

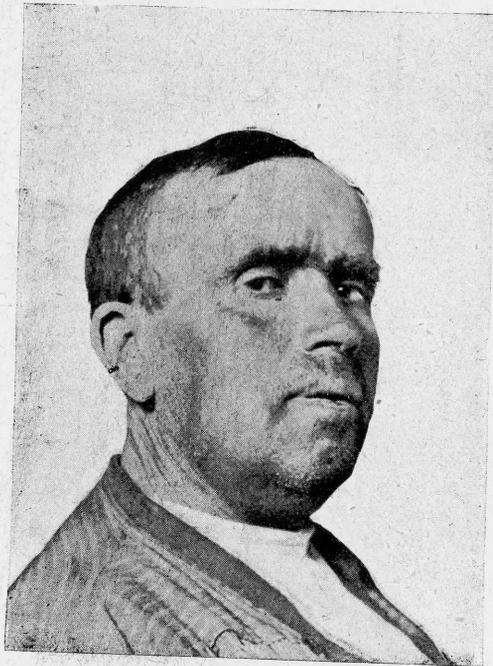
PRÓTESIS DE LOS MAXILARES ⁽¹⁾

POR D. FLORESTÁN AGUILAR.

(Continuación).

Caso V. Vicente Iniesta, de veintisiete años (fig. 29); vino a la Clínica de Odontología de la Facultad de Medicina para ser asistido. Diagnosticada su dolencia de osteosarcoma del lado derecho de la mandíbula. decidimos operarle y emplear para

voluminoso tumor, empleando solamente la anestesia local y utilizando la vía bucal, es decir, sin hacer incisión alguna en la cara y sí sólo tres punciones (fig. 32) para dar paso a la sierra de cadena en el acto de serrar el hueso.



Caso V: Fig. 29. — V. J., enfermo con osteosarcoma del lado derecho de la mandíbula, antes de ser operado.

la restauración la prótesis inmediata. Construí una mandíbula de caucho y se procedió, con la cooperación de mi querido compañero en la clínica Dr. Landete, a la extirpación del

Las figuras 30 y 31 son una representación esquemática de este procedimiento.

El éxito obtenido con la técnica operatoria seguida con este enfermo

(1) Véase tomo XXIV de LA ODONTOLOGÍA, núm. 1.

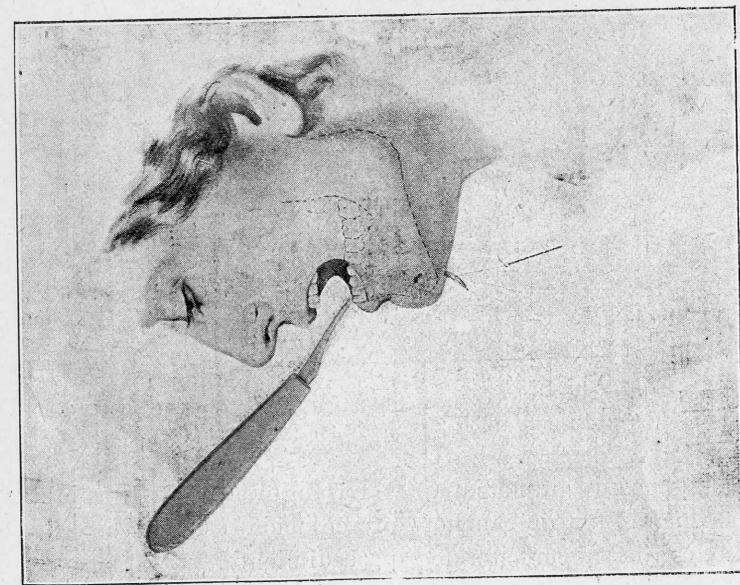


Fig. 30. —Tiempo primero del método Landete para la resección mandibular por vía intrabuca.

