

OBTURADOR VELO-FARINGEO

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

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

RESUMEN

La prótesis obturatriz velo-faríngea es una variante de los tratamientos rehabilitadores obturadores que reviste características especiales. El defecto que corrigen se encuentra ubicado en una región anatómica de mucha movilidad e importancia funcional al intervenir en funciones como la deglución, la ventilación, el habla y la succión. Uno de los cambios que la ubicación de este defecto causa es la hipernasalidad, consistente en la modificación de la frecuencia de la voz hacia tonos agudos, hecho particularmente molesto si el afectado es un paciente del sexo masculino. Presentamos la resolución de un caso mediante un obturador velo faríngeo, con el cual fue corregida la hipernasalidad, lográndose de esta forma el mejoramiento de la calidad de vida del paciente afectado.

Palabras clave: Obturador velo-faríngeo, hipernasalidad, nasalización de la voz

INTRODUCCIÓN

La prótesis obturatriz velo-faríngea es una variante de los tratamientos rehabilitadores obturadores que reviste características especiales. El defecto que corrigen se encuentra ubicado en una región anatómica de mucha movilidad e importancia funcional al intervenir en funciones como la deglución, la ventilación, el habla y la succión.¹

El paladar blando forma parte del tracto vocal que interviene en la articulación y filtración del sonido que generan las cuerdas vocales al paso del aire proveniente de los pulmones. ² Este sonido conocido como voz humana y cuyo mecanismo de

generación es mucho más complejo de lo que aquí se explica; puede ser modificado dramáticamente cuando cualquier estructura del tracto vocal es modificada. Las secuelas de la cirugía oncológica en esa zona son unas de las causas que en nuestra especialidad generan cambios en la voz. Durante la fonación, el escape del aire a través de la nariz causa lo que se conoce como nasalización de la voz.³

La obturación por medios protésicos del defecto en el área velo-faríngea no sólo mejorará la hipernasalidad, también evitará el pase de alimentos y agua a la nariz durante la deglución.

EL Objetivo es presentar un caso clínico resuelto mediante un obturador velo-faríngeo de un defecto de origen oncológico en región del paladar blando.

MATERIAL 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 la conducta a seguir atendiendo a las necesidades sentidas del paciente en cuanto al motivo de consulta. Se obtuvo del mismo su consentimiento en ser fotografiado 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 del paciente.

Caracterización general del tratamiento

Presentación del caso

Paciente del sexo masculino, de 67 años de edad, acude a consulta tres años después de ser intervenido quirúrgicamente, realizándosele excéresis de un carcinoma epidermoide en región de la úvula (Figura 1). Recibió como tratamiento complementario quimioterapia y radioterapia. Durante la anamnesis el paciente refirió sentir vergüenza de hablar en público pues le había cambiado el tono de su voz tras la cirugía. Ello limitaba el desempeño social del mismo y constituía su principal preocupación en torno a la rehabilitación. Para actuar como testigo de los cambios en el tono de la voz se realizó un espectrograma antes y después de rehabilitado el paciente.

RESULTADOS

Una vez analizado en equipo multidisciplinario se decidió:

La realización de una prótesis parcial superior y total inferior, construidas tras tomar impresión en cubeta comercial perforada individualizada con mordicer. Se utilizó el alginato como material de impresión. Se realizó la relación intermaxilar mediante método plástico arbitrario y guía digital y deglutiva para llegar a la relación céntrica. El caso fue montado en articulador free-plane. Enfilados los dientes y probado el caso se realizó la terminación mediante la polimerización del acrílico en microondas. Se instalaron ambas prótesis y se realizaron los controles pertinentes hasta que el paciente refirió total adaptación a ambas (Figura 2).

Se tomó la prótesis maxilar y se añadió una extensión de mordicer reblandecido a la parte posterior de la misma, alargándola hasta que contactó con el sito del defecto, seguidamente se pidió al paciente que realizara movimientos de deglución. Se obtuvo de esta manera un registro funcional de la región.

Seguidamente se encajonó con una lámina de parafina rosa la extensión de mordicer, se untó separante con base grasa a la cara mucosal de la prótesis y se corrió el conjunto con yeso piedra. Se obtuvo el modelo de trabajo (Figura 3).

