

OBTURADORES QUIRURGICOS. ¿OPCIÓN O NECESIDAD? PRESENTACIÓN DE UN CASO

Autora: Dra. Sandra Marayde Rojas González. Especialista de 1er Grado en EGI. Profesor Instructor. Residente de 1er Año de Prótesis Estomatológica, Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez", Universidad de Ciencias Médicas de La Habana

Coautoras: Dra. Madelaine Bárbara Jiménez Gutiérrez, Dra. Maria Isabel Valdivia Cano, Dra. Solangel Lorán Almagro, Dra. Leannys Cecilia Pollán Sánchez

RESUMEN

La prótesis obturatriz inmediata evita el deterioro físico y psicológico del paciente maxilectomizado, su instalación debe ser en el mismo instante de la remoción quirúrgica, por lo que es importante que el protesista conozca el plan de tratamiento formulado por el equipo que tratará al mismo. Se realizará la presentación de un caso tratado en la consulta de Prótesis Bucomaxilofacial de la Facultad de Estomatología con el objetivo de mostrar el papel que cumple la integración del protesista al equipo multidisciplinario y hacer evidente la secuencia de pasos simples y con recursos disponibles que conllevan al paciente a una mejor estabilidad funcional y psicológica.

Palabras clave: Prótesis Obturatriz, Obturador Quirúrgico, Maxilectomía, Cirugía, Cáncer, Rehabilitación Oral, Protesista, Equipo Multidisciplinario.

INTRODUCCIÓN

El hombre moderno está expuesto a múltiples agentes y situaciones que pueden causar deformidades en el rostro ¹: accidentes, violencia, guerras, tumores malignos, etc., siendo muy alto el número de pacientes que son intervenidos quirúrgicamente todos los años por deformidades faciales. Cualquier deformidad en la cara estará expuesta a la vista de los demás, por lo que se incrementara la repercusión psicológica de la misma en los individuos que las presenten afectando también su auto imagen y por consiguiente su autoestima. ^{2, 3}

La prótesis maxilofacial es el arte y la ciencia de restaurar estas deformidades, ⁴ mediante el uso de sustitutos artificiales.⁵ Su meta principal es contribuir a la rehabilitación completa del paciente poniendo énfasis en: restauración de la estética, restauración de la función, protección de los tejidos, efecto terapéutico o curativo, estímulo moral o terapia psicológica, y un efecto resultante positivo en la rehabilitación sociovocacional. ⁶

La maxilectomía es una de las intervenciones quirúrgicas indicada para el tratamiento de las neoplasias de la región facial. Esta técnica comprende la resección del maxilar y de algunas estructuras anatómicas adyacentes a este. ⁷

En pacientes maxilofaciales se crea una comunicación entre la cavidad nasal y la bucal, en consecuencia se altera la fonación, hay intercambio de fluidos entre la cavidad oral y las fosas nasales que provoca cambios en la flora de ambas cavidades, se altera la ingesta de alimentos, la masticación y la deglución pudiendo quedar residuos en las fosas nasales con peligro de aspiración y sepsis, en algunos casos también se puede manifestar cierto grado de deformación facial ⁸ y por consiguiente va generalmente unido a pérdidas en la autoestima y depresión sumado a otros desequilibrios psicológicos. ⁹ Para oponerse parcialmente a estos problemas surgen los obturadores protéticos ¹⁰ que son indicados precisamente para sellar los tejidos expuestos de forma quirúrgica o congénita, siendo un sustituto fundamental del paladar duro, del hueso alveolar y de los tejidos blandos circundantes. ¹¹

La rehabilitación protésica del paciente con maxilectomía se lleva a cabo en tres etapas, en las que se confeccionan tres tipos diferentes de obturadores:

Obturadores inmediatos o quirúrgicos: Se coloca inmediatamente en el salón después de la remoción quirúrgica. Proporciona al paciente un efecto favorable inmediato evitando el deterioro físico y psicológico, restaura su imagen, no pierde la actividad fonética, proporciona un paladar artificial que separa las cavidades bucal y nasal, favorece la alimentación normal sin necesidad de utilizar la sonda nasogástrica, guía la cicatrización durante el período de recuperación del paciente, sirve como soporte a los tejidos de la cara, protege la herida de traumas, actúa como apósito quirúrgico reduciendo el riesgo de infección y permite acortar el período de convalecencia y rehabilitación del mismo. ¹²

Obturadores provisionales terapéuticos o temporales: Se instala al retirar el obturador quirúrgico y los apósitos, aproximadamente diez días después de la

intervención. La utilización de los obturadores provisionales es un requisito necesario para la realización del obturador definitivo.

