

## ARTICULOS ORIGINALES

PREMIOS ANUALES DE LA ESCUELA DE  
SANIDAD DE LAS FUERZAS ARMADAS

AÑO 2003 - 1<sup>ER</sup> PREMIO

Area Odontología

<https://doi.org/10.35954/SM2004.26.1.2>

### REHABILITACION INTRA ORAL Y DEL ROSTRO COMBINADA

May.(0) Carlos Russo

Departamento de Odontología  
del Hospital Central de las Fuerzas Armadas

#### **KEY WORDS:**

*Somatic Prosthesis  
Somato Prosthesis  
Maxillo-Facial Prosthesis  
Buco-Maxillo-Facial Prosthesis*

#### **SUMMARY**

*No other part of the human being does reveal its character as much as the face; no other part is capable of expressing a man's sensations, feelings and emotions as the face.*

*The person who suffers lesions in this part of the body feels psychic limitations and is considered as exposed to the criticism of everyone around him, this causes a decrease in his personality.*

*These disfigurements are caused by:*

- *congenital malformations and development disorders*
- *traumatic accidents: traffic or civilian or military occupational accidents*
- *mutilations with a pathologic origin, such as oncologic diseases and their surgical sequels.*

*The last one of these causes gave rise to this paper:*

*The purpose is to make a detailed description of the clinical case where the patient's rehabilitation was achieved with a facial prosthesis combined with another dental prosthesis, both working jointly.*

*The technique employed comprises and suggests simple therapeutic aspects which are totally unknown for our area and the region.*

#### **PALABRAS CLAVES**

Prótesis Somática  
Somato Prótesis  
Prótesis Maxilo Facial  
Prótesis Buco Maxilo Facial

#### **RESUMEN**

Ninguna parte del ser humano revela el carácter en igual proporción que el rostro; ninguna, es capaz de expresar las sensaciones, sentimientos y emociones del hombre como la cara.

El que padece lesiones en esta zona del cuerpo, siente limitaciones psíquicas y se considera expuesto a la crítica de todo el que le rodea, lo que motiva una disminución en su personalidad.

Estos desfiguramientos son causados por:

- *malformaciones congénitas y trastornos del desarrollo,*
- *accidentes traumáticos de: tránsito u ocupacionales civiles o militares y*
- *mutilaciones de origen patológico, como enfermedades oncológicas y sus secuelas quirúrgicas.*

Esta última causa, da origen este trabajo.

El propósito, es la descripción detallada del caso clínico de rehabilitación de un paciente por medio de una prótesis facial en combinación con otra dental, ambas solidarias.

La técnica empleada, constituye y propone, aspectos terapéuticos sencillos y totalmente inéditos para nuestro medio y la región.

## **INTRODUCCION**

Las prótesis somáticas tienen como finalidad la reconstitución estética, funcional y psíquica de aquellos pacientes que han sufrido alguna mutilación y que no pueden ser resueltas por medio de la cirugía plástica.

Este trabajo, es la descripción de la rehabilitación protésica de un paciente de sexo masculino, de 63 años de edad, radicado en el interior del país.

Fundamentan la exposición detallada de las diferentes etapas clínicas y de laboratorio, haber utilizado recursos de ingeniería bio-técnica totalmente originales e inéditos, en donde la revisión de la literatura referente al tema en cuestión, determina que no existen antecedentes de restauraciones de tal magnitud en nuestro país y la región.

En febrero del año 2002, el Sr. J. S., acompañado por su odontólogo particular y a la vez vecino de su misma localidad, consulta, en busca de una solución estética y funcional; facial y dental, para la situación que lo aquejaba grandemente. Posee una enorme mutilación facial y bucal comunicadas, como consecuencia de la ablación quirúrgica de un tumor maligno.

Se presenta con una prótesis cosmética facial confeccionada de manera transitoria y paliativa al acto quirúrgico, por un protesista.

## **ASPECTOS CONCEPTUALES**

En el mes de septiembre de 1999 comienzan a presentarse repetidas hemorragias nasales sin causa clara aparente. En un centro médico asistencial, se realizan estudios radiográficos y posteriormente se practica una biopsia que confirma el diagnóstico de carcinoma epidermoide en séptum nasal y fosa nasal derecha.

Se realiza un tratamiento quirúrgico con abordaje intra oral en octubre de ese mismo año, con la exéresis del cartílago nasal.

