

# ARS MEDICA

JULIO 1929

AÑO V— NÚM. 48

## PALATOPLASTIAS (\*)

por el doctor

**J. CAMPOS**

de Barcelona.

Esta intervención llena una necesidad en clínica; su indicación es categórica. Pocos tratamientos están tan indicados y son tan poco discutidos como éste, siendo el único procedimiento que tenemos para establecer la normalidad en aquellas afecciones que son debidas a ausencias de los elementos que constituyen la bóveda palatina y velo del paladar.

Siendo la ausencia de esos elementos, de causa embriológica, claro está que persiste y acompaña al paciente durante toda su vida, aumentando de extensión durante la época del desarrollo y organización definitiva de las partes próximas; pues, al crecer éstas, de igual manera aumenta el espacio que debieran ocupar los elementos ausentes.

Como el paladar y su velo están formados por varios órganos, la ausencia de éstos o de algunas de sus partes producen la anomalía correspondiente, y ésta puede ser, desde la ausencia total del paladar y velo hasta la simple úvula bífida, correspondiendo la cantidad de lesión por corregir a la intensidad y magnitud del tratamiento.

La faringe oral es objeto de cuidados cotidianos que durante su práctica recuerdan al paciente constantemente su enfermedad; por otra parte, por estar este órgano en contacto con el medio exterior, es muy visible el defecto, y siendo la función faríngea tan fácil de observar, son evidentes y palpables sus anomalías en la vida de relación, condenando al que las sufre a gran depresión moral, además de los defectos que su enfermedad le produce.

La técnica de esta intervención es, en suma, la oclusión del agujero, más o menos grande, del velo del paladar, procurando colocar la mucosa de éste en el lugar que le corresponde y que no ocupa por la falta de los elementos óseos que no creó su defectuoso desarrollo embriológico.

En ésta, como en todas las intervenciones que a plastias se refieren, son aprovechables desde los bordes que limitan la ausencia hasta las partes vecinas y ésta es la razón de las diferentes técnicas a seguir que los que la han practicado idearon para la corrección.

En esencia no existe gran diferencia entre uno y

otro método, pues para resolver una plastia cualquiera que ésta sea, se siguen procedimientos que se sujetan a ciertas leyes iguales para todas ellas: consiguiendo, primero, el afrontamiento de las partes a suturar; la no modificación de su vitalidad y el avivamiento de sus bordes.

Teóricamente se comprende bien la intervención y su fundamento; es la práctica la que evidencia sus dificultades operatorias y el gran número de problemas que han de solucionarse para alcanzar el resultado que apetecemos.

Como se practican estas intervenciones: Por la ausencia de algunas partes que forman la bóveda palatina toman el nombre de los elementos a modificar, llamándose estafilorrafia a la sutura del velo y urano-estafilorrafia de éste y bóveda del paladar.

La técnica que se usa, después de asegurarnos de una buena anestesia, de la que luego nos ocuparemos, comprende los siguientes tiempos: primero, el despegamiento mucoso, que consiste en la separación de mucosa y hueso; será más perfecto este despegamiento cuanto más completo sea y se haya conseguido con la menor mortificación de la mucosa; hemos de tener durante toda la intervención esta preocupación constante, atender la parte a suturar y llegar a este tiempo con la mucosa lo más íntegra que podamos conseguir; de esta manera colocamos los colgajos en su nueva posición con las mejores condiciones de vitalidad. Esta solución de contigüidad que efectúa el despegamiento se puede conseguir usando instrumentos romos o instrumentos cortantes; si lo hacemos con estos últimos, además de la hemorragia que suelen producir, condición suficiente para eliminarlas de nuestro uso, no se puede movilizar en masa la mucosa a despegar, porque su corte no se amolda a la superficie ósea y porque con su filo erosionamos la mucosa; además, son causa de que dure demasiado tiempo esta maniobra, condición que tiene alguna importancia cuando empleamos la anestesia local. Los cortes y erosiones que suelen producir durante este despegamiento influyen en su medida y topografía, según la intensidad en el curso post-operatorio, de manera desfavorable, y por no adaptarse bien instrumento y superficie ósea, como anteriormente decimos, se ha desterrado su uso en la técnica de esta intervención.

De manera más fácil y con menos inconvenientes,

(\*) Comunicación al Congreso de Otorinolaringología de Copenhague.



se puede efectuar el despegamiento usando instrumentos romos, a condición de lograr introducirlos por debajo del periostio, lo que no es difícil conseguir después de alguna tentativa, esta colocación de

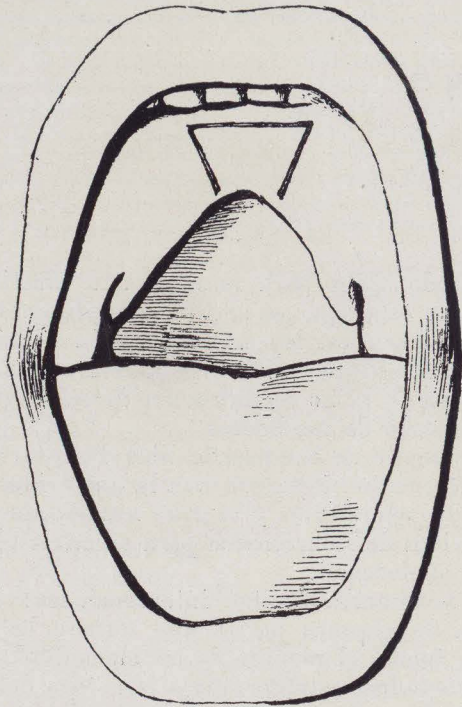


Fig. 1  
Bonfils 1.º

nuestro instrumento abrevia de manera notable el despegamiento sin que la mucosa movilizada sea objeto de erosión alguna; por otra parte, como el periostio es también despegado y se agrega a la mucosa, aumenta la resistencia de ésta y, además, por interponerse entre mucosa e instrumento, evita el contacto directo de nuestro despegador, valores no despreciables para el éxito de la sutura. Una vez despegada la mucosa, lo que más nos interesa es probar el afrontamiento de sus bordes; tentativa que indica si es posible o no la sutura de éstos, pues comprendemos por el afrontamiento si va a ser o no tolerada nuestra sutura; es necesario seguir técnica distinta en los tiempos restantes de nuestra intervención de los que efectuaríamos si esta prueba nos indicase un buen afrontamiento que consistiera en la fijación o sutura en buenas condiciones.

