

LA REPARACION DE LAS PERDIDAS PARCIALES DE LA MANDIBULA

Dr. Javier Pietropinto

No vamos a tratar el tema en sus detalles, en razón de la brevedad del tiempo de que disponemos.

Nos ocuparemos esencialmente del aspecto técnico de la cuestión y aun mismo esto, en forma sucinta porque muchos conceptos ya son clásicos y por otra parte nos hemos ocupado del problema en un trabajo anterior.

Así es necesario e interesante dejar sentado desde el principio, que los tratamientos que se mencionan son el producto del trabajo en equipo y tal es la forma en que dichos tratamientos se elaboran en el Centro de Cirugía Plástica.

Por lo tanto no es el trabajo del cirujano el que fructifica en un resultado operatorio, sino el de los cirujanos que componen una unidad máxilo-facial y donde tienen su esfera de acción bien definida el cirujano de los maxilares y el protesista, cuyas funciones engranan en las etapas preoperatorias, operatoria y postoperatoria.

La continuidad del arco del maxilar inferior puede perderse por varias causas; ya sea: por traumatismo, con pérdidas de sustancia primaria, o secundaria, en el caso de las osteítis fracturarias; por procesos sépticos de origen dentario o peridentalario, en las necrosis por agentes físicos, o bien en las resecciones parostales por exéresis de tumores.

La reparación de la solución de continuidad se impone por dos razones; la primera, de capital importancia es la reparación funcional, la segunda se dirige a corregir el defecto estético.

Veamos los medios de reparación.

Las distintas prótesis propuestas para solucionar tales problemas han sido abandonadas; de construcción compleja y resultados tan sólo mediocres, frecuentemente son difíciles de soportar por el enfermo.

En los casos favorables su empleo debe ser encarado solamente con un carácter transitorio siendo un compás de espera previo a la reparación definitiva.

La aparición de las aleaciones de cromo-cobalto para las cuales muestran gran tolerancia los tejidos, hizo que se intentaran las reparaciones que ahora nos ocupan, empleando implantados de Vitallium. Lo mismo podría decirse de las resinas acrílicas.

Construídos en base al examen preoperatorio clínico y ra-



FIG. 9. — Caso I.

diográfico, estos elementos de sustitución son fijados a los remanentes óseos por ligaduras metálicas o por tornillos.

Esta manera de actuar pretendió sustituir los injertos óseos según las técnicas ya clásicas.

El amplio campo de observación que brindó la guerra pasada en la aplicación de implantados y sobre todo el control de la evolución alejada de éstos, mostró finalmente en el balance de



FIG. 2. — Caso 1



FIG. 3. — Caso 1

los resultados, que las complicaciones y secuelas tardías eran frecuentes; tales consideraciones deben ser hechas igualmente a las craneoplastias y a la cirugía reparadora de la nariz.

A este respecto, concuerdan las opiniones en las distintas escuelas, tanto latina como anglosajona.



FIG. 4. — Cas● 1

Es decir que en el momento actual, el criterio de la reparación de las pérdidas de sustancia ósea, está guiada por conceptos biológicos.

Por lo tanto es a los injertos óseos que deberá recurrirse como solución de estos problemas.

Podrán existir indicaciones, aunque con carácter transitorio,

en las cuales tengan cabida el uso de implantados metálicos del tipo ya mencionado.

En cirugía maxilo-facial se usa hueso esponjoso de la cresta ilíaca que es la zona dadora que generalmente se toma.



FIG. 5. — Caso 1

Interesa destacar cuáles son las formas de actuar una vez obtenida dicha toma.

En efecto, puede seguirse la técnica clásica, es decir implantar el injerto en block después del modelado necesario para su conformación al lecho, o bien emplear la técnica de Mowlen, relativamente reciente, que siembra el lecho cruento con trozos pequeños de hueso; son los "chips" de los ingleses.

El principio de la técnica de Mowlen es disminuir el pro-

blema de la rehabilitación del injerto, fragmentando y decortizando el hueso a transplantar.

En esta forma se corta el block en trozos cuyo volumen es de 1 centímetro cúbico o poco más, utilizando de preferencia el diploe. La colocación y el remodelado se ven así facilitados.



FIG. 6. — Caso 2

Esta manera de actuar permite operar en focos sépticos, granulantes, que inmediatamente de removidos son rellenados.

Además lo corriente e inevitable es que se produzca la comunicación con la cavidad oral, que siempre séptica, resulta un elemento en contra, aún actuando bajo el signo de los antibióticos.

Es en estos casos donde pueden apreciarse las ventajas y el margen de seguridad que brinda la técnica de Mowlen en la cirugía reparadora de los maxilares.

Es necesario destacar y dejar sentado que estas operaciones necesitan como paso previo e indispensable el planteamiento de los sistemas de fijación, merced a los cuales se obtendrá la inmovilización necesaria, ya sea para evitar desplazamientos y pérdida de las relaciones normales de los cabos mandibulares entre sí o, de éstos con su antagonista superior.

La presencia o ausencia de dientes, total o parcial, o bien



Caso 2

la localización de la lesión a reparar, son factores que condicionan la elección del sistema de fijación; éste podrá ser intra, extraoral o mixto.

El especialista es quien está en condiciones de poner a punto por el estudio preoperatorio, el plan de fijación a seguir.