Se impone una segunda intervención, por recidiva del tumor, en junio del año 2000. Esta vez, es resecado el maxilar derecho en su totalidad, siendo el abordaje intra-oral.

En marzo del 2001, ante una nueva recidiva, se decide por parte de los médicos tratantes especialistas otorrino laringólogos, realizar una exéresis más amplia, que involucra esta vez, la totalidad de la órbita y su contenido, todo el apéndice nasal con las estructuras óseas adyacentes, la mejilla con hueso malar y vecinos y la totalidad de las estructuras blandas del lado derecho del rostro.

Luego, el paciente recibe radioterapia de acuerdo a los protocolos indicados por el especialista radiólogo actuante. No se prescribe terapia de apoyo psicológico.

## **EXAMEN GENERAL**

Permite apreciar una persona de talla mediana, de complexión fuerte y robusta de aproximadamente 1,70 mts. de estatura con aspecto general sano y normal. Impresiona como un individuo, culto, confiado, desenvuelto y colaborador, con una vida familiar y social muy activa y que se maneja en forma independiente.

Es francamente evidente una prótesis cosmética facial rígida, de material acrílico; con coloración, brillo y aspecto poco disimulable y que abarca; la totalidad de la nariz, los párpados superior e inferior y el ojo derecho, así como el pómulo y la mejilla del mismo lado. Los bordes de la misma no se adaptan a los tejidos blandos vecinos y carece de ajuste apropiado, siendo perceptible el corrimiento de saliva en su borde inferior.

La retención de esta prótesis, se lleva a cabo a través de la atadura de bandas elásticas que pasan rodeando la cabeza por detrás. (Fig. N°1 y 2).

La fonación y articulación de la palabra son francamente defectuosas.

## EXAMEN LOCAL

---

Con el retiro de la prótesis facial, se aprecia una muy amplia exéresis de las estructuras blandas y óseas que abarcan las regiones antes mencionadas.

(Fig. N°3 y 4).

Las bandas elásticas, usadas para la sujeción, debido a su fuerte presión contra la piel, dejan ver sus huellas, luego de retiradas. Por otra parte, el paciente, asegura estos elásticos en posición, con cintas adhesivas tipo "leuco" que aplica sobre la piel de la frente (Fig. N°5), hallándose por este motivo, sumamente irritada.

La cara interna de la prótesis facial, carece de una superficie perfectamente tersa y pulida como es aconsejable y teniendo en cuenta el contacto permanente con la humedad de las fosas nasales es apreciable la instalación de colonias de hongos (Fig. N°6)

La resección quirúrgica involucra toda la zona orbitaria, ojo y párpados superior e inferior derechos, región zigómato-malar, apéndice nasal, maxilar superior, incluyendo paladar duro y blando, además de las piezas dentales anteriores y posteriores de la hemi arcada correspondiente.

Se observa, una gran y amplia comunicación buco-nasal, donde son ampliamente perceptible los detalles anatómicos que corresponden a la región de las fosas nasales y la base de cráneo, parte posterior de la lengua, así como la porción superior de la vía aérea y la faringe (Fig. N°7).

Una pequeña zona externa y superior de la cavidad orbitaria, vaciada en su contenido, se encuentra tapizada por piel (Fig. N°8). Por mucosa; las zonas que corresponden al fondo de dicha cavidad y parte de las fosas nasales: cornetes, hueso etmoides, y laringe (Fig. N°9 y 10).

El paciente era ya portador de una prótesis dental removible, con paladar de acrílico y retenedores de acero labrado. Modificada y ajustada ésta, le fue instalada en el acto operatorio, asegurando su retención transitoriamente por medio de ligaduras quirúrgicas metálicas a la base de cráneo. Estos hilos metálicos han provocado una franca irritación en el

punto de emergencia o pasaje a la mucosa bucal, pues la permanencia de su uso, se prolongó mucho mas allá de lo previsto. Es evidente que las maniobras para la higiene son francamente dificultosas y por tanto incompleta. En consecuencia, la prótesis dental carece absolutamente de soporte de cualquier índole, por lo cual, con el paso de los meses, expuesta al esfuerzo deglutorio y de la masticación, se intruye cada vez mas, irritando los tejidos blandos y sufriendo además la pérdida de la correcta relación de engranaje y antagonismo con la arcada inferior.

