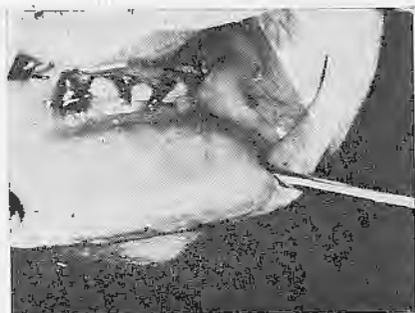


FIG. 3. — Alveoplastia inferior.



FIG. 4. — Exostosis alveolares múltiples interfiriendo a la construcción de una prótesis total.

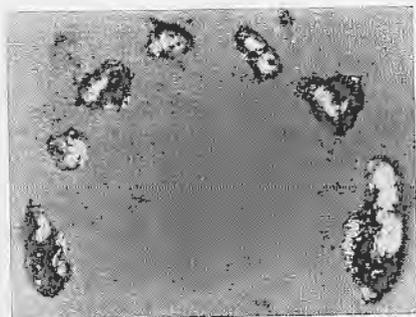


FIG. 5. — Exostosis extirpadas.



FIG. 6. — Resalte: Proyección anterior de la apófisis alveolar.

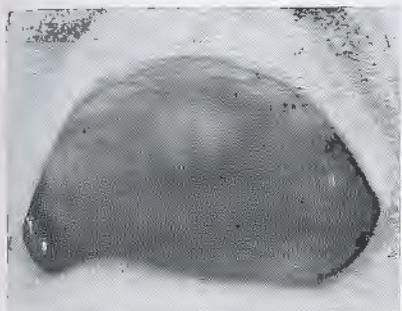


FIG. 7. -- Torus palatino.

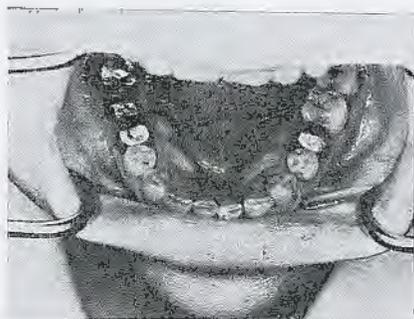


FIG. 8. -- Torus mandibular.



FIG. 9. -- Frenoplastia superior: extirpación en rombo. Delimitando la zona mediante dos pinzas de hemostasia.

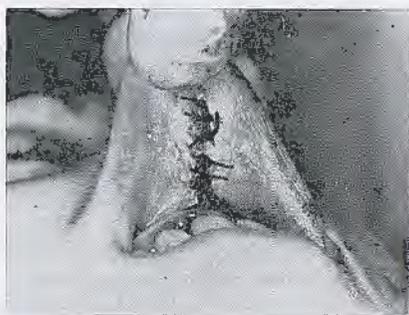


FIG. 10. -- Sutura.



FIG. 11. -- Cicatriz retráctil en región del frenillo labial superior.



FIG. 12. -- Corrección por plastia en Z.

zona inter-proximal de los incisivos centrales hacia arriba entrelazándose con el músculo orbicular de los labios.

Para corregir esta anomalía debemos reinsertar este músculo hacia una posición superior y eliminar la interferencia que ocasiona. La técnica de elección en estos casos es la *Plastia en V-Y*. No es aconsejable extirpar una porción del músculo, debido a que puede modificarse con ello el contorno labial.

3. *Anquiloglosia*: Este cuadro clínico se presenta por la existencia de un frenillo lingual excesivamente corto, asociado en ocasiones con una hipertrofia del músculo geniogloso, lo que restringe los movimientos de la lengua y ocasiona trastornos en la fonación (figs. 15 y 16) y también interferencias con la construcción de las prótesis en pacientes desdentados debido a su proximidad con el borde de la cresta alveolar (figuras 36 y 37).

Para la corrección aislada del frenillo lingual son válidas las mismas técnicas quirúrgicas empleadas al hablar de los frenillos labiales.

En los casos de interferencias ocasionadas por el músculo geniogloso estarán indicadas las intervenciones plásticas del suelo de la boca que mencionamos más adelante (figs. 36 y 37).

4. *Bandas cicatriciales y fibrosas en los vestíbulos*: Interfieren con mucha frecuencia la estabilidad de las prótesis; si son bien limitadas, su corrección puede realizarse mediante las técnicas mencionadas anteriormente (figs. 17, 18 y 19).

Si su extensión es muy importante es mejor efectuar una vestibuloplastia completa con injerto epitelial.

