

PRÓTESIS OBTURATRIZ. NUESTRA EXPERIENCIA.

Autor: Dr., MsC. Armandry Pascual Pico Cid.¹

Co-autores: Dra. Giselle Ramos Martínez, Dra. Sandra Cordero García, Lic. Maricela Fernández Gibert, Lic. Librada Traba Sorribe

1. Especialista en primer grado en prótesis estomatológica. Profesor asistente.
Departamento de rehabilitación buco-maxilo-facial del Hospital Provincial
Docente Saturnino Lora Torres. Santiago de Cuba. Cuba.

Resumen

Las pérdidas parciales o totales del maxilar crean grandes defectos, estableciendo comunicación entre la cavidad nasal y la bucal. En consecuencia, aparecen trastornos en la deglución, la masticación, la fonación, se genera hipernasalidad, filtración de líquido a la cavidad nasal, entre otros. En la mayoría de los casos la estética es comprometida, con un gran impacto psicológico sobre la persona afectada y sus familiares. Estas alteraciones dependen del agente causal, a menudo tumoraciones, cuya excéresis deja una cavidad remanente donde es necesario e indispensable la colocación de un obturador quirúrgico o prótesis obturatriz. Presentamos cuatro casos clínicos a propósito del tema, abordando los desafíos disímiles y sus soluciones, a modo de compartir nuestra experiencia en torno a este tipo de rehabilitación.

Palabras clave: prótesis obturatriz, obturador quirúrgico, prótesis maxilo-facial

Introducción

Las pérdidas parciales o totales del maxilar crean grandes defectos, estableciendo comunicación entre la cavidad nasal y la bucal. En consecuencia, aparecen trastornos en la deglución, la masticación, la fonación, se genera hipernasalidad, filtración de líquido a la cavidad nasal, entre otros. En la mayoría de los casos la estética es comprometida, con un gran impacto psicológico sobre la persona afectada y sus familiares. Estas alteraciones dependen del agente causal, a menudo tumoraciones, cuya excéresis deja una cavidad remanente donde es necesario e indispensable la colocación de un obturador quirúrgico o prótesis obturatriz.^{1, 2}

Un obturador quirúrgico o prótesis obturatríz es la prótesis usada para obturar y sellar la cavidad remanente a cualquier acto quirúrgico ocasionado por lesiones adquiridas o congénitas, benignas o malignas en el tejido del paladar duro y/o estructuras adyacentes. La restauración protésica del defecto se realiza con el uso del obturador quirúrgico de transición y posteriormente del obturador definitivo.²

La calidad de vida de los pacientes que han cursado por una cirugía de esta magnitud se ve afectada psicológica, social y emocionalmente al haberse desfigurado parte de su rostro y haber alterado parte de sus funciones orales. Sin embargo, la prótesis obturatríz contribuye a que el paciente supere estas mutilaciones y fijando expectativas altas en cuanto a lo que esperan de la rehabilitación, por lo que la planificación y el trabajo interdisciplinario son fundamentales a la hora de enfrentar estos casos.³

El objetivo de este trabajo es presentar cuatro casos clínicos que reflejan la diversidad de la rehabilitación mediante obturadores, abordando los desafíos disímiles y sus soluciones, a modo de compartir nuestra experiencia en torno a este tipo de rehabilitación.

Materiales y métodos

Deontología médica

Una vez fue evaluado el paciente por el equipo multidisciplinario de la consulta de rehabilitación dento-buco-maxilo-facial, se determinó el grado de dificultad de cada caso atendiendo a las necesidades sentidas del paciente en cuanto al motivo de consulta. Se obtuvo de cada uno de ellos su consentimiento en ser fotografiados aclarando que dichos registros podrían ser utilizados con fines docentes y científicos. Se precisó que el negarse en hacer públicas las imágenes no influiría en el curso del tratamiento. Una vez hechas estas aclaraciones se obtuvo el consentimiento por escrito de cada uno de ellos.