El paciente conserva 4 piezas dentales superiores, 22-23-24-25, con buen estado periodontal, al examen clínico y radiológico. La arcada inferior se compone de piezas dentales en buen estado y la reposición de algunos molares y premolares de ambos lados por medio de una prótesis parcial removible con esqueleto de cromo cobalto (Fig. N°9 y 10).

## PLAN DE TRATAMIENTO

---

Como es sabido, siempre que sea posible, el tratamiento de elección para la solución cosmética de un defecto cráneo facial es la reconstrucción plástica quirúrgica (1).

Desgraciadamente, la cirugía plástica tiene limitaciones y una prótesis puede ser la mejor solución en algunos de los siguientes casos:

- Restauración de partes intrincadas del cuerpo como; la oreja, la nariz, el ojo, etc.
- Restauraciones muy extensas.
- En pacientes con cáncer, cuando se sospecha futura recidiva o cuando se establece tratamiento radiante.

En términos generales, una prótesis esta indicada cuando la cirugía plástica no es posible o reconoce limitaciones.

En los casos complejos como este, las posibilidades, si bien limitadas, de tratamiento protético, suelen ser el resultado de la apropiada e ingeniosa combinación intra y extra oral separadas o con dispositivos de combinación de lo más diversos.

Se analizan las ventajas e inconvenientes de cada una de ellas y una vez seleccionado el dispositivo apropiado, en base a esa hipótesis, comenzamos con el estudio, en detalle y cada vez más profundamente, del proyecto de un mecanismo intra y extraoral combinado.

Apelamos al ingenio, inventiva y experiencia en pos de la solución más idónea.

Se conjugan a tal fin, los antecedentes bibliográficos, (2, 3) los recursos materiales disponibles, la experiencia previa, los principios básicos; biológicos (bio-ingeniería, bio-mecánica) aplicados al terreno protético.

Aunque las técnicas protésicas para restaurar los defectos faciales datan de hace siglos, los recursos de retención y estabilidad de las prótesis han mejorado en tiempos recientes.

En nuestro medio contamos hoy con los recursos de última generación en el campo de esta especialidad.

La restauración odontológica ha mejorado significativamente con la aparición de nuevos materiales y los adelantos técnicos, clínicos, quirúrgicos y de laboratorio. Gracias a estos avances (en especial, los implantes endoóseos), se ha mejorado fundamentalmente la retención y la estabilidad de las prótesis maxilo faciales.

La aplicación de implantes endoóseos de uso intra oral traslada sus fundamentos y principios de ingeniería de superficie, fuerza y distribución de tensiones a las prótesis cráneo-faciales.

En este caso en particular, el peligro de la osteoradionecrosis y el fracaso en la osteo integración de los implantes en el hueso recientemente irradiado, hace descartar en esta instancia, la retención protética por vía de implantes, previéndose sí, para una posterior oportunidad.

Con tal fin, se aconseja realizar un protocolo de tratamiento con oxígeno hiperbárico de 20 sesiones antes de la inserción de los implantes y otras 10 sesiones tras la misma.

En el presente, de acuerdo a la entidad de la lesión y a la particular historia quirúrgica, es de elección,

seleccionar una terapéutica protética que nos permita garantizar un seguimiento de la evolución, con un acceso al examen clínico lo más cómodo posible (4).

### ► LA PROTESIS DENTAL:

Se valora como un aspecto altamente negativo la ausencia de estructuras que brinden apoyo tales como: reborde alveolar, bóveda palatina.

Al igual que acontece con la utilización de implantes cráneo-faciales, considerando que el paciente ha sido sometido recientemente a radioterapia, esta contraindicado el uso de implantes óseo integrados intra orales, mecanismo de elección cuando esta indicado de preferencia para la retención protésica dental.

Las piezas dentales presentes se hallan con buena implantación y salud periodontal, no obstante, presentan restauraciones defectuosas y recidiva de carie marginal.

Se propone, como primer paso para la confección de la prótesis dental:

1. Levantar la totalidad de las restauraciones y sustituirlas, luego del tratamiento endodóntico correspondiente, por una férula en porcelana dental, que solidarice la totalidad de las piezas remanentes en su conjunto, mejorando de esa manera la condición de implantación individual de cada una de ellas, frente a los impactos masticatorios.