Obturadores definitivos: Se confecciona cuando en el paciente se han establecido todos los cambios cicatriciales. Esto suele ser entre los tres meses y un año después de la cirugía. Se requiere de varios retoques antes de la colocación de una prótesis obturatriz definitiva. ¹³

Obturador de emergencia: Se confecciona cuando el paciente acude a consulta con la comunicación buconasal y la sonda nasogástrica por no haberle realizado la prótesis quirúrgica. Se elabora una placa obturatriz plana sin dientes para cubrir el defecto, lo cual permite retirar la sonda, alimentarse por sí mismo y facilita la fonética, la estética y el equilibrio psicológico del paciente. ¹⁴

Debido al manejo interdisciplinario que necesitan los pacientes maxilectomizados, es importante que el protesista conozca el plan de tratamiento global formulado por el equipo que tratará al mismo previo a la intervención. El conocimiento de este plan impide la realización de cualquier procedimiento irreversible o costoso en dientes que quizás haya que extraer en el futuro, y facilita la toma de registros e impresiones dentales apropiados preoperatorios para modelar una prótesis que se inserta durante la intervención. ¹⁵

El objetivo de este trabajo es mostrar el papel fundamental que cumple la integración del protesista en el equipo multidisciplinario para el tratamiento de los pacientes maxilectomizados con el uso de los obturadores quirúrgicos mediante la presentación de un caso.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Acude a la consulta de Prótesis Bucomaxilofacial de la Facultad de Estomatología de la Habana la paciente PSR, femenina de 60 años de edad remitida del Instituto Nacional de Oncología y Radiología diagnosticada con un Carcinoma Escamoso de paladar duro, con el fin de planificar el tratamiento rehabilitador protésico previo a la maxilectomía y facilitar la instalación del mismo durante el acto quirúrgico.

Al examen clínico extraoral la paciente no presentaba alteraciones ni asimetrías. Al intraoral la paciente presentaba solo la presencia del 17 en el sector superior, con condiciones periodontales severas, movilidad grado 4, migración apical de la encía dejando más de dos tercios de superficie radicular expuesta, sarro supra e infraradicular, alrededor del molar se detecta lesión en la mucosa con radio de

aproximadamente 2cm en toda su extensión, mostrando irregularidad en la continuidad de la misma, enrojecimiento y depresión en el área mostrando signos de reabsorción ósea. (Figura 1)

TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

La anamnesis permitió plasmar datos de interés en la Historia Clínica de Prótesis que fue confeccionada en la primera visita de la paciente, donde también se recogieron con ayuda de un set de clasificación los aportes clínicos durante la observación, así como la evaluación de las estructuras de soporte y adyacentes que tomarían contacto con el futuro aparato protésico, se registraron las relaciones intermaxilares permitiendo calcular la DVR con ayuda del medidor de Willis.

Se realizó la toma de impresión de ambas arcadas dentarias con cubetas comerciales y alginato. En el caso de la arcada inferior se consideró como definitivo por su aporte antagónico, para el maxilar se diseñó una cubeta individual espaciada y perforada que permitió tomar la impresión definitiva con alginato obteniendo una copia fiel de las estructuras. Se realizó el vaciado de las mismas con yeso piedra haciendo las anotaciones pertinentes en la orden de producción y se envió un duplicado del modelo de la arcada superior al cirujano encargado del caso para que trazara sobre el mismo la posible área a reseca durante la cirugía, mientras se realizaban en el servicio relaciones craneomandibulares aproximadas que permitieron relacionar al maxilar y la mandíbula con el fin de evitar perturbaciones groseras con el futuro aparato protésico y facilitar el montaje de los dientes en relación con sus antagonistas con previa selección del color en correspondencia con los mismos. (Figura 2)

Con el modelo prequirúrgico de vuelta al servicio se realizó un análisis minucioso que permitió su consiguiente recesión quirúrgica en el laboratorio. (Figura 3)

Sobre el modelo se realizaron los respectivos pasos previos al enmuflado del mismo que incluyó confección del bulbo obturador, extensión de la prótesis montaje y disposición de los dientes y encerado de forma general. El ciclo de curado del material se realizó en un horno microondas, lo cual permitió obtener un dispositivo protésico con buenas condiciones. (Figura 4)

En el acto quirúrgico luego de la amputación del área se instaló por parte del equipo multidisciplinario con intervención del equipo conformado por el protesista y el

licenciado en prótesis estomatológica el obturador, al cual se le hicieron ajustes pertinentes y se fijó con sutura para garantizar su retención. (Figuras 5-8)

A la semana de la intervención la paciente fue citada al servicio donde se comprobó el ajuste y la funcionabilidad del obturador quirúrgico y donde se pudo comprobar también la satisfacción, aceptación y el agradecimiento de la paciente. (Figura 9)

DISCUSIÓN

Alonso Travieso y col. consideran que los tratamientos habilitadores o rehabilitadores maxilofaciales, aportan buenos resultados estéticos y funcionales pese a las disfunciones presentes en estos pacientes, donde el equipo multidisciplinario es el encargado de valorar la afección a tratar. ¹ Álvarez Rivero, por el grado de complejidad que se presenta para el tratamiento de estos pacientes, resalta el papel de la integración multidisciplinaria.¹⁶ La mayoría de los autores, entre ellos Cayón ¹⁷, Montero ⁴, Casanova ⁵ y Fandiño ⁶ plantean que con el uso de los obturadores se logra en el paciente una serie de objetivos fundamentales como la rehabilitación bucodental inmediata, así como la facilidad de dar un seguimiento en el área observando y controlando las posibles recidivas. Constituye una técnica relativamente simple con resultados predecibles con la que en poco tiempo se puede corregir una situación no estética.¹⁷

El uso de obturadores en caso de defectos maxilares provocados por cirugía oncológica sigue siendo el tratamiento de elección para mejorar la calidad de vida de este tipo de pacientes, ya que no sólo mejora de manera sustancial funciones básicas del sistema estomatognático sino que se recobra el 100% de la función en algunos casos. Con el uso del obturador se alcanza un nivel muy alto de funcionalidad y adaptación, mejor de lo que sería permanecer con el defecto sin obturar o con reconstrucción quirúrgica del mismo. ³

CONCLUSIONES

La instalación de obturadores quirúrgicos ofrece resultados inmediatos para el paciente reduciendo el contacto del mismo con las secuelas creadas por la maxilectomía.

El trabajo en equipo multidisciplinario favorece el manejo integral del paciente, donde el protesista desempeña un papel primordial y la coordinación de estos esfuerzos permite recuperar la calidad del período de cicatrización postoperatorio

