



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-
NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).

PROTESIS PARA FISURADOS PALATINOS

PLATINI, Tito Livio (*)

RESUMEN

Se describe una técnica para construir prótesis para fisurados palatinos teniendo en consideración las variantes que ofrecen cada caso en particular y las distintas formas de tratamiento que derivan de la técnica general.

Un modelo alterado sirve de base para la reproducción del terreno y la utilización del vinil polisiloxano permite obtener una mejor impresión del espacio faríngeo.

Palabras claves: Prótesis - Fisurados palatinos

SUMMARY

On describe a technique to build a cleft palate prosthesis, taking into consideration the variations of each particular case and the different ways of treatment that come from the general technique.

An altered cast is useful as base to reproduce the tissues of support and the use of vinyl polysiloxane impression material allows to get a better Pharyngeal space impression.

Key words: cleft palate prosthesis

Desde el año 1565 en que Ambrosio Paré trató por primera vez de construir una especie de aparato obturador para fisurados palatinos, hasta nuestros días, se han ideado una innumerable cantidad de dispositivos de las más variadas formas y combinaciones, tratando siempre de encontrar un aparato que fuera efectivo para la rehabilitación de los enfermos con fisuras palatinas. El auxiliar fonético, tal como lo preconiza su autor, el Dr. Harkins [4-6], ha demostrado reunir los requisitos indispensables que debe tener toda prótesis para fisurados. Este dispositivo se encuadra dentro del grupo de los llamados obturadores rígidos, cuya concepción le correspondió a Suersen de Hamburgo, quien en el año 1877 ideó un aparato de una sola pieza rígida, buscando únicamente restaurar la función, de manera tal que solamente los tejidos musculares actuaran como agentes activos.

(*): Profesor Adjunto de la Cátedra de Prostodoncia III, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Córdoba.

La denominación que Harkins [5-6] da a su aparato (speech aid) se debe a que sus propósitos son esencialmente mejorar la fonación; sin embargo, es posible merced al mismo mejorar la masticación y deglución, mejorar la respiración y lograr una estética dental y facial adecuada. La extensión del auxiliar fonético depende de la extensión de la hendidura, tanto en el sentido lateral como anteroposterior y si tenemos en cuenta que existen una gran variedad de formas, llegaremos a la conclusión de que cada aparato será diferente con respecto a los demás (Figura 1)[1-11].

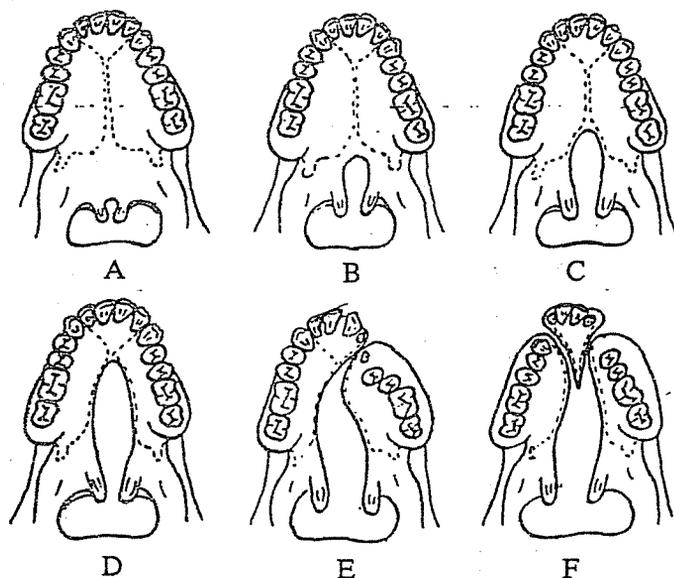


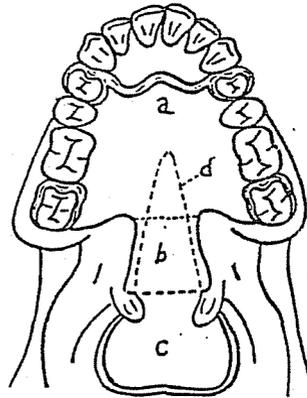
Figura 1: Tipos de fisuras congénitas: A, B, C, D: Fisuras palatinas congénitas incompletas. E, F: Fisuras palatinas congénitas completas uni y bilateral (Harkins).