2. Confeccionar una prótesis dental removible, con esqueleto de cromo cobalto y encía artificial con paladar hueco en metil metacrilato (acrílico de uso dental), obteniendo resistencia y ligereza a la vez (Fig. N°11 y 12).

La anatomía palatina de las piezas dentales de la futura férula, debe contemplar los requisitos peculiares que atañen al diseño de la estructura del esqueleto de cromo cobalto, pues este, se aparta de lo convencional, debido a las muy diferentes exigencias mecánicas de este tipo de prótesis.

En tal sentido la cara palatina de las piezas dentales se tallaran de modo que ofrezcan la más eficaz

retención por fricción a los brazos estabilizadores del esqueleto metálico. En el diseño de estos brazos se tendrá en cuenta realizarlo lo mas a gingival posible.

La condición de falta de estructuras que garanticen soporte para la prótesis dental nos hace pensar en una sub-estructura que llamaremos "obturador".

Se confeccionará en silicona de uso médico, SILASTIC MDX 4 4210, material blando, elástico e inocuo para los delicados tejidos que cubren las estructuras que antes hemos mencionado (Fig. N°15).

Este obturador elástico, cubre o tapiza, recostándose, con un muy suave apoyo en la mucosa, hoy expuesta al medio externo. Tendrá la forma de un casquete semi- esférico en donde su cara cóncava mira hacia el frente.

Su parte inferior se relaciona directamente con la cavidad bucal, formando la bóveda palatina ausente, sustituyéndola.

Se planifica la confección en su cara inferior o bucal, un cordón circular, que una vez abierto, su "luz" deja expuesto el techo de la bóveda palatina de la prótesis dental, pudiéndose entonces, solidarizar dicho paladar protésico con el obturador, por medio de una garganta de acrílico (Fig. N°13).

La prótesis dental de esta manera, se "abrocha" en el obturador, colaborando éste, además, en la retención del aparato protésico (Fig. N°14).

La idea es que, la parte superior de la prótesis dental y la cara inferior del obturador estén en íntimo contacto, ofreciendo éste, a través de sus paredes, la absorción, distribución y posterior disipación de las fuerzas generadas en la superficie oclusal. La descarga de estas fuerzas, llegaran por último, a la parte externa de la fosa orbitaria, única zona tapizada por piel y que ofrece las mejores condiciones biológicas para tal fin (Fig. N°16).

El contorno del obturador, tendrá un reborde de sección circular similar a un cordón más grueso que el espesor del resto de sus paredes. En este reborde se sujetará, "abrochándose", un marco de acrílico rígido, frontal, que oficiará como elemento intermedio para la fijación de la prótesis facial (Fig. N°17 y 18).

## ► LA PROTESIS FACIAL:

1. Involucra la confección personalizada de una prótesis ocular individual con detalles de coloración y tamaño que imitan el ojo sano (5).

2. Incluye, la zona óculo-palpebral izquierda, la región zigómato malar, la nariz en su totalidad y la zona yugal del mismo lado.

3. Los límites de la futura prótesis deberán considerarse de acuerdo a los cánones que establecen llevar los bordes a zonas de pliegues y/o rebordes naturales de la piel en dónde son mas fáciles de encubrir y por lo tanto menos perceptibles.

4. Se tendrá en cuenta que dicha prótesis, debe ser lo más liviana posible incluyendo los elementos intermedios de retención.

5. Resistencia y durabilidad. La prótesis facial será un dispositivo que será manipulado diariamente, para su instalación, higiene y retiro. Nos inclinamos por utilizar silicona de uso médico Silastic 4-4210 de amplia y reconocida eficacia para este tipo de rehabilitaciones (6).

6. Procuramos contar con registros fotográficos de frente y perfil, lo mas recientes, previos al acto quirúrgico, que sirvan de orientación, en las etapas de escultura y modelado de la maqueta.

Como parte del proyecto previo al tratamiento, se decide realizar una maqueta previa del obturador de silicona. De esta manera, será más fácil valorar virtudes y defectos, corrigiéndolos.

Dicho obturador deberá:

- Otorgar retención a la prótesis cosmética, que se "abrochará" en dicho obturador.
- Oficiará de soporte para la prótesis dental, sustituyendo la bóveda palatina ausente.
- El espesor preciso de sus paredes y su reborde periférico, calibrados con precisión, garantizan; ser liviano, resistente al desgarro, con un delicado y suave contacto sobre los tejidos.
- Formar una cámara de anti condensación.

El aire expirado está cargado de humedad, en su curso por las paredes de la prótesis, se forma una condensación del mismo, que se transforma por tener aquellas menor temperatura, en corrimiento líquido sobre la cara interna de la prótesis, hecho este desagradable, teniendo en cuenta que muchas veces el paciente no es consciente del mismo. El obturador, construido independiente-mente de la prótesis, toma contacto con los tejidos conservando la misma temperatura que aquellos, constituyéndose en barrera para el corrimiento de humedad y secreciones nasales.

- Otorgando, si se le requiere, retención complementaria a la prótesis dental.

La presencia de solamente 4 piezas dentales, aunque sanas, nos plantea un pronóstico reservado en cuanto a su capacidad de permanencia en boca. Previendo tal contingencia, es decir, su eventual pérdida y en consecuencia la retención por estas brindada, se diseña en el piso del obturador, el sistema de retención mecánico complementario y alternativo.

Ante la eventualidad de requerirse mayor retención para la prótesis dental, como fue expresado, solo basta abrir el “fondo” del obturador y agregar una pequeña garganta de acrílico al paladar de la prótesis dental, para que lo “abroche”, de la misma manera que lo hace una tetina con el biberón.

## TRATAMIENTO

### ► LAS PRÓTESIS DENTALES

Se logran impresiones preliminares, para luego, confeccionando cubetas individuales obtener el calco del terreno con impresiones individuales funcionales.

#### ▪ La prótesis inferior

Por tratarse de un caso convencional, se lleva a cabo su resolución por medio de una prótesis parcial removible con esqueleto de cromo cobalto.

#### ▪ La prótesis superior:

El diseño del armazón o esqueleto de cromo cobalto, merece algunas consideraciones;

- la silla palatina debe ser poco extendida, mejorando así, la condición de volumen y peso, sin que esto comprometa la resistencia del aparato

- los brazos activos de los retenedores, deben incluir la mayor parte de las piezas presentes.

Del estudio telescópico de los pilares, los brazos activos de los retenedores se diseñan situándolos lo más gingival posible.

- Se deben corregir, como fue expresado, las caras palatinas de los pilares, por tallado y los brazos pasivos de los retenedores estar ubicados junto al margen gingival sin dañarlo, para de esa manera, mejorar la retención por fricción.

- Según el caso y éste lo es, la preparación de la boca involucra también la colocación de apoyos y uñas ferulizantes.

La prótesis obturatriz dental se realiza, hueca, en metil metacrilato ( resina acrílica de uso odontológico) en su totalidad, logrando un peso, después de pulida, de 55gramos (Fig. N°11 y 12).

El piso del obturador hueco, según lo planeado se realiza horizontal, y se busca impida la filtración por sus márgenes, de los fluidos desde y hacia la cavidad bucal.

Para garantizar la estabilidad de la oclusión se deberá ajustar la prótesis durante la etapa de montaje de las piezas dentarias (articulado) y por desgaste selectivo, luego que esta es procesada, dirigiendo, de esta manera las fuerzas hacia el lado sano, quedando el lado afectado, en una muy leve inoclusión.

Durante el enfilado de los incisivos protésicos se debe prever, sobrepasen en 1 o 2 milímetros por debajo a los incisivos sanos, compensando la intrusión de la prótesis por la pérdida de tejidos de soporte.

### ► OBTURADOR

Una vez satisfechos de las virtudes de las prótesis dentales superior e inferior y con estas instaladas en posición, registramos una impresión completa del rostro y de esa manera lograr un modelo total de la cara del paciente.

Seguimos esta conducta, pese a que hay autores que lo consideran prescindible, pues creemos, en muchos momentos de las diferentes etapas, es un elemento de referencia y enorme ayuda (7).

Nuestro objetivo en esta etapa es la de obtener el obturador, con todas las condiciones antes mencionadas.

Una reproducción o duplicado parcial del modelo del rostro, que nos interesa, será utilizado como modelo de trabajo.