inmediato y la rehabilitación protésica definitiva en el caso de los pacientes que han sido sometidos a intervenciones donde como secuela de las mismas quede un defecto maxilar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alonso Travieso ML, Álvarez Rivero AV, Álvarez Torres M, Delgado Pérez EC, Barreiro González H, Lazo Sosa L. Procederes básicos clínico asistenciales en prótesis bucomaxilofacial. La Habana: Editorial CIMEQ; 2008. p. 11-8.
2. Puig Capote E, Nápoles González IJ, Díaz Gómez SM, Rodríguez Alpizar R. Urgencias de prótesis bucomaxilofacial en el municipio Camagüey. AMC. 2009 [citado 8 Oct 2013]; 13(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.%20php?pid=S1025-02552009000300014&script=sci_arttext.
3. Portero Fontanilla L. ¿Qué hacer con nuestros pacientes minusválidos maxilofaciales? Nuevos enfoques. Maxillaris, Julio 1999, 24-30.
4. Montero Contis S, Mesa Pérez I. Necesidad de prótesis bucomaxilofacial en pacientes atendidos en la consulta de somatoprótesis. RevCubMed Mil [revista en la Internet]. 2006 Sep [citado 2015 Mayo 04]; 35(3): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572006000300012&lng=es.
5. Casanova Díaz C, Peñón Vivas P. Trauma maxilar, manejo integral. En: Procedimientos básicos en la rehabilitación de los defectos maxilares. La Habana: CIMEQ; 2013.
6. Fandiño Torres LA, López Parada A. Elaboración de un obturador quirúrgico (prótesis inmediata) en un paciente con hemimaxilectomía por carcinoma epidermoide. Rev ADM2001 Noviembre-Diciembre; 58(6):pp 220-228.
7. Azcue Bilbao M, Frómata Neira C, López Rodríguez A, Cuevas Veliz I. La maxilectomía en las neoplasias del macizo facial. Sistema de clasificación del Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología (INOR). Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2010 Jun [citado 2015 Mayo09]; 47(2): 189-198. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072010000200007&lng=es.
8. Yue-Zhong H, Zhi Huang, Hong-Qiang Y, Yong-Sheng Z. Inflatable hollow obturator prostheses for patients undergoing an extensive maxillectomy. Int J Oral Sci. 2012 June; 4(2): 114–118.
9. García-Carrillo CA, Polo Casero L. Obturadores maxilofaciales tras el tratamiento del cáncer. Gaceta DentalMadrid. 2009.
10. Ahmed B, Hussain M, Yazdania N. Hollow bulb obturator: A blessing for maxillectomy patients - A case report. Pak Oral Dental J 2007; 27:127-8.
11. The Glossary of Prosthodontic terms. J ProsthetDent 2005; 94:10-92
12. Tannamala PK, Pulagam M, Pottem SR, Karnam S. Flexible resins in the rehabilitation of maxillectomy patient. Indian J Dent Res [serial online] 2012 [cited 2014 Jan 16]; 23:97-100. Available from: <http://www.ijdr.in/text.asp?2012/23/1/97/99048>
13. Lerat J., Aubry K., Brie J., Perez A.-F., Orsel S., Bessede J.-P. Communications bucco-naso-sinusiennes. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Oto-rhino-laryngologie, 20-480-M-10, 2011.
14. Álvarez Rivero A. y col. Procedimientos Básicos en la Rehabilitación de los defectos maxilares. La Habana, I CIMEQ, 2013. p. 200.
15. Meras Jáuregui T, Morales Pérez Y, Cazañas Montero R, Guardado Valdés Y. Repercusión de la rehabilitación con prótesis obturatriz en pacientes tratados en el Centro de Prótesis Bucomaxilofacial. Medicentro Electrónica [revista en la Internet].

2015 Jun [citado 2015 Abr 23]; 19(2): 72-79. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432015000200003&lng=es.)

16. Álvarez Rivero AV. Creación e implementación de la Red Asistencial Nacional de Rehabilitación de la Cara y Prótesis Bucomaxilofacial. La Habana. Cuba. Trabajo para optar por el título de Doctor en Ciencias Estomatológicas 2014. Disponible en: <http://tesis.repo.sld.cu/862/1/AlvarezRivero.pdf>
17. Velázquez-Cayón R.T., Flores-Ruiz R., Torres-Lagares D., González-Guerrero S., González-Padilla D., Gutiérrez-Perez J.L. Uso de obturadores en cirugía oral y maxilofacial: Presentación de cinco casos clínicos. RevEspCirug Oral y Maxilofac [revista en la Internet]. 2011 Mar [citado 2014 Oct 02]; 33(1): 22-26. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-05582011000100004&lng=es. [http://dx.doi.org/10.4321/S1130-05582011000100004.](http://dx.doi.org/10.4321/S1130-05582011000100004)

ANEXOS

Figura 1



Figura 2



Figura 3



Figura 4



Figura 5



Figura 6



Figura 7



Figura 8



Figura 9

