

Prótesis orbitaria flexible integrada a los anteojos

Dra. Myriam Fumero *

RESUMEN

Los pacientes que, por razones oncológicas, han sufrido la pérdida del globo ocular y de las estructuras palpebrales, no encuentran otra alternativa que no sea la prótesis para recuperar la estética pérdida.

El objetivo de las prótesis óculo palpebrales también llamadas orbitarias es reconstruir artificialmente las pérdidas de sustancia de esa región de la cara. Éstas prótesis se mantienen en posición por diferentes elementos de retención.

Se describe una técnica de confección de prótesis orbitaria de material flexible usando los anteojos como elementos de retención. Las prótesis flexibles de silicona, por las características del material, no se pueden unir al marco de los anteojos. Para lograrlo, se confecciona una estructura de acrílico incluida en el seno del material flexible que sirve para unir las prótesis a los lentes, a la altura del cablete nasal y de la patilla, quedando prótesis y lentes en una sola unidad.

Palabras clave:

- prótesis orbitaria
- substrato de acrílico
- retención

1 - INTRODUCCIÓN

Son prótesis orbitarias aquellos aparatos que reponen el globo ocular y los tejidos adyacentes (párpados y cejas, etc.) en pacientes que, por patología oncológica, han sufrido la pérdida de la órbita luego de la resección del tumor (5) (fig.1).



Fig. 1
Pérdida de la órbita por patología oncológica.

Mediante estas prótesis los pacientes mutilados recuperan la estética perdida quedando rehabilitados para reintegrarse a la sociedad. Son esencialmente cosméticas, aunque también cumplen un rol de protección del lecho residual.

Las prótesis orbitarias son las más difíciles de elaborar con buenos resultados, ya que se debe intentar reconstruir un órgano móvil con una prótesis estática (8). Pueden ser confeccionadas con materiales rígidos (acrílicos de termopolimerización) o flexibles (siliconas). De acuerdo al tipo de material se usarán diferentes medios de retención.

Los medios de fijación utilizados en las prótesis orbitarias son: los anteojos del paciente

* Asistente Titular del Servicio de Prótesis Buco-Maxilo-Facial de la Facultad de Odontología del Uruguay - Secretaria de la Sociedad Latinoamericana de Prótesis Buco-Maxilo-Facial. Fellow de la Academy of Dentistry International

a

n

e

x

o

s

Anexo 10

LAPSOS SUGERIDOS

El lapso (intervalo entre dos sesiones consecutivas de mantenimiento) se fija sobre la base del riesgo. El riesgo es un factor cambiante durante la vida del paciente por lo tanto, los lapsos deben modificarse periódicamente de acuerdo a las necesidades del individuo en ese momento. Una persona puede tener en su boca un solo sitio de riesgo. El mantenimiento será específico (en lapso y en acciones) para las necesidades de ese sitio. El sitio de mayor riesgo define la fecha del próximo control.

	RIESGO	LAPSO (meses)
CARIES	ALTO	4
	MEDIO	6
	BAJO	12
ENFERMEDADES PERIODONTALES	ALTO	2
	MEDIO	3 - 4
	BAJO	12
DISFUNCIONES	ALTO	4
	MEDIO	6
	BAJO	12
PRÓTESIS	ALTO	3
	MEDIO	6
	BAJO	12

(3), las sustancias adhesivas cutáneas (7) y los implantes extraorales (9).

La retención a través de los anteojos es la que se usa en la prótesis de transición, que va a llevar el paciente hasta que el terreno esté en condiciones de poder instalar la prótesis definitiva. Éste tipo de retención es la más cómoda para el enfermo durante su recuperación, y además, al sacar los anteojos, deja una "ventana" para que el cirujano controle la zona intervenida.

