



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

---

## PROFUNDIZACION DEL SURCO LINGUAL ANTERIOR EMPLEO DE LA LIGADURA CIRCUNFERENCIAL

---

Prof. Doctor

Ricardo Andrés Cuestas Carnero (\*)

El progreso de la técnica en la confección de la prótesis, como así la utilización de materiales especiales en su construcción, ha traído como consecuencia el hecho de que el especialista en prosthodontia pueda sortear ciertos escollos que antes resultaban insalvables para él, debiendo recurrir a la preparación quirúrgica de la boca. Pero, la imposibilidad de solución de otros casos por medio de la prótesis por un lado, y los progresos realizados por el cirujano encontrando "técnicas más habilidosas y atraumáticas, nuevos materiales de sutura, mejor control por drogas de la posible infección" (1), utilización de instrumentales confeccionados ad-hoc, etc., han hecho que la técnica de cirugía paraprotética se siga aplicando y que todavía el protesista requiera, aún en la actualidad, los servicios de cirujano.

Henny expresó en el Congreso Argentino-Uruguayo de 1959, que: "una prótesis puede ser impecablemente realizada, pero fallará en su objetivo de restaurar la función y la estética, si la base sobre la que descansa es deficiente o inadecuada" (2).

Pietropinto en ese momento también afirmó "el éxito de una prótesis, depende del estado y condiciones de las estructu-

ras que la soportan o se relacionan con ella" (3).

Uno de los problemas que más frecuentemente plantean la necesidad de la intervención quirúrgica es la presencia de **rebordes alveolares insuficientes**, vale decir cuando la reabsorción alveolar exagerada ha dejado un maxilar inadecuado, que en casos extremos llega a presentar en la zona correspondiente, más que un reborde, un verdadero surco. En esos casos se han preconizado diversas técnicas, que principalmente podemos agrupar en plastías para la profundización de los surcos, con o sin acción sobre el tejido óseo y la cirugía reconstructiva de los rebordes alveolares, es decir el agregado de auto u homo injertos.

Dentro de las plastías de surcos, podemos citar las que tratan de profundizar el surco labial o bucal tales como los de Collet (4), Kazanjian (5), Godwin (6), Cooley (7), Clark (8), etc.

En algunos casos el tipo de reabsorción ósea torna impracticable la profundización del surco labial, ya sea porque al hacerlo no podemos lograr profundidad (hueso en forma de varilla) o porque lo que lograremos será sólo una meseta que poco ha de colaborar para nuestro fin de mejorar la retención de la prótesis.

En tales casos el recurso de profundización del surco lingual es un elemento digno de ser tenido en cuenta, más aún si los accidentes óseos que se presentan en la cara lingual del maxilar inferior tales como el reborde milohiideo o las apófisis geni, se ubican por la reabsorción muy cerca del reborde o son muy prominentes, impidiendo la prolongación de las aletas linguales de la prótesis.

Dentro de las técnicas de profundización del surco lingual se han preconizado principalmente la de Trauner (9) y la de Caldwell (10), que tienen como diferen-

\* Profesor Adjunto de Clínica Quirúrgica IIº Curso.

\* San Martín 319 - 6º P. - "B".

cia fundamental la regularización o no de la cresta milohiodea.

Presentamos aquí una técnica de profundización lingual aplicada al sector anterior del maxilar inferior, que consiste en la fijación de la prótesis en forma de una férula de contención, durante el post-operatorio inmediato, como una variante al procedimiento que preconizaron Shea y Woldorf (11).

Utilizamos la misma en los casos en que necesitamos especialmente la profundización de surcos en la parte lingual anterior cuando existen apófisis geni prominente o ubicadas muy cerca del reborde alveolar, que impiden la confección de una buena aleta lingual en este sector. Hacemos notar que a pesar de la opinión de algunos protesistas, de que la profundidad del surco lingual en la parte anterior no tiene importancia para la retención de la prótesis, cosa que aceptamos, creemos que una mayor profundidad en ese sector puede influir favorablemente evitando desplazamientos.

Previo anestesia loco-regional a ambos lados del maxilar inferior, se procede a realizar una incisión curva en la vertiente lingual del reborde entre las zonas que ocuparon los caninos cuando los maxilares eran dentados (Fig. 1). Se lleva a cabo el décolado incluyendo el periostio, hasta encontrar la inserción de los músculos genioglosos y geniohiodeo. Luego se hace disección cortante de las mencionadas inserciones (Fig. 2), seguida de regularización de la parte ósea con cincel y fresas quirúrgicas (Fig. 3). Sutura del colgajo disecado al fondo de la brecha quirúrgica (Fig. 4). En este momento, aprovechando la prótesis del enfermo, se coloca acrílico autopolimerizable para que cubra y sirva de férula en la parte profundizada. Mientras esperamos que se endurezca completamente el acrílico

fuera de la boca, pasamos una aguja tipo trocar gruesa, lo más cercana posible al hueso, en la parte lingual, haciéndola emerger hacia la piel, por supuesto que previa anestesia cutánea de la zona (Fig. 5). Se hace pasar un alambre 0,4 de acero por la luz de la aguja, quedando uno de los extremos por consiguiente hacia boca y otro hacia piel (Fig. 6). Se repite el procedimiento lo más próximo a la vertiente vestibular del reborde con otra aguja, tratando de que emerja fuera de la boca en un punto lo más cercano posible de la perforación hecha por la aguja que pasó por la vertiente lingual (Fig. 8). Se introduce el cabo extra-oral del alambre por la luz de esta última aguja, haciéndolo emerger de esta forma dentro de la cavidad oral (Fig. 9). Con un movimiento de vaivén se consigue la sección de los planos superficiales y se logra que el alambre se adose íntimamente al margen óseo (Fig. 11). Se repite la misma maniobra del otro lado (a la altura del otro canino), quedando de tal forma una transfijión a cada lado de la línea media.

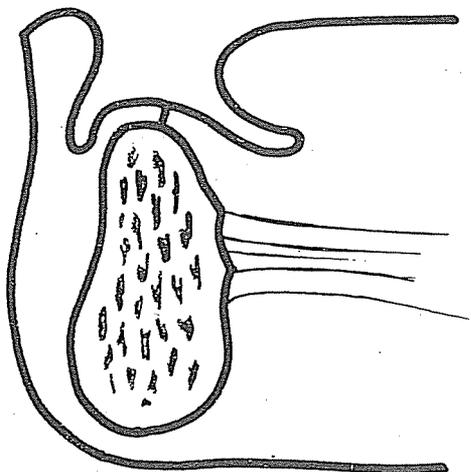
Se practica un pulido somero de la parte agregada a la prótesis y se la ubica en posición, ajustando los alambres por encima de la misma, logrando de tal forma una buena fijación de la prótesis que hará las veces de férula (Fig. 12 y 13).

---

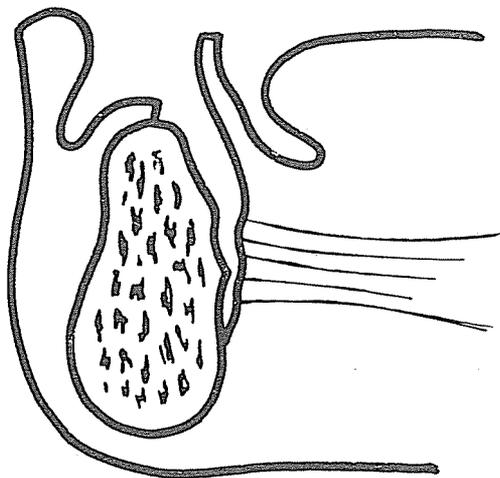
## CONCLUSIONES

---

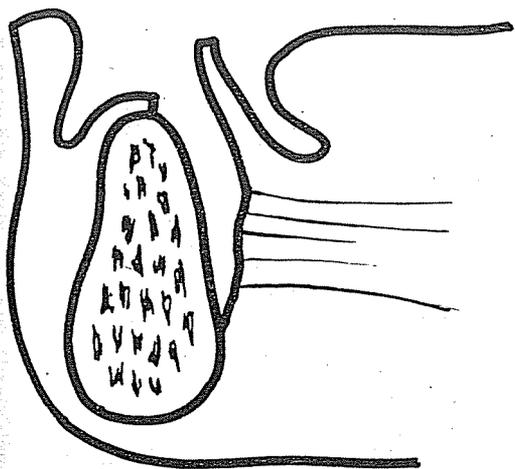
1º) Creemos, siguiendo lo preconizado por Clark, que las superficies vulnerarias sobre hueso se contraen menos, dando un resultado post-operatorio mejor, siempre y cuando se coloquen elementos que sirvan de soporte de los tejidos movilizados, ya que si no éstos tienden a reubi-