Caracterización general de los tratamientos

Se seleccionaron 3 casos rehabilitados en el año en curso y uno en el año 2013 teniendo como criterio para ello el grado de dificultad que representó su atención. Cada caso fue discutido en equipo multidisciplinario determinándose el grado de complejidad en la rehabilitación. Los pasos clínicos y de laboratorio se realizaron en

cumplimiento de los protocolos de atención de la actividad de rehabilitación dento-buco-maxilo-facial. Se consultaron extensas bases de datos disponibles en la red y en el centro provincial de información de las ciencias médicas con el objetivo de conocer el estado actual de la rehabilitación mediante prótesis obturatrix y complementar de esta forma nuestros conocimientos y quehacer en torno al tema. Los registros fotográficos utilizados fueron tomados de los archivos digitales de los autores y la información aquí plasmada se tomó de la historia clínica individual de cada caso en cuestión.

Resultados

Presentación de casos

Caso 1

Paciente del sexo femenino, de 73 años de edad, acude a consulta tras ser remitida del hospital oncológico de nuestra urbe donde fue intervenida quirúrgicamente, practicándosele una hemimaxilectomía derecha de infra y meso-estructura por diagnóstico de carcinoma verrugoso. Como complicación postquirúrgica se produjo deshidratación de la herida. Acudió tras 15 días de la intervención con sonda nasogástrica y franca limitación de la apertura bucal (15 mm) que impedía la correcta individualización y carga con material de impresión de la cubeta comercial seleccionada al caso. Tras reunión del equipo multidisciplinario se decidió confeccionar obturador de emergencia en acrílico termopolimerizable transparente sin dientes, en respuesta a la necesidad del oncólogo de realizar una cirugía estética que se apoyara en tejidos estables, para luego de un período de espera complementar el tratamiento quirúrgico de la tumoración con tratamiento radiante. En este caso la toma de la impresión se realizó utilizando una cubeta comercial perforada limitando la carga de la misma debido a la apertura bucal restringida. Aprovechando la herida deshidratada se introdujo una jeringuilla tipo luer modificada para impresiones oculares cargada con alginato, con ello se completaron los espacios donde el material de impresión resultó insuficiente del lado del defecto. Tras la primera cirugía estética, que resultó fallida, se produjo extensa contracción cicatrizal en la zona con permanente limitación de la apertura bucal. Se programaron otras cirugías estéticas a posteriori. Como conducta mediata se confeccionó un obturador de transición en silicona médica utilizando el primero

como cubeta individual. La técnica de confección fue modificada para lograr la rehabilitación del caso.