5. *Hiperplasia del mucoperiostio de las crestas del reborde alveolar* (Cresta bamboleante o móvil): Se produce como consecuencia de la reabsorción del hueso alveolar en pacientes portadores de prótesis totales generalmente antiguas, en los que el hueso de la cresta ha sido sustituido por tejido fibroso hiperplásico, el cual presenta gran movilidad y flacidez.

Para su tratamiento se viene utilizando modernamente la inyección local de sustancias esclerosantes, o el tratamiento quirúrgico en forma de resección cuneiforme.

Cuando se presenta asociada una atrofia alveolar importante con disminución de la profundidad de los vestíbulos, la vestibuloplastia es el tratamiento de elección, para tratar globalmente todas estas anomalías (figs. 20 y 21).

6. *Hiperplasia inflamatoria o irritativa de la mucosa vestibular*: Se produce por la irritación mecánica de los flancos sobre-extendidos de una prótesis total que se hunden más profundamente en los tejidos blandos del vestíbulo por la reabsorción alveolar.

Se presentan en forma de lóbulos únicos, dobles o múltiples (figuras 22 a 26).



FIG. 13. — Inserción baja del músculo mentiforme ocasionando un diastema interincisivo.  
FIG. 14. — Corrección por plastia en V Y.

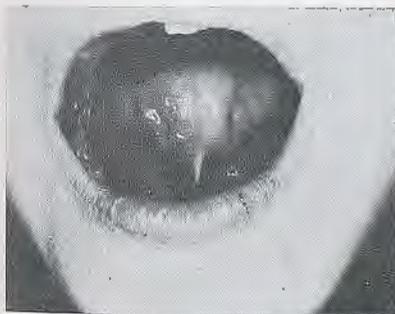


FIG. 15. — Anquiloglosia: frenillo lingual corto interfiriendo la movilidad de la lengua.  
FIG. 16. — Corrección.

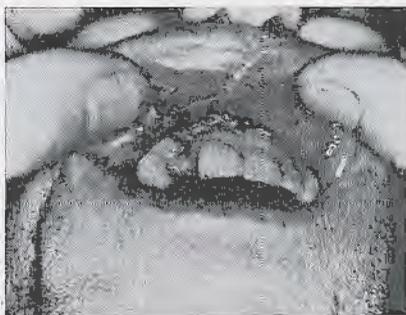


FIG. 17. — Brida cicatricial interfiriendo la zona del vestíbulo bucal superior.  
FIG. 18. — Corrección por plastia en Z.

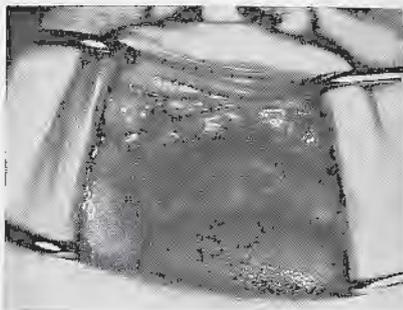
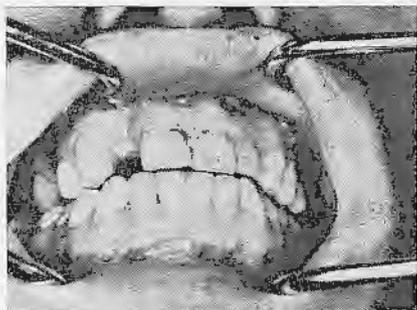


FIG. 20. — Hiperplasia de la cresta del reborde alveolar superior asociada con hiperplasia de la mucosa vestibular.

FIG. 19. — Resultado final.

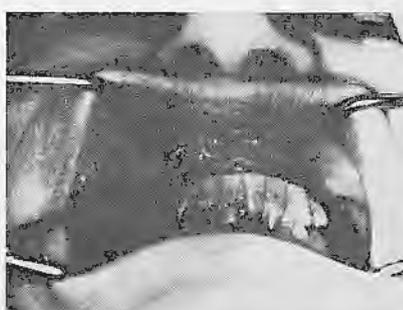
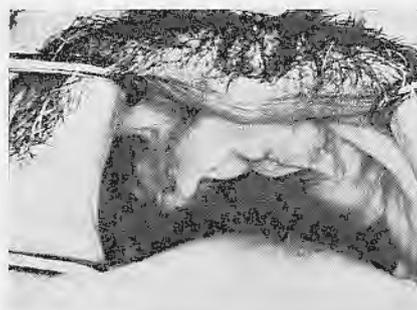


FIG. 21. — Hiperplasia de la cresta del reborde alveolar superior (cresta móvil).