Para que esté indicada la ejecución de la sutura, es necesario que el afrontamiento que como prueba practicamos, no determine gran tensión de los colgajos mucosos a suturar, tensión que es producida por el estiramiento que hacemos de estos colgajos mucosos para la aproximación de sus bordes libres que se han de fijar con la sutura; esta tensión que se produce por la falta de mucosa, hace que ponga en peligro la conservación de la sutura si la efectuamos en estas condiciones.

En cambio, si este afrontamiento que se hace como prueba para ejecutar o no la sutura, no produce gran tensión de las mucosas y creemos por esto que será respetada, el resto de nuestra intervención es sencillo y de muy corta duración. Resta únicamente el avivamiento de los bordes mucosos a suturar y la sutura que ha de fijar éstos, creando con ellos el nuevo paladar.

La profundidad de la región en lo que a la sutura mucosa se refiere y la preocupación constante que se ha de tener, en conservar esta mucosa lo menos castigada posible por comprender los beneficios que su integridad puede proporcionar sobre el resultado, ha hecho que algún autor difiera sobre la primacía de la ejecución de estos dos tiempos; efectuando alguno de ellos el paso de los puntos o primer tiempo de la sutura antes que el avivamiento, maniobra de fácil ejecución, pero que entorpece y dificulta extraordinariamente el refrescamiento de los bordes mucosos a suturar.

Este proceder de Roux evita la hemorragia de los bordes que emborrona y dificulta la sutura y también hace menos probable el desgarramiento de la mucosa que alguna vez produce el paso del hilo; contribuye en gran manera a simplificar este paso de los hilos por existir mayor masa a suturar, pues la distancia

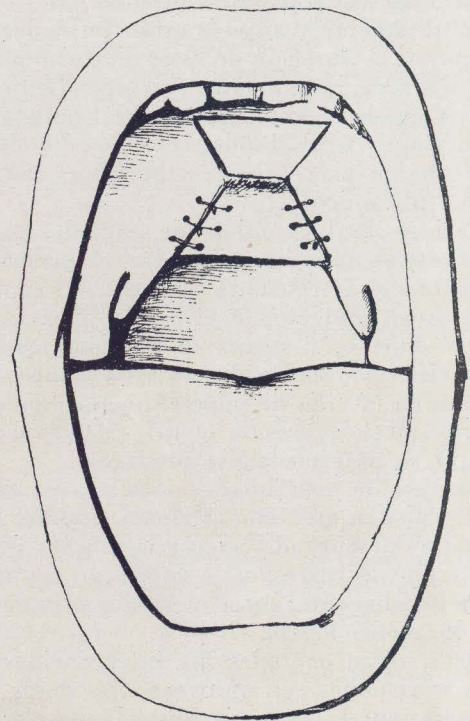


Fig. 2  
Bonfils 2.º

del orificio de fijación al borde es mayor cuando se practica este proceder.

También es interesante poder influir en los resultados la elección del hilo; parece que predomina so-



bre todos el metálico, pues no ofrece ninguna resistencia a su paso y es sencilla su fijación. De todos modos consideramos que, por ser demasiado rígido y poder producir rasgaduras en la mucosa durante su

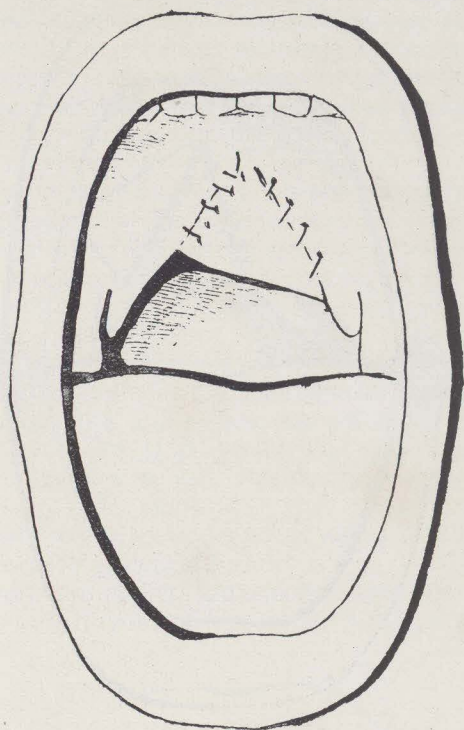


Fig. 3  
Lannelongue

paso al colocarlo y aun después de su fijación por estiramiento de los colgajos, no reúne las mejores condiciones que nos determine su elección. Creemos mejor el catgut por tener su resistencia más aproximada a la de la mucosa, condición excelente que evita en lo posible esta solución de continuidad.

Para favorecer y hacer más sencillo el paso de los hilos de fijación se han ideado agujas, algunas muy complicadas, que al que no esté a ellas habituado le dificulta la sutura todavía más; por esta razón son las más sencillas las mejores.