Fig. 1

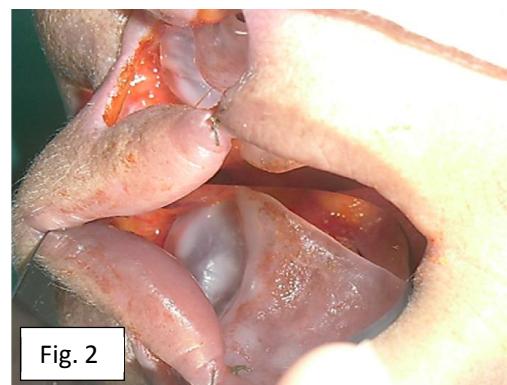


Fig. 2

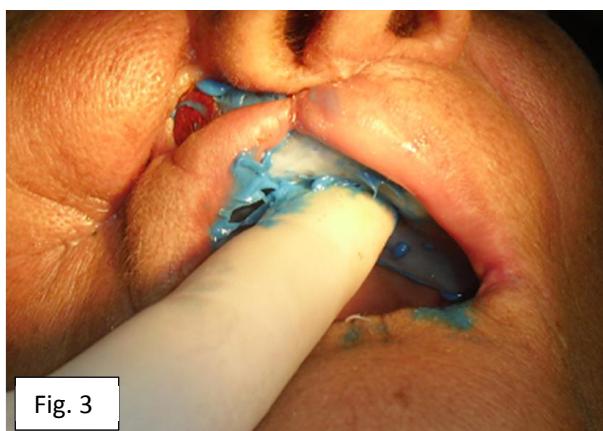


Fig. 3



Fig. 4



Fig. 5

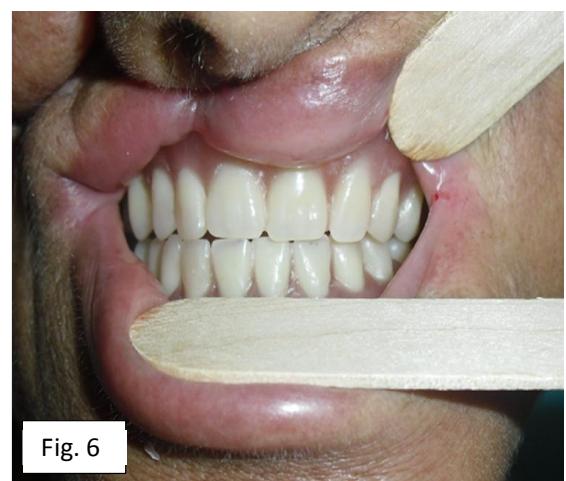


Fig. 6

Fig. 1 Estado del defecto y heridas deshícentes al llegar a consulta de rehabilitación.

Fig. 2 Obturador de emergencia plano en acrílico termopolimerizado en posición.

Fig. 3 Obturador convertido en cubeta individual. Se observa el momento en que se toma la impresión con silicona de corrimiento medio.

Fig. 4 Placa de articulación en acrílico rosado termopolimerizado con obturador en silicona médica adherido. Vista desde la cara mucosal.

Fig. 5 Comprobación de la dimensión vertical oclusiva con el tercio medio facial durante la relación intermaxilar.

Fig. 6 Caso instalado.

Caso 2

Paciente del sexo masculino, de 73 años de edad, intervenido quirúrgicamente hace 23 años por un carcinoma epidermoide del seno maxilar derecho, en consecuencia presenta un defecto extenso que incluye todo el hemimaxilar de ese lado con conservación del límite posterior del paladar blando. Su principal preocupación radica en el efecto antiestético que se producía al realizar movimientos de apertura y cierre con caída de la rehabilitación y excesiva movilidad de la misma, lo que le impedía hablar y masticar adecuadamente. La prótesis consistía en una total maxilar con bulbo de acrílico, liviana y una total mandibular. En los últimos meses se le confeccionaron 3 rehabilitaciones del mismo tipo pero con diferentes diseños, ninguna fue aceptada por el portador. Se decidió la confección de una prótesis maxilar con bulbo blando. Resultaba bastante difícil la obtención de un correcto plano de oclusión dada la escasa estabilidad y retención de la rehabilitación. La confección de una placa acrílica sin dientes que retuviera el bulbo blando, sobre la que luego se confeccionaron los rollos de articulación, brindaron el cumplimiento de los requisitos biomecánicos necesarios para la conclusión satisfactoria del presente caso.