Pequeños discos de cera, de 1 cm. de diámetro y un espesor calibrado de 3 mm., son colocados estratégicamente en el fondo de la superficie de yeso de este modelo parcial de trabajo. De esa manera, sabemos, al cubrir con cera los espacios entre los discos, el espesor preciso de la pared del futuro obturador. Dicho espesor de la pared, guarda relación directa con el grado de recuperación elástica del futuro obturador.

Confeccionamos un cordón de cera, calibrado, de 6mm. , que se pega en el contorno a modo de "marco de ventana". El espesor de este cordón, guarda relación con su cometido de abrochar reteniendo mecánicamente la prótesis facial por fuera de él.

Del mismo modo se confecciona un segundo cordón de cera, calibrado de 5mm, esta vez destinado a abrochar, la prótesis dental, que ubicaremos en el piso o cara bucal de la maqueta de cera del futuro obturador.

Una vez procesado el Silastic MDX 4-4210, obtenemos el obturador terminado, que una vez colocado en posición en el paciente, estudiamos atentamente su relación con los tejidos circundantes y su comportamiento ante los diferentes movimientos habituales de mímica del rostro y en la masticación (Fig. N°16).

En esta etapa, decidimos, postergar la apertura del piso del obturador para relacionarlo con la prótesis dental, pues los mecanismos de anclaje dental de retención resultan ser mucho más eficientes de lo esperado. No obstante, si en un futuro, las piezas dentales claudican y la

retención se viera comprometida se apelará a este recurso (Fig. N°13, 14, 15 y 16).

### ► LA PRÓTESIS FACIAL

La tarea científico-artística, de la confección de las partes ausentes del rostro comienzan con una escultura de las mismas.

Se deben conocer en profundidad las bases antropométricas y las proporciones faciales que si bien no constituyen reglas absolutas, contribuyen al establecimiento de los caracteres normales.

El protesista maxilo facial debe poseer sólidos conocimientos en:

1. escultura anatómica artística de la cara.
2. armonía de proporciones faciales
3. anatomía artística del órgano a reproducir

La escultura, es realizada sobre el mismo rostro del paciente, método denominado directo, auxiliados de materiales plásticos, tales como la arcilla de uso escolar o "plasticina".

El color de esta, lo preparamos especialmente, buscando el tono, mas parecido al de la piel del paciente. De esa manera, evitamos enmascarar distorsiones ópticas en la apreciación, al evaluar nuestro trabajo, por efecto de la diferencia de coloración entre el material plástico y la propia piel del paciente.

Es esencial que los bordes de la prótesis sean disimulados lo mas posible, en pliegues o relieves de la piel: surco naso - geniano, cejas, reborde orbitario, etc.

El éxito de esta etapa, depende del grado de entrenamiento en disciplinas tales como; escultura, anaplastología, antropometría, etc.(8).

Con el paciente, generalmente sentado, en posición erguida, como solemos estar en la mayor parte de las horas del día y sobre una placa de cera adaptada, que abarque los límites elegidos para la futura prótesis, se esculpe la arcilla con los dedos y espátulas a tal fin.

Cualquier otra posición de trabajo, condiciona, por efecto de la gravedad al conjunto de la musculatura, tegumentos y tejidos de recubrimiento, distorsionando su posición y con ello, el resultado final (Fig. N°25).

Comenzando por la ubicación del ojo, determinando la apertura palpebral, se reproducen las características individuales de cada individuo, como los surcos, pliegues y detalles anatómicos del lado sano, hasta lograr un resultado estético satisfactorio.

### ► **DISPOSITIVO DE RETENCIÓN INTERMEDIO**

Denominamos así, un dispositivo que consta de tres (3) partes:

1. Una placa frontal de metil-metacrilato, de muy fino espesor (2mm.) y que posee en su borde externo, una garganta o ranura que le permite abrocharse en el reborde al frente del obturador de silicona. Esta placa tiene una perforación de 3,2 cm. en su centro, que permite el paso de: (Fig. N°17).

2. Un tornillo de teflón, de 3cm. de diámetro, que atraviesa la placa de acrílico. La cabeza facetada, anterior, de dicho tornillo se encastra o abrocha a la cara posterior de la prótesis facial (Fig. N°20, 21 y 22).

3. Una tuerca de teflón correspondiente al tornillo. Esta permite, por detrás de la placa de acrílico, sujetar el tornillo y con éste, la prótesis facial al propio obturador (Fig. N°21 y 22).