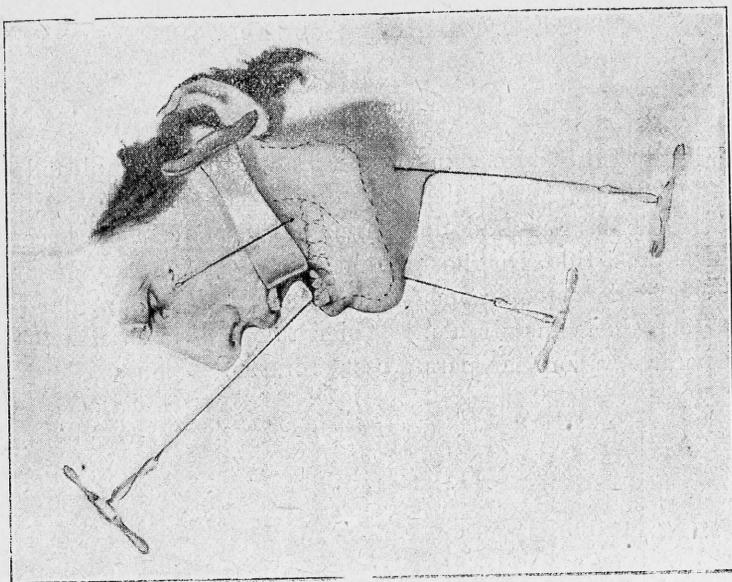
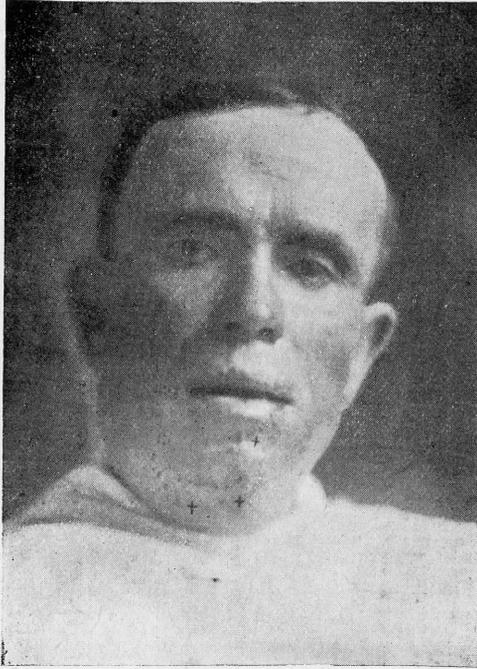


Fig. 31. —Tiempo segundo de la resección mandibular por vía intrabuca.

y con el relatado en el caso IV, nos permiten recomendar con insistencia el empleo de la vía bucal para estas resecciones, omitiendo siempre que sea posible la sección del labio inferior por la línea media, adoptada en el procedimiento «clásico» que

figuras ilustrando el medio de fijación de ésta y el aparato de prótesis secundaria que sustituyó al primero.

El curso de la curación no pudo ser más satisfactorio. El enfermo no tuvo un solo instante de fiebre. Desde el primer momento pudo ha-



Caso V: Fig. 32.—Fotografía del paciente inmediatamente después de la operación. Los puntos marcados con + son los correspondientes a las tres punciones hechas para el paso de la sierra de cadena.

describen casi todos los tratados de cirugía. El hacer exclusivamente la resección por vía bucal ofrece, es cierto, alguna mayor dificultad operatoria y exige un poco de habilidad manual en el operador; pero sus ventajas son indiscutibles.

Las fotografías adjuntas representan: La figura 29, al paciente antes de ser operado; la figura 35, la pieza de prótesis inmediata empleada y

blar relativamente bien y alimentarse sin dificultad. A los treinta y cinco días quité, sin la dificultad que en los casos anteriores, la pieza primitiva y sin que hubiese eliminación de secuestro alguno, y coloqué el aparato movable provisto de dientes que sigue utilizando el paciente. En la fotografía de la figura 36 de este caso, puede verse hasta qué punto quedó restituido el funcionalismo

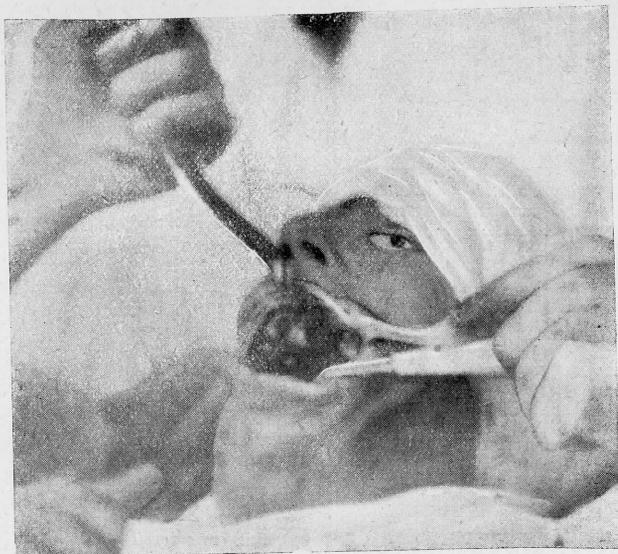


Fig. 33.—Acto de ser retirada por vía bucal la masa tumoral.