Existe, sin embargo, un modelo de agujas para esta clase de sutura que ha ideado el Dr. SAMENGO, de Buenos Aires, que, sinceramente, creemos es ideal. Se introduce enhebrada; el punto que da no produce ningún desgarramiento y casi no mortifica los tejidos que sujeta durante el paso del hilo; admite toda clase de hilos, y su manejo es muy sencillo. Tal es así nuestra opinión, que la hemos hecho construir por comprender que es de gran utilidad e insustituible en esta clase de suturas.

El avivamiento puede contribuir también al fracaso de la sutura; sucede así cuando éste es incompleto. Si se refrescan o avivan los bordes mucosos antes del paso de los hilos, la hemorragia que se produce, aunque algunas veces pequeña, molesta y entretiene.

Sobre el punto en que debe comenzarse el avivamiento existe también disparidad de criterios; desde luego creemos debe éste iniciarse en la comisura, esto es, en la bóveda, dejando para después el que a la úvula le corresponde, siendo todavía mejor el *refrescamiento reglado*; esto es, avivar únicamente la parte que corresponde al punto que inmediatamente practicamos, evitando así la hemorragia que el resto de los bordes proporciona respetando hasta última hora la integridad de la mucosa que en alguna ocasión sería aprovechable para otra época.

Practicada la sutura y con ella la intervención, no hemos terminado todavía; existen aún, a pesar nuestro, algunas causas que la hacen fracasar, y tenemos que vigilar para en lo posible poder evitarlas: una de ellas, es el mal afrontamiento de los bordes de la mucosa, o que éste sea incompleto, y por ello insuficiente; este motivo de fracaso no es sólo en esta intervención, es ley para todas las plastias y suturas en general, un buen afrontamiento de los bordes a suturar, lo que se consigue con una buena técnica; algo más importante y característico de la intervención que nos ocupa, por su anatomía y disposición, es el evitar la gran tensión que puede quedar en los colgajos que forman el nuevo velo después de practicar la sutura, tensión que proporciona un velo muy descendido, creando este descenso un obstáculo a la

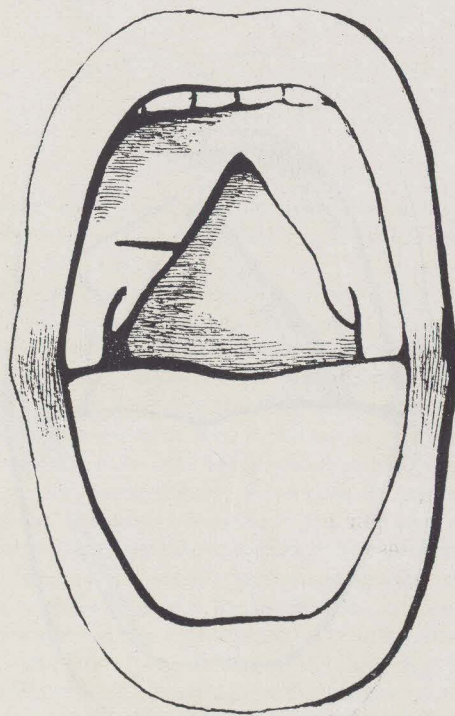


Fig. 4  
Sedillat

deglución; esta resistencia, por la altura del velo, es vencida por la lengua en su elevación por deglutir, muchas veces a costa de la sutura rasgándose la mucosa con los hilos de fijación.



La proximidad de los orificios del paso de los hilos a los bordes de la mucosa favorece el fracaso unas veces por rasgadura de esta mucosa, debido a la presión lingual o a la tensión de los colgajos, y otras, por *esfacelamiento*.

Es, pues, la función lingual la que en sus movimientos eleva la sutura y la atiranta, aumentando la tensión de los colgajos mucosos que muchas veces no pueden resistir, y como en esta presión es nuestra sutura, la mínima resistencia a ella es a la que corresponde ceder, algo muy parecido sucede cuando el nuevo velo y con éste la sutura están muy bajos o próximos a la lengua; en estos casos, equivale el descenso a la presión exagerada, y aun cuando la presión lingual sea buena y tolerante para la integridad de nuestra intervención, es la proximidad del velo hacia la lengua o el descenso de éste el que sustituye o aumenta la presión. Cuando se juntan estos dos factores la rasgadura es inminente.

Como empezó la lesión con la vida del enfermo y éste hubo de hacer funcionar su faringe, quizá más por su defecto, la presión que sobre la misma ejerce la lengua en la deglución es enorme; basta considerar que no tuvo en su movimiento de elevación ninguna resistencia (ésta es la causa de la salida de los alimentos por la nariz en algunas degluciones de estos enfermos), defecto que ellos quieren corregir y lo consiguen después de ejercitarse durante la deglu-

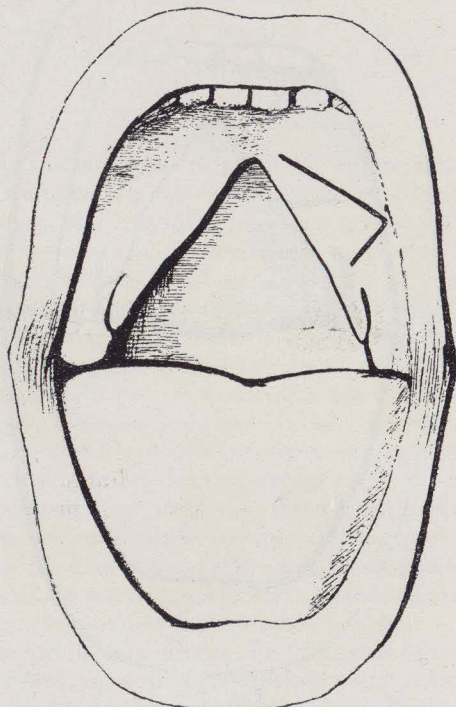


Fig. 5  
Krimer 1.º

ción con algunos movimientos de acomodación lingual hacia el arco dentario; esta acomodación tiene un valor positivo para el buen éxito de la interven-

ción por disminuir mucho la presión lingual, pues pasa tiempo entre la restauración anatómica y la funcional.