FIG. 22. — Hiperplasia irritativa de la mucosa vestibular.

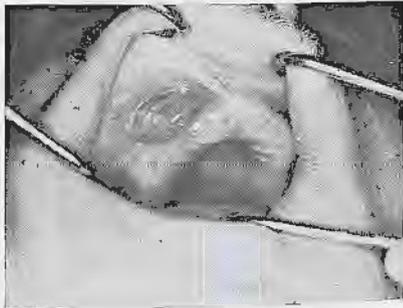
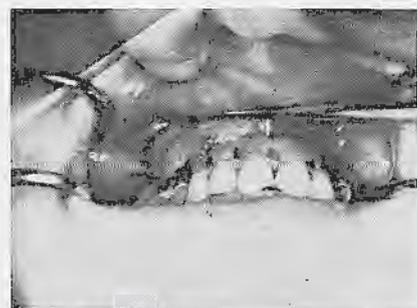


FIG. 23. — El lóbulo superficial sobre el borde anterior de la prótesis.

FIG. 24. — Hiperplasia irritativa de la mucosa vestibular bilobulada.

Pueden evolucionar a lesiones tumorales si se dejan abandonadas sin tratamiento (fig. 27) en un pequeño porcentaje de casos. Para su tratamiento quirúrgico bastará una resección cuneiforme si el pedículo es estrecho.

Si el pedículo de implantación es muy ancho deberemos recurrir a plastias locales o bien a practicar una vestibuloplastia.

7. *Papilomatosis verrucosa del paladar*: Se presenta debida a traumatismos e irritaciones crónicas, formándose múltiples nódulos papilomatosos en el paladar.

Son frecuentes la presencia de zonas de disqueratosis, por lo que se consideran lesiones con potencial de malignidad.

El tratamiento quirúrgico consiste en la resección con electro-bisturí en las lesiones superficiales, o bien en la extirpación seguida de aplicación de injerto libre epitelial si las lesiones se extienden en profundidad.

8. *Hiperplasias fibrosas*: Pueden presentarse en varias localizaciones dentro de la cavidad bucal.

En la zona de las tuberosidades del maxilar en donde se denominan «tuberosidades bulbosas».

En la zona correspondiente a los terceros molares inferiores.

En el paladar (figs. 29, 30 y 31).

Adoptando el cuadro clínico denominado «Diapneusias» (fig. 28), en los que los fenómenos de succión en zonas con ausencia de piezas dentarias producen la formación de zonas hiperplásicas en mucosa bucal o lingual.

Su tratamiento quirúrgico mediante resección elíptica seguida de sutura no ofrece dificultades generalmente.

9. *Piegues labiales*: Este cuadro clínico que se denomina labio doble por la presencia de pliegues de mucosa labial redundantes localizados en la cara interna del borde rojo del labio.

Generalmente son congénitos, aunque también se producen por hábitos de succión del labio (fig. 32).

En ocasiones ya sea por estética o bien para facilitar la construcción de una prótesis total es aconsejable su eliminación.

10. *Inserción alta del paquete vâsculo nervioso mentoniano*: La inserción alta del N. Mentoniano se produce generalmente como consecuencia de la atrofia alveolar, con lo cual su emergencia se sitúa junto a la misma cresta alveolar, interfiriendo con las prótesis y ocasionando frecuentemente zonas dolorosas. Su tratamiento quirúrgico consiste en la creación de un surco por debajo de su emergencia seguido del desplazamiento del pedículo a una posición más inferior (figs. 33 a 35).

III. INTERVENCIONES PLÁSTICAS EN LOS VESTÍBULOS Y SUELO DE LA BOCA. — El conjunto de interferencias asociadas a la atrofia alveolar, tales como vestibulo ausente o disminuido, con inserciones musculares



FIG. 25. — Hiperplasia mucosa múltiple en vestibulo inferior. Unilobulada en el lado derecho. Bilobulada en el lado izquierdo.



FIG. 26. — Hiperplasia de la mucosa vestibular inferior.



FIG. 27. — Epitelioma espino-celular desarrollado en una zona de irritación producida por una prótesis total.



FIG. 28. — Diapneusia de la mucosa bucal; hiperplasia producida por microtraumatismos (succión) en el espacio correspondiente a un molar extirpado.



FIG. 29. — Fibroma región del paladar.

