



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

TECNICA PARA VESTIBULO-PLASTIA

(Con aplicación de una férula reducida con fijación por tornillos)

OSCAR COROMINAS VILLAFANE *
CARLOS ALBERTO DI GIONANTONIO **
ALBERTO TEOBALDO GOTUSSO **

R E S U M E N

Se presenta una técnica de construcción y colocación de placa de acrílico con fijación a tornillo para ser usada en los post-operatorios inmediatos de las vestibulo-plastias a los fines del mantenimiento de un adecuado fondo de surco.

A TECHNIQUE FOR VESTIBULEPLASTIE
(Application of an acrylicplate screwfixed)

S U M M A R Y

A technique is presented for the construction and placement of an acrylic plate, screw-fixed, to be used in immediate postoperative periods of vestibule-plastie, in order to maintain an adequate furrow bottom.

Un capítulo muy importante de la cirugía paraprotética es el que trata del llamado por muchos autores "borramiento de los surcos vestibulares" y que técnicamente se denomina bloqueo de los surcos vestibulares. Las causas de esta deformación, son múltiples, variadas y frecuentes, lo que ha dado lugar a que en las tres últimas décadas se presenten numerosas técnicas tendientes a lograr una profundidad satisfactoria del surco vestibular, con el objeto de obtener una estabilidad adecuada a la prótesis.

Las técnicas mencionadas, descritas por varios autores (1, 2, 3, 4, 5, 6) se pueden dividir en dos grupos: a) Las que sólo se valen de técnicas quirúrgicas especiales, y b) Aquellas que combinan la cirugía con el empleo de aparatos, ya sea la prótesis que

* Profesor Titular, Cátedra de Clínica Quirúrgica 2º Curso.

** Jefe de Clínica, Cátedra de Clínica Quirúrgica 2º Curso.

usaba el paciente convenientemente modificada, o "placas fijadas" confeccionadas "ad hoc".

Los autores que preconizan las técnicas del último grupo, fundamentan en gran medida el éxito de las vestibulo-plastías, en la inserción inmediata del aparato elegido (prótesis o férula de contención) y de su perfecta fijación; para ello han buscado diversas formas de inmovilización (prolongación de los flancos con compuesto de modelar, suturas circunferenciales, transcigomáticas, etc.).

En nuestra Cátedra, coincidimos con estos autores en que durante el post-operatorio inmediato, es menester mantener los planos mucosos y musculares lo más estables que sea posible, para ello, hemos trabajado en los últimos quince años, con una férula reducida de acrílico con fijación a tornillo" que consideramos de fácil construcción y colocación.

Esta técnica, fue presentada en las 2º Jornadas Internacionales de Cirugía Bucal de Córdoba en 1965, como complemento en el tratamiento de las hiperplasias fibrosas paraprotéticas, y nos dá, según nuestra experiencia, también en los bloqueos del surco producido por otras causas, resultados similares a los publicados por los autores citados.

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.

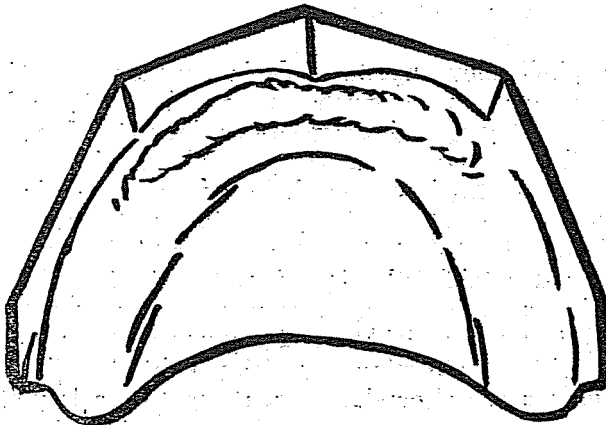
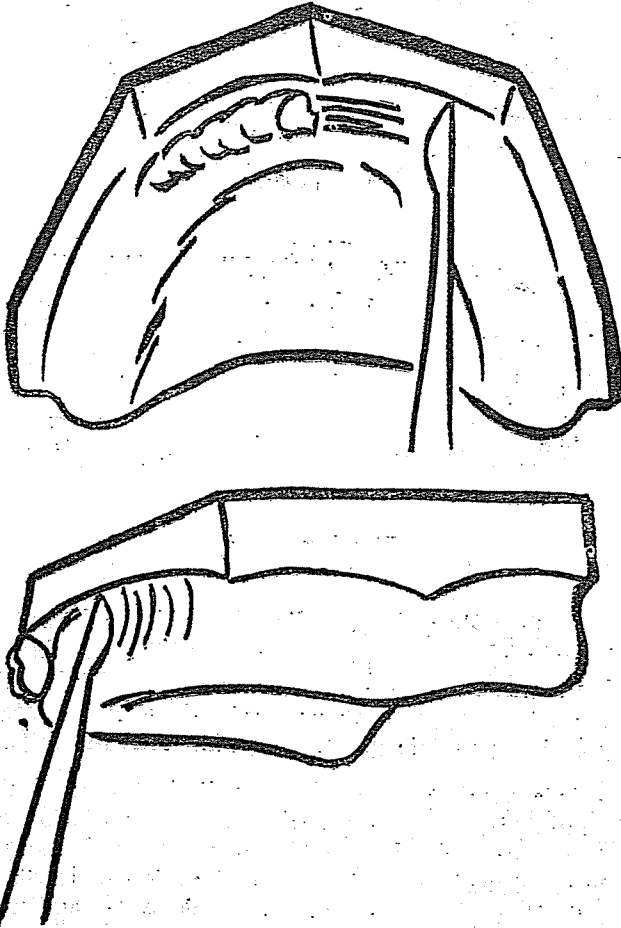


