

Importancia clínica de un obturador quirúrgico. Reporte de un caso

C.D. Laura Roesch Ramos*
L.E. Mariana Sierra Farfán**
M.E.I. Blanca Estela Estrada Esquivel***
C.M.F. Rubén Fernández Tamayo****

Keyword: Surgical obturator, ossifying aggressive fibroma, maxillofacial prothetics

Descriptor: Obturador quirúrgico, fibroma osificante agresivo, prótesis maxilofacial

*Alumna de la maestría en Estomatología Integral, BUAP

**Alumna de la maestría en Estomatología Pediátrica, BUAP

***Coordinadora de la maestría en Estomatología Integral, BUAP

Autora responsable

****Coordinador de la especialidad en Prótesis Maxilofacial Hospital Universitario, BUAP

Resumen

Los procesos tumorales que se presentan en el maxilar y mandíbula, en un crecimiento excesivo, pueden desfigurar considerablemente el rostro del paciente. Al ser eliminados las lesiones o tumores se presentan trastornos en funciones como la deglución, masticación, fonación, habla hipernasal, filtración de líquido a la cavidad nasal o inclusive a la cavidad orbitaria dependiendo del tamaño de la tumoración y la cavidad remanente por lo que es necesario e indispensable la colocación de un obturador quirúrgico o prótesis obturatriz a este tipo de pacientes.

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 su funciones orales alteradas. Sin embargo, la prótesis obturatriz u obturador quirúrgico contribuye al que el paciente supere estos tipos de mutilaciones y sus expectativas son altas para volverse a sentir personas normales y socialmente aceptados.

Introducción

Se define a la prótesis maxilofacial como la especialidad de la estomatología dedicada a la rehabilitación funcional y estética de las estructuras intraorales y extraorales a través de una prótesis. Tales estructuras pueden sufrir defectos o quedar mutiladas como resultado de intervenciones quirúrgicas, traumatismos o defectos congénitos^{1,2}.

Un obturador quirúrgico o prótesis obturatriz 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 de obturador quirúrgico de transición y obturador definitivo^{1,2}.

Las funciones de un obturador son:

- Permisir la colocación de un revestimiento quirúrgico que soporte al colgajo y al injerto que pudiera colocarse en el sitio quirúrgico.
- Proveer una barrera que impida que el paciente se percate de la extensión real del defecto creado.
- Impedir que el paciente introduzca su lengua dentro del defecto.
- Permitir que el paciente reciba una alimentación normal y no a través de sondas nasogástricas.
- Evitar que el paciente emita habla hipernasal.
- Brindar al paciente el soporte psicológico necesario para superar el trauma que le puede ocasionar la cirugía.
- Brindar una apariencia estética normalizada.

El objetivo principal del tratamiento protésico es mejorar el aspecto, la fonación y la masticación, de igual importancia la función y la estética.

Para el tratamiento y manejo del paciente que presenta algún defecto maxilar, es importante contar con un equipo de

abstract

The tumoral processes that are presented in the maxillary and jaw, in an excessive growth, they can deform the patient's face considerably. When being eliminated the lesions or tumors are presented dysfunctions in functions as the deglution, mastication and phonation like: to present speaks hipernasal, filtration of liquid to the nasal cavity or inclusive to the cavity it would orbit depending on the size of the tumor and the cavity remainder for what is necessary and indispensable the placement from a surgical choke to this type of patient.

The quality of the patients' life with maxillofacial prothesis altered, they are damaged psychologically, social and emotionally when having lost part of its face and finally its expectations are very high to feel normal and socially accepted of the people again.

especialistas integrado por psicólogo, cirujano maxilofacial, estomatólogo integral, foniatra y, sobre todo, la familia del paciente, para que ellos se hagan cargo del bienestar del enfermo, tanto físico como psicológico^{2,3}.

El estomatólogo integral realiza un trabajo importante, ya que contribuye al plan de tratamiento y rehabilitación del paciente. En la mayoría de los casos, el pronóstico es favorable y es posible rehabilitar a los pacientes en cuanto a función y apariencia.

En 1872 Menzel describió el fibroma osificante y Montgomery le dio el nombre^{4,5}. El fibroma osificante es una neoplasia ósea benigna característica del esqueleto craneomaxilofacial, constituida por tejido conectivo fibroso con cantidades variables de hueso^{3,6}.

Reporte de un caso clínico

Se recibe en octubre del 2003, paciente femenino con siete años de edad, para valorar aumento de volumen intraoral en la región maxilar izquierda con evolución aproximadamente de cuatro meses, sin antecedentes médicos relevantes.

Al examen clínico se observó tumefacción del lado izquierdo de la cara a nivel de laterales a molares del maxilar superior.

