ELABORACION DE UN OBTURADOR EN PACIENTE QUE PRESENTO DISPLASIA FIBROSA. CASO CLINICO.

ACEVEDO. E. CUENCA. B. FIGUEREDO. A. ROJAS. Y, VIVAS. N.
PARDO. J. GONZALES. M.

Se describe el tratamiento prostodontico a realizar en paciente que presenta defecto en el maxilar superior como secuela del procedimiento quirúrgico para eliminar la entidad patológica que presenta el paciente. Encontramos los tipos de obturadores, cada uno con sus respectivas caracteristicas e indicaciones y la clasificacion de los diferentes tipos de defecto y el diseño de la protesis.

INTRODUCCION

Dentro de los diferentes procedimientos a que se ven sometidos los pacientes de los servicios de odontologia, se encuentran aquellos pacientes que han sufrido una gran perdida de tejidos óseos y dentales, ya sea, por trauma o por procedimientos quirurgicos debido a patologias tanto benignas como malignas que conllevan una disminución en la funcion al igual que el autoestima de este, viéndose afectados tanto su desempeño a nivel funcional, como su interrelación personal con otras personas. El tratamiento protésico de los defectos adquiridos es cada vez más complejo y refinado debido a los avances en la medicina quirurgica, fisica y de rehabilitación. El aumento en la longevidad de vida con mayores exigencias para mejorar la calidad de la misma crea nuevos desafios que el rehabilitador debe enfrentar.

El presente estudio tiene como propósito dar a conocer la elaboración de un obturador, para lograr la rehabilitación adecuada de un paciente que presentó Displasia Fibrosa en el maxilar superior.

El objeto es el de mostrar al profesional y a los estudiantes, el compromiso que se adquiere al atender un paciente, que ha sido sometido a diferentes procedimientos quirúrgicos, al igual que tener en cuenta todas las indicaciones y contraindicaciones para realizar un plan de tratamiento integral y coordinado entre las diferentes ramas de la odontologia para brindar la restauración más adecuada logrando así la función y satisfacción total del paciente.

En la práctica odontológica es de vital importancia la interconsulta con otras ramas de las ciencias médicas para obtener diferentes puntos de vista que nos permitan establecer un adecuado plan de tratamiento. Es primordial el obtener una historia clinica completa del paciente a tratar con el médico o la institución involucrados, para así acumular toda la información diagnóstica posible y poder establecer un diagnóstico y un plan de tratamiento terapeutico completo. Así mismo, el paciente debe contar con toda la informacion necesaria sobre las muchas variables que modifican el curso del tratamiento y que pudieran poner en riesgo el éxito del tratamiento ideal, y que varias veces quedan por fuera del control del terapeuta.

Se espera que este reporte, le colabore a la profesión, no sólo dando a conocer un caso clinico, sino también las bases teóricas para lograr un mejor desempeño en nuestra profesión, teniendo en cuenta nuestras capacidades y limitaciones.

1. ASPECTOS TEORICO - CIENTIFICOS

1.1 Problema

Ante la falta de información real para la rehabilitación integral de pacientes con cáncer en cavidad oral y el crecimiento factorial de esta patologia dentro de la población colombiana, se ha visto la necesidad de fundamentar los conocimientos en ésta área. La presencia cada dia mayor en los consultorios odontológicos de pacientes con secuelas tanto de trauma como posquirúrgicos crean el requerimento especial en este campo ; motivo por el cual se realiza este trabajo al igual que se describe el tratamiento de un paciente de estas caracteristicas.

1.2 Marco Teórico

1.2.1 Displasia Fibrosa :

La Displasia Fibrosa está considerada como una de las enfermedades mas confusas de hueso, asi como de las más comunes y consiste en la sustitucion de hueso por un tejido fibroso de tipo benigno. Se han descrito tres tipos de displasia fibrosa que son la monostótica, la poliostótica y la poliostótica asociada a manchas cutáneas. La monostótica afecta un solo hueso, y se inicia en la infancia pero suele ser detectada en niños mayores o adultos jovenes. La poliostótica afecta un número variable de huesos, aunque la mayor parte del esqueleto es normal. La poliostótica asociada a manchas cutaneas consiste en manchas de color café con leche, predomina en el sexo femenino y está asociada a diferentes trastornos endocrinos, tambien se denomina Sindrome de Albright.

-Etiologia : Las causas de esta enfermedad son de origen desconocido o idiopático, causando gran controversia por el hecho de tener múltiples diagnósticos diferenciales con entidades de caracter similar tanto clinicas como radiográficas.
-Caracteristicas Clinicas : La displasia fibrosa puede ser sintomática o asintomatica, caracterizándose por presentar deformidad de contorno, y fracturas patológicas de acuerdo al tiempo y evolucion en el momento del diagnóstico.
-Caracteristicas Radiológicas : Esta enfermedad se muestra radiográficamente por presencia de áreas radiolúcidas bien circunscritas, aspecto definido como de vidrio esmerilado, con carácter expansivo a medida que va avanzando.
-Caracteristicas Histológicas : La displasia fibrosa es una lesión en la cual la masa ósea es reemplazada por fibroblastos y colágeno lo que da como resultado un trabeculado óseo irregular al ser observado bajo el microscopio de luz.
-Pronóstico : el pronóstico de la displasia fibrosa es favorable, ya que no involucra la vida del paciente a menos que este sea sometido a radioterapia, ya que puede causar una malignización de la entidad. Estos pacientes presentan generalmente complicaciones de tipo sicológico y funcional debido a la deformidad presente como a las secuelas producidos por su tratamiento quirurgico.
-Tratamiento : Generalmente el tipo de tratamiento es quirurgico realizando una eliminación completa de la patologia, lo que produce secuelas como la ausencia total de tejido en la zona. En pacientes con displasia fibrosa en cavidad oral se generan comunicaciones a nivel oronasal y sinusal, siendo necesario e imperativo su corrección con aparatos protésicos para devolverle al paciente su funcionalidad a nivel fonatorio y masticatorio. Ya que las personas con defectos maxilares adquiridos, tratadas con aparatos presentan longevidad protética variable debido a factores cambiantes que modifican el fundamento histico que apoyan anatómica y fisiológicamente a los dispositivos. La capacidad del servicio prostodóntico es impredecible lo que lleva que a menudo estén indicados prótesis múltiples y aparatos secuenciales interrelacionados

para poder rehabilitar con eficacia a las personas con defectos maxilares adquiridos.

1.2.2 Definición de Obturador

De acuerdo al glosario de terminos prostodónticos de 1.992. la definición de obturador es la siguiente : "Prótesis utilizada para cerrar una apertura tisular congenita o adquirida, principalmente del paladar duro y/o estructuras alveolares contiguas. La restauración Protética incluye un obturador quirurgico, un obturador intermedio y un obturador definitivo.

1.2.3 Tipos de obturadores

Encontramos tres tipos de obturadores , un obturador quirúrgico inmediato, un obturador posquirúrgico intermedio y un obturador posquirúrgico definitivo.

1.2.3.1 Obturador quirúrgico inmediato

Prótesis fabricada a partir de impresiones preliminares a la cirugia. Esta debe ser colocada inmediatamente terminado el acto quirúrgico, con cierto tipo de modificaciones realizadas momentos antes de colocarla para asi lograr un ajuste preciso utilizando revestumentos como acondicionadores de tejido blando. Este tipo de protesis es eficaz para proporcionar un paladar artificial que separe las cavidades bucal y nasal y en consecuencia el paciente puede ingerir alimentos via oral y eliminar lo mas pronto posible la via parenteral y los tubos nasogástricos. El contacto de la protesis contra las regiones en los cuales se ha colocado injertos cutáneos favorecerá la cicatrización de esta, al igual que la filtración de sangre y hematomas , reduce el riesgo de infecciones y garantiza una cicatrización sin complicaciones, reduciendo el tiempo de estadia en el hospital. Restaura de inmediato la fonación normal al igual que la actitud moral y siquiatrica del paciente ya que percibe que la experiencia quirúrgica no causa impedimentos permanentes haciendo asi que el paciente acepte más rápido su condición actual y esté atento a la evolución de su tratamiento.

1.2.3.2 Obturador quirúrgico intermedio :

Se realiza aproximadamente después de tres meses luego de la cirugia y una vez está finalizada la cicatrización inicial, al igual que los cambios de forma de los tejidos al rededor del defecto, la prótesis inicial no proporciona la misma funcionalidad inicial.