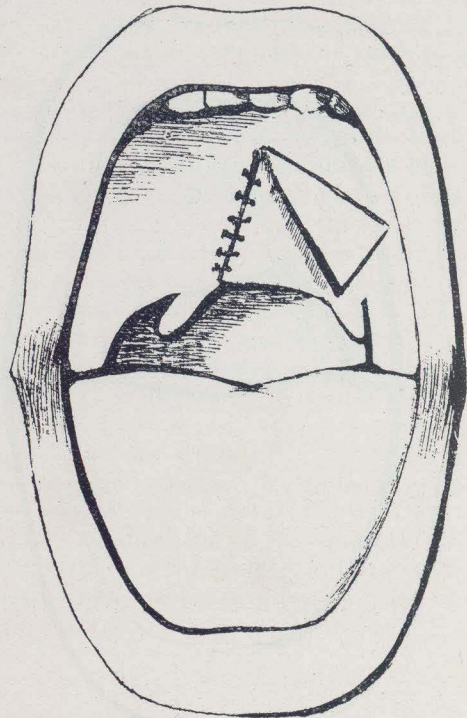


Fig. 6  
Krimer 2.º

Hemos de añadir que la deglución no se refiere solamente a la alimentación, aunque sea ésta la que produzca mayor presión, sino a la deglución salivar, que es continua y persistente, no pudiendo conseguir su eliminación de una manera definitiva.

No fué exclusivo el empleo del tratamiento quirúrgico; participó también la ortopedia como tratamiento en la corrección de estas afecciones.

Con este objeto se idearon aparatos protésicos que, ocluyendo el espacio correspondiente a la ausencia palatina, modificaron en su medida la función faríngea y corrigieron sus defectos.

SUERSEN fué el que creó el primer obturador utilizable; consta este aparato de una pieza de fijación que lo hace sobre la arcada dentaria ajustándose a ésta lo mejor posible; esta parte del aparato que únicamente es de fijación, se continúa con el obturador propiamente dicho, que ocluye la parte o partes que faltan y, en cierto modo, y con algún acierto, reconstituye los elementos ausentes; pues la pieza obturadora tiene aproximadamente su misma forma.

Algo parecido, pero con fecha posterior, ideó SCHILTSKY para la misma indicación; su obturador poco difiere del anterior, pues su única diferencia es una pieza que existe entre su parte dentaria y obturadora, que está ejecutada en metal en forma de espiral, consintiendo bastante flexibilidad.

El empleo de estos aparatos, como único procedi-



miento de corrección, no proporciona los mismos resultados que el tratamiento quirúrgico, y aunque su uso no provoca ninguna modificación que elimine una intervención posterior, debemos proponer ésta sin ninguna vacilación en cuanto el enfermo está en condiciones de soportarla y comprendemos por éstas que puede beneficiarse con el tratamiento quirúrgico.

Por entender que es de alguna importancia la modificación que estos aparatos producen en beneficio de la función faríngea, creemos son de gran utilidad cuando no es posible otro procedimiento.

Aunque más adelante, en nuestra exposición, dediquemos algo más sobre estos aparatos por el empleo que hacemos de ellos como coadyuvantes en nuestro modo de proceder, por estar incluido entre uno de tantos nuestro obturador, podemos ahora mencionarle.

Este a que nos referimos (empleado con éxito hasta la fecha), es una sola pieza de caucho en la que están íntimamente unidas sus dos porciones, fijadora y obturación, con la particularidad que esta última no la empleamos en este sentido, que es en el que hasta ahora se ha empleado y que, como su nombre indica, su misión es la oclusión, cierre u obturación de la ausencia palatina.

Entendiendo que la función de deglución con los movimientos linguales, especialmente en las que ésta

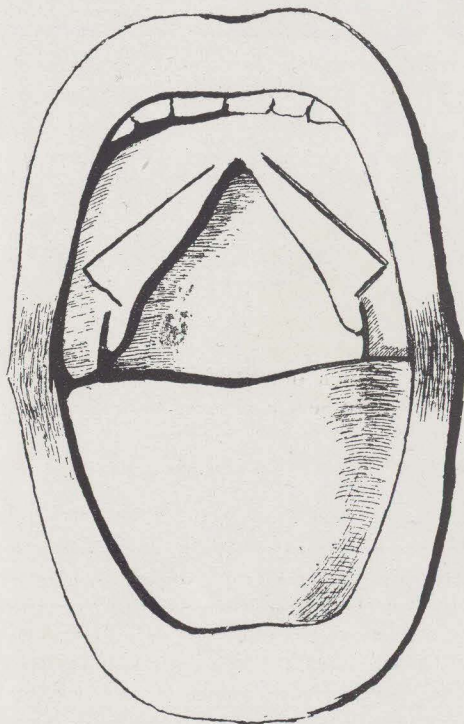


Fig. 7  
Nelaton-Peau 1.º

deleva su base, se oponen enérgicamente a la conservación de la sutura que afronta las mucosas laterales, resolviendo la afección, y siendo alguna vez estos movimientos involuntarios y de muy difícil s-

presión, es éste el problema que más nos preocupó, que creemos haber resuelto con el uso de nuestro obturador anteriormente a la intervención que aquí es