Este dispositivo mecánico permite, si fuera necesario al profesional y aún al propio paciente ajustar periódicamente las piezas entre sí. De tal modo que permaneciendo oculto a la vista de los demás, ofrece la ventaja de asegurar la retención deseada, de todo el conjunto, de acuerdo a la percepción del paciente. (Fig. N°22).

El material seleccionado para esta pieza (TEFLÓN) garantiza una excelente higiene por su superficie anti adherente, lo que facilita su limpieza, inalterabilidad con el paso del tiempo, así como un peso sumamente ligero.

### ► **CARACTERIZACIÓN E INSTALACIÓN**

Con la ayuda de pigmentos específicos para cada caso, se procede a pintar con toda la gama de colores apropiados, la superficie exterior de la prótesis, caracterizándola.

Se detallan las sombras y relieves de cada zona en particular, colaborando en camuflar la prótesis con la piel del rostro del paciente.

Se agregan si corresponde, cejas y para este caso específico, además de pestañas, confeccionamos un bigote de pelo natural, que se fija adhiriéndolo a un “delantal” sub-nasal de la propia prótesis (Fig. N°25).

Se instruye al paciente en los cuidados para la colocación y retiro de la prótesis. Se le aconseja además, en la tarea diaria de la higiene de la misma y de su propia piel.

El maquillaje de la prótesis debe ser concebido con igual o mayor importancia que las tareas anteriores, siendo necesario por parte del paciente, disponer o ejercitar el detallismo, delicadeza y paciencia en esta tarea, utilizando a tal fin bases y polvos de uso cosmetológico.

En casi todas las prótesis faciales, el uso de anteojos con o sin aumento, constituyen un medio de enorme utilidad, colaborando a enmascarar el artificio. El armazón y los cristales, preferentemente con un ligero ahumado, ejercen un efecto de distracción sobre las otras personas, que resulta altamente ventajoso. Además, en muchos casos, los anteojos suelen utilizarse como elemento de sujeción de la propia prótesis (9).

En las fotos (Fig. N°26 y 27) pueden verse el antes y el final de la restauración terminada.

### **CONCLUSIONES**

Toda persona tiene una imagen, concepto y valoración de sí mismo que en gran parte regula y dirige su conducta actual, sus planes y proyectos futuros.

Circunstancias como las intervenciones quirúrgicas de origen maxilo facial como las expuestas, afectan,

lesionan o perjudican la auto imagen.

Se ha observado que las mismas dejan una secuela de sentimientos de inferioridad y depresión como consecuencia de la auto-valoración disminuida.

Cuando al sujeto se le aplican prótesis remediales a su situación, estas contribuyen notablemente no solo a su rehabilitación física, sino además psicológica, con lo que mejora la imagen y valoración que se tiene de sí.

Pretendemos contribuir a preservar la salud del ser humano sintiendo la necesidad de aunar esfuerzos para incorporar al minusválido a la sociedad.

Los resultados obtenidos en la reconstrucción protética y el logro del éxito en la rehabilitación estética, funcional y psíquica del paciente mutilado facial solo se pueden cuantificar si se toma en cuenta la diversidad de factores que intervienen en la "calidad de vida" del ser humano.

No debemos pasar por alto la afectación psicológica y socio-económica de este tipo de secuela y el compromiso moral de todo aquel que se relacione con la especialidad, para devolver al paciente a la sociedad, así como abordar de forma multidisciplinaria la condición del tratamiento de manera que podamos lograr mejores resultados. Todos los autores, además del sentido común, coinciden en la necesidad obligada e imperiosa de ofrecer siempre, a este tipo de paciente y a su entorno familiar un apoyo psicológico que reviste carácter especial.

El no contar con literatura especializada que permita divulgar y motivar sobre el tema, nos ha llevado a la realización de este trabajo que esperamos sirva como base a trabajos futuros.

## BIBLIOGRAFIA

---

- (1) RAHN, B. Prótesis Maxilo Facial. Principios y conceptos. Ed.Toray S.A. Barcelona, 1973;1:125-142.
- (2) BENOIST, M. Rehabilitation et prothèse maxillo-faciales. Julien Orelat, 1978;1:334-343.
- (3) REZENDE, JRV Y PIRAS DE OLIVEIRA, JA. Protese Buco Maxilo Facial, conceitos básicos e práticas de laboratorio. Savier Brasil, Sao Pablo 1986;1:31-68.
- (4) TRIGO, JC Y TRIGO, GC. Prótesis restauratriz máxilo facial. Editorial Mundi S.A.I.C. y F. 1:28-98.
- (5) GARCÍA MENDOZA, A. Prótesis restauratriz máxilo facial. Rev.Cub.Estom.1972;9(3):197-200.
- (6) KAMBAKSH JEBREII, DMD. Acceptability of orbital protheses. J. Prost. Dent. Jan 1980;82-85.
- (7) ALVAREZ RIVERO, A. Técnicas para la construcción e instalación de prótesis Oculares Individuales y Orbitales. Tesis de Grado 1981. Cuba 1;30-41.
- (8) SILKIN, A. Facial and body prosthetics system laboratory practice. 2da Edición.
- (9) UDAGAMA, KH. Restaurando caras desfiguradas J. Dent Assoc. Dic. 1982;105(6):987-989.

FIGURAS

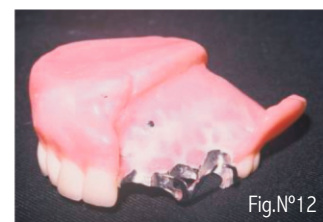
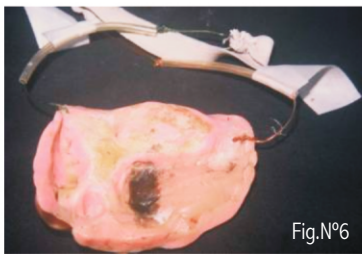
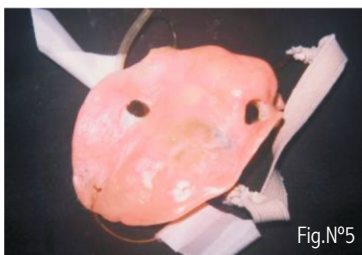




Fig. Nº13



Fig. Nº14



Fig. Nº15



Fig. Nº16



Fig. Nº17

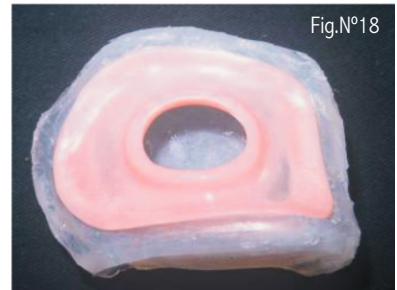


Fig. Nº18



Fig. Nº19

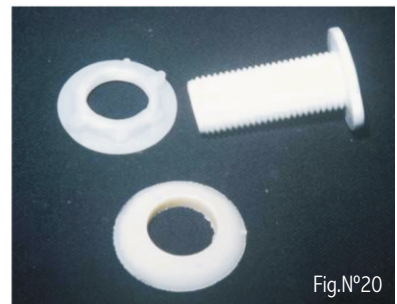


Fig. Nº20

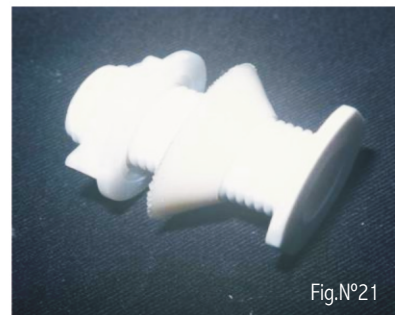


Fig. Nº21

REHABILITACIÓN INTRA-ORAL  
Y DEL ROSTRO COMBINADA



Fig. Nº22



Fig. Nº23



Fig. Nº25

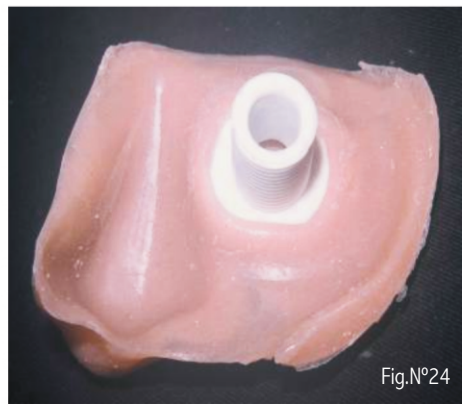


Fig. Nº24



Fig. Nº26



Fig. Nº27