Según las circunstancias, los medios e inmovilización serán colocados en el preoperatorio o bien en el acto operatorio, sobre todo cuando el sistema es cruento.

Creemos de interés comentar los dos casos que presentamos a la luz de los conceptos que se mencionaron.

CASO 1. — Tumor central a células gigantes, recidivado. El crecimiento rápido de este tumor hacia ambas tablas del maxilar inferior decidió un tratamiento radical. La biopsia confirma la sospecha de tumor maligno, el examen de la pieza operatoria fué informado como sarcoma.

Fig. 1. Exteriorización de la lesión hacia la encía.

Fig. 2. Radiografía de la lesión. A pesar del aspecto quístico nótese la deformación del borde basilar del maxilar y la neoformación ósea en la parte inferior, que en forma tenue se insinúa dentro de la logía.

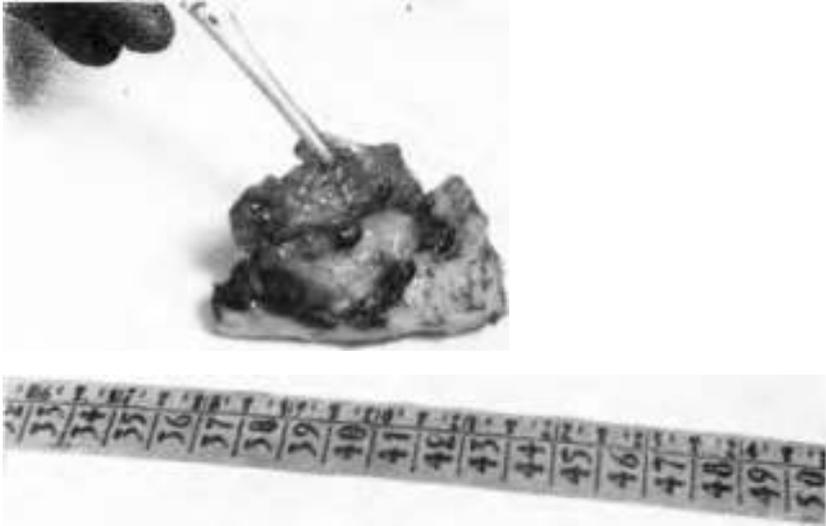


FIG. 3 — Caso 2

Fig. 3. El block óseo en posición solidarizado a los cabos remanentes con ligadura de alambre. La fijación se ha completado con una férula metálica aprovechando los dientes existentes.

Fig. 4. Estado actual, puede verse el remodelado del injerto.

Fig. 5. Estado actual a los 7 meses de intervenido.

CASO 2. — Adenomatoma quístico con una evolución aproximada de 18 años. El interrogatorio hace suponer que la lesión se inició en la región del molar del juicio, que tuvo accidentes ruidosos en su proceso de erupción, y que motivó una intervención, ignorándose detalles de la misma.

Desde los 6 meses antes al primer examen, notó un aumento rápido de la tumefacción, por lo que consulta, aunque nunca tuvo molestias.



FIG. 9. — Caso 2



FIG. 10. — Caso 2

Plan de tratamiento: resección parostal amplia e injerto de hueso esponjoso en un 2º tiempo.

La evolución postoperatoria ha sido excelente. El examen histológico confirma el diagnóstico clínico y radiográfico.

Fig. 6. Preoperatorio.

Fig. 7. Imagen radiográfica del tumor con el aspecto característico en pompas de jabón.

Fig. 8. Pieza operatoria. La pinza levanta la cápsula seccionada del



FIG. 11, Cas● 2

tumor mostrando la cavidad principal; de la pared posterior emerge hacia la luz quística un brote mural de Cahn.

Fig. 9. Aparato de fijación externa para controlar el desplazamiento del fragmento posterior. En este caso se ha combinado el método de Darsissac utilizando alambre de acero fijado en el hueso y en el extremo de la barra horizontal, agregándose un clavo por debajo de la arcada sigmoidea.

Fig. 10. El aparato de fijación visto de frente. El maxilar inferior se halla inmovilizado contra el superior con alambre.

Fig. 11. Radiografía del injerto a los 60 días. Se ha retirado la fijación externa. El aspecto radiolúcido de la zona ántero-inferior es indicativo de reparación franca. Hay un pequeño trozo de hueso en vías de ser incorporado a la masa total.

Fig. 12. Aspecto de la enferma a los 2 meses de injertada.

Los casos que se presentan fueron solucionados por distintas técnicas; hubo una variante impuesta por las circunstancias durante el acto operatorio en uno de ellos. (En el caso N° 1 el injerto se incluyó en un solo trozo para abreviar la operación, en virtud del estado de la enferma).

Y si bien el resultado final puede considerarse como satis-



FIG. 12. Caso 2

factorio, la falta de aporte nutricio que motivó la secuestración parcial del injerto, debe hacernos pensar en el riesgo que esta técnica entraña si se pretende emplearla como plan preconcebido.

Es interesante destacar que la zona eliminada fué precisamente la que correspondía al borde de la cresta ilíaca, con corticales más espesas.

Por último volvemos a recalcar la importancia del sistema de fijación e inmovilización, como base del éxito operatorio.

Dra. Elena Martínez Recalde: La reparación ósea del piso de la órbita. (No se presentó el trabajo).

Dr. Rubén Varela Soto: La reparación de la piel de la rodilla. (No se presentó el trabajo).