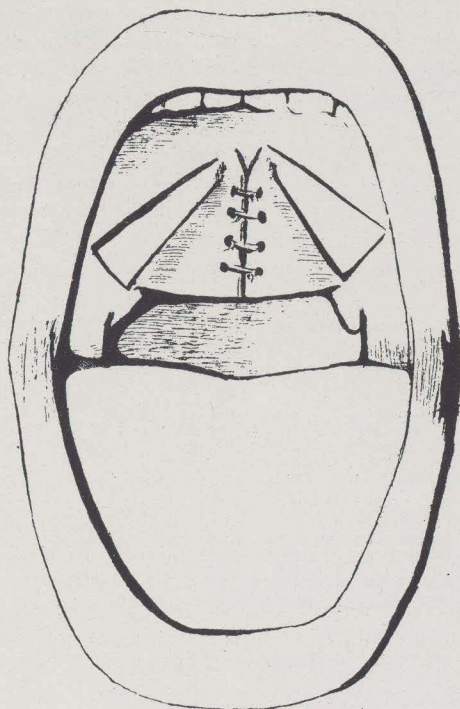


Fig. 8  
Nelaton-Peau 2.º

de contención lingual, modificando hasta hacerla tolerante la fuerza casi constante que sufre la sutura durante la deglución.

El Dr. VILLARRUBIA, médico odontólogo, creó más que interpretó esta idea, construyendo con su paciencia y habilidad una pieza protésica que, colocada en nuestro enfermo, primero es bien tolerada, constituye después un paladar de muy aproximado arco al que el enfermo tendría sin su afección y, finalmente, por las materias de que está construido (pues es modelable en su parte final), hace que de una manera constante y progresiva corrija y habitúe la base de la lengua en su función creando una presión aminorada de lengua a paladar que es tolerable contribuyendo a la conservación de la sutura.

Como curiosidad, citaremos la técnica de LANNELONGUE, que se aparta de todas las demás y prácticamente presenta muchos inconvenientes y dificultades; este autor ideó la restauración del velo por aprovechamiento de las partes vecinas, y es la mucosa del tabique nasal la que destina para la oclusión; no fija reglas sobre el lado en que se debe de tallar el colgajo. Tampoco da ningún punto de referencia, o algo que relacione el área que ha de ocluir con la cantidad de colgajo que se debe desprender.

Aún sin ninguna práctica, esta técnica la creemos llena de dificultades; la profundidad del tabique por



vía bucal, el tallado del colgajo por lo friable que es la mucosa del septum, mas en estos enfermos, deben de oponerse tenazmente a la intervención.



Fig. 9  
Suersen

La diferencia funcional e histológica de las mucosas y la desigualdad del lado inferior del colgajo (base del triángulo), se suman a las causas anteriores y hacen que no se practique esta técnica.

Existen otras técnicas de aprovechamiento de las partes vecinas en las que el colgajo ocluidor es de igual calidad de mucosa y vecindad más próxima que por ranversamiento de éste para su aproximación; ocupa el lugar que resuelve la ausencia palatina. BONFILS practica la estafilorrafia tallando un colgajo triangu-



Fig. 10  
Schiltsky

lar en que el vértice se inicia en la comisura (este vértice es el pedículo), y la base la practica cerca de la arcada dentaria, despega y ranversa el colgajo suturando éste a los bordes mucosos avivados.

Cuando la ausencia es grande el colgajo susceptible de aprovechamiento es insuficiente para que sea causa de intervención por ser la corrección muy limitada; pudiendo, con otras técnicas de práctica más sencilla, aprovechar mejor la mucosa vecina de la que se forma el colgajo.

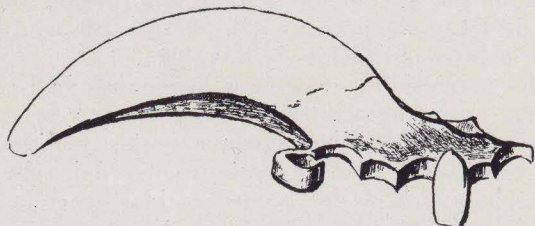


Fig. 11  
Villarrubia

Este método, como todos los que ranversan el colgajo, dejan gran superficie ósea al descubierto, superficie que es igual a la del colgajo exponiendo aquél

a toda una serie de sucesos de que puede ser objeto, siendo, por ej., de alguna frecuencia el hallazgo en esta parte de pústulas y necrosis. Como son más aprovechables las partes laterales para la toma del colgajo y evitar esta eliminación del tamaño del colgajo que determina la indicación del método anterior, NELATON y PEAU practican la talla del colgajo en una parte lateral, la más aprovechable, seccionando la mucosa en forma triangular; un lado de este triángulo es el borde de la mucosa, el vértice o pedículo que respetan queda a nivel de la comisura del orificio a ocluir; esto es, en el ángulo más próximo a la arcada dentaria, y la base la practican con una sección que se dirige perpendicularmente al borde de la

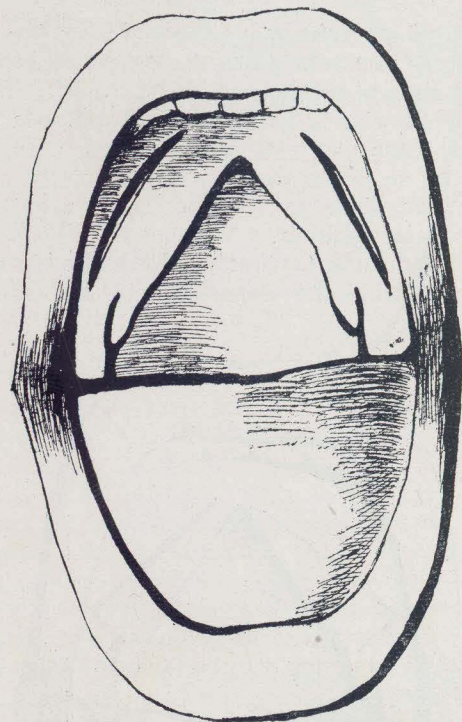


Fig. 12  
Langenbeck 1.º

mucosa que respetan. De esta manera efectúan solamente dos secciones que, con el borde mucoso, forman los tres lados del triángulo o colgajo, avivan después el otro borde y suturan; es de advertir que indican los autores, en su técnica, que la fijación del colgajo se efectúa cuando más con tres puntos de sutura.