Se tomó un alambre 0.28 y se adaptó con alicates, dándole forma de U en un extremo. En el otro se practicaron retenciones. Estas fueron a la parte posterior de la prótesis, donde quedaron retenidas en socavados que se rellenaron luego con acrílico de autopolimerización color rosa.

Probado el caso y modificada la forma del asa de alambre de acuerdo a las indicaciones del paciente se reblandeció una porción de mordicer y se colocó en la parte posterior del asa que caía al centro del defecto. El caso fue nuevamente insertado cuidando que el mordicer penetrara en el defecto.

Una vez endurecido el mordicer, fue retirado el conjunto, para mayor precisión se cubrió la parte superior del obturador con silicona para impresión de consistencia ligera. El caso fue nuevamente insertado. Se pidió al paciente realizará movimientos de deglución. Una vez polimerizada la silicona el caso fue retirado e inspeccionado para su crítica (Figura 4 y 5).

Se practicó un orificio con forma cónica a todo lo largo del obturador utilizando un instrumento largo de diámetro adecuado, calentado a la llama de un mechero bunsen. La forma cónica se aseguró rotando excéntricamente la base y no la punta.

Se encajonó la parte ocupada por el obturador realizando dos tapas en yeso piedra: una inferior a la que una vez fraguada se le aplicó un separante para acrílico y en la

que se realizó una muesca posicionadora. La tapa superior cubrió el resto del obturador. Concluido el fraguado ambas tapas fueron separadas (Figura 6).

El obturador fue eliminado bajo un chorro de agua caliente. Se colocó silicona médica en la cámara de moldeo entre ambas tapas de yeso, se aseguraron estas con dos ligas y se introdujo la “mufla” en un tazón de goma con agua tibia, esperándose alrededor de 45 minutos.

Al separarse ambas tapas se recuperó el obturador retenido en el extremo en U del asa de alambre. Se recortaron con tijera curva los excesos de silicona.

Desinfectado el caso en solución de hibitani acuoso al 2% se inició la prueba del obturador. Se recortó la cima del mismo hasta encontrar una proporción equilibrada entre un tono de voz grave y una adecuada capacidad ventilatoria (Figura 7). El paciente expresó satisfacción y finalmente se dieron las indicaciones de uso y cuidado del aparato protésico. Fueron pactados controles sucesivos.



Figura 1. Se observa la ubicación del defecto en la zona que correspondía con la ubicación de la úvula.



Figura 2. Prótesis instaladas, realizadas antes de la confección del obturador.



Figura 3. Registro funcional de la zona del velo del paladar encajonado, pronto para ser corrido en yeso piedra.



Figura 4. Asa de alambre posicionada en la parte posterior de la prótesis. Su porción más distal penetra ligeramente en el defecto.



Figura 5. Impresión de la zona corregida con silicona ligera para mayor fidelidad en la obturación del defecto



Figura 6. Obturador encajonado pronto para su polimerización en silicona médica una vez sea eliminado la impresión.



Figura 7. Obturador en posición. Nótese la perforación central cuya modificación permitió encontrar la emisión sonora que más se acercara a la voz del portador.