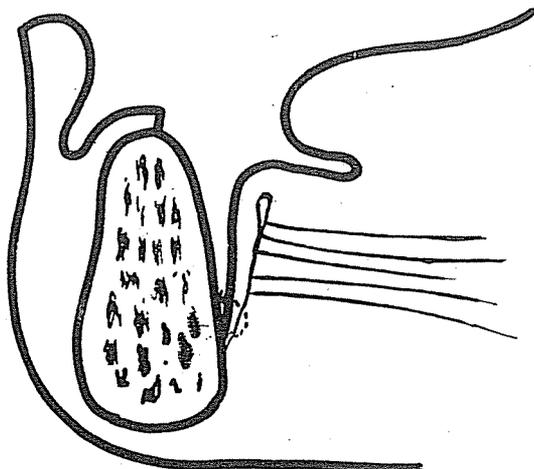
1



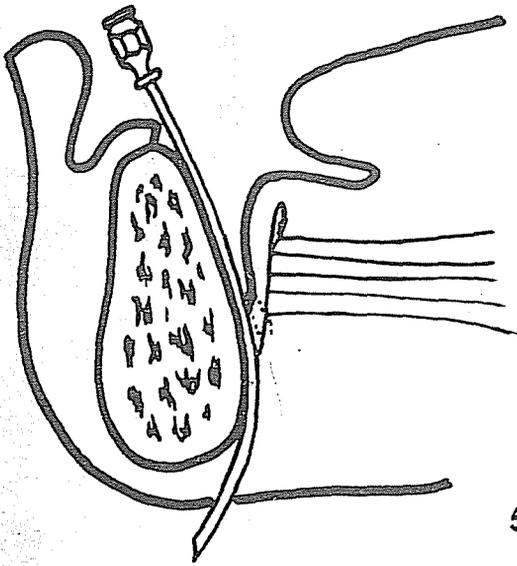
2



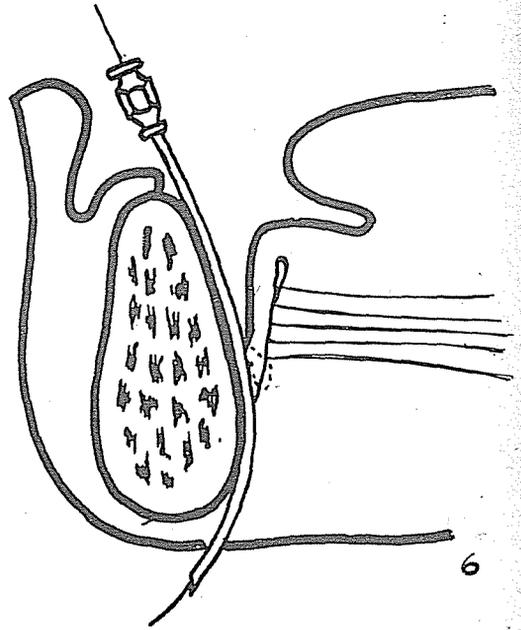
3



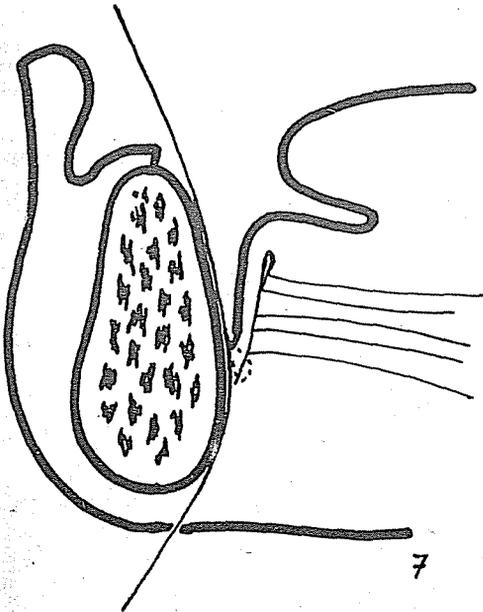
4



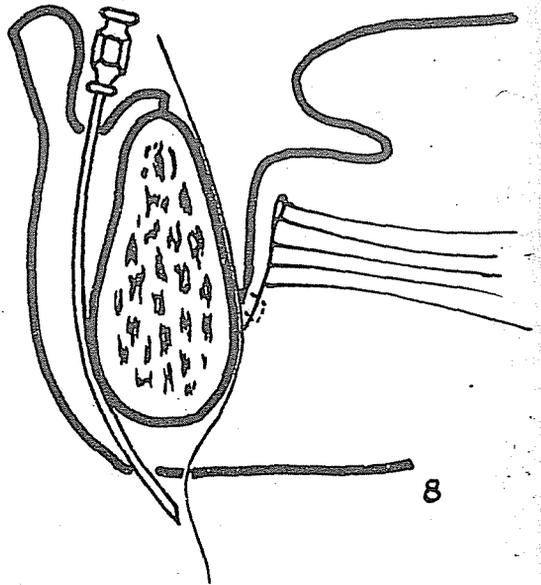
5



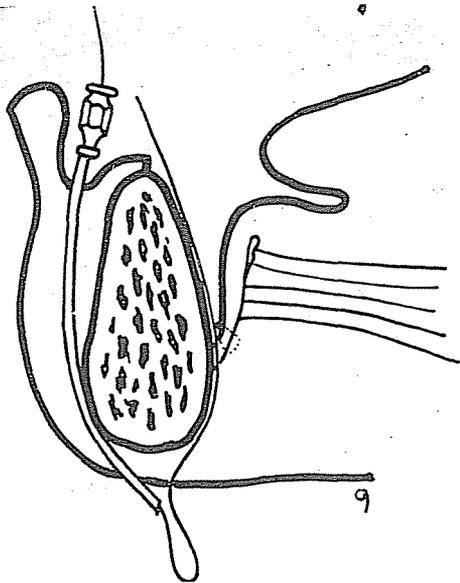
6



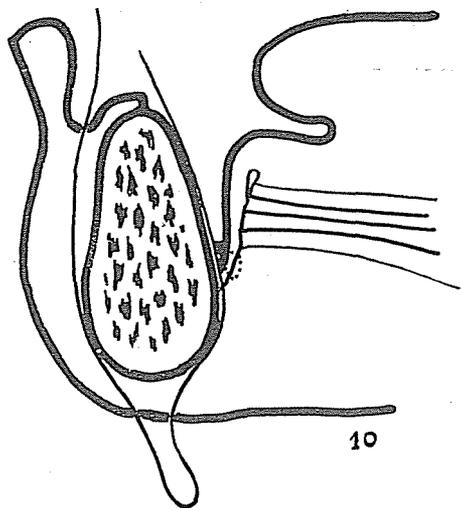
7



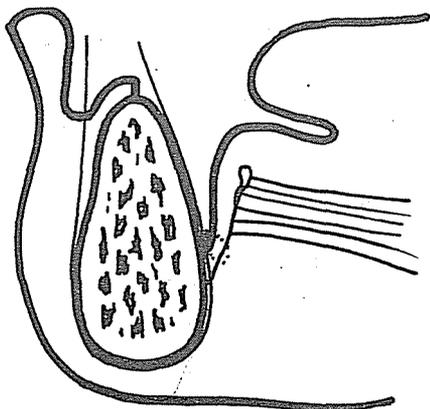
8



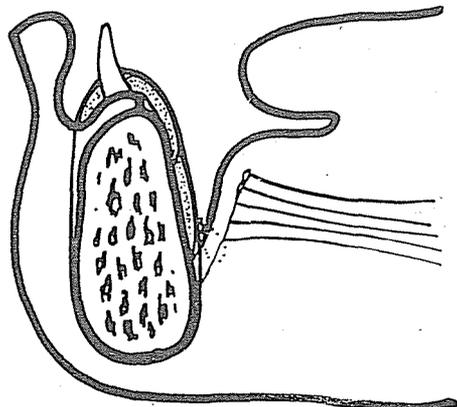
9



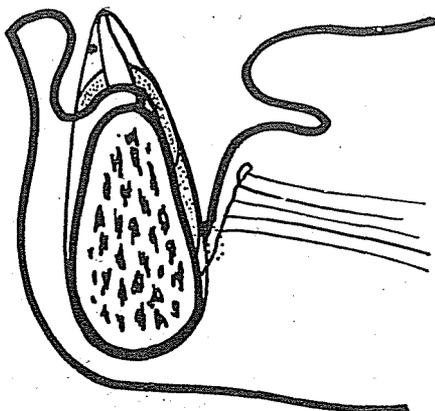
10



11



12



13

carse en su posición anterior, disminuyendo el espacio logrado.