KRIMER completa este método haciendo la oclusión con dos colgajos, que los toma de las partes laterales, siguiendo la misma técnica en cada uno de ellos; en una palabra, repite el proceder de NELATON y PEAU en ambos lados de la mucosa, quedándole de esta manera dos colgajos que sutura en sus bordes; este método hace que el puente mucosa que se forma casi no tenga tensión, condición que favorece y respeta la integridad de nuestra sutura.



*Procedimientos actuales.*

El tratamiento quirúrgico que actualmente se emplea es el método de LANGENBECK, procedimiento que ha sido modificado por todos los autores, no existiendo gran diferencia entre ellos.

Anteriormente a este autor podemos citar a SÉDILLAT, que ideó el primer proceder, en que no es necesario el ranversamiento del colgajo obturador, pues desliza la mucosa colgajo en la dirección de su plano despegándola de su superficie ósea; maniobra que efectúa mediante una incisión profunda que es trazada perpendicularmente al borde libre mucoso y un poco por encima de la úvula, despeja esta mucosa y aproxima primero y después fija al borde libre de la otra mucosa lateral que no fué despegada.

Método que, como decimos, no se practica; pues, además de no resolver totalmente la oclusión por el tamaño del colgajo que, siendo siempre mucho menor que el área a ocluir, no resuelve la ausencia, aun efectuándose bien la sutura, motivo que hace no se emplee este proceder, pues aunque la fijación que proporciona el éxito de la sutura se consiga, la tensión del nuevo velo es bastante grande. El método de LANGENBECK supera con sus resultados este proceder y es preferible como tratamiento para la solución de estas afecciones.

Este proceder ocluye totalmente la ausencia pala-

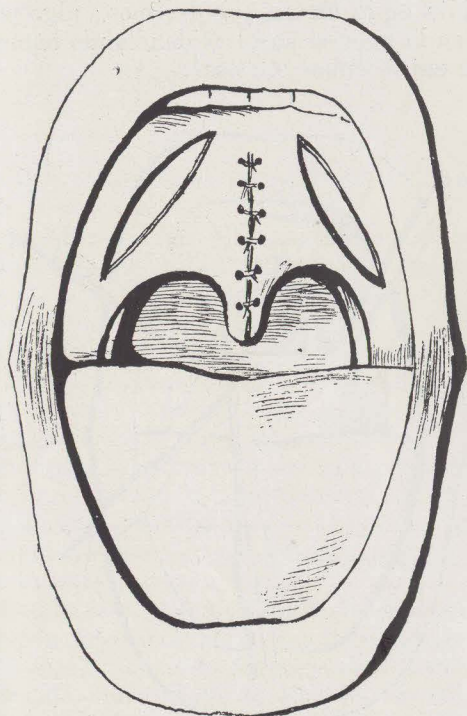


Fig. 13  
Langenbeck 2.º

tina que causa la afección y no ranversa los colgajos; la sutura a efectuar queda colocada en el centro, esto es, en la parte más alta del paladar y, sobre todo,

une las mucosas en toda su longitud, pudiendo afrontar incluso las mucosas que forman la úvula.

La técnica a seguir comprende primero el despega-

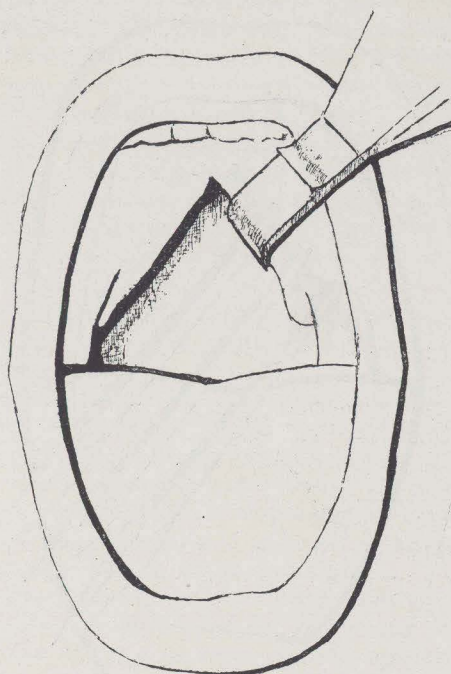


Fig. 14  
Campos 1.º

miento de las mucosas laterales de sus partes óseas, despegamiento que, bien efectuado, en algún caso consiente el afrotamiento y con éste la sutura en buenas condiciones; el segundo tiempo comprende el avivamiento de los bordes a suturar. Hasta aquí el curso de la intervención con este proceder no presenta grandes dificultades, y cuando son suficientes estos tiempos para poder ejecutar una sutura en buenas condiciones, el tratamiento quirúrgico es de fácil técnica y los resultados que consigue no pueden superarse.

Si no pudiera efectuarse el afrontamiento siguiendo la técnica del autor, puede conseguirse éste y hacer posible la sutura mediante unas incisiones laterales casi paralelas a los bordes libres mucosos y que consienten mayor movilización a los colgajos, pudiendo éstos entonces ser suturados. FELICES llamó a estas incisiones, incisiones liberadoras, indicando este nombre su misión con gran acierto.