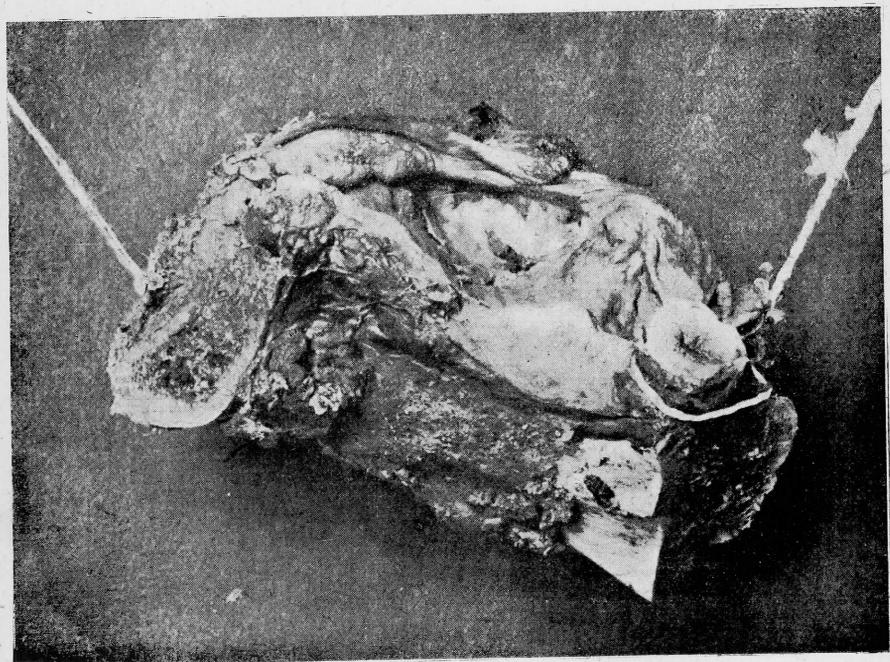


Fig. 34.—Trozo de mandibula y masa tumoral amputada por vía intrabucal.

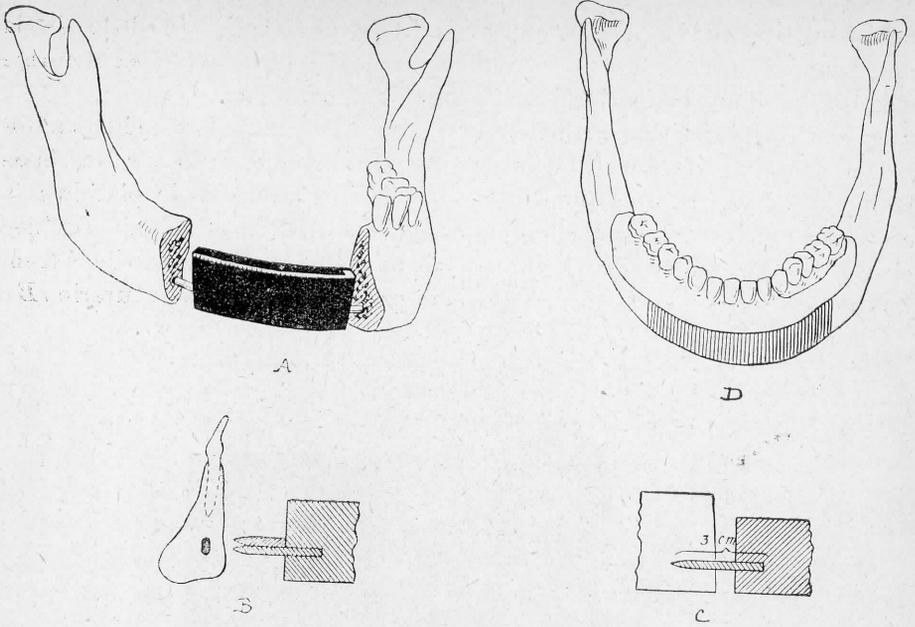


Fig. 35. — *A*, piezas de prótesis inmediata; *D*, aparato movable provisto de dientes, que usa el paciente; *B* y *C*, detalle del medio de fijación de la prótesis.