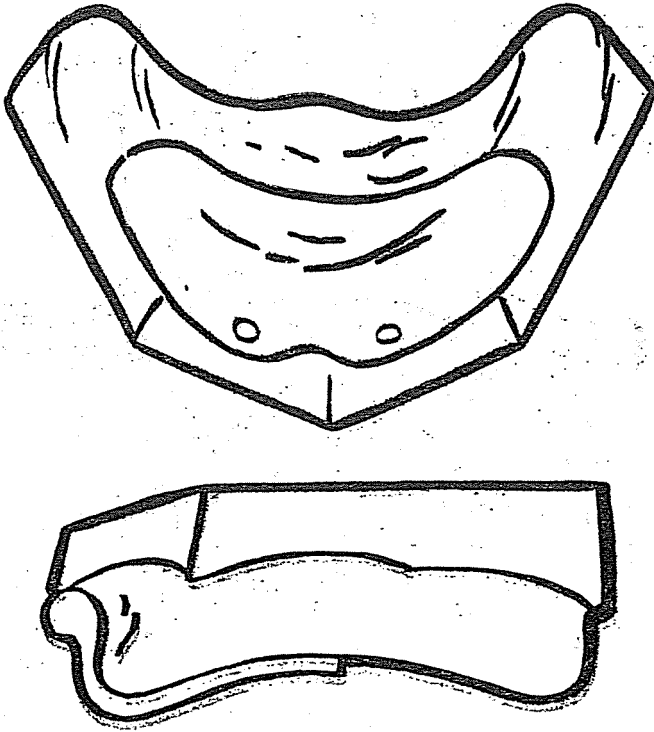
Fig. Nº 1. - Vaciado de la misma.

2º — *Cirugía del modelo:*

3º — Diseño y construcción sobre el modelo definitivo, de una placa de acrílico (preferentemente traslúcido), semejante a una trasbase, pero de tamaño más reducido. También con placa base traslúcida (se marcan los lugares donde la placa será perforada para permitir el paso de los tornillos de fijación).



Figs. Nos. 2 y 3



Figs. Nos. 4 y 5

4º — Se seleccionan dos tornillos de calibre adecuado y paso grueso, de los usados en traumatología para fijar las placas metálicas. Pueden reemplazarse por tornillos ionizados para chapista. Los tornillos son esterilizados en forma convencional y la placa, sumergida en soluciones desinfectantes (amonios cuaternarios).

5º — Se aconseja que con los conocimientos anatómicos y la ayuda de radiografías se marquen los puntos de fijación con compás de dos puntas o alambres doblados en forma de horquilla, directamente en el paciente a fin de no irrumpir con los tornillos en cavidades vecinas (fosas nasales, senos maxilares, agujero mentoniano, conducto dentario). En el maxilar superior se aconseja efectuarlos en el espacio intersinusoidal.

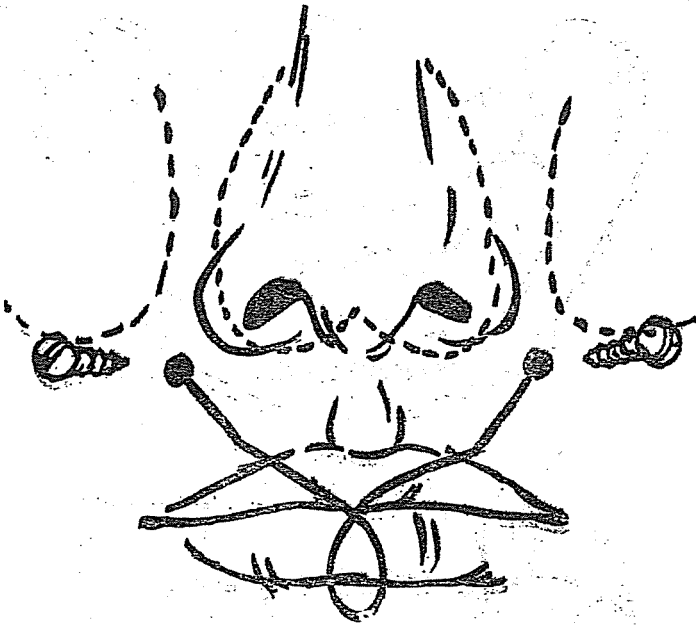


Fig. Nº 6

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.

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

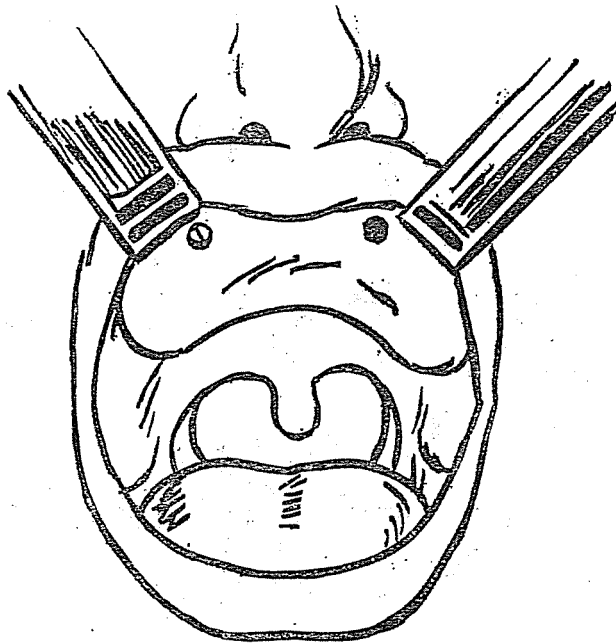


Fig. Nº 7



Fig. Nº 8 - Vista del caso

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.

Caso clínico: Paciente: M. H. Clínica Nº 3879. Sexo: femenino, de 54 años, casada, ama de casa, portadora de prótesis desadaptada, con diagnóstico clínico de bloqueo del surco vestibular del maxilar superior, por hiperplasia fibrosa bilateral.

Anestesia: Troncular a ambos nervios infraorbitarios.

Operación: Exéresis de hiperplasia con colocación de férula reducida.

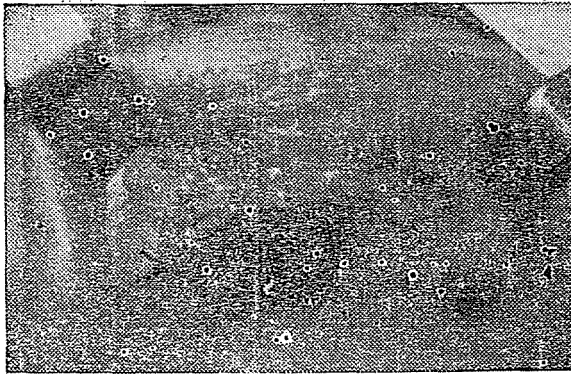


Fig. Nº 9 - Hiperplasias eliminadas

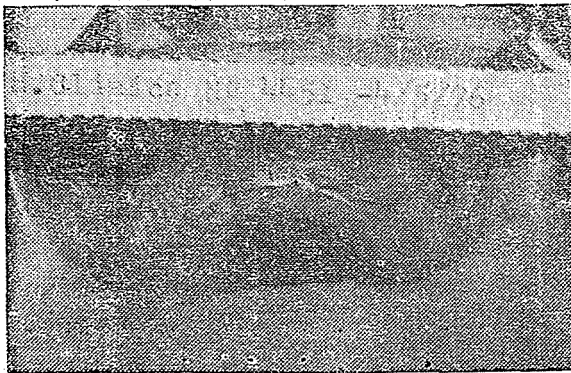


Fig. Nº 10 - Férula fijada



Fig. Nº 11 - Control Post-operatorio a los 30 días.

VENTAJAS QUE PROPORCIONA EL APOSITO EMPLEADO

a) Inmobiliza completamente el colgajo y lo mantiene adosado al hueso, evitando así 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 la superficie. Además esta presión puede ser regulada por los tornillos.

c) El sistema de fijación por tornillos, pese a lo que se podría suponer, no es traumático y las molestias que ocasiona son ínfimas.

d) Creemos que el uso de la férula reducida ofrece ventajas si la comparamos con el de la prótesis del paciente pues esta adolece de aquellos defectos que condicionan el proceso, sobre todo la falta de estabilidad resultando un apósito móvil y por lo tanto incapaz de dar tranquilidad a la zona intervenida.

e) El apósito que preconizamos, no sufre las incidencias de las fuerzas que podrían movilizarlo, (masticación, fonación, etc.).

DESVENTAJAS:

a) No es estético como la prótesis del paciente.

b) Su colocación exige el conocimiento anatómico preciso de la zona.

c) Es menester un cierto grado de destreza quirúrgica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Archer, W. H. Cirugía Bucal. Buenos Aires, Mundi, 1968.
2. Maloney, P. L. A. sutural maxillary vestibuloplasty. Oral Surg 37: 858. 1974.
3. Mac Intosh, R.; Obwegeser, H.: Preprosthetic surgery: a scheme for its efective employment. J. Oral Surg. 25: 397, 1967.
4. Pichler, H.; Trauner, R. Cirugía Bucal y de los maxilares. Buenos Aires, Labor, 1952.
5. Schuchardt, K.: Tratado general de odonto-estomatología. Madrid, Alhambra, 1957.
6. Starshak, T. J. Cirugía Bucal preprotética. Buenos Aires, Mundi, 1974.