

✓ POR EL SR. DR. DN. ISAURO GARCÉS,

*Profesor de Metalurgia y Cirugía Estomatológica*

## La Cirugía en Odontología

Nuestra profesión avanza rápidamente en el curso de su desarrollo y así vemos que del tratamiento puramente mecánico de los dientes que constituyó, en su principio, la Odontología, ha surgido una terapéutica médica y una terapéutica quirúrgica esencialmente científicas de toda la cavidad bucal cuya importancia como órgano esencial se hace cada vez más patente.

En la actualidad, es imposible que la Odontología pueda prescindir de todos aquellos métodos de que dispone la Medicina General y así se ha llegado en el tratamiento de los numerosos procesos inflamatorios de la boca y de los maxilares a la aplicación de aquellos métodos que corresponden al estado actual de la Medicina

Hace tiempos que hemos salido ya del estudio puramente mecánico de la Odontología. Antes estaba dirigida nuestra atención principalmente sobre el diente que constituía el punto central de nuestras medidas terapéuticas; actualmente se tiene en cuenta, especialmente, el periodonto, lo que nos ha conducido a métodos quirúrgicos tales como la resección de los ápices radiculares y otras operaciones radicales que se practican para la extirpación de los focos infecciosos.

Su importancia es aún mayor si hemos de considerar que su acción no queda limitada sólo al diente sino que sus beneficios repercutirán en todo el organismo; pues, hemos suprimido un foco infeccioso que por vía sanguínea o linfática podrá producir acciones patogéneas generalizadas.

El desarrollo que en estos últimos años ha adquirido la Cirugía Dental, es decir la Cirugía que debe ser practicada por el Odontólogo, es verdaderamente sorprendente.

Los brillantes trabajos de René Boisson, Raimond Boissier García del Villar, Duval, Baudet, Laudete y muchísimos otros que han seguido por el camino de esta Cirugía, nos hacen ver el alto puesto que la Odontología ha conquistado, gracias a aquella ciencia.

Todos conocemos el número verdaderamente grande de afecciones que tenemos que tratar quirúrgicamente y el hecho de que un porcentaje enorme de ellas esté ligado a enfermedades dentarias, nos enseña de una manera, por demás clara, que es el Odontólogo quien debe intervenir.

Sabido es que más de un cincuenta por ciento de afecciones bucales y peribucales no son sino complicaciones de afecciones dentarias. ¿Quién es el llamado a intervenir? ¿Quién puede diagnosticar y atacar la causa de esa complicación? El Odontólogo.

Por lo mismo, es de imprescindible necesidad que los Odontólogos vayan ensayando la Cirugía, que su radio de acción corresponda al título de «Cirujano-Dentista».

En nuestra Escuela Dental a pesar de la falta enorme que nos hace el no poder empaparnos en fuentes de naciones más adelantadas, todas sus ramas han progresado, todo lo que puede ser posible, en relación a un autoperfeccionamiento y la Cirugía ha empezado a iniciarse bajo buenos auspicios.

Es necesario empezar por intervenir lo menos en aquel conjunto de operaciones de la boca que son más frecuentes y más accesibles.

Existe un sinnúmero de operaciones que son auxiliares preciosos para la Odontología y que corresponden de hecho al Dentista.

La extracción de piezas dentarias incluidas por ejemplo, es una operación esencialmente quirúrgica con sus indicaciones y técnica propia que debe ser conocida detalladamente por el Odontólogo a fin de que pueda intervenir oportunamente y salve al paciente de complicaciones seguras como las de orden nervioso o reflejo desde las cefaleas hasta las neuralgias violentas y extremadamente dolorosas del macizo facial o de orden inflamatorio desde el simple eritema hasta el flemón con trismus y osteomielitis que ponen en peligro la vida del enfermo.

La operación de Partsch para la extirpación de los quistes radículo dentarios con su técnica precisa, nos permite conservar piezas dentarias que sin ella estuvieran condenadas irremisiblemente a la extracción.

La frenectomía labial, operación de valor inmenso para evitar los fracasos que pueden producirse en la colocación de placas protésicas cuando la inserción del frenillo es muy baja.

La alveolectomía cuyo objeto es la supresión de una parte del reborde alveolar, da inmejorables resultados cuando después de haber efectuado muchas extracciones dentarias, queremos apresurar la reabsorción alveolar para la pronta colocación de un aparato protésico lo mismo que en el tratamiento de las neuralgias de la cara cuando son debidas a la irritación de una rama del trigémino por una verdadera compresión efectuada por el borde alveolar (neuralgia de los desdentados).