● Roesch, R.L., Sierra, F.M., Estrada, E.B.E., Fernández, T.R. Importancia clínica de un obturador quirúrgico. Reporte de un caso. Oral Año 8. Núm. 24. Primavera 2007. 368-371

Intraoralmente se observó aumento de la tabla vestibular y palatina de la región molar hasta la zona anterior del maxilar superior del lado izquierdo, indolora a la palpación, mucosa vascularizada presentando ausencia clínica del canino, primer y segundo molar temporal superior izquierdo (foto 1).



Foto 1
Exploración Intraoral

El análisis de la radiografía panorámica evidenció una imagen radiolúcida multilocular bien definida, ausencia de los dientes temporales y la presencia de los gérmenes permanentes dentro de la luz de la lesión. (foto 2).



Foto 2
Radiografía Panorámica

El diagnóstico diferencial, inicialmente incluyó displasia fibrosa, quiste óseo aneurismático y fibroma osificante juvenil. (Diagnóstico diferencial realizado por el Doctor Mario Palma)

Para clarificar el diagnóstico se ordenó una tomografía sin contraste de maxilar con cortes axiales y coronales (foto 3).

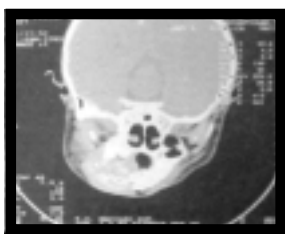


Foto 3
Tomografía

Se indicaron los exámenes complementarios para proceder al tratamiento definitivo.

Y bajo anestesia general en el Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Universitario de la BUAP se procedió a la enucleación de la lesión y a la extracción de los dientes incluidos en la porción ósea comprometida (foto 4). Todo el material extraído se envió a estudio histopatológico.

El informe histopatológico definitivo reportó *Fibroma Osificante Benigno Agresivo*.



Foto 4
Enucleación de la lesión

Al término de la cirugía se colocó el obturador previamente realizado con acondicionador de tejidos (COE-COMFORT®), se recortaron los excedentes y se sujetó con alambres y ganchos al hueso remanente (foto 5).

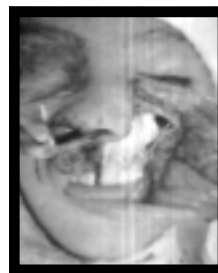


Foto 5
Anclaje de la prótesis



Foto 6
Posoperatorio a 2 semanas

Año y medio después la paciente acude a consulta al Posgrado de Estomatología Pediátrica a revisión y evaluación del obturador (foto 7, 8 y 9).



Foto 7
Fotografía Extraoral



Foto 8
Fotografía Oclusal

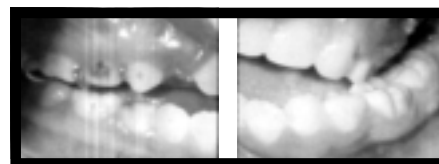


Foto 9 **Fotografías laterales derecha e izquierda**

Se le retiró el obturador ocasionando un ligero daño a los tejidos blandos (Foto 10).

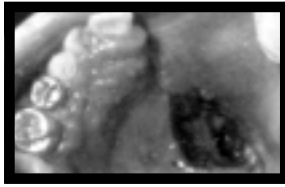


Foto 10
Retiro del obturador

Después de un año la paciente acude a consulta y podemos observar en el crecimiento de los maxilares, el superior se ve colapsado y el inferior siguió su crecimiento normal (Foto 11, 12 y 13), los dientes antagonistas no han logrado erupcionar al tener contacto prematuro con el obturador y al no tener control del crecimiento de los maxilares, también se observa que la paciente tiene mordida cruzada debido a que no ha habido cambio del obturador por falta de la paciente a sus consultas de control.



Foto 11
Fotografía extraoral 3 años después de la cirugía



Foto 12
Fotografía frontal intraoral

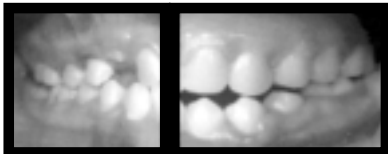


Foto 13 **Fotografías laterales derecha e izquierda**

Al retirar el obturador podemos observar que los tejidos blandos ya no se encuentran irritados y la fistula ha ido reduciendo su tamaño (Foto 14). Por estos motivos se decide colocar un nuevo obturador con un expansor que se irá activando cada mes porque la paciente no puede acudir a las consultas de control frecuentemente, y el crecimiento de los maxilares sea proporcionado.



Foto 14 **Fotografías oclusales superior e inferior**

Se realizó una cucharilla individual y se probó en boca para verificar que estuviera bien adaptada, se le colocó adhesivo para polivinilsiloxano a la cucharilla y se tomó la impresión de una intensión con polivinil-siloxano, (Imprintm II®, pesado y ligero). Al retirar la impresión de boca se encajono la impresión, se tomó una impresión con alginato de la arcada inferior (Foto 15).

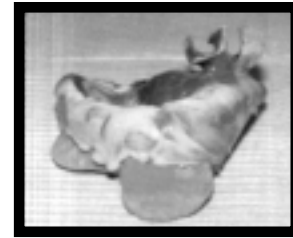


Foto 15
Impresión fisiológica

Se procedió al corrido del modelo con yeso Tipo IV (Resinrock®) para elaborar la placa base del obturador, se tomó el registro de la mordida, se montó en un articulador semiajustable y se enfilaron los dientes respetando el tamaño de su arcada y dejando los dientes del obturador sin hacer contacto debido a que la paciente se encuentra en crecimiento y los dientes permanentes inferiores aun no han erupcionado por completo (Foto 16 y 17).



Foto 16
Modelo de trabajo



Foto 17
Registro de mordida

Se colocaron dos ganchos de bola para la retención del obturador y se colocó una Z en los incisivos central y lateral superiores derechos para descruzar la mordida. Se colocó el expansor en el centro del obturador y se hizo una prueba del encerado de diagnóstico en la paciente para asegurar que la oclusión fuera la correcta (Fotos 18, 19 y 20).



Foto 18
Enfilado de los dientes

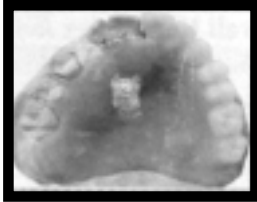


Foto 19
Colocación de los ganchos

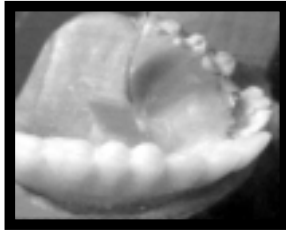


Foto 20
Encerado del tornillo de expansión

Posteriormente se procedió a procesar el obturador con la técnica convencional de enmuflado, se bloqueó el modelo evitando la penetración del acrílico en las zonas retentivas, se colocó la contramufa, se prensó y se sumergió la prensa en agua hirviendo para desencerrar el obturador.

Se realizó el procesado y terminado convencional del obturador para posteriormente colocarlo en la boca del paciente indicándole la vía de inserción que tenía el obturador, así como los cuidados necesarios para el mantenimiento de su prótesis y control del paciente (Fotos 21, 22, 23 y 24).

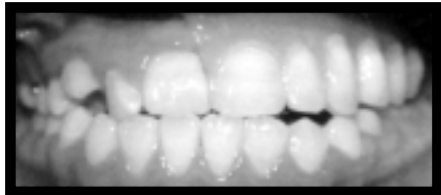


Foto 21
Fotografía frontal intraoral

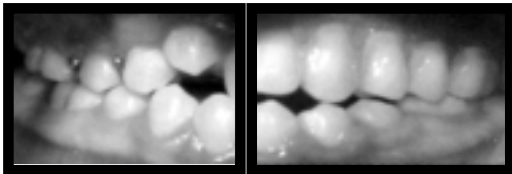


Foto 22
Fotografías laterales derecha e izquierda



Foto 23
Fotografía Oclusal



Foto 24
Fotografía extraoral final

Conclusiones

En la actualidad no existe razón o justificación para no rehabilitar de manera inmediata con un obturador quirúrgico o prótesis obturatriz al paciente hemimaxilectomizado, ya que sus beneficios son invaluableles al proporcionarle un soporte en su bienestar físico, estético y emocional, que le permite una adecuada alimentación, fonación y se atenúa el compromiso estético (hundimiento geniano o infraorbitario), así concomitantemente le conlleva a que su estilo y calidad de vida no se vea alterado o afectado por las secuelas a la eliminación quirúrgica de cualquier tipo de tumor en el maxilar.

Bibliografía

- 1.-Beumer, J., Curtis, T.A., Marunick, M.T. *Maxilofacial rehabilitation, prosthodontic and surgical considerations.* Ishiyaku EuroAmerica Inc; 1996.
- 2.-Alvarez, A. *Conceptos y principios generales en Prótesis Maxilofacial.* Edit. Palacio de convenciones, 1993.
- 3.-Fuentes, F.R.; Mendoza, V. *Fibroma osificante: Reporte de un caso clínico y revisión de la literatura.* Revista Odontológica Mexicana. Vol. 10, Núm. 2 Junio 2006, pp 88-92.
- 4.-Huebner, G.R., Brenneise, C.V., Ballenger, J. *Central ossifying fibroma of the anterior maxilla: report of case.* J Am Dent Assoc. 1988; 116: 507-10.
- 5.-Walter, J.M., Terry, B.C., Small, E.W., Matteson, S.R., Howell, R.M. *Aggressive ossifying fibroma of the maxilla: review of the literature and report of case.* J Oral Surg 1979; 37: 276-86.
- 6.-Slootweg, P.J. *Maxillofacial fibro osseous lesions: classification and differential diagnosis.* Semin Diagn Pathol 1996; 13: 104-12.