Este momento es ideal para tomar nuevas impresiones y realizar la fabricación de un obturador con un diseño sencillo al cual se le puede incluir la colocación de dientes ausentes. Este aparato proporciona los mismos beneficios que el inicial, pero resutuye con mayor eficacia la función masticatoria, al igual que provee de mayor confort y confianza al paciente.

1.2.3.3 Obturador posquirúrgico definitivo :

Se fabrica una vez ha terminado el periodo de cicatrización completa y en el cual no existe ninguna recurrencia de la patologia inicial, al igual que terminado el proceso de radioterapia en caso de que el paciente lo requiera, se construye este aditamento de caracter definitivo ; en la que se restaura la salud óptima de los dientes soportes y del arco mandibular opuesto. Los dientes soportes superiores pueden requerir coronas y ferulización de estas. En ocasiones el diseño protético abarca armazones metálicos colados para lograr resistencia y disminución del volumen. Las extensiones protéticas pueden ser huecas para reducir el peso ; asi como a veces está indicados materiales recilentes con el fin de fijar socavaduras histicas para los hemimaxilares edéntulos.

1.2.4 Clasificación de los pacientes con maxilectomia :

Para discutir el diseño de la estructura metálica para pacientes con maxilectomia de una manera sistemica, se propone la clasificación de Aramany, esta clasificacion se divide en seis grupos diferentes basados en la relacion del area del defecto con los diferentes remanentes y son las siguientes : Clase I,II,III,IV,V y VI.

1.2.4.1 Clase I

La reseccion en este grupo se realizó a lo largo de la linea media del maxilar ; los dientes se mantienen a un lado del arco. Este es el defecto de maxilar más frecuente y la mayoria de los pacientes se encuentran en esta categoria. (Anexo 1).

1.2.4.2 Clase II

El defecto en este grupo es unilateral, manteniendose los dientes anteriores del lado contralateral. El diseño recomendado es similar al diseño de una prótesis parcial removible clase II de Kennedy, en el cual la retencion indirecta minimiza la posibilidad del movimiento de la protesis con la fuerza de gravedad. Este tipo de resección quirúrgica es mas favorable que la maxilectomia clásica descrita en los textos de cirugia, cabeza y cuello. La consulta pre-quirurgica con cirujanos ha modificado su metodo quirúrgico, con el objeto de preservar la dentición del lado contralateral. El incisivo central y algunas veces todos los dientes anteriores hasta el canino o los premolares se mantienen. (Anexo 2.)

1.2.4.3 Clase III

El defecto palatino tiene lugar en la porción central del paladar duro y puede involucrar parte del paladar blando , la cirugía no involucra los dientes remanentes. El diseño para estos pacientes es simple, ya que pueden planearse efectivamente la retención, estabilidad y reprocidad. (Anexo 3)

1.2.4.4 Clase IV

El defecto traspasa la linea media e involucra ambos lados del maxilar. Hay pocos dientes remanentes que quedan en linea recta y pueden crear un problema de diseño único similar al diseño unilateral de las prótesis parciales removibles convencionales. (Anexo 4)

1.2.4.5 Clase V

El defecto quirúrgico en esta situación es bilateral y posterior a los dientes remanentes . Puede requerirse estabilización labial y es recomendable colocar tablillas remanentes. (Anexo 5)

1.2.4.6 Clase VI

Es raro tener un defecto maxilar adquirido anterior a los dientes remanentes . Estos aparecen con mayor frecuencia por trauma o por defectos congénitos que por una intervención quirúrgica planeada. En esta clase, la estabilidad se deriva de un sistema de barras que proporcionarán una mejor distribucion del soporte y retención de los dientes separados remanentes. (Anexo 6)

1.2.5 Principios básicos para el diseño de un obturador

Los retenedores son probablemente los componentes más importantes que contribuyen al éxito de la prótesis obturadora. Los retenedores diseñados adecuadamente reducen el stress transmitido a los dientes remanentes mientras retienen el obturador en su lugar. Es esencial que los principios básicos del diseño sean respetados . Estos principios son : Localización pasiva, Retención, estabilización, cercamiento, soporte y movimiento

1- La localización pasiva se da por los brazos del gancho, estos deben ser pasivos hasta activarse con el stress funcional.

2- La Retención debe ser la mínima necesaria para mantener el obturador en su lugar sin que la aplicación de la fuerza externa deba aumentar.

3- La Estabilización es un componente de apoyo que debe oponerse a cada retenedor.

4- El Cercamiento es el gancho que debe cubrir más de 180 grados de la circunferencia del diente ya sea de manera continua o interrumpida.

5- El Soporte es la suspención que debe proporcionarse de tal manera que el movimiento hacia los tejidos que pueden maltratar la encia o de los dientes remanentes pueda prevenirse.

6- El Movimiento debe acomodarse a las menores cantidades de movimiento sin transmitir torque a los dientes remanentes.

Los componentes de estabilización y de retención directa deben posicionarse estratégicamente para retardar el movimiento de la porción de la extensión nasal de su posición terminal. Esto reducirá el stress al cual están expuestos los dientes remanentes.

Los diseños de los obturadores se clasifican en diseño clase I, clase II, clase III, clase IV, clase V y clase VI :

1.2.5.1 Diseño Clase I

En la resección de maxilectomia clásica la dentición y el hueso alveolar se remueven a lo largo de la línea media ; la preservación del hueso alveolar adyacente a los dientes que se encuentran alrededor del defecto ha sido descrito por Desjardins. El diseño puede ser lineal o tripoidal y deben ferulizarse dos o tres dientes anteriores cuando sea posible ya que el soporte se deriva del incisivo central y del diente remanente más posterior ; si el arco dental es curvo, el principio de la retención indirecta efectiva se utiliza por medio de la colocación de un apoyo en el canino o en la superficie distal del premolar en el diseño tripoidal .

La retención directa se obtiene de la superficie labial de los dientes anteriores con un diseño de bisagra o de una barra I en la superficie bucal de los molares y el brazo se localiza palatinamente ; si los dientes anteriores no se incluyen en el diseño, se recomienda un diseño lineal. Un sistema de estabilización y retencion diagonalmente opuesto puede utilizarse en estos casos. El soporte se localiza de manera lineal y la retención se localiza sobre las superficies bucales de los premolares y las superficies palatinas de los molares. Los componentes se colocan sobre las superficies de los premolares y las superficies bucales de los molares. (Anexo 7 y 8)

1.2.5.2 Diseño Clase II

En esta clasificación se mantiene la premaxila del lado del defecto : el diseño bilateral es similar al de una prótesis parcial removible clase II de Kennedy, y es permisible la ferulización de los dos dientes adyacentes al defecto.

El soporte primario se coloca en el diente más cercano al defecto así como en el molar más posterior del lado opuesto ; se posiciona un retenedor indirecto lo más perpendicular posible a la línea de fulcro y los planos guia se localizan proximalmente en la superficie distal de los molares. La retención en todos los dientes remanentes se localiza en las superficies bucales y los componentes se colocan en las superficies palatinas. (Anexo 9 y 10)

1.2.5.3 Diseño Clase III

El defecto está localizado en la porción central del paladar y se preserva toda la dentición, este diseño se basa en configuradores cuadrilaterales, donde el soporte es distribuido ampliamente sobre ambos premolares , molares y la retención se deriva de las superficies bucales y la estabilización de las superficies palatinas. (Anexo 11 y 12)

1.2.5.4 Diseño Clase IV

El defecto incluye la premaxila del lado no quirúrgico ; el diseño es lineal ; su soporte se localiza en el centro de todos los dientes remanentes ; la retención esta localizada mesialmente sobre los premolares y palatinamente sobre los molares y los componentes estabilizadores son Palatinos sobre los premolares y bucales sobre los molares. (Anexo 13 y 14)

1.2.5.5 Diseño Clase V

Los dientes anteriores son preservados y los dientes posteriores, paladar duro y porciones de paladar blando son eliminados. se sugiere la ferulización de por lo menos dos dientes terminales remanentes en cada lado ; se colocan bilateralmente ganchos en barra I en la superficie bucal del diente mas distal y la estabilizacion y el soporte estan localizados en las superficies palatinas ; esto es básicamente una configuración tripoidal. Una prótesis de bisagra es una alternativa viable para estos pacientes (Anexo 15 y 16)

1.2.5.6 Diseño Clase VI

Los defectos palatinos anteriores es la clase menos frecuente y son causados por trauma más que por una cirugia. En tales defectos se ferulizan dos dientes anteriores bilateralmente y se conectan a una barra transversal ; puede usarse un atache sin elaborar una estructura metálica parcial, y si el defecto es grande, o si los dientes remanentes no están en óptimas condiciones se sigue un diseño de configuración cuadrilátera. (Anexo 17 y 18)

2. METODO

2.1 Tipo de Estudio : Caso clínico

3. RESULTADOS

3.1 Historia clínica

3.1.1 Datos del paciente

Paciente de sexo masculino de 35 años de edad, caucásico, delgado, de estatura media que asiste frecuentemente a control médico y odontológico.

3.1.2 Anamnesis

Paciente que no presenta ninguna complicación sistémica, ni alergia a ningún tipo de medicamento, tampoco presenta antecedentes médicos familiares ; signos vitales estables.

3.1.2 Hallazgos clínicos

El paciente es remitido por odontólogo general por presentar una masa firme a la palpación en el lado izquierdo del maxilar superior, asintomática ocasionando la deformidad del contorno facial ; el paciente es dentado total superior y parcialmente desdentado inferior y rehabilitado con una prótesis parcial removible

3.1.4 Hallazgos radiográficos

Presenta áreas radiolúcidas circunscritas ; trabeculado óseo irregular de carácter expansivo que afecta el maxilar superior en su parte izquierda.

3.1.5 Diagnóstico

Displasia Fibrosa de hueso de tipo monostótica.

3.1.6 Plan de tratamiento

En este tipo de lesiones se realizan dos tratamientos quirurgico y prostodóntico

3.1.6.1 Quirúrgico : Se realiza la remoción quirurgica de la lesion ; se hace una incision lineal lateral a la nariz bajando por el piso de la misma hasta el septum labial levantando un colgajo que nos permite observar toda la lesion, para lograr la eliminacion de la lesion con un margen de tejido sano.

3.1.6.2 Prostodóntico : El paciente despues de realizada la cirugia se mantuvo con gasas vaselinadas durante el periodo de cicatrizacion inicial ; a raiz de este procedimiento el paciente perdió la mayoria de sus dientes quedándole en boca el 23, 25,26 y 28 ; luego se le fabrico un obturador posquirúrgico intermedio con el cual se le devolvió la fonética y función masticatoria facilitándole la ingesta de alimentos ya que se separaron las cavidades nasal y bucal, con este obturador el paciente duró aproximadamente un año ya que él no fue sometido a radioterapia. Pasado el año se decidió realizarle el obturador definitivo ya que no se observó recidiva de la patologia y los tejidos se encuentran totalmente cicatrizados. Se procedió a realizarle coronas completas combinadas del 25 y 26 las cuales se ferulizaron, para dar una mejor estabilidad ; en estos casos la estabilidad y retención se logra invirtiendo los ganchos estabilizadores y retentivos, es decir al 25 se le hizo un brazo retentivo palatino y un brazo estabilizador vestibular, y al 26 fue al contrario el brazo retentivo va por vestibular y el estabilizador por palatino. Al canino se decidió realizarle tratamiento convencional de conductos y un domo ya que por la movilidad que presentaba no se dejó como pilar para la protesis. Sobre estas bases se realizo el obturador definitivo.

4. CONCLUSIONES

Encontramos que a menor extension del defecto, es mas fácil lograr los principio basicos para el diseño de un obturador.

A mayor convergencia de los dientes remanentes, se logra el tripoidismo ; ya que es el ideal para el soporte de una prótesis obturadora.

Es importante preservarle al paciente la mayor cantidad de tejido sanos y concientizarlo de la importancia de mantener los dientes remanentes y el buen estado periodontal de estos.

BIBLIOGRAFIA

Adisoman E. Capacidad del servicio prostodóntico para los defectos maxilares adquiridos. Clin Odont H. A 1990 ; Vol 2 : 249-266.

Aramany M. , Basic Principles of Obturator design for partially edentulous patients. Part I : Classification J. Prosth Dent 1978 ; Vol 40 :554-556.

Aramany M. , Basic Principles of Obturator design for partilly edentulous patients. Part II : Design principles J. Prosth Dent 1978 ; Vol 40 : 650-656.