Conseguido esto, resta únicamente la sutura que fija y determina el nuevo paladar. Alguna vez el avivamiento enérgico de los bordes, condición que asegura la buena nutrición que con la sutura se restablece y con ello la permanencia de ésta, provoca hemorragias que, aunque no sean tan grandes para que las atendamos, dificultan la sutura, emborronando la visión de los bordes mucosos durante el paso de los hilos y alarga y hace pesado este tiempo de manera extraordinaria, siendo este tiempo precisamente el



que, con más cuidado y con mayor cariño, conviene efectuar. Quizá por esto, queriendo evitar estas contingencias que pueden presentarse durante la inter-



Fig. 15  
Campos 2.º

vención al hacer el avivamiento, Roux las suprime colocando antes de este tiempo los hilos de fijación, maniobra que ejecuta con mayor sencillez por efectuarla sin esta posible hemorragia; esta modificación asegura una buena presión de los bordes libres por la colocación excelente de éstos que con los hilos se puede conseguir, pero complica, en cierto modo, el avivamiento que exige sea cuidadoso y guarda íntima relación con los orificios de paso de los hilos, pues la solución de continuidad que entre algunos de estos orificios y el borde que avivamos puede crearse por estiramiento mucoso o alguna escapada de nuestro bisturí, anularía el punto de fijación y crearía mayores dificultades a la sutura que a éste trozo le corresponde.

De igual manera debemos huir de la sección también probable de los hilos ya pasados, sección que daría lugar a efectuar este paso como si nada hubiéramos hecho anteriormente, traumatizando la mucosa con doble intensidad.

Entre las modificaciones que sobre este método se han hecho son interesantes la de WULSTEIN, que empieza la sutura por la úvula.

La de MOURE, que divide estos tiempos de la siguiente manera: primero, avivamiento; segundo, incisiones laterales; tercero, despegamiento anterior; cuarto, despegamiento posterior; quinto, sutura completa, y sexto, contención de las incisiones.

La técnica que nosotros usamos, se efectúa de la manera siguiente: algún tiempo antes de la fecha de la intervención, hacemos usar a nuestro enfermo el obturador que mencionamos; los motivos que nos conducen a ello son: asegurar primero la tolerancia del aparato, hábito que sólo el tiempo puede conseguir. Esta tolerancia que buscamos y es conseguida alguna fecha después, crea una modificación en la función faríngea; consistente en la disminución de la presión lingual a la deglución, factor que favorece la conservación de la sutura; aún en este procedimiento en que ésta queda protegida después de efectuada con la colocación de nuestro obturador (modificado si fuese necesario).

Por esto, como decimos antes, el obturador que usamos no tiene la misión que su nombre indica, mucho menos en esta época cuya función es de contención lingual.

Después de algunos meses de su uso pudimos observar cierta diferenciación entre las mucosas nasal y faríngea, lo que antes no sucedía; modificación que exclusivamente atribuimos al obturador por aislar una de otra estas cavidades; la diferencia entre las mucosas que corresponden a estos órganos se hacía más palpable sobre la pared posterior de la faringe a nivel de los arcos de la úvula (aunque aquí no existe este punto de referencia), la secreción salivar embadurnaba por igual esta región determinando un color más agradable, esta coloración cesaba de manera súbita en la altura que decimos; algo parecido sucedía en la mucosa nasal evidenciando todavía más el límite entre ambas mucosas.

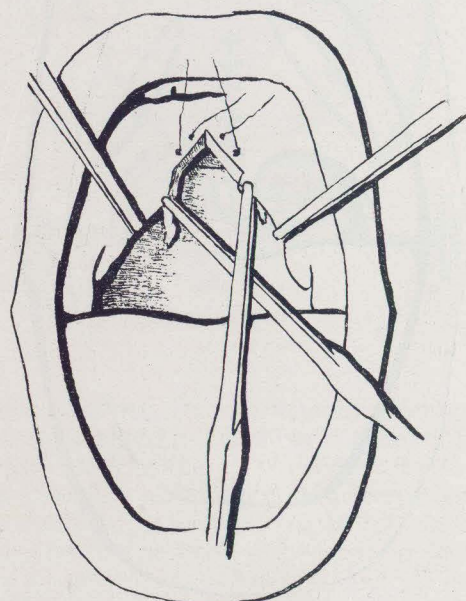


Fig. 16  
Campos 3.º

Este momento creemos es el más oportuno para nuestra intervención. En otro enfermo, además de esta modificación pudimos observar cierta regresión



de las colas de sus cornetes inferiores las que asomaban por su ausencia palatina queriendo, sin duda, compensar este déficit creando con su volumen alguna

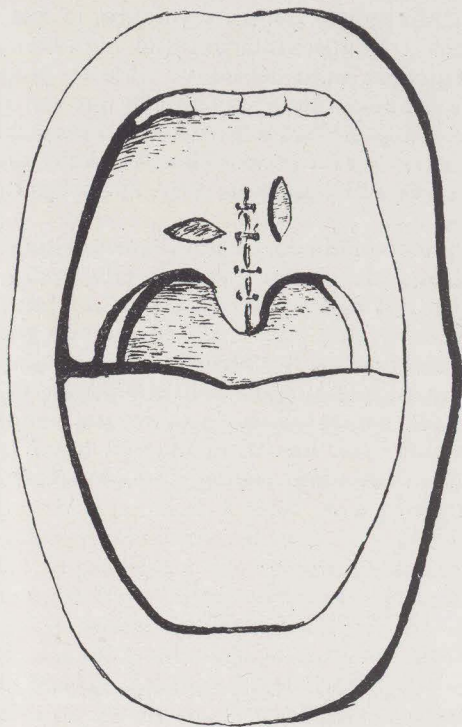


Fig. 17  
Campos 4.º

oclusión que compensaba en su medida la anomalía causante de su afección.