La extirpación de los quistes glandulares del suelo de la boca es otra de las operaciones que el Odontólogo está en la obligación de conocerla y practicarla beneficiando, así de una manera positiva, a sus pacientes, volviendo a su estado normal funciones importantes como la masticación, fonación, deglución y aún la respiración que pueden estar alteradas.

El tratamiento quirúrgico de la piorrea, cuyo resultado es infinitamente superior al de todos los otros tratamientos propuestos hasta ahora y que en síntesis comprende: el desprendimiento de los depósitos salivares, la supresión del hueso enfermo e irregularidades óseas, supresión del tejido gingival infectado y por último la aplicación de la mucosa sobre el hueso, es una operación que, de hecho, corresponde al Odontólogo.

Por último y para no extenderme más en esta enumeración, la apicectomía, operación brillante y de éxito seguro cuando ha sido practicada de una manera perfecta permite conservar, sin ningún peligro, dientes cuyo ápice está infectado y ha llegado aún a la necrosis.

Podríamos enumerar muchísimas otras intervenciones de esta naturaleza, comprendidas en este marco y que corresponden exclusivamente a nuestra especialidad, siendo, por lo tanto, nuestra obligación agotar todos nuestros esfuerzos hasta llegar a dominarla.

Es muy natural que al principio tropezaremos con muchos escollos, que encontraremos muchas dificultades, pues, esa es la ley fatal de toda iniciación; pero al fin triunfaremos si emprendemos la lucha con voluntad decidida ya que ella es la poderosa palanca que aleja todos los obstáculos.

Teniendo en cuenta que es de un interés enorme en nuestra profesión la vulgarización de las operaciones que se presentan con más frecuencia en nuestra práctica diaria, me he propuesto seguir publicando, paulatinamente, todas aquellas que más en armonía estén con el estado actual de nuestros conocimientos,

escogiendo la técnica más adaptable, seleccionando lo mejor que tenga cada autor y lo que mejor resultado dé en la práctica.

Inicio este mi pequeño trabajo en el estudio de:

## LA ALVEOLÉCTOMIA

La alveolectomía es una operación que tiene por objeto la supresión de una parte del reborde alveolar del maxilar superior o inferior con el objeto de regularizar dicho reborde.

INDICACIONES. — Esta operación está indicada en dos circunstancias bien precisas: 1º con el objeto de corregir las irregularidades resultantes de extracciones múltiples para la eficaz colocación de un aparato protésico y 2º en los casos de neuralgias cuando se sospecha que un borde cortante del alveolo puede obrar como una espina irritativa.

1ª INDICACION. — Es sabido que cuando un aparato protésico es colocado sobre asperezas e irregularidades óseas, es mal tolerado por el dolor que trae consigo y por aparecer fácilmente lesiones inflamatorias.

Para comprender mejor la necesidad de la alveolectomía, revisemos ligeramente las facetas por las que atravieza la caracterización ósea del alveolo.

De una manera general, podemos decir que ésta pasa por dos procesos: el constructivo y el de reabsorción. El primero consiste en la obliteración del alveolo por su coágulo sanguíneo. Este coágulo se organiza es decir que poco a poco los elementos conjuntivos se insinúan estableciendo trabéculas celulares osteoplásticas que transforman el coágulo en sustancia ósea. Esta transformación es sumamente compleja y extremadamente larga hasta que se produzca la verdadera cicatrización ósea estable bajo la cicatrización aparente de la encía.

El fenómeno de reabsorción es paralelo al fenómeno constructivo y consiste en la supresión merced a los osteoclastos de todas las partículas óseas que son superfluas.

La alveolectomía tiene, pues, por objeto reducir al **mínimum** este proceso tan largo de reabsorción quitando, quirúrgicamente, todas las porciones óseas que no toman parte en la cicatrización sino que más bien la retardan puesto que tienen que desaparecer por reabsorción.

2ª INDICACION. — Las neuralgias de la cara debidas a la irritación de una rama del trigémino son producidas, con frecuencia, por una especie de corte interno de la encía a nivel del borde cortante de un alveolo.

La supresión de esta causa trae como consecuencia la curación de neuralgias que fueron rebeldes a todo otro tratamiento. Esta intervención no se puede llamar propiamente una alveolectomía, es más bien una alveolectomía simplificada que no presenta dificultad ninguna; es suficiente abrir la encía, reseca el borde agudo del hueso, alisarlo para suprimir las asperezas y cerrar la herida con algunos puntos de sutura.

Para los que están familiarizados con la técnica clásica de la alveolectomía, la supresión de un reborde óseo en caso de neuralgia es cosa infantil.

Podemos tomar como última indicación de la alveolectomía, la supresión del borde alveolar cuando es sumamente voluminoso. La colocación de un aparato protésico en este estado traería como consecuencia un resultado antiestético deplorable.



Entre todas las técnicas propuestas hasta ahora, me ha parecido la de René Roisson la que paso a describir.

Supongamos que se trate de extraer los seis dientes ántero-superiores y deseamos colocar lo más rápidamente posible un aparato protésico. En este caso no podremos contentarnos con abandonar a que se opere la citatrización ósea expontáneamente; es necesario favorecer la reabsorción alveolar.

PRIMER TIEMPO. — Extracción de los dientes bajo anestesia.

SEGUNDO TIEMPO. — Se practican dos incisiones longitudinales y paralelas: la una delante y la otra detrás del reborde alveolar. Este tiempo tiene por objeto limitar la dimensión de los colgajos de la mucosa y permite, al mismo tiempo, la supresión de los festones gingivales que se insinúan entre los dientes, factor indispensable, porque, de otra manera, sería imposible suturar colgajos irregulares.

Si la alveolectomía se practica en un desdentado, es suficiente hacer una incisión longitudinal a nivel de la cresta alveolar.

Si todavía existen los dientes adyacentes a aquellos que van a ser extraídos, las dos incisiones se prolongan a lo largo de los cuellos de uno a dos de estos dientes. Si no existen dientes ad-

yacentes, las dos incisiones se reúnen sobre la línea media de la cresta alveolar en una longitud de un centímetro.

TERCER TIEMPO. — La encía se levanta por medio de una rugina bien fila que debe desprender también el periostio. El despegamiento se empieza por una de las extremidades de la incisión para terminar en la otra. La encía se levanta a una altura de un centímetro y medio y un ayudante la tiene reclinada para proceder al tiempo siguiente.

CUARTO TIEMPO. — El hueso se reseca por medio de pinzas gubias. Se introduce una pinza de pequeñas dimensiones en un alveolo y se reseca la pared externa hasta el nivel que se desee. Cuando la tabla externa ha sido suprimida, se desprenden los tabiques interdentes por medio de una pinza gubia más gruesa cuyos bocados en vez de tener forma semicircular sean rectos y paralelos. Luego se procede, de la misma manera, a la supresión de la tabla interna.

QUINTO TIEMPO. — Se raspa los alveoles valiéndose de pequeñas curetas que permitan llegar hasta la extremidad de los alveolos a fin de suprimir toda traza de graeuloma que pueda infectar la herida.

Este tiempo es importante, pues si se lo descuida, se corre el riesgo de ver aparecer después de algunos días una supuración inexplicable; la coaptación de la herida no se hace bien, los hilos se infectan en el punto de su inserción en la mucosa y el enfermo es víctima de dolores agudos. Se puede producir edema y tumefacción de la cara. Este raspado se completa con otro efectuado por medio de una cureta gruesa con el objeto de suprimir las pequeñas asperezas que la pinza gubia no ha podido quitar.

SEXTO TIEMPO. — *Coaptación de la mucosa.* — Una vez que la resección ósea ha sido terminada, se verifica la coaptación de los colgajos de la mucosa teniendo cuidado de que no queden colgantes, en cuyo caso, será necesario extirpar una parte. Es bueno tener cuidado que los dos colgajos estén coaptados en la línea media.

SÉPTIMO TIEMPO. — La sutura se hace inmediatamente por puntos reparados comenzando por el central por medio de seda o crin de Florencia.

## CUIDADOS POSTOPERATORIOS

La cicatrización se hace, en general, por primera intención, salvo el caso de que una infección venga a complicar la evolución ulterior de esta pequeña herida.

De todos modos, es necesario recomendar al enfermo los colutorios calientes de soluciones antisépticas con el objeto de provocar una ligera vasodilatación que favorece la cicatrización.

En ausencia de toda complicación, los hilos pueden ser retirados a los ocho días y la impresión para un caso urgente tomada en este momento. Sin embargo, es mejor esperar unos ocho días más para tomar la impresión para un reparto definitivo, porque la retracción cicatricial de la mucosa produce una ligera diferencia en la forma del borde alveolar.

Esta operación es de lo más sencilla, mas es necesario tener presente la importancia de no exagerar la supresión del reborde óseo con el fin de preparar la boca para la colocación de un aparato. En efecto, si los rebordes alveolares han quedado insuficientes, se ha producido una verdadera mutilación que hará definitivamente imposible la aplicación de un aparato de Prótesis.

El profesional debe tener siempre presente que la alveolectomía no es una operación que tiene por objeto la supresión completa del reborde óseo, sino que más bien es una operación de plástica, de modelage óseo con el fin de dar al reborde alveolar la forma y el volumen necesarios.