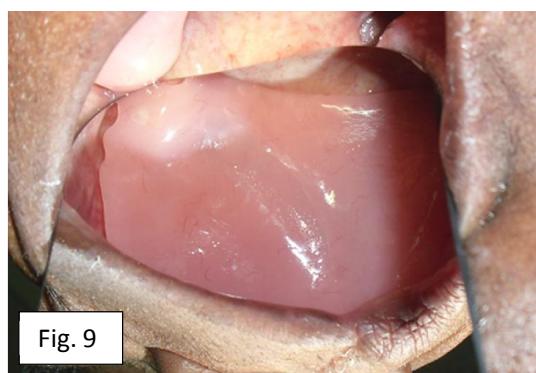
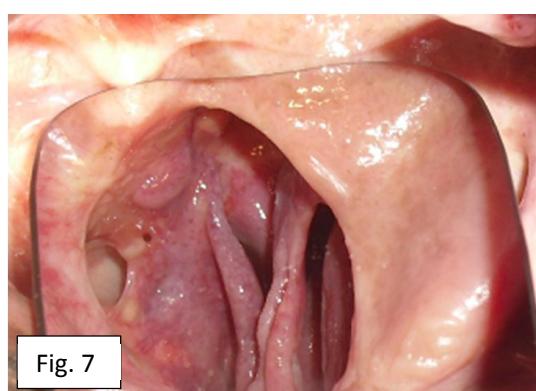


Fig. 7 Defecto en paciente hemimaxilectomizado derecho luego de 23 años.

Fig. 8 Placa en acrílico rosado termopolimerizado con bulbo en silicona médica adherido mediante retención mecánica.

Fig. 9 Placa en posición.

Fig. 10 Caso instalado.

Caso 3

Paciente del sexo femenino, de 62 años de edad, intervenida quirúrgicamente hace 15 días por un carcinoma epidermoide del seno maxilar derecho, quedando un defecto del hemimaxilar de ese lado. El principal problema del caso radicaba en la intensa reabsorción del reborde alveolar maxilar remanente, asociado a un hemipaladar plano que no aseguraban un adecuado soporte, retención y estabilidad a la futura rehabilitación. Se decidió tomar la prótesis en uso de la paciente, totalmente desajustada tras alrededor de 20 años de uso y modificarla para convertirla en un obturador de emergencia. La rehabilitación fue convertida en cubeta perforando e individualizando con cera de abejas la placa del lado del defecto. Fue tomada la impresión de ese lado con alginato. Se confeccionó un bulbo liviano en silicona médica retenido en las perforaciones y añadiendo asas de alambre de ortodoncia 0.28. Para mejorar la retención del lado no intervenido, se rebasó el mismo utilizando pasta zinqueñólica. Tras la polimerización del acrílico añadido se instaló el obturador de emergencia que ofrecía adecuada retención. El caso fue dado de alta en espera de la conclusión del tratamiento oncológico asociado y de la estabilización de los tejidos en el sitio del defecto.

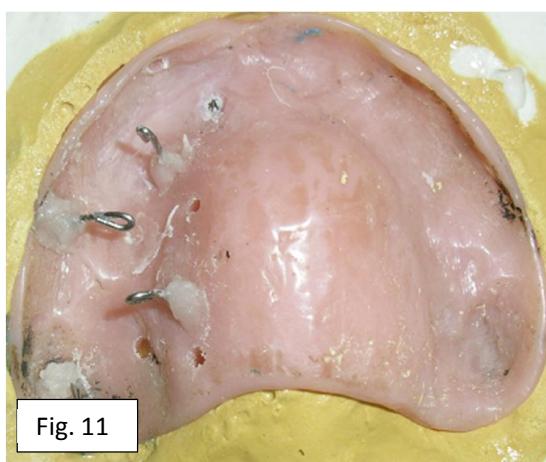


Fig. 11 Prótesis en uso enflascada y con asa de alambre retentivas presto a recibir la silicona médica.

Fig. 12 Prótesis recuperada. Obsérvese la silicona en posición.

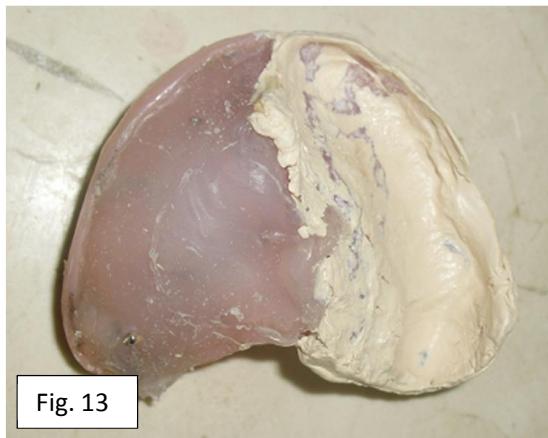


Fig. 13 Prótesis tras ser rebasada con pasta zinquenólica en el lado opuesto al defecto para lograr mayor retención, soporte y estabilidad.