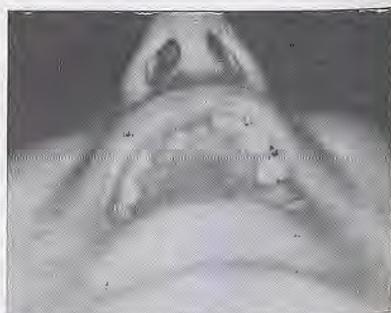


FIG. 30. — Post extirpación.

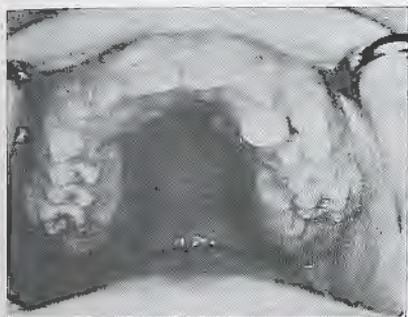


FIG. 31. — Fibromatosis gingival generalizada.

FIG. 32. — Pliegues del labio superior (labio doble) producidos por hábitos de succión o mordida del labio con los dientes anteriores.

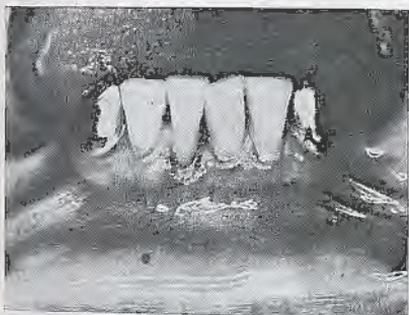


FIG. 33. — Paquete vasculonervioso mentoniano emergiendo junto a la cresta alveolar e interfiriendo a la colocación de una prótesis.

FIG. 34. — Descenso del P. mentoniano y fijación por puntos transfixiantes sujetos con botones en la región submentoniana.

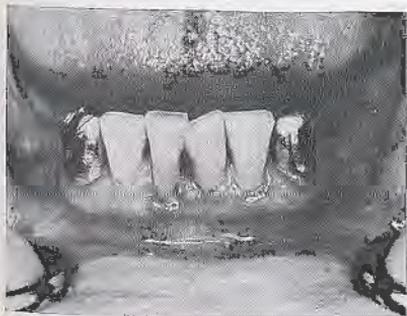


FIG. 35. — Resultado postoperatorio.

FIG. 36. — Plastia del suelo de la boca por interferencia del músculo geniogloso milohioideo y bridas cicatriciales.

altas, bandas fibrosas, etc., son susceptibles de corrección quirúrgica en la mayoría de los casos.

A) *Plastias vestibulares*: Las técnicas quirúrgicas tendentes a aumentar los surcos vestibulares del maxilar o de la mandíbula, pueden ser esquematizadas en tres grupos:

1. *Vestibuloplastia submucosa*: esta técnica precisa como condición indispensable la existencia de una mucosa vestibular sana y abundante, tendiendo únicamente a la corrección de las inserciones de los músculos y la mucosa excesivamente próximas a la cresta alveolar que interfieren a la adaptación de la prótesis.

Esta técnica puede aplicarse al maxilar en donde tiene mayores aplicaciones y a la mandíbula.

Mediante incisiones verticales en la línea media del vestíbulo se tuneliza la mucosa desinsertando supraperiosticamente todas las inserciones anómalas, tras lo cual la mucosa es mantenida en profundidad mediante rollos de algodón sujetos con puntos transfixiantes o bien mediante placas de resina rebasadas.

2. *Vestibuloplastias con epitelización secundaria*: Existen dos técnicas básicas: A) Formación de un colgajo labial. B) Formación de un colgajo gingival.

En ambas la reparación de las zonas cruentas de los vestíbulos profundizados se efectúa mediante epitelización secundaria.

Se ha observado estadísticamente el gran porcentaje de recidivas que se presenta con estas técnicas, por lo que en la actualidad son consideradas de elección las técnicas utilizando injertos epiteliales.

3. *Vestibuloplastia cubriendo las superficies cruentas mediante injertos epiteliales*: Estos injertos suelen ser cutáneos obtenidos de zonas desprovistas de pelo (abdomen, espalda en varones; muslo en la mujer) y son fijados sobre la zona receptora mediante placas de acrílico previamente diseñadas que han sido rebasadas con godiva blanda, o bien mediante siliconas.

Constituyen en la actualidad la técnica idónea para tratar estos defectos.

Los injertos de mucosa son utilizados para pequeñas zonas debido a la poca disponibilidad de zonas mucosas (paladar, carrillos) que limitan la extensión del injerto.