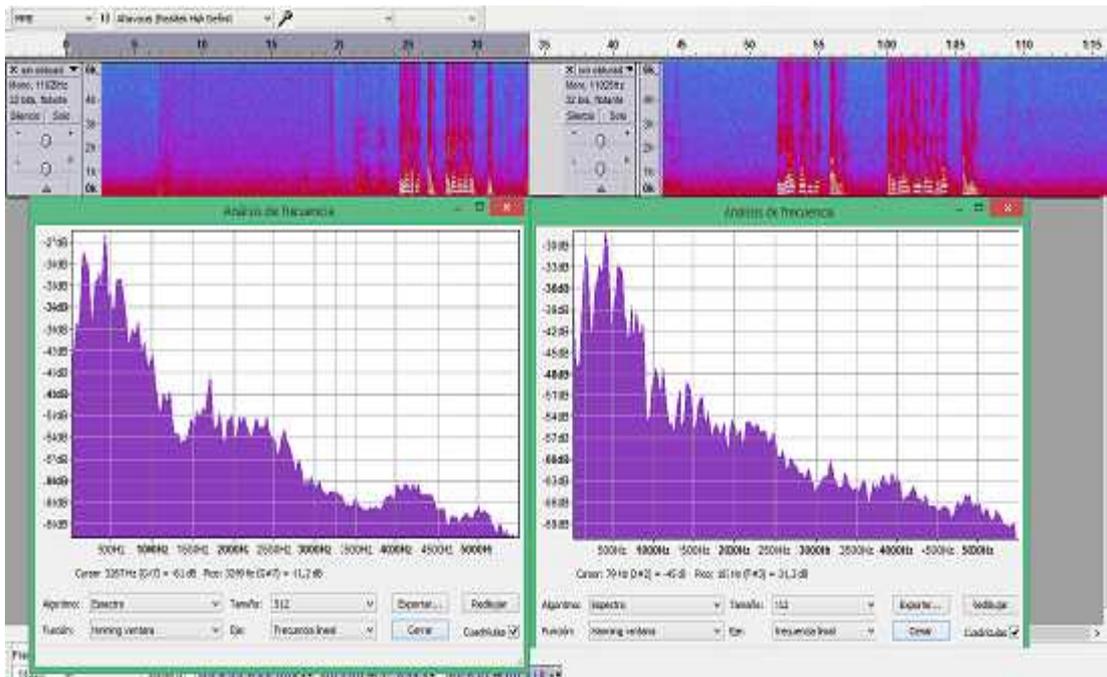


Figura 8. Muestra el análisis del espectrograma antes (izquierda) y después (derecha) de la inserción del obturador. Antes de la rehabilitación se registraron picos de frecuencia de 3249 Hz que corresponden a tonos agudos. Después de la rehabilitación se registraron picos de hasta 187 Hz correspondientes a tonos graves de la voz.

DISCUSIÓN

La exéresis quirúrgica de la úvula en el caso que nos ocupa, generó una pequeña comunicación un poco más anterior que la parte posterior del velo del paladar que es el límite inferior de la nasofaringe. La función de la úvula se coordina con el resto del paladar blando, separando la cavidad bucal de la nasal; controlando el acceso a la cavidad de resonancia nasal por lo que su presencia es importante en la emisión de sonidos durante la fonación.⁴

La nasalización de la voz que se generó tras la ablación de la úvula resultó molesta para el paciente, por cuanto modificó hacia lo agudo el tono de su voz. Fue esta su principal preocupación al afrontar la rehabilitación.

Al obturar el sitio se modificó el tono de la voz. Este pudo transformarse a voluntad en virtud de una perforación en forma cónica que ocupa la porción media del obturador, estrecha en su cima que “mira” hacia la nasofaringe y ancha en su base en contacto con la orofaringe. Al ser realizado en silicona médica, el corte con tijera curva de la cima del obturador varió el diámetro de la perforación, permitiendo

controlar el pase de aire y con ello modular el tono de la voz hasta un punto en frecuencias graves que se acercaran lo más posible a la emisión sonora prequirúrgica del paciente sin afectar la ventilación del mismo (Figura 8).

CONCLUSIÓN

La rehabilitación del defecto generado tras la ablación de la úvula permitió la recuperación de la fonación correcta en el paciente cuya pérdida era su principal preocupación. El trabajo en equipo multidisciplinario con enfoque científico fue la fuente fundamental del éxito en este tratamiento, lo que redundó en una mejor calidad de vida al portador de la rehabilitación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Colectivo de autores. Procedimientos básicos clínicos en prótesis buco-maxilo-facial. 2da Edición. La Habana: Editorial CIMEQ; 2008. 127
2. Taicher, S, Rosen A, Arbree N, Bergen S, Levy M. et al. A technique for fabrication of polydimethylsiloxane-acrylic resin obturators. J. Prosthetic Dent. 1983; 50: 65
3. Jaramillo X. Prótesis maxilofacial. Arte y ciencia de la rehabilitación. Oral. 2015; 8(11): 31
4. Euteneuer S, Sudhoff H, Bernal-Sprekelsen M, Theegarten D, Dazert S. Malignomas of the nasal cavity and the paranasal sinuses: clinical characteristics, therapy and prognosis of different tumor types. Laryngorhinootologie. 2004;83(1): 33