Fig. 14 Caso polimerizado en acrílico transparente de termocurado.

Fig. 15 Caso instalado.

Discusión

El manejo prostodóncico de los defectos en paladar se ha venido realizando durante muchos años. Ya desde el siglo XVI, Ambroise Pare fue el primero en utilizar medios artificiales para cerrar defectos maxilares. Claude Martin, en 1876, describió el uso de un obturador protésico quirúrgico, y en 1927 Fry tomó impresiones en el momento inmediato tras la cirugía. Streadman, en 1956, usó una prótesis de resina acrílica recubierta de gutapercha.⁴

Las indicaciones de un obturador se pueden resumir en las siguientes:

- Como estructura de soporte sobre la cual el cirujano puede conformar los tejidos.
- Como prótesis temporal durante el período de corrección quirúrgica.
- Para restaurar inmediatamente la apariencia estética del paciente.
- Cuando el cierre primario esté contraindicado o la edad del paciente contraindique la cirugía.
- Cuando la posibilidad de que el paciente pueda sufrir una recidiva del proceso por el que tuvo que ser intervenido sea muy alta.⁴

La prótesis obturatrix ayuda positivamente a evitar o disminuir el impacto negativo de la intervención quirúrgica. Se puede definir como aquella que es capaz de cerrar la comunicación que se crea entre dos cavidades contribuyendo a rehabilitar funciones como la masticación, la deglución, la fonación y la succión entre otras; sirviendo además de soporte de tejidos ayudando a restablecer el contorno y la estética facial. En la rehabilitación con prótesis obturatrix, la forma y el volumen del defecto así como el origen de la lesión, condicionan el tipo de prótesis a elegir

Existen diferentes tipos de prótesis para defectos maxilares, dependiendo de su tamaño y de la presencia o ausencia de estructuras de soporte (dientes, reborde óseo maxilar, labios, lengua o mucosa yugal).⁵

Al encontrarnos ante una gran variabilidad de tipos y tamaños de defectos en el maxilar superior, la cantidad de tipos de aditamentos y variaciones que pueden llevarse a cabo en este tipo de prótesis obturadoras serían básicamente las que el facultativo fuera capaz de idear y confeccionar y que cubrieran las necesidades del paciente.⁶

No obstante, existen clasificaciones que engloban los diferentes tipos de defectos maxilares con el fin de facilitar la elección del diseño de la prótesis. En la literatura están recogidos numerosos tipos de aditamentos y variaciones. Borlase⁵ indicó que la posibilidad de colocación de implantes, tanto intraorales como extraorales, ha de

considerarse en el propio momento de la resección, para lo cual la comunicación entre cirujano y prostodoncista debe ser óptima.

Pigno y Funk⁷ publicaron el uso de una prolongación hacia el espacio de la apertura nasal en el manejo protésico de pacientes que han sufrido una hemimaxilectomía y que cuentan con un defecto poco favorable para su rehabilitación.

Driscoll y Habib⁸ presentaron la idea de ahuecar el aditamento obturador para aligerar el peso de la prótesis optimizando su comodidad durante la masticación, la fonación y la deglución, en caso de prótesis muy extensas.

Chambers et al⁹ publicaron la utilización de un obturador en paladar blando, restableciendo el cierre velofaríngeo y consiguiendo así un control en la emisión nasal durante el habla y previniendo la regurgitación nasal de comida y líquidos durante la deglución.

