



Medicentro 2000;4(2)

**CLÍNICA DOCENTE DE ESPECIALIDADES ESTOMATOLÓGICAS
SANTA CLARA, VILLA CLARA**

CARTA AL EDITOR

Nuevo método simplificado para la fabricación de obturadores huecos palatinos

Por:

Dr. Orlando Sotolongo Guarton

Especialista de I Grado en Prótesis Estomatológica. Instructor Adjunto a la Facultad de Estomatología. ISCM-VC.

Señor Editor:

Con los adelantos tecnológicos alcanzados por el hombre en nuestros días en las ciencias en general y en la salud en particular, son cada vez más los pacientes que sobreviven a traumas, tumores malignos y malformaciones congénitas. Precisamente los defectos que se pueden presentar en la región maxilofacial son congénitos o provocados por traumatismos o secuelas de tratamientos quirúrgicos de neoplasias malignas¹.

Los pacientes afectados por deformaciones o mutilaciones maxilofaciales sufren grandes inconvenientes funcionales y estéticos². Ellos pueden presentar incapacidad para masticar, fonación alterada y deglución afectada, así como posibles defectos externos por la falta del sostén óseo o de la musculatura facial^{3,4}.

Según el Glosario de Términos Protéticos de la Academy of Denture Prosthetics, se define el obturador "como una prótesis que se emplea para curar una abertura en el paladar, que puede ser congénita o adquirida"⁵.

El obturador cumple tres propósitos: permite la deglución y el habla, contribuye a dar soporte, retención y estabilidad a la prótesis, y restablece el contorno facial perdido. Estos tres aspectos son de un beneficio psicológico considerable para el paciente.

Con relación a la retención de la prótesis, es válido decir que el peso total del obturador es lo más importante a considerar para su retención.

El desarrollo de la prótesis maxilofacial en el mundo se alcanzó después de las grandes confrontaciones bélicas. Inglaterra, Alemania, Francia y Estados Unidos han llevado el peso en cuanto a bibliografía y métodos de tratamiento; estos últimos, muchas veces no son los más adecuados para países tercermundistas y subdesarrollados como el nuestro.

Teniendo presente todo lo anteriormente dicho, conociendo la escasez de recursos y materiales y conscientes de la necesidad de investigar alternativas de tratamientos, nos dimos a la tarea de

buscar un método de fabricación de obturadores palatinos que fuera sencillo, fácil de realizar, que estuviera al alcance de todos y ahorrara materiales y tiempo.

Descripción de la técnica:

1. Una vez obtenido el modelo de trabajo por el método de impresión que más guste al operador, se procede a analizar en paralelómetro la necesidad de aliviar alguna zona en el defecto que pudiera producir traba mecánica y dificultad para el eje de inserción y retiro del aparato.
2. Esto lo realizamos con yeso piedra auxiliados de un pincel, después de humedecer el modelo en solución de sulfato de calcio.
3. Después de colocar el yeso se espera a que éste fragüe. Luego se procede a confeccionar el rollo de medida adaptando la placa base al defecto (Fig 1).

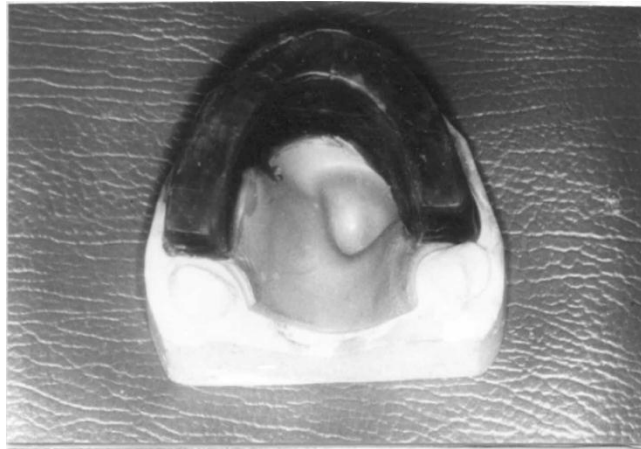


Fig 1 Rollo de mordida confeccionado sobre modelo primario.

4. Después de obtenida la relación intermaxilar, se colocan los dientes y se realiza un encerado que ahueque por debajo de los mismos y que presente un escalón para la futura tapa (Fig 2).



Fig 2 Dientes articulados. Obsérvese peculiaridades del encerado.

5. El enflascado sólo difiere del habitual en que en la zona del defecto se vierte yeso París hasta el borde del escalón, y luego piedra, con la finalidad de facilitar la recuperación de la pieza.

6. Una vez recuperada la misma, se llena con parafina el defecto hasta el nivel del escalón y, después de endurecida, se agrega separante para cera y se gotea parafina para confeccionar la tapa, la cual es construida en acrílico termocurable.
7. La parafina es retirada con agua caliente y la tapa es pegada a la prótesis con acrílico autopolimerizable, la cual es fundida mediante los procedimientos técnicos habituales (Fig 3).

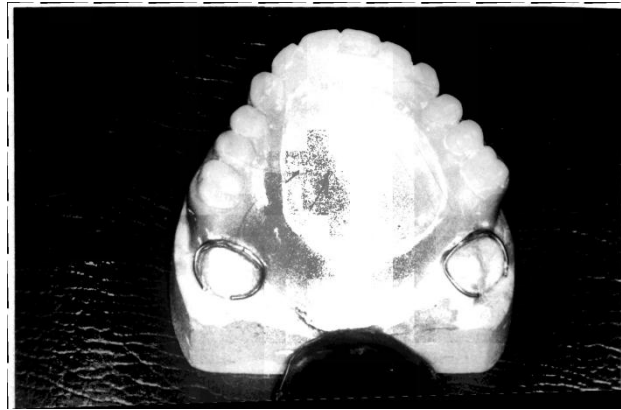


Fig 3 Prótesis terminada. Obsérvese tapa en cera en zona inferior.

El método descrito es sencillo, se ahorra tiempo y materiales y difiere de otras técnicas, como las usadas por Sasaki⁶, Coffey⁷ y otros autores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Replogle RE, Lanzino G, Francel P, Henson S, Jane JA. Acrylic cranioplasty using miniplate struts. *Neurosurgery* 1996;39(4):747-749.
2. Garg AK, Malo M, Dorado LS, Duarte F. Postsurgical management with maxillary obturators after maxillectomy. *Gen Dent* 1998;46(1):75-78.
3. Futran ND, Haller JR. Considerations for free-flap reconstruction of the hard palate. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1999;125(6):665-669.
4. Kazaoka Y, Shinohara A, Yokaou K, Hasegawa T. Functional reconstruction after a total maxillectomy using a fibula osteocutaneous flap with osseointegrated implants. *Plast Reconstr Surg* 1999;103(4):1244-1246.
5. Gómez Rivero V, Álvarez Rivero A, Robaina Ruiz JM. Aspectos básicos de la prótesis maxilofacial. *Rev Cubana Estomatol* 1987;24(3):259-268.
6. Sasaki H, Kinouehi Y, Tsutsui H, Yoshida Y, Karv M, Ushita T. Sectional prostheses connected by samarium-cobalt magnets. *J Prosthet Dent* 1984;52(4):556-558.
7. Coffey KW. Obturation of congenital or acquired intraoral anatomic defects. *J Prosthet Dent* 1984;52(4):559-560.