La mayoría de los pacientes aceptan con más agrado las prótesis confeccionadas con materiales flexibles, ya que su textura es similar a la de la piel. Se mantienen en posición con adhesivos cutáneos, cuyo uso tiene limitaciones:

- Pueden producir irritaciones de la piel o reacciones alérgicas.
- Su uso constante provoca deterioro de los márgenes de la prótesis.
- Los solventes empleados en la limpieza de las prótesis pueden liberar vapores tóxicos.
- Los pacientes de edad avanzada y con limitaciones psicomotrices necesitan de otra persona para la instalación y el retiro de la prótesis.
- En climas tropicales el adhesivo no puede ser usado ya que la transpiración del paciente lo disuelve, ablandándose y despegándose la prótesis (6).

Dado que las prótesis flexibles son las que mejor se mimetizan con el rostro, se buscó combinar sus ventajas estéticas con el elemento de retención más sencillo para el paciente: fijándola a los anteojos. Ésta prótesis flexible de silicona presenta una placa de acrílico, o substrato, que se encuentra incluida en el seno del material y emerge de éste a la altura de la patilla y del cablete nasal, donde se fija a los marcos del antejo.

2 - DESCRIPCIÓN de la TÉCNICA

2.1 Impresión facial o "moulage".

Se parte de una impresión facial parcial llamada "moulage"(3). Para ello se limita el campo marcando los perímetros de la zona que se quiere abarcar con la impresión (siempre se debe llegar a zonas de tejidos sanos).

Se envaselinan las zonas donde el material de impresión puede quedar retenido, como cejas y cabello. La impresión se puede tomar con siliconas fluidas (1) o con alginato (3). El alginato debe usarse muy fluido y se comienza por colocarlo en las partes más profundas del defecto, evitando la formación de burbujas. Se coloca gasa húmeda sobre el alginato, para confinarlo antes de que se

complete la gelificación, sirviendo además de unión a una capa de yeso que se colocará sobre el material de impresión para darle respaldo (3).

Otros autores toman la impresión facial con cubeta (1). Se confecciona un modelo en yeso piedra, que se recorta hasta los límites de la prótesis. En el modelo se adapta una placa base, sin penetrar en la profundidad del defecto, dejando espacio suficiente para ubicar la prótesis ocular. Dicha placa se recorta hasta la extensión que tendrá la futura prótesis.

Posicionada la placa base en la cavidad orbitaria del paciente se pasa a ubicar el ojo protético. Esta es una etapa extremadamente crítica en la confección, ya que una posición incorrecta del ojo hará que la prótesis orbitaria se vea extraña e irreal (fig.2).



Ubicación de la prótesis ocular en la placa base adaptada.

Para la ubicación del globo ocular utilizamos varios métodos de alineación, siempre controlando en los tres planos del espacio, distancias entre el ángulo externo e interno del ojo y profundidad. Para tal fin se utilizan: un aparato llamado pupímetro y la regla de Vernier. Esta se usa para medir la distancia entre las pupilas. Con ambas mediciones nos ayudamos para encontrar el lugar correcto del ojo artificial en la prótesis orbitaria (8). Ambas pupilas deben quedar en un mismo plano horizontal. Una vez alineado se fija con plasticina.

2.2 Confección del sustrato de acrílico

El sustrato o placa de acrílico es el elemento de unión de la prótesis a los anteojos. Este quedará atrapado dentro del material flexible de la prótesis (8). Para confeccionarlo partimos adaptando una hoja de cera que pase sobre el globo ocular y la placa base. Esta cera, que se recorta en la zona del contorno del ojo, debe tener una extensión en el extremo interno, sobre el puente nasal, para cumplir la función de crear un área de unión con el puente de los anteojos, y otra extensión en la parte externa, para unirla a la patilla de los mismos.

En base a esa matriz de cera se confecciona el sustrato, en acrílico transparente o de color piel (fig.3). Se prueba en la cara del paciente para verificar

Substrato de acrílico transparente que se ubica en la escultura.



Fig.3

su posición con respecto a los anteojos.

Se coloca la placa base, prótesis ocular y matriz de acrílico en el modelo, para comenzar la escultura o modelaje de la prótesis orbitaria.

2.3 Escultura

El material utilizado en la escultura puede ser cera rosada o plasticina (4). Se copian arrugas e irregularidades de la piel. Se crean los párpados y la apertura palpebral comparando con el ojo sano del paciente. Los bordes de la prótesis son disimulados en pliegues o relieves naturales de la piel.

Cuando la escultura está terminada, se confecciona en el centro de la prótesis ocular una retención de acrílico autocurable con forma de pirámide facetada expulsiva. Se hace un contramodelo de yeso piedra.

Se elimina la placa base y la cera con agua hirviendo. Se preparan los modelos y contramodelos limpiándolos y aislándolos antes de empaquetar la silicona. Al abrir

modelo y contramodelo, la prótesis ocular queda fijada a éste por el elemento de retención. La placa de acrílico queda suspendida en la mitad inferior del modelo, apoyándose en dos superficies: interna del puente nasal y externa correspondiente a las patillas. Se asperiza su cara superior, se limpia con acetona y se coloca un adhesivo de silicona. En este momento se carga con silicona que dará el volumen final a la prótesis.

2.4 Caracterización intrínseca de la silicona

Para este caso se utiliza una silicona de vulcanización en frío (6). La preparación del color se realiza con el paciente presente. Se llega a un color base de la piel. Se separa en diferentes recipientes dicho color y se le agregan distintos pigmentos que imitan las regiones de los párpados superior e inferior. De esta manera se van consiguiendo tonalidades que se van cargando en el molde de acuerdo a las diferentes zonas de la piel (fig.4). Se deja reposar 12 horas para completar la vulcanización. Se

Molde, contramolde, sustrato de acrílico y la silicona pronta para ser cargada.



Fig.4



Fig.5

Prótesis orbitaria flexible donde se puede observar la extensión de acrílico en el puente nasal y en el ángulo externo.

abren los moldes, se retira la prótesis, se recorta y se prueba en el paciente (fig.5).

Como la caracterización intrínseca del material se realiza por zonas, no es necesaria una caracterización externa. Se le colocan pestañas y cejas para darle más naturalidad y finalmente se la fija a los anteojos (3) (8) (fig.6 y 7).

CONCLUSIONES

La técnica combinada nos permite fijar la prótesis de silicona al marco de los anteojos, evitando así el uso de adhesivos. Utilizando éste medio de retención los pacientes no necesitan espejo ni ayuda para su colocación y retiro, aunque sean de edad avanzada, eliminándose además el miedo a perder la prótesis en caso de que se desprege. Se consigue mayor duración del material constitutivo, prolongándose su vida útil, al no tener que pegar y despegar la prótesis diariamente. Sus límites quedan ocultos detrás de los marcos de los anteojos (2).

SUMMARY

Patients that have lost the eye and leads due to the removal of a tumor cannot be rehabilitated in any other way than with an orbital prosthesis.

The orbital prosthesis reconstructs artificially the defect in that region of the face. These prosthesis are fixed in place by different retention means.

A technique of construction of a flexible orbital prosthesis is described by using the patient's eyeglasses as a retention device. The flexible prosthesis made in silicone, due to the characteristics of the material, cannot be bonded to the eyeglasses frame. This is the reason why an acrylic structure has to be included inside the prosthesis volume to fix it to the eyeglasses frame. This fixation is made in the nasal upper bridge of the eyeglasses and in the side on the auricular portion. In this way the prosthesis and the eyeglasses become an unique device that, when in position, rehabilitate the patient.

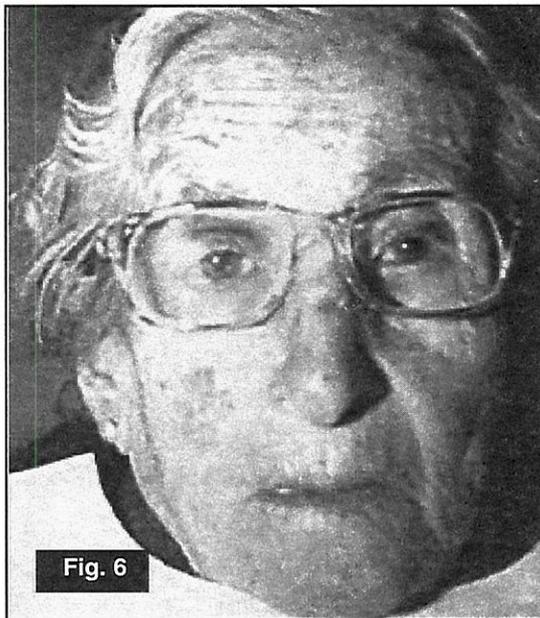


Fig. 6

Prótesis orbitaria instalada.

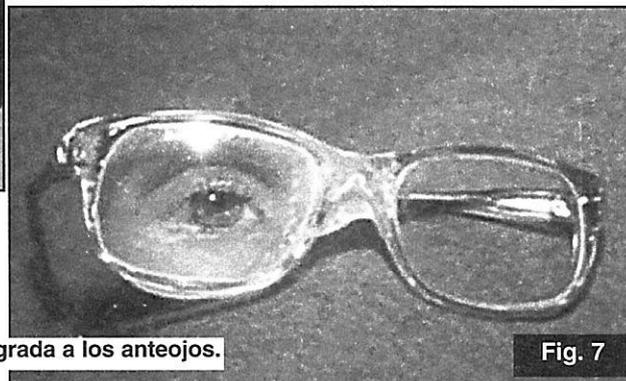


Fig. 7

Prótesis orbitaria flexible integrada a los anteojos.

Bibliografía

- 1- ALVAREZ RIVERO, Alfredo – Concepto y principios generales en prótesis maxilo facial – Apto. 6096 C – La Habana, – Cuba, 1993 – 50 P
- 2- BEUMER, S. ROUMANASE, NISHMURA R – Facial Defects : Alterations at surgery to enhance the prosthetic prognosis. – First International Congress on Maxillo Facial Prosthetics, April 1994 – Designed by H. Plus Inc., New York – 104 – 107 P.
- 3- BENOIST, Michel – Rehabilitation et Prothese maxillo facials – Julien Prelat, – Paris, – Francia, – 1978.
- 4- DE REZENDE, Jose – PI-RAS DE OLIVEIRA – BRITO e DIAS – Prótese Facial – Prótese Buco-Maxilo-Facial conceitos básicos e práticas de laboratorio 1st Ed., Servier, – Sao Pablo – Brasil 1986 – 51 – 69 P.
- 5- DE REZENDE, José – Fundamentos da Prótese Buco-Maxilo-Facial 1ª Ed Sarvier, - S.Paulo –Brasil - 1997 -P.114 a 118
- 6- LONTZ, Jhon – Especificações do material ideal para prótese Maxilo – Facial 1er Simposio Latinoamericano de Reabilitação de Face e de Protese Buco-Maxilo-Facial - San Pablo Brasil 1977, Pag. 215
- 7- MC KINSTRY, Roberte – Fundamentals of Facial Prosthetics ABI PROFESSIONAL PUBLICATIONS –U.S.A. 1995 Caps. 8 y 9/99 a 136
- 8- THOMAS, Keith – Prosthetics Rehabilitation – Quintessence Books London Imp. Alemania Quintessence Publishing Co. Ltd. 1994- Cap. 8 - P.69, Cap.14 – P.115 - Cap. 21 P. 169.

Archivo Edición Ver Favoritos Herramientas Ayuda
 Atrás Adelante Detener Actualizar Inicio Búsqueda Favoritos Multimedia Historial Conexión Imprimir Editar
 Vínculos Guía de canales Dirección <http://www.dentalcastro.com.uy/>
Ahora también en Internet
www.dentalcastro.com.uy
DENTAL CASTRO LTDA.
VAZQUEZ 1466 MONTEVIDEO
 Telfs.: 401 52 60 - 408 45 13 Fax.: 408 9751 - Email: dcl@adinet.com.uy Internet