2º) Llamamos la atención sobre la necesidad de tener la prótesis corregida previamente a la realización del proceso quirúrgico, por lo menos en lo que hace al aspecto protético, dejando para completar únicamente la parte ampliada como consecuencia de la profundización del surco en el post-operatorio inmediato, ya que como hemos dicho es una cosa reconocida como principio de cirugía plástica que los tejidos blandos tienden a retomar su posición anterior.

3º) Creemos interesante recalcar que la intervención en esta zona del surco lingual, no presenta los riesgos que tiene la técnica de Trauner en la parte posterior, por el hecho de que el nervio lingual, los vasos del piso de la boca y el conducto de la glándula submaxilar, están en el campo de la cirugía.

4º) La desinserción de los músculos geniogloso y genihiodeo, no ha tenido en nuestra experiencia ninguna significación ni ha producido inconvenientes de naturaleza alguna.

---

## RESUMEN

---

Se presenta el empleo de la ligadura circunferencial (circun-maxilar) en la técnica de profundización del surco lingual. Una vez realizadas las maniobras

que son habituales para la realización de dicha profundización (incisión, decolado, etc.), se procede a fijar la prótesis que servirá de férula a los tejidos desplazados, por medio de dos ligaduras circunferenciales, alrededor del hueso maxilar inferior, las que son dejadas en posición por una semana. La prótesis que se fija, ha sido modificada adicionándole acrílico de autopolimerización en el acto operatorio, una vez obtenido el desplazamiento quirúrgico de los tejidos en el fondo del surco lingual y regularizado la cara interna del maxilar inferior (apófisis geni).

---

## SUMMARY

---

The employment of the circumferential wiring (circum-maxillary) in the technique for deepening of the alveolar ridge is described. Once the common steps have been carried out (incision, undermining) the denture, which will work as a splint in the displaced tissues, is fixed by circumferential ligatures around the inferior maxillary bone. They are set in position for a week. The fixed denture is modified by adding selfpolymerization acrylic during the surgical procedure, once the surgical displacement of the tissues has achieved at the bottom of the alveolar ridge and the internal plate of the inferior maxillary is smoothed (geni process).

## BIBLIOGRAFIA

1. KRUGER, GUSTAV O.: Bridge extensión: Review of indications and techniques. J. Oral Surg.: 16:3:191-201: may 1958.
2. HENNY; FRED A.: Resúmenes de los trabajos de Relatores y Correlatores del Primer Congreso Internacional Odontológico Argentino-Urug: ayo. 16 - 1959.
3. PIETROPINTO JAVIER: Resúmenes de los trabajos de Relatores y Correlatores del Primer Congr. so Internacional Odontológico Argentino-Uruguayo. 18 - 1959.
4. COLLET H. A.: Immediate maxillary ridge extensión. D. Digest: 60:104-106. March, 1954.

5. KAZANJIAN V. H.: Surgery as an aid to more efficient service with prosthetic dentures. J.A.D.A.: 22:566-581: april, 1935.
6. GODWIN J. G.: Submucous surgery for better denture service. J.A.D.A.: 34: 678-686: mav, 1947.
7. COOLEY D.: Own method for deepening the mandibular and maxillary sulcus to correct deficient edentulous ridges. J. O. Surg.: 10:4:279-285: oct., 1952.
8. CLARK H. B.: Deepening of labial sulcus by mucosal flap advancement. Report of case. J. O. Surg. 11:2:165-169: april, 1953.
9. TRAUNER R.: La platie de la crête alvéolaire du maxillaire inferieure du coté lingual. Contribution a la solution du problème de la prothese inferieure. Rev. du Stom. 53:1-12: 1952.
10. CALDWELL J. B.: Lingual ridge extension J. O. Surg. 13:287: oct., 1955.
11. SHEA C. R. and WOLFORD D. R.: Removal of genial tubercle for prosthesis. OS. O.M. OP.: 8:1044-1046: oct., 1955.