El obturador del Dr. VILLARRUBIA está constituido con dos clases de material: la parte de fijación que corresponde a la arcada dentaria es de caucho vulcanizado, su parte final que requiere la propiedad, de ser algo maleable por las modificaciones que tiene que sufrir, es de caucho sin vulcanizar, permitiendo su consistencia soportar la presión lingual sin modificar su posición.

Aumentando la curvatura del aparato determinamos mayor oposición a la convexidad de la lengua en la deglución y habituamos este órgano a que efectúe su función con las mejores condiciones para el éxito de nuestra intervención.

Conseguido esto, creemos indicado el momento de intervención efectuándolo, cuando es posible, con anestesia local, haciendo gargarizar al paciente con soluciones de clorhidrato de cocaína de muy débil concentración primero, y hasta el 5 por ciento la del último gargarismo, tolerando entonces las punzadas que inyectamos con una jeringa de dentista con soluciones al 10 y al 15 por ciento.

Las punzadas de nuestra anestesia son colocadas en los bordes libres mucosos en toda su longitud, acabando más tarde nuestra anestesia con otra línea de puntos también muy próximos unos de otros, y todos

ellos cerca de la arcada dentaria; comprobamos la tolerancia que exige la intervención y empezamos ésta de la manera siguiente:

Despegamiento en masa de las partes blandas que estén adheridas a su armadura ósea casi en su totalidad; esta maniobra la efectuamos con una legra potente que es aplicada sobre el borde libre mucoso. Este despegamiento a legra se efectúa solamente en una área de medio a un centímetro del borde libre en toda su longitud, completando con espátulas casi en su totalidad; esto es, hasta la arcada dentaria; una vez terminado este primer tiempo, punzamos los bordes mucosos ya libres, que más tarde se han de suturar con la pinza KOCKER, colocando tres o cuatro de éstas en cada lado; la cantidad de mucosa que sujetamos es la que será suprimida más tarde con el avivamiento.

Despegada y sujeta la mucosa con estas maniobras, probamos, por si fuera consentido, el afrontamiento de los bordes a suturar; generalmente se efectúa éste en buenas condiciones. Para la conservación de su continuidad, es preciso, entonces, hacer algo más para conseguir la solución total que necesita el enfermo por su ausencia palatina.

El refrescamiento que la sutura requiere lo empezamos en la comisura, esto es, de delante atrás, y lo efectuamos de una manera reglada alternando éste con el paso de los hilos de fijación; la colocación anterior de las pinzas KOCHER simplifica bastante este tiempo y una buena distribución de éstas contribuye



Fig. 18  
Campos: ojales de prolongación

a que el corte de nuestro avivamiento sea muy rectilíneo, causas que influyen para lograr máximo afrontamiento.



Como decimos, refrescamos desde la comisura hasta la segunda pinza; en el borde opuesto sacrificamos la misma cantidad de mucosa, que se practica en las mismas condiciones, y colocamos el hilo de fijación que a estos bordes corresponde; con esta manera de proceder, por efectuar un avivamiento parcial supri-

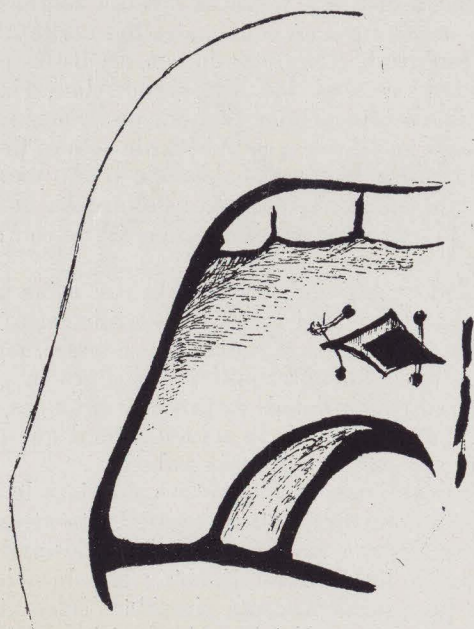


Fig. 19

Campos: sutura de los ojales

mimos la hemorragia de las partes no refrescadas, que son los bordes posteriores y respetamos su integridad hasta última hora.

Acabado este tiempo, tenemos efectuado avivamiento y paso de los puntos; resta únicamente su fijación o sutura propiamente dicha, la que comenza-

mos siempre por la comisura mientras sea consentida por la mucosa que ha de formar el nuevo velo.

La fijación de estos puntos se hace mientras se puede, sin ninguna preparación (incisiones liberadoras); bastantes veces es consentida hasta el primero y segundo punto, son las siguientes la que oponen resistencia a la aproximación que requieren, procediendo entonces para conseguir nuestro propósito a practicar los ojales de prolongación que son trazados lo más cerca posible del punto que no consintió su fijación, sin que esta proximidad sea tanta que pueda causar la rasgadura mucosa, bien sea del punto o del ojal.

Hemos terminado la sutura; quedan únicamente los orificios de los ojales que para ello hemos practicado, que nos ocupamos en suturarlos en sentido opuesto a su sección (véase fig. 19), dando por terminada la intervención después de colocar nuestro aparato obturador que ha sido modificado todavía más en sentido de la conservación de la sutura completando estos cuidados con una alimentación nasal para favorecer a un completo reposo de la función lingual de deglución.

## RESUME

*L'Auteur commente dans sa communication les anciens procédés de palatoplastie; il expose ensuite les actuels procédés et détaille la technique du procédé original qu'il emploie.*

## SUMMARY

*The author discusses the old methods of palatoplasty and then states the present ones describing the technique of his original method.*