Un auxiliar fonético debe cumplir una serie de requisitos:

- a) Debe restaurar la oclusión en forma satisfactoria.
- b) Debe reconstruir la forma de la bóveda palatina lo más anatómicamente posible. En caso de paladares posoperatorios bajos, debe recurrirse a las bases metálicas, que son mucho más delgadas que las de resinas acrílicas.
- c) Debe cubrir lateralmente la abertura para impedir el escape de aire y permitir que los remanentes del velo del paladar puedan deslizarse sobre sus bordes sin lesionarse.

- d) Debe extenderse dentro de la faringe lo necesario para lograr un contacto suave con los músculos faríngeos durante la función. Una extensión exagerada puede provocar irritación de la mucosa, mientras que la falta de contacto permite el escape de aire hacia las fosas nasales.
- e) Debe mejorar la fonación después de una adecuada reeducación fonética.
- f) Debe lograr una adecuada estética dental y facial.
- g) Debe mejorar la masticación, deglución y respiración.
- h) Debe estar construido de un material que sea liviano, higiénico y que pueda ser modificado cuando el caso lo requiera (Figura 2).

Figura 2: Partes constitutivas de un auxiliar fonético: *a*, sección palato-maxilar; *b*, sección velo-palatina; *c*, sección faríngea; *d*, magnitud de la fisura representada por línea de puntos.



TECNICA PARA LA CONSTRUCCION DE UN AUXILIAR FONETICO

Para la construcción de un auxiliar fonético seguimos la técnica basada en los conceptos generales delineados por el Dr. Cloyd S. Harkins [7] considerando que resulta dificultoso construir un aparato en base a una única impresión. Se aconseja realizar en una primera etapa la prótesis removible dento-maxilar, para luego completarla mediante una impresión faríngea a fin de lograr un modelo alterado con lo que realizamos el procesado de esta porción mediante resina acrílica [9-10].

Para la descripción de la técnica protética del auxiliar fonético, consideramos un caso de una fisura palatina congénita simple sin operar que abarca el velo palatino y parte del paladar duro.

1. Con una cubeta standard perforada se toma una impresión con alginato para obtener el modelo de estudio y la confección de la cubeta individual en la forma habitual (Figuras 3 y 4).

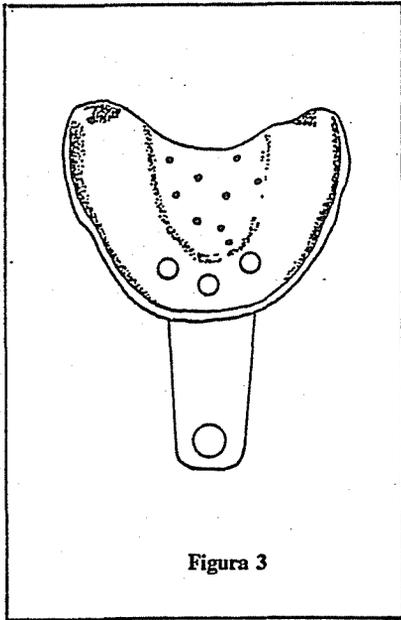


Figura 3

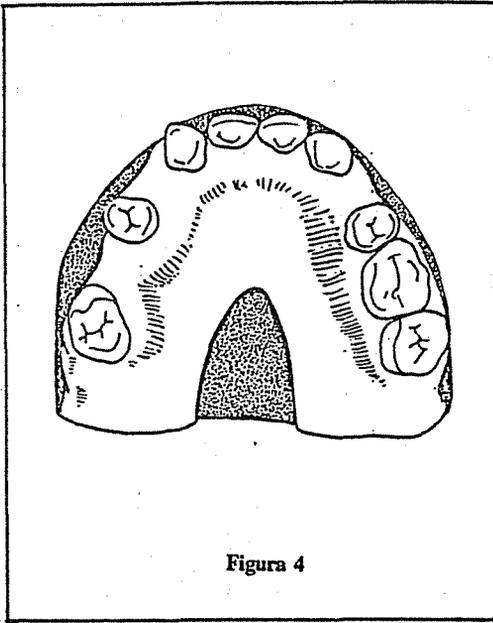


Figura 4

2. Se realiza el análisis del modelo de estudio mediante un tangenciómetro con el propósito de lograr el eje de entrada y salida del aparato y luego del diseño respectivo efectuar las preparaciones adecuadas de la boca.

3. Obtención del modelo de trabajo y adaptación de una placa base con la siguiente modalidad: en la parte posterior debe dejarse una extensión dirigida hacia atrás, de menor a mayor, con la finalidad de que cubra la abertura lateralmente y llegue si el caso lo permite hasta la base de las úvulas divididas. Sobre el borde posterior de esta extensión se adhiere un alambre en forma de asa, cuyo extremo libre deberá estar dirigido hacia el interior de la faringe en el lugar de mayor contracción muscular (Figura 5).

4. Como esta prolongación y asa se encuentran fuera del modelo original sin apoyo, es necesario hacerle un zócalo de yeso suplementario.

5. Retirada la placa base se efectúa el encerado del aparato según diseño proyectado y se procede a realizar el colado de la estructura metálica (Figura 6).

6. Se termina la porción palatal mediante resina acrílica cubriendo toda la bóveda (Figura 7).

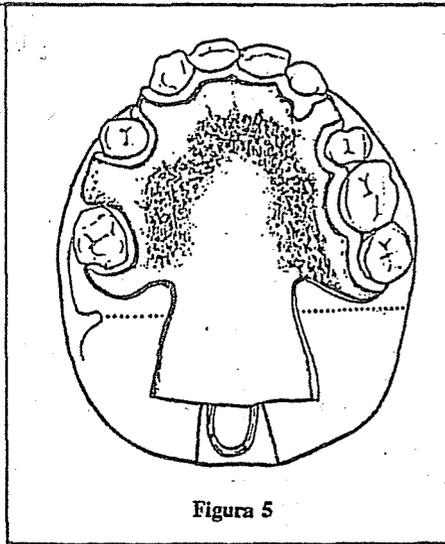


Figura 5

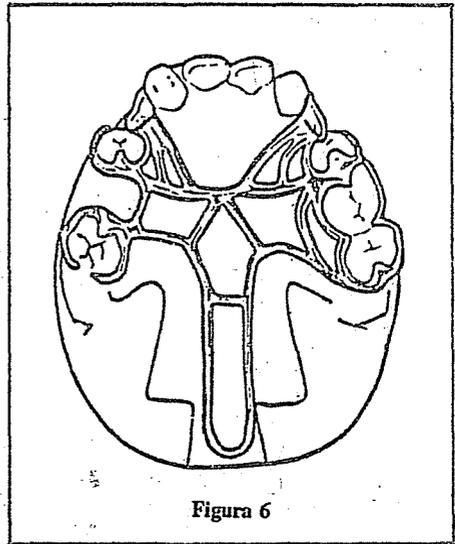


Figura 6

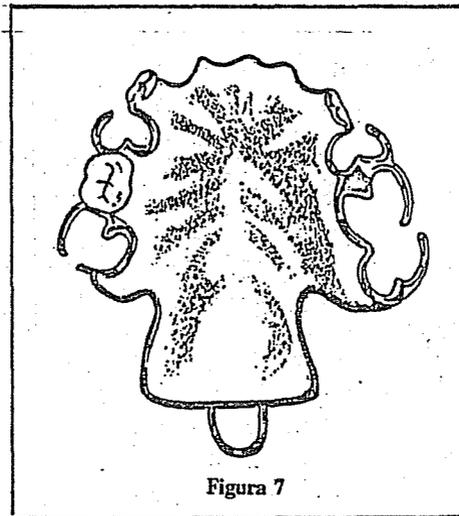


Figura 7

Habiendo completado esta etapa, es necesario hacer una pequeña reseña sobre lo que es el cierre velo-faríngeo y su importancia en la construcción de la porción faríngea del aparato protético [8].

Este cierre significa la separación fisiológica normal de la faringe nasal del resto de la misma producida durante la deglución y la fonación. Ocurre aproximadamente a la altura del tubérculo anterior del atlas, como consecuencia de la elevación del velo del paladar en su parte posterior como una cortina y,

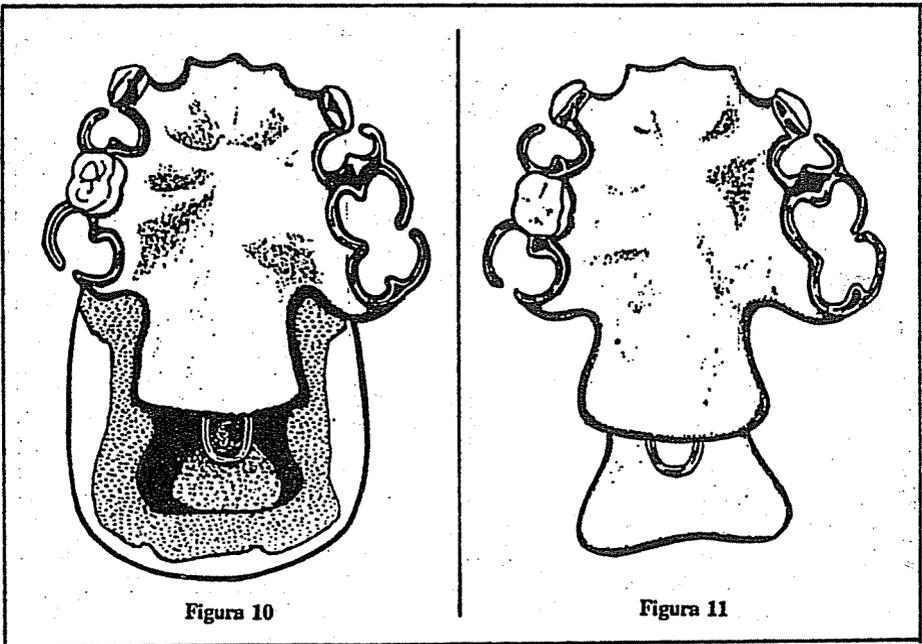
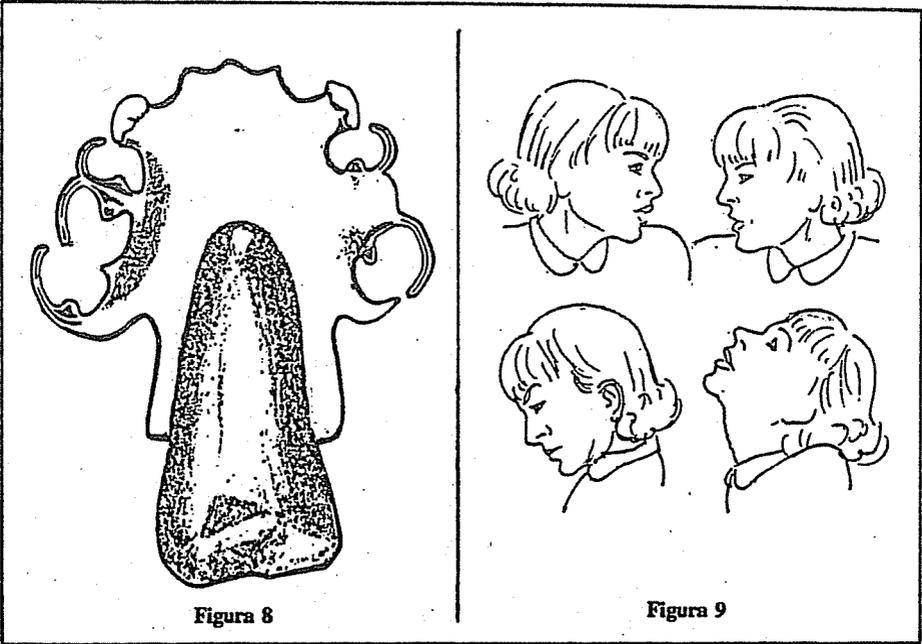
por el otro lado, por la contracción de las fibras musculares de la faringe. Todos los músculos que intervienen en este cierre cuando el paladar se halla congénitamente abierto, se hallaran afectados así como la actividad faríngea como parte de este síndrome. Las dificultades fonéticas y las afecciones del oído medio e interno reflejan que la función faríngea está afectada.

Gustav Passavant es recordado por sus observaciones sobre este cierre velofaríngeo. El observó la formación de un reborde alrededor de la pared lateral y posterior de la faringe, a la altura del paladar duro y que era visible cuando estaba presente una hendidura. Describió que el rodete estaba formado por fibras del músculo constrictor superior.

Walter [12] indicó que el rodete de Passavant aparece durante la fonación en aproximadamente un 10% en paladares normales mientras que en los paladares hendidos los hallazgos fueron del 57%, lo que sugiere que el rodete puede ser un factor compensatorio asociado con el paladar hendido y como una expresión de la musculatura alterada. Cuando el rodete de Passavant aparece claramente, es un factor positivo en la reducción del diámetro del orificio palatofaríngeo. Walter [12] estableció que no es posible distinguir entre la acción del músculo elevador del paladar y el músculo constrictor superior los causantes del cierre; se sugiere que ambos o algunos de ellos intervienen probablemente en el movimiento de la pared lateral de la faringe. En resumen, los movimientos son ciertamente más complejos que lo sugerido por algunos autores. Debe estar en la mente del protesista al construir un aparato obturador, tratar de restituir, dentro de lo posible, este cierre.

7. La porción posterior o faríngea se construye colocando sobre el asa metálica y cara basal en la línea media de la porción anterior ya terminada, cantidad suficiente de material vinil polisiloxano pesado (Xantopren Function de Bayer) [3] que tiene un tiempo de trabajo de aproximadamente 5 minutos con el propósito de obtener una impresión funcional de la faringe, exactamente donde se produce la mayor acción esfintérica. Para ello es necesario hacer que el paciente degluta repetidas veces mientras el material mantiene su plasticidad, girando al mismo tiempo la cabeza alternadamente hacia la derecha y hacia la izquierda y llevándola hacia atrás y adelante tratando de tocar el pecho con el mentón, con el objeto de ir moldeando la forma correcta del bulbo posterior, recortando los excesos desplazados por la musculatura faríngea, o bien, agregando en aquellos lugares donde no ha habido contacto, hasta llegar a obtener el contorno correcto (Figura 8 y 9).

8. Se construye un nuevo modelo de yeso para que mantenga intacto los límites de la nueva impresión faríngea realizada. Previa eliminación del material de impresión se procede a colocar resina acrílica transparente, con lo cual se termina el aparato (Figuras 10, 11 y 12).



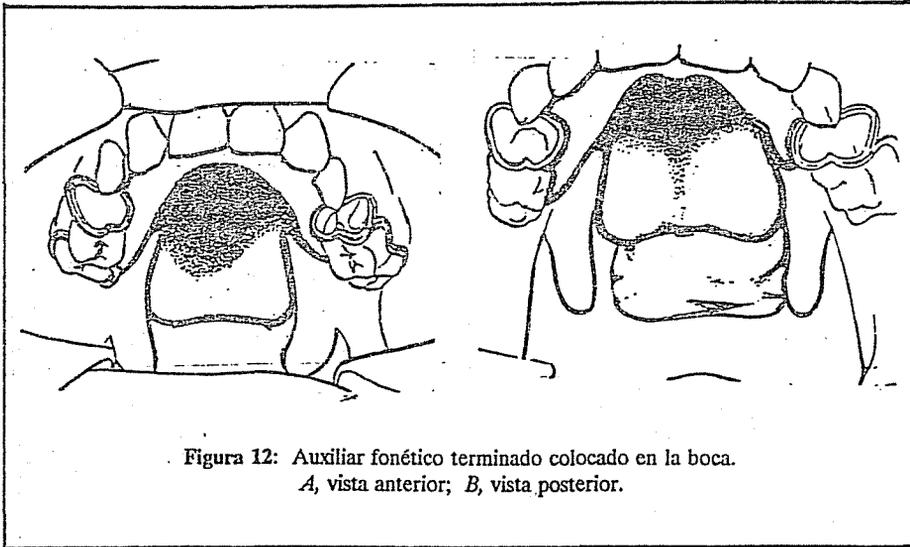


Figura 12: Auxiliar fonético terminado colocado en la boca.
A, vista anterior; *B*, vista posterior.

Las deficiencias protéticas se determinan:

a) Cuando el tamaño del obturador es inadecuado, por lo que la musculatura palatofaríngea fracasa al querer producir el cierre con la prótesis en la deglución. Puede ser causado por insuficiente cantidad de material de impresión o al uso de una técnica inapropiada.

b) Cuando el cierre se produce durante la deglución, pero no durante la fonación. Como la actividad palatofaríngea durante la deglución es más enérgica, pareciera que un obturador moldeado con actividad deglutoria es más pequeño que el obtenido por sellado palatofaríngeo durante la fonación.

BIBLIOGRAFIA

1. Cooper, Herbert: "Labio leporino y paladar hendido". Rev. Radiografías y fotografías clínicas. 17:16. 1951.
2. Desjardins, Ronald: "Prosthodontic management of the Cleft Palate Patient". J. Prosthet. Dent.; 33:655. 1975.
3. Gardner, K.; Rahn, A.; Parr, G.: "Using vinyl-polysiloxane in the altered cast procedure for speech aid prostheses". J. Prosthet. Dent.; 63:62. 1990.
4. Harkins, Cloyd: "Rehabilitación del fisurado palatino". Rev. Prótesis; 71, 1949.
5. Harkins, Cloyd; Ivy, Robert: "Surgery and prosthesis in the rehabilitation of Cleft Palate Patients". Plastic and Reconstructive Surgery; 7:32. 1951.
6. Harkins, Cloyd; Nitsche, M.: "Oral prosthesis for young cleft palate children". Dental Digest. 849, 1950.
7. Harkins, Cloyd: "Role of the prosthodontic in the rehabilitation of cleft palate patients". J.A.D.A. 43:29. 1951.
8. Mazaheri, M.; Mazaheri, E.: "Prosthodontic aspects of palatal elevation and palato pharyngeal stimulation". J. Prosthetic Dent. 35:319. 1976.
9. Platini, Tito Livio: "La prótesis en las fisuras palatinas". Tesis de Doctorado, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Córdoba. 1951.
10. Quiroga, J.: "Prótesis combinada buco-nasal para un fisurado". Rev. Prótesis. 33, 1949.
11. Rezende, Roberto: "Malfomacoes do labio e do palato". Rev. O Incisivo. I: 30. 1972.
12. Walter, J.: "Palato-pharyngeal activity in cleft palate subjects". J. Prosth. Dent. 63:187. 1990.