B) *Plastias del suelo de la boca*: La técnica de elección, consiste en el descenso de la totalidad del suelo de la boca desde la zona del tercer molar derecho al izquierdo a lo largo de la periferia del reborde alveolar. El músculo milohioideo es desinsertado así como la porción lateral y la parte superior de la porción central del músculo geniogloso (se respeta la parte inferior de la porción central del músculo geniogloso, para no alterar la movilidad normal de la lengua).

La zona cruenta puede cubrirse también mediante injerto cutáneo,

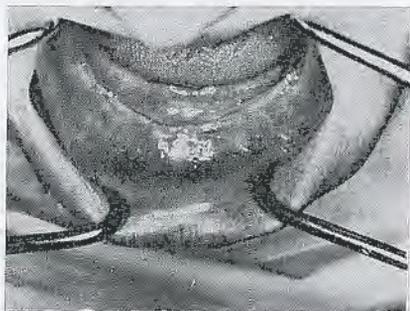


FIG. 37. — Resultado postoperatorio.

FIG. 38. — Paciente con marcada atrofia alveolar. Ausencia de vestibulo y prominencia de la región sublingual.



FIG. 39. — Placa de resina con la profundidad que desearemos obtener quirúrgicamente en vestibulo y suelo de la boca.

FIG. 40. — Placa sostenida mediante cerclajes perimandibulares.



FIG. 41. — Injerto cutáneo revistiendo la superficie vestibular y el suelo de la boca.

y la intervención suele efectuarse simultáneamente con la vestibuloplastia.

C) *Plastia del vestíbulo y del suelo de la boca combinada*: La plastia completa del suelo de la boca combinada con vestibuloplastia e injerto cutáneo cubriendo las superficies cruentas, constituye en la actualidad la técnica idónea para el tratamiento quirúrgico de el conjunto de anomalías que hemos ido viendo que interfieren a la colocación de una prótesis total.

Mediante esta técnica se despegan los colgajos vestibular y del suelo de la boca supraperiostícticamente suturándose ambos extremos mediante puntos en U por debajo del borde inferior de la mandíbula, sobre las zonas cruentas con el periostio indemne es aplicado el injerto libre cutáneo que es mantenido en posición mediante alambres circunferenciales que sostienen las placas de resina rebasadas con material de impresión que inmovilizan y comprimen suavemente el injerto cutáneo sobre la zona receptora. A los diez días es retirada la placa y a las cuatro semanas puede construirse la prótesis sobre esta superficie cutánea perfectamente adaptada sobre cresta y vestíbulos (fig. 38 a 41).

Sin duda esta técnica viene a representar la solución idónea a los más difíciles problemas con que nos enfrentamos en cirugía preprotésica.

D) *Intervenciones complementarias a las plastias vestibulares y del suelo de la boca*: En caso de interferencias óseas como son: ausencia de tuberosidad maxilares, espina nasal anterior, apófisis geni, proceso cigomático maxilar.

En el curso de la vestibuloplastia podemos eliminar estas interferencias, ya sea resecano la prominencia que ofrece la espina nasal anterior o las apofisis geni, o rebajando mediante fresa quirúrgica el proceso cigomático-maxilar, o efectuando una tuberoplastia resecano por detrás de las tuberosidades las porciones áseas necesarias (apóf. pterigoides, etc.) para profundizar el espacio necesario.

IV. INJERTOS ÓSEOS PARA AUMENTAR LA ALTURA DE LA MANDÍBULA. — La aplicación de injertos óseos en aquellos casos de atrofia extrema de la mandíbula está comenzando a ser empleada con éxito en aquellos pacientes en los cuales la casi total ausencia de hueso hace imposible cualquier otro tipo de intervención. Los auto injertos utilizando un fragmento de costilla que se divide transversalmente en dos mitades dándole la forma y curvatura de la mandíbula rellenando el espacio entre ambas corticales de la costilla con fragmentos de hueso esponjoso tomado de cresta ilíaca y fijado en posición con puntos circunferenciales es una de las técnicas que están ofreciendo mejores resultados.

La necesidad de efectuar una vestibuloplastia con plastia del suelo de la boca simultáneamente a los tres meses de haber efectuado el in-

jerto óseo, así como la reabsorción que sufre la zona ósea injertada nos debe mantener a la expectativa todavía en este tipo de técnicas, que serán empleadas únicamente en casos muy seleccionados en los que la atrofia alveolar sea tan importante que no permita efectuar las técnicas mencionadas anteriormente.