Además de las alternativas removibles, Kawasoto et al¹⁰ presentaron una prótesis parcial fija con un aditamento obturador anclado con un accesorio magnético.

En el caso de la rehabilitación de pacientes oncológicos con este tipo de defectos, una vez pasado un período en el que deben estar totalmente recuperados, serán re-evaluados para indicar el tipo de rehabilitación definitiva más adecuada.

Por supuesto, debemos tener muy en cuenta los requerimientos funcionales y estéticos de este tipo de pacientes, generalmente mucho más elevados de lo que en la mayoría de las ocasiones seremos capaces de conseguir, por lo que antes de comenzar el tratamiento se ha de comunicar de forma clara a los pacientes qué objetivos podemos conseguir con las prótesis obturadoras.⁶

El incremento de calidad de vida en pacientes maxilectomizados gracias a su rehabilitación con este tipo de prótesis ha sido recogido en la literatura actual. Así, Irish et al¹¹ llevaron a cabo un estudio de corte transversal con el fin de estudiar la calidad de vida en pacientes con maxilectomía tras la resección de un cáncer. Sus resultados refieren que un obturador que cumpla su función incrementará notablemente la calidad de vida de estos pacientes. Refieren dichos autores que la no utilización de prótesis obturadoras, tanto inmediatas como definitivas, en el caso

de resecciones de tumores que afecten al esqueleto facial, puede propiciar una contracción severa de los tejidos blandos, haciendo casi imposible la corrección de la disarmonía facial.

Conclusiones

Los obturadores protésicos están indicados para la corrección de defectos palatinos o maxilares, permitiendo tantos diseños y aditamentos como el facultativo sea capaz de aplicar según ha quedado demostrado con este trabajo. La rehabilitación debe realizarse necesariamente con enfoque multidisciplinario para asegurar de este modo el enfrentamiento exitoso a los desafíos que este tipo de restauración supone y con la que el paciente pueda recuperar un alto nivel de calidad de vida.

Referencias bibliográficas

1. Colectivo de autores. Procedimientos básicos clínicos en prótesis buco-maxilo-facial. 2da Edición. La Habana: Editorial CIMEQ; 2008. 99
2. Roesch RL, Sierra FM, Estrada EBE, Fernández TR. Importancia clínica de un obturador. Reporte de un caso. Oral 2010; 8 (24): 368-371
3. Álvarez Rivero A. Conceptos y Principios Generales en Prótesis Maxilo Facial. Cuba: Palacio de Convenciones; 1993
4. Keyf F. Obturatorprosthesesforhemimaxillectomypatients. J Oral Rehabil. 2001;28: 821-9
5. Borlase G. Use of obturators in rehabilitation of maxillectomydefects. Ann Roy CollDentSurg. 2000;15:75-9
6. Velázquez-CayónRT, Flores-RuizR, Torres-LagaresD, González-GuerreroD, González-PadillaD, Gutiérrez-PerezJL. Uso de obturadores en cirugía oral y maxilofacial. Presentación de cinco casos clínicos. RevEspCirug Oral y Maxilofac. 2011; 33 (1): 3
7. Pigno MA, Funk JJ. Augmentation of obturatorretentionbyextensionintothe nasal aperture. J ProsthetDent. 2001;85:349-51
8. Driscoll CF, Habib BH. Fabrication of a closedhollowobturator. J ProsthetDent. 2004;91:383-5
9. Chambers MS, Lemon JC, Martin JW. Obturation of thepartialsoftpalatedefect. J ProsthetDent. 2004;91:75-9

10. Kawasoto S, Hmamura S, Kawahara H, Nishi Y, Nagaoka E. Use of a magnetic attachment to retain an obturator prosthesis for an osseous defect. *J Prosthodont*. 2009;18:359-62.
11. Irish J, Sandhu N, Simpson C, Wood R, Gilbert R, Gullane P, et al. Quality of life in patients with maxillectomy prostheses. *Head Neck*. 2009;31:813-21.