

Técnica de Construcción de una Prótesis Faríngea de dos Piezas

Wilbur O. Ramsey:

Profesor del Departamento de Prótesis Removible. Decano Asistente del Programa de Educación Especial Avanzada de la Escuela Dental de la Universidad de Maryland. U.S.A.

Roberto F. Denegri:

Profesor de la Sección de Prótesis del Programa Académico de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Odontólogo de la Sanidad Naval. Lima — Perú.

Daniel E. Dorsey:

Técnico del Departamento de Prótesis Removible. Escuela Dental de la Universidad de Maryland.

SUMARIO.—

Se presenta en este artículo la sustentación y el procedimiento de una técnica para la construcción de una prótesis faríngea de dos piezas.

Los procedimientos enunciados simplifican la técnica de laboratorio, facilitando la modificación de los aparatos protésicos después que ellos han sido instalados, alargándolos, reduciéndolos ó readaptándolos, eliminando así la necesidad de privar a los pacientes de seguir usando sus dentaduras durante el período de reparación del componente faríngeo.

INTRODUCCION.—

Aún antes de la llegada de las resinas sintéticas los pioneros que impulsaron la prótesis máxilofaciales recomendaban la construcción de obturadores y aparatos relacionados con el habla, en dos piezas. Kazanjian en 1930, puso de manifiesto las limitaciones dadas por las técnicas de procedimiento de estos materiales: "No es recomendable el vulcanizar un obturador directamente sobre la dentadura. Es mejor un aparato que se pueda hacer por partes separadas para luego ensamblarlas una vez terminadas". A pesar del mejoramiento de las técnicas y materiales, lo dicho por Kazanjian es válido hasta el momento.

La dimensión ánteroposterior y ocasionalmente la configuración misma del aparato, complican el enmuflado y el acabado final de éste. Se requieren frecuentemente mufas de tamaños más grandes que las normales, así como las técnicas del modelo seccionado y modificado. Además la reparación, modificación o reemplazo del componente faríngeo pueden inducir tensiones o agrietamientos en la resina previamente polimerizada, o daños mecánicos a los otros componentes del aparato.

Por otro lado, la morfología de los tejidos adyacentes al componente faríngeo, pueden con el tiempo modificarse por la formación de cicatrices, intervenciones quirúrgicas secundarias o por respuesta de adaptación al aparato, necesitando remodelaciones posteriores. Los pacientes se tornan psicológica y fisiológicamente dependientes del aparato de fonación, que mecánicamente obtura ó modifica el pasaje nasofaríngeo. Frecuentemente las prótesis definitivas anteriores que proporcionan retención y estabilidad a los componentes faríngeos, también contribuyen a la restauración funcional del paciente por medio de los dientes artificiales y/o el refuerzo estético de los tejidos faciales blandos.

El hecho de privar temporalmente al paciente del aparato protésico durante el periodo de modificación, reparación ó reemplazo del componente faríngeo, crea una mayor complicación en su vida.

En consideración a los factores vistos anteriormente, los autores rutinariamente construyen el **velo o aparato faríngeo** en dos segmentos: un aparato anterior definitivo que se encuentra en el maxilar y un componente posterior que se ensambla al anterior, pero que se puede separar. (Fig. 1)

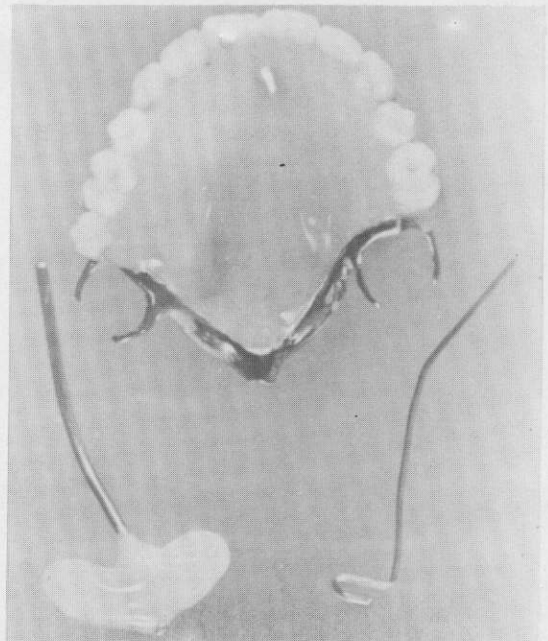


Fig. 1.— Se ilustra una prótesis de dos piezas desarmada. El componente anterior maxilar restaura la función y la estética. Contiene un canal de semipresión en posición sagital dentro del cual se insertará el componente faríngeo con un bulbo obturador. Se prepara otro conector de alambre forjado y es mantenido de reserva para ser usado como soporte de un nuevo bulbo protésico en caso de cambios funcionales de los tejidos faríngeos o para la reparación de la prótesis original.

TECNICA DE PROCEDIMIENTOS.—

La preparación de la boca se realiza anticipadamente considerando la demanda estética y funcional, lo que se logra en la prótesis definitiva anterior. Se toma una impresión convencional reproduciendo toda la arcada superior y definiendo el velo del paladar o sus remanentes, en una posición relajada. No se debe intentar introducir el material de impresión dentro del defecto del velo palatino ó dentro del conducto faríngeo, ya que una segunda impresión funcional de tales defectos será tomada después de haber confeccionado la prótesis definitiva anterior.

La prótesis maxilar anterior contiene un canal sagital o parasagital el cual sirve de guía para que corra un alambre adaptado de acero inoxidable en forma de media caña de calibre 12. Posteriormente el alambre es contorneado al velo del paladar o sus remanentes y termina en un área plana donde será modificado por adición de un asa forjada o soldada en la forma antes descrita, la cual dará retención al componente faríngeo. Para sostener pequeños obturadores y extensiones faríngeas que no estarán sujetas a grandes fuerzas, el canal o manga se hará directamente en el acrílico de la prótesis anterior; en este caso una sección gruesa de acrílico debe rodear al alambre. Tales áreas son normalmente obtenidas en la región media del paladar para el obturador Veaux Clase II para paladar hendido (Fig. 2). El área media de la cresta residual de un edéntulo también provee suficiente espesor de acrílico para acomodar el alambre en una posición parasagital. (Fig. 3).

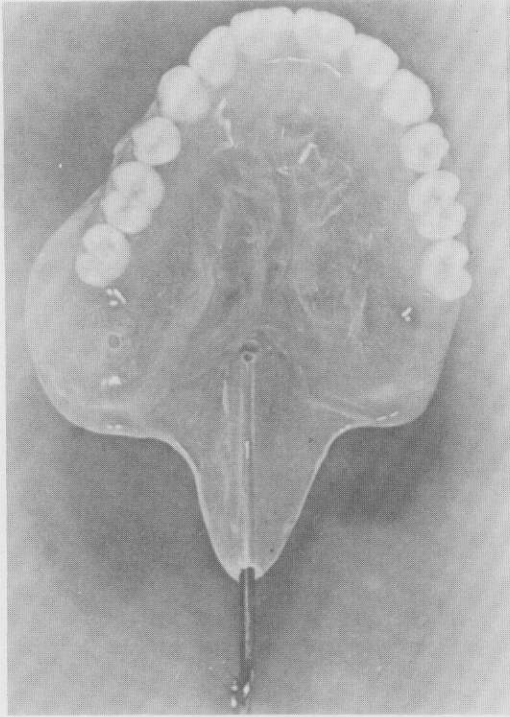


Fig. 2.— Se muestra la base de la dentadura y el conector ensamblados, antes de la toma de la impresión para el obturador faríngeo.

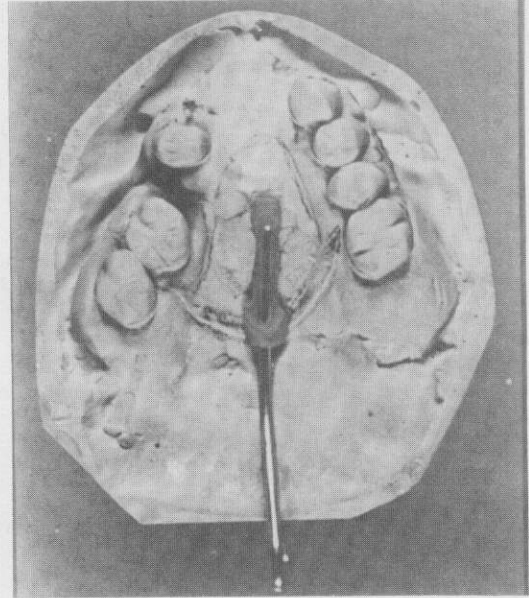


Fig. 4.— Se muestra la fase del contorneado del alambre de acero forjado sobre las áreas del paladar duro y blando, en el modelo de trabajo. Con acrílico de curado rápido se fabrica un canal guía alrededor de la porción anterior del conector, que luego transferido al modelo refractario, se transformará en una parte del encerado del armazón metálico a colarse para la dentadura parcial anterior.

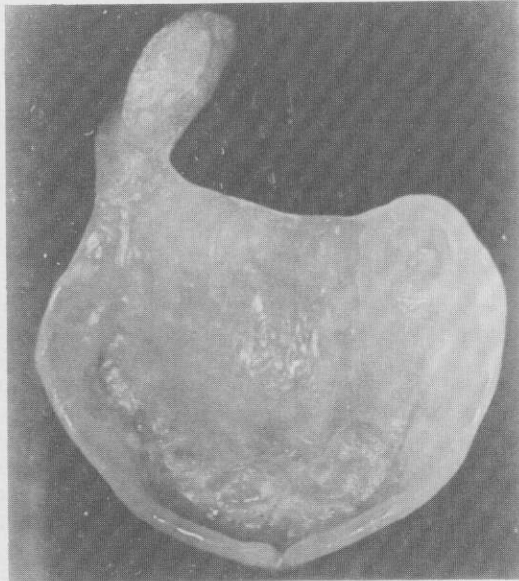


Fig. 3.— Una base de dentadura total superior con un obturador para corregir un defecto quirúrgico en la unión lateral del velo con la pared faríngea. El conector de alambre adaptado procesado con el obturador, se inserta en el canal de acrílico situado dentro de la base de la dentadura. La impresión del obturador se tomó y se procesó antes de fabricar la base de la dentadura. Ambas partes son separables.

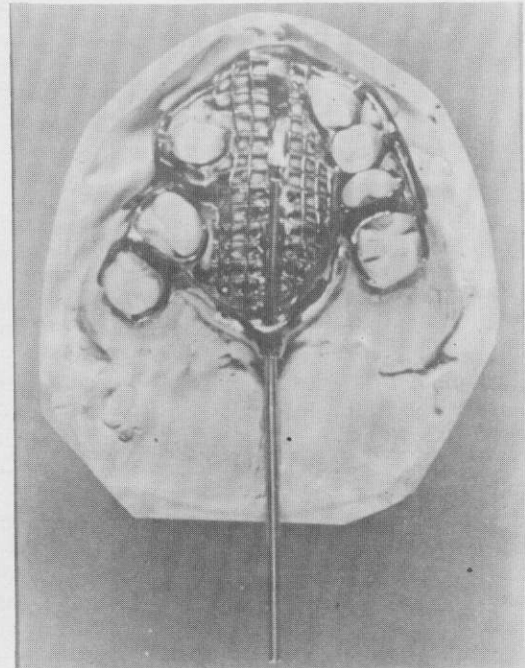


Fig. 5.— El conector de alambre forjado está colocado en su sitio dentro del canal de semi-precisión preparado en el armazón metálico colado. La parte posterior del alambre tiene un asa para la toma de la impresión faríngea.

Es preferible que el canal guía sea formado como una unidad colada independiente o como una parte integral de un armazón metálico para una dentadura parcial. Un canal colado de semiprecisión asegurará un tope anterior positivo para el alambre conector removible y permite rodear completamente el alambre, por la aleación de la base metálica en el borde posterior de la prótesis anterior. Esto asegura la reposición exacta del alambre conector y previene la fatiga y fractura de la base de la dentadura anterior durante la función. (Figs. 4 y 5).

El componente anterior terminado de la prótesis o el armazón metálico colado conteniendo el canal guía, debe ser adaptado y ajustado en la boca. La inserción del conector dentro del canal permite evaluar su relación con los tejidos blandos y confirmar adecuadamente el lugar de la terminación posterior del alambre, antes de hacer la impresión para el componente faríngeo.

En la fase clínica se preparan dos conectores de alambre para cada paciente: uno es mantenido en reserva y el otro es usado en la toma de la impresión faríngea.

Generalmente se procesan los dos componentes faríngeos completos, reservando uno de ellos como unidad de reemplazo ó temporal para ser usado cuando se tenga que reparar o remodelar el componente original. (Ver fig. 1).

El alambre forjado con la impresión faríngea adherida se inserta en el canal de la dentadura del componente anterior y el obturador constituye así una pequeña unidad independiente. (Figs. 6 y 7)



Fig. 6.— El conector que incluye el bulbo con la impresión se retira del armazón metálico y se procesa como una unidad independiente.

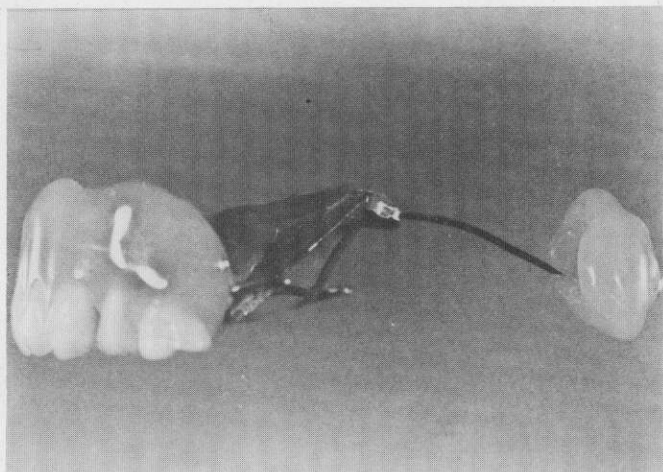


Fig. 7.— Vista lateral de la prótesis que corresponde a las Figs. 1 y 5, ya terminada. El componente faríngeo será luego empujado hasta llegar a su tope anterior.

En algunos casos, como por ejemplo en el tratamiento de un paladar fisurado sin reparación, la impresión faríngea se adosará directamente en el borde posterior de la prótesis definitiva anterior. (Fig. 8). En tales casos el borde posterior de la prótesis terminada debe estar lubricada durante los procedimientos de impresión. A fin de asegurarse que el alambre pueda ser retirado, en su extremo anterior debe estar expuesto y tener una pequeña muesca que mire oralmente, para facilitar su desplazamiento posterior empujándolo con un instrumento punzante (ver detalle en la fig. 2).

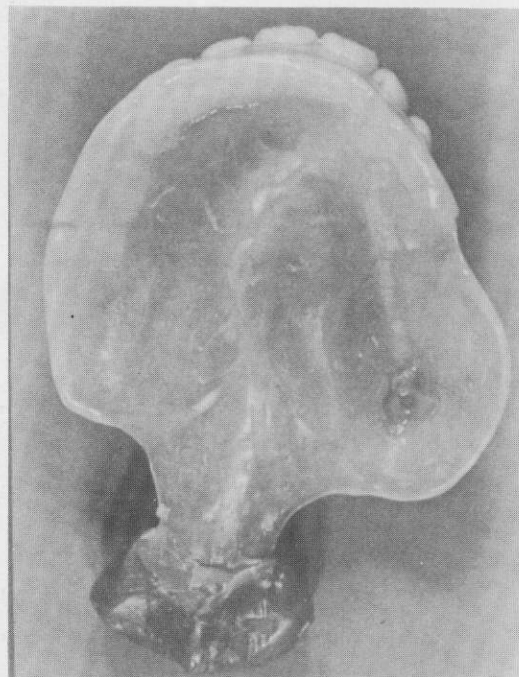


Fig. 8.— Vista palatina de la prótesis correspondiente a la Fig. 2, con la impresión faríngea tomada con godiva y cera de baja fusión usando la parte posterior del alambre de acero forjado, previa lubricación del borde posterior de la base de la dentadura. Ambas partes se separarán insertando un instrumento punzante en una abertura hecha en la superficie de la dentadura, apoyándose y traccionando hacia atrás en una muesca preparada en la parte anterior del alambre. (Ver fig. 2).

En el momento de entregar la prótesis al paciente y por varias semanas consecutivas, el componente faríngeo se retiene dentro del canal de la dentadura anterior definitiva, sólo por resistencia friccional. Después de una adecuada evaluación funcional del aparato los componentes son separados, el canal y el alambre se limpian y si no se hizo previamente, la parte terminal anterior del conector que corresponde a la cavidad oral, se expone y se hace al alambre una muesca sobre su parte convexa antes de recolocar. En este momento, esta parte terminal anterior del alambre guía se cubre con acrílico de curado rápido transparente. La muesca permanece visible y accesible para una posible reparación, modificación ó reemplazo del componente faríngeo, si esto es requerido posteriormente.

CONCLUSIONES.—

Los procedimientos recomendados son aplicables para la construcción de aparatos protésicos usados para corregir defectos de perforación del velo palatino, defectos del margen lateral del velo y paladares fisurados congénitos no reparados. Es de valor particular en la construcción de bulbos obturadores faríngeos. Con modificaciones, el concepto es aplicable también para la construcción de prótesis que eleven paladares blandos lesionados neurológicamente.

Se debe notar que de ser necesario reparar el componente anterior de la dentadura, ésta debe contener un canal guía en el que se insertará un alambre de media caña de calibre 12 a fin de preservar la luz del canal y asegurar la reposición del componente faríngeo.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA.—

1. Kazanjian, V.H. : Prosthetic Restoration of Deformities of Face and Jaw. Prosthetic Dentistry. New York: C. V. Mosby Co. 1930, p. 478.