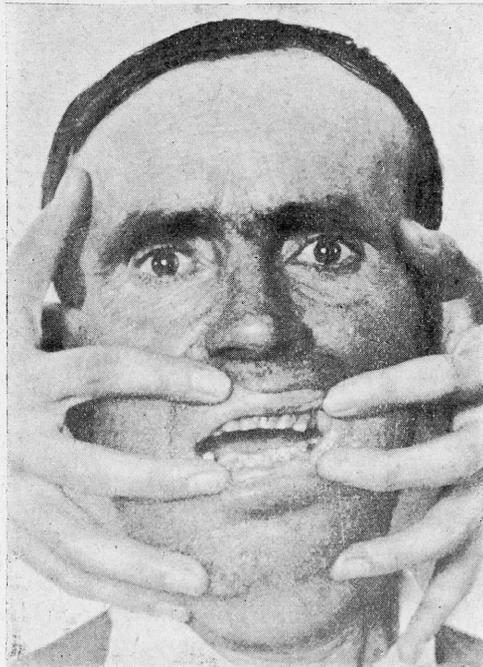


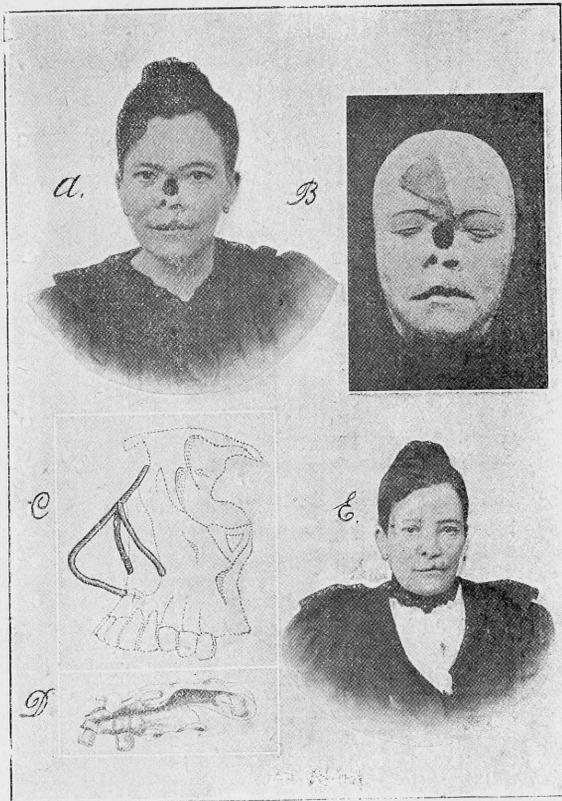
Fig. 36. — Fotografía del paciente en la que se aprecia la excelente articulación que tienen los dientes.

del aparato dentario de este enfermo, apreciándose la buena articulación de sus dientes superiores naturales con los inferiores artificiales.

Dos años han transcurrido desde la operación, y por cartas que de vez en cuando recibo del agradecido paciente, sé que su estado es inmejorable.

Introduciendo un dedo en la boca podía sacarlo por su deforme ventana nasal (*A*).

Seguimos con ella el método autoplástico recomendado por Martín de Lyon. Un armazón de platino (*C*), sirvió de sostén al colgajo cutáneo de ancho pedículo tomado de la frente para ranversarlo y suturarlo (*B*).



Caso VI: Fig. 37.—Enferma con perforación palatina y pérdida de la nariz, de origen específico. — *H*. Fotografía de la paciente antes de ser operada. — *B*. Mascarilla reproduciendo la lesión y las dimensiones del colgajo frontal. — *C* y *D*. Trípede de platino y pieza obturadora con dientes artificiales. — *E*. Fotografía de la paciente después de operada.

Caso VI. El caso de la figura 37 es el de una mujer víctima de una lesión de origen específico. Había perdido la nariz y la bóveda palati-

na. Para la boca hice un obturador como se representa en la figura *D*. En la frente se hicieron injertos tomados del brazo, y cuando la cic-

trización se completó quitamos la pieza metálica.

Justo es decir que los resultados estéticos, como se aprecia en la fotografía E, no fueron del todo brillantes; pero aun con su nariz aplastada, aquella mujer era mucho menos infeliz que antes de operarse, que a todos inspiraba repulsión.

Cuando operé a esta enferma, desconocía el procedimiento que luego he visto aplicar con maravilloso resultado a Moure, de Burdeos, de restaurar el contorno nasal con un injerto cartilaginoso, tomado de una costilla y envainado, por decirlo así, en el colgajo cutáneo, introduciéndolo por un ojal hecho en el lóbulo nasal.

Los casos apuntados deben bastar para apreciar cuan amplio campo ofrece la cirugía de la cabeza para esta clase de intervenciones de «prótesis quirúrgica», en que el dentista puede ser un utilísimo cooperador y debemos propagar entre los cirujanos, las ventajas de estos procedimientos y convencerles de la necesidad de que no esperen a mandar al enfermo al dentista semanas después de la operación, cuando ya la retracción cicatricial ha producido deformaciones y la distensión de esos tejidos es difícilísima y difícil también el colocar aparatos que pueda tolerar el enfermo y restituir el funcionamiento de las partes perdidas.

El paciente debe ser examinado por el dentista *antes* de la operación y con todo el tiempo de anticipación que sea posible.

Así a veces, su ingenio podrá discurrir y preparar piezas que por su

precisión o su sistema, eviten algunos de los inconvenientes de las aplicadas en casos de urgencia.

CONCLUSIONES

1.^a Debe establecerse una clasificación de los procedimientos protésicos del esqueleto para no confundir las condiciones esenciales para el éxito en cada método, pues aquéllos tienen indicaciones muy diversas y aplicaciones muy distintas.

2.^a La «prótesis de implantación» no puede emplearse en la restauración de los maxilares, porque es imposible aislar las piezas artificiales del medio bucal, siempre séptico, y sin un aislamiento absoluto en un medio completamente séptico que permita el perfecto enquistamiento de la materia restauradora, las prótesis fracasan.

3.^a La «prótesis inmediata provisional» debe ser el método de selección en la cirugía del maxilar inferior. Su aplicación tiene enormes ventajas y gracias a ella podemos conservar el funcionalismo normal de la boca y la armonía de las líneas faciales y evitar los graves inconvenientes de la retracción cicatricial.

4.^a En las resecciones parciales o totales de los maxilares, el cirujano debe decidir y preparar el procedimiento protésico *antes* de la operación. Las restauraciones hechas después de terminada la cicatrización son mucho más difíciles de realizar y a veces imposibles.

5.^a La vía intrabucal debe ser preferida, siempre que sea posible, para la cirugía de la mandíbula, por

evitarse con ello heridas y cicatrices de la cara. Por vía intrabucal pueden researse trozos muy extensos de mandíbula.

6.^a La anestesia local, practicada con una solución de novocaína al 1 por 100 y adrenalina al 1 por 20.000, ofrece muchas ventajas en la cirugía de los maxilares, pudiendo

emplearse en cada caso hasta 10 centímetros cúbicos de esta solución.

7.^a En las resecciones totales o parciales de los maxilares superiores, fisuras palatinas y perforaciones del paladar, la prótesis tardía o secundaria permite restituir a la boca su perfecto funcionalismo para la fonación y la masticación.

LA HIGIENE DE LA BOCA: PAPEL QUE REPRESENTA EN LA VIGORIZACIÓN FÍSICA E INTELLECTUAL DE LOS NIÑOS ⁽¹⁾

Por D. JULIO ALONSO Y MARCOS.

(Continuación).

CAPÍTULO SEGUNDO.—*Enfermedades generales y locales que pueden tener su origen en la cavidad bucal.*

Ya hemos dicho en el capítulo anterior, que la boca sucia o enferma podía dar lugar a infinidad de afecciones locales unas y generales otras cuyo foco era la mencionada cavidad. Vamos a citar una serie de casos prácticos que lo demuestran, no sin antes indicar que si las enfermedades bucales influyen grandemente en la salud, trastornando en más o en menos el organismo, ejercen también influencia sobre el desarrollo de éste, sin enfermedad previa, sino con simples trastornos que conmueven la economía toda; así la evolución dentaria tiene una innegable influencia sobre el crecimiento fisiológico del organismo; de ello dan fe las siguientes palabras: «Camerer ha llamado la atención sobre el retardo que experimenta el crecimiento en

los niños sanos durante el tercer trimestre del primer año, atribuyéndolo, tal vez con razón, a la evolución dentaria. Un compañero de Universidad que ha alimentado a todos sus hijos artificialmente, vigiándolos en persona, nos comunica que el aumento de la curva de peso se atenúa siempre que se aproxima la aparición de algún diente. Nosotros mismos hemos podido hacer en nuestros hijos la misma observación. Aun en las curvas de crecimiento expuestas por Kassovitz, correspondientes a sus hijos como demostración en contra de aquellas hipótesis, puede apreciarse la misma relación.» (C. Heubner. *Enfers. de las Niños*. T.º II, pág. 240 Trad. esp.) Y si en lo fisiológico ejercen tal influencia, ¿qué de extraño tiene influyan en lo patológico, pudiendo determinar distintas enfermedades por diferentes vías? Para Chaumartin

(1) Memoria que obtuvo el premio del Dr. Camiruaga en el curso de 1916 a 1917, otorgado por la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao.