



## Caso clínico

**Rehabilitación bucodental con obturador palatino y prótesis total inferior en un paciente con antecedente de ameloblastoma. Caso clínico***Oral rehabilitation with palatal obturator and lower total prosthesis in a patient with a history of ameloblastoma. Case report***Itzel Abigail Montiel-Garcés<sup>1</sup> y Nayely Alejandra Fernández-Mendiola<sup>2</sup>**<sup>1</sup> Pasante de servicio social en Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga", de la carrera Cirujano Dentista, FES Zaragoza, UNAM<sup>2</sup> Adscrita a la Unidad Prótesis Maxilofacial, Servicio de Oncología en Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"**RESUMEN**

**Introducción.** El ameloblastoma se considera una neoplasia de tipo odontogénica. Cuando su localización es en el maxilar, el tratamiento indicado es la maxilectomía. Esta extirpación de hueso maxilar, trae como secuela una comunicación oro-nasal y oro-antral, lo cual cambia el proceso fisiológico natural del sistema estomatognático. La rehabilitación protésica maxilar con defectos palatinos consiste en el uso de prótesis obturadoras palatinas que proporciona un paladar artificial, logrando una separación de cavidad nasal con cavidad oral. **Caso clínico:** Mujer de 78 años, con antecedente de ameloblastoma con patrones folicular y plexiforme en maxilar izquierdo. En 2017 fue intervenida quirúrgicamente con maxilectomía de infraestructura, dando como resultado defecto palatino clase II de Aramany. Dado lo anterior, se decidió rehabilitar a la paciente con un obturador palatino y prótesis total inferior. **Conclusiones:** La rehabilitación en pacientes con antecedentes de ameloblastoma y defectos palatinos es mediante obturadores. Es un método efectivo de restauración para recuperar funcionalidad y estética, además ayuda a recuperar la comunicación de los pacientes con la sociedad, mejorando su calidad de vida.

**Palabras clave:** Maxilectomía, defecto palatino, defecto clase II de Aramany

**ABSTRACT**

**Introduction.** Ameloblastoma is considered an odontogenic neoplasm. When its location is in the jaw, the indicated treatment is maxillectomy. This removal of the maxillary bone results in an oro-nasal and oro-antral communication, which changes the natural physiological process of the stomatognathic system, as it leaves as. Maxillary prosthetic rehabilitation with palatal defects consists of the use of palatal obturator prostheses that provide an artificial palate, achieving a separation of the nasal cavity from the oral cavity. **Case report.** 78-year-old woman with a history of ameloblastoma with follicular and plexiform patterns in the left maxilla. In 2017 she underwent surgery with an infrastructural maxillectomy, resulting in an Aramany class II palatal defect. Given the above, it was decided to rehabilitate the patient with a palatal obturator and total lower prosthesis. **Conclusions.** Rehabilitation in patients with a history of ameloblastoma and palatal defects is using obturators. It is an effective restoration method to recover functionality and aesthetics, and it also helps to recover patients' communication with society, improving their quality of life.

**Keywords:** Maxillectomy, palatal defect, Aramany class II defect

**Correspondencia:** Nayely Alejandra Fernández-Mendiola

E.mail: nelylex@gmail.com

Artículo recibido: 7 de marzo de 2023

Artículo aceptado: 21 de noviembre de 2023

Montiel-Garcés IA y Fernández-Mendiola NA. Rehabilitación bucodental con obturador palatino y prótesis total inferior en un paciente con antecedente de ameloblastoma. Caso clínico. CyRS. 2023; 5(2): 9-14.

<https://doi.org/10.22201/fesz.26831422e.2023.5.2.2>



## INTRODUCCIÓN

La rehabilitación de defectos de maxilectomía puede plantear un desafío importante para los prostodoncistas maxilofaciales, ya que la estabilidad depende del tamaño del defecto, el soporte residual y la retención.<sup>1</sup>

Las maxilectomías se pueden realizar por diversas causas, una de ellas es el tratamiento del ameloblastoma. En este sentido, el ameloblastoma es considerado una neoplasia de tipo odontogénico, histológicamente se considera benigno y se puede desarrollar a partir de estructuras como el esmalte, folículo dentario, ligamento periodontal o células basales del epitelio de la mucosa bucal. Los signos y síntomas son la asimetría facial y dolor que causa tanto afectaciones estéticas como funcionales. El diagnóstico se realiza mediante los signos y síntomas, además de los exámenes imagenológicos, como la ortopantomografía, la tomografía computarizada y la resonancia magnética.<sup>2</sup>

En la ortopantomografía se observan imágenes radiolúcidas, delimitadas con halo radiopaco, de aspecto quístico y expansivo, que erosiona o adelgaza la cortical; su morfología es de tipo panal de abejas de tamaño variable.<sup>3</sup> Algunas revisiones de literatura demuestran que en el 25% de los casos se reconoce un diente retenido en el tumor.<sup>4</sup> Cuando su localización es en maxilar, el tratamiento que se considera es la maxilectomía, descrita como la técnica quirúrgica de resección del maxilar y de estructuras anatómicas adyacentes. Dicho procedimiento causa un cambio repentino en el proceso fisiológico, creando comunicación oro-nasal y oro-antral, denominado defecto palatino.<sup>5</sup>

Aramany (2001), propone una clasificación de defectos maxilares postquirúrgicos basada en la relación al área del defecto y el remanente de piezas dentales: Clase I Resección en línea media, Clase II Resección unilateral, Clase III Resección central, Clase IV Resección antero-posterior, Clase V Resección posterior, Clase VI Resección anterior.<sup>6</sup>

La rehabilitación protésica maxilar consiste en el uso de prótesis obturadoras palatinas que

proporciona un paladar artificial que separa las cavidades nasal y oral; de esta forma se rehabilita parcialmente la fonación, deglución, masticación y la apariencia estética del paciente. El tratamiento rehabilitador con obturadores palatinos considera diferentes etapas posteriores al tratamiento quirúrgico, como son obturador quirúrgico, obturador transicional y obturador definitivo, cada uno teniendo un tiempo de uso establecido.<sup>7,8</sup>

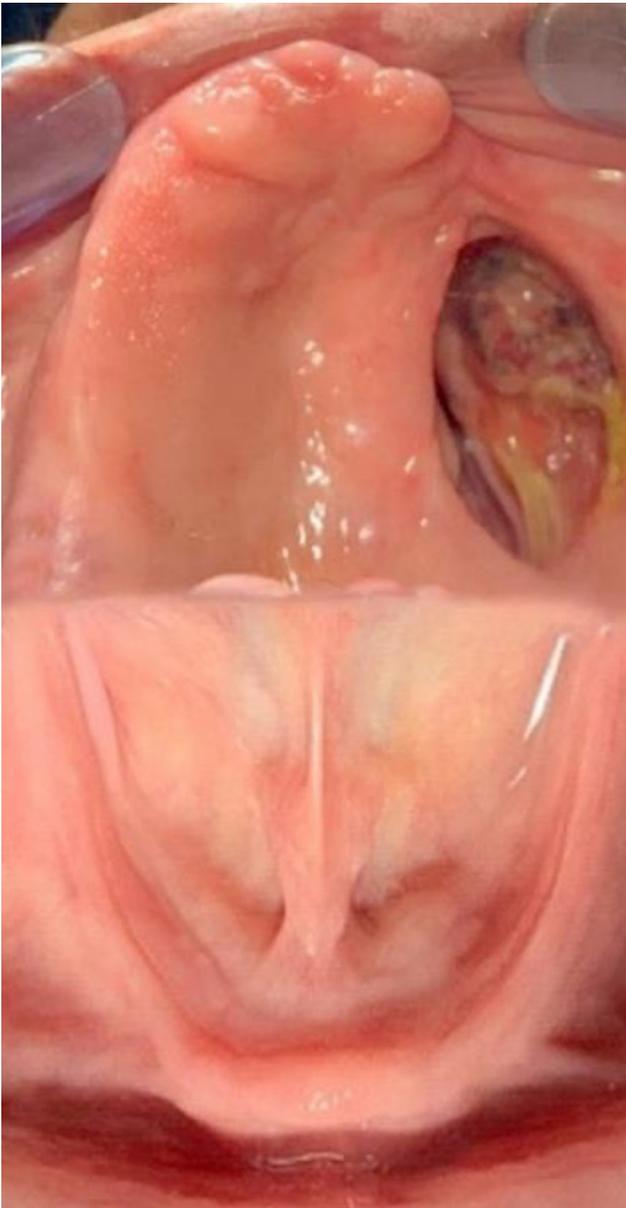
El obturador palatino proporciona un paladar artificial que separa las cavidades nasal y oral. Al respecto, se toman en cuenta las características ideales, la superficie de soporte, retenciones, brechas, número de dientes remanentes, tamaño de corona y raíz. Los obturadores pueden ser modificados con el tiempo, debido a cambios en el proceso residual, pérdida de dientes pilares, nuevas intervenciones quirúrgicas en el defecto o resorción del hueso alveolar.<sup>9</sup>

Así mismo la fabricación del bulbo obturador ayuda a introducirse lo suficiente en el defecto palatino y proporciona sellado, se realiza ahuecado para disminuir cargas a tejidos blandos, no necesariamente debe tener gran altura.<sup>10</sup> En este marco, el propósito del presente caso clínico es presentar la experiencia de un tratamiento de rehabilitación bucodental con obturador palatino y prótesis total inferior en un paciente con ameloblastoma.

## CASO CLÍNICO

Mujer de 78 años con antecedente de ameloblastoma, patrones folicular y plexiforme en maxilar izquierdo. En 2017 fue intervenida quirúrgicamente con maxilectomía de infraestructura, recibió tratamiento adyuvante con radioterapia. A la exploración intraoral, paciente desdentada total, mucosas con adecuada coloración e hidratación, lengua fisurada saburral, hiperplasia fibrosa superior anterior, defecto palatino clase II de Aramany (Figura 1).

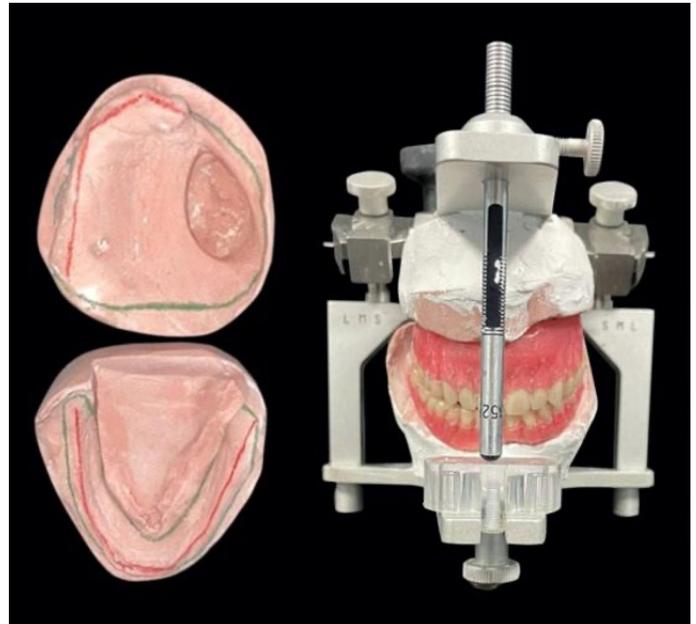
Se realizó toma de modelos anatómicos para la elaboración de portaimpresiones individuales y posteriormente se realizó la toma de impresión



**Figura 1. Fotografía intraoral.** Paciente desdentada total. En la imagen se observan ambos maxilares cuyas mucosas tienen adecuada coloración e hidratación. En la arcada superior hay hiperplasia fibrosa anterior y defecto palatino clase II de Aramany del lado izquierdo.

fisiológica y realizar bases de registro, elaboración de rodillos, para tomar registro de relaciones intermaxilares de la paciente.

Una vez obtenidas las llaves de oclusión en cavidad oral de la paciente, se transfirieron los registros craneofaciales con modelos y rodillos a articulador semiajustable WhipMix para posteriormente reali-



**Figura 2. Modelos fisiológicos y transferencia a articulador semiajustable.** Una vez obtenidas las llaves de oclusión en cavidad oral de la paciente, se transfirieron los registros craneofaciales con modelos y rodillos al articulador semiajustable WhipMix para posteriormente realizar enfilado de dientes.

zar enfilado de dientes (Figura 2). Posteriormente, se realizó prueba de dientes cera en cavidad oral, realizando ajustes pertinentes para lograr una oclusión bibalanceda. Asimismo, se caracterizan con festoneado en cera para ser procesados en acrílico termocurable.

El obturador palatino se diseñó con bulbo ahuecado para liberar densidad en maxilar, aligerando el peso del obturador para lograr buenas condiciones de retención y estabilidad (Figura 3).

Al colocarlo en la boca, se realizan ligeros desgastes sobre prótesis y obturador para eliminar zonas de presión sobre tejido mucoso, así como ajuste oclusal (Figura 4). Al final se confirma que no exista fuga de líquidos a cavidad nasal, así como pruebas de fonética, logrando entonces excelentes condiciones de función y estética.

## DISCUSIÓN

El ameloblastoma representa el 11% de los casos de tumores odontogénicos, teniendo como frecuencia la mandíbula como sitio de implan-



**Figura 3. Fotografías finales de obturador palatino y prótesis total inferior.** Se caracterizan con festoneado en cera para ser procesados en acrílico termocurable. El obturador palatino se diseñó con bulbo ahuecado, aligerando el peso del obturador para lograr buenas condiciones de retención y estabilidad.

tación, los pacientes presentan asimetría facial, afectaciones estéticas y funcionales, algunas veces asintomáticas. Para su diagnóstico es de importancia los estudios radiológicos, donde se observa imagen radiolúcida delimitada por halo radiopaco, de aspecto quístico, mientras que el diagnóstico preciso se basa en estudios anatomopatológico por punción, aspiración con aguja o biopsia de la lesión.<sup>11</sup>

En un caso similar al presentado, se observó en un paciente adulto, en el que el tumor localizado en zona superior del maxilar, donde en su análisis radiográfico fue “imagen radiolúcida de límites bien definidos entre dientes 12 y 13”, se realizó citología aspirativa, en donde no se logró precisar el diagnóstico definitivo, por lo que se llevó a cabo una intervención quirúrgica bajo

anestesia general, realizando exéresis del proceso quístico, obteniendo como resultado un ameloblastoma unicístico. Lo anterior avala que no todos los métodos de diagnóstico son certeros, por lo que, la intervención quirúrgica es una opción eficaz en pacientes con tumores odontogénicos.

La maxilectomía consiste en el tratamiento quirúrgico donde se realiza resección del maxilar y estructuras anatómicas adyacentes a este, el tratamiento puede complementarse con radioterapia adyuvante postquirúrgica para disminuir la recurrencia de tumores benignos o malignos. La maxilectomía, como procedimiento terapéutico, deja como secuela una comunicación oro-nasal y oro-antral, denominado defecto palatino.<sup>12</sup>

Aramany (1978), propuso una clasificación de defectos maxilares postquirúrgicos basada en la relación del área del defecto y el remanente de piezas dentales. En este marco, al encontrarnos con un defecto palatino, se busca la rehabilitación de trastornos funcionales, masticatorios, fonéticos y estéticos.

Tal proceso de rehabilitación se divide en tres fases con objetivos diferentes:<sup>7,13</sup>

- (i) Obturador quirúrgico o de primera fase, ayuda a restaurar funciones orales postquirúrgicas inmediatas.
- (ii) Obturador transicional o de segunda fase, mantiene el control del lecho quirúrgico durante la cicatrización.
- (iii) Obturador definitivo, es colocado en pacientes que presentan cicatrización completa de tejidos, proporciona un paladar artificial que separa cavidades nasal y oral, y al fabricar bulbo obturador brinda un mejor sellado para evitar paso de alimento, líquidos, aire o secreciones de cavidad nasal hacia cavidad oral y viceversa.



**Figura 4. Fotografías finales intraorales.** Se realizan ligeros desgastes sobre prótesis y obturador para eliminar zonas de presión sobre tejido mucoso, así como ajuste oclusal.

Para la elaboración de cualquier tipo de prótesis obturadora son importantes las condiciones de retención, estabilidad y soporte. Dichas condiciones dependen en gran parte de la cantidad de paladar restante y el contorno de la cresta alveolar remanente. En este caso se decidió diseñar un obturador de bulbo hueco para aligerar la prótesis, sin afectar la funcionalidad, tal como lo señalan otros autores.<sup>14</sup>

En este sentido, para una buena rehabilitación fonética interviene el grosor de la región palatal anterior, por lo que al ahuecar el bulbo palatino se reduce el espesor y peso de la base protésica.<sup>9,15</sup>

Como toda rehabilitación protésica intraoral en pacientes edéntulos, con el tiempo existe desajuste de las prótesis por cambios fisiológicos de los tejidos, por esta razón, las citas periódicas para revisión, vigilancia y ajustes pertinentes serán siempre obligatorias.<sup>9</sup>

En este sentido, cuando se necesite el recambio, es aconsejable que se fabrique un nuevo obturador duplicando el existente, ya que como se trata de una paciente adulta mayor el mantener el mismo diseño puede ayudar a evitar la confusión y desadaptación que muchas veces se presenta en este tipo de pacientes, aunado a la disminución en el número de visitas al consultorio.<sup>16</sup>

## CONCLUSIONES

La rehabilitación en pacientes con antecedente de ameloblastoma con defectos palatinos es mediante obturadores. Este es un método efectivo de restauración para recuperar funcionalidad y estética, además ayuda a recuperar la comunicación de los pacientes con la sociedad, me-

yorando su calidad de vida. Es necesario tener las bases de prostodoncia a nivel licenciatura y especialidad, para poder realizar una rehabilitación bucodental integral de paciente edéntulo total con defecto palatino.

## AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a la Dra. Anabel Ugalde Manzo por la asesoría de la elaboración del caso clínico. El manuscrito fue revisado y editado en el Programa para la Investigación Bibliográfica Científica sobre Salud (PIBCIS) de la FES Zaragoza, UNAM.

## REFERENCIAS

1. Bhochhibhoya A, Acharya B, Rana SB, Sharma R, Maskey B. A Simplified Approach for Fabrication of a Lightweight Individualized Impression Tray with the Aid of Existing Obturator Prosthesis Using Lost Salt Technique. *J Prosthodont.* 2019; 28(3): 343-347. doi: 10.1111/jopr.12634.
2. Ghai S. Ameloblastoma: An Updated Narrative Review of an Enigmatic Tumor. *Cureus.* 2022; 14(8): e27734. doi: 10.7759/cureus.27734.
3. Díaz Ramos AG, Rivero Linares D, Edouar-zín Curet NJ. Ameloblastoma uniuquístico en el maxilar. Informe de caso. *Revista Médica Electrónica de Ciego de Ávila.* 2023; 29(1): 1-11.
4. Estrada SM, Rodríguez LE, Lenés LA, Toledo BE. Ameloblastoma mandibular. Análisis de 8 casos. *Multimed.* 2018; 22(4): 871-82.



5. Azcue BM, Frómata NC, López RA, Cuevas VI. The maxillectomy in cases of neoplasms of facial area: Classification system of National Institute of Oncology and Radiobiology (NIOR). *Revista Cubana de Estomatología*. 2010; 47(2):189-198.
6. Aramany MA. Basic principles of obturator design for partially edentulous patients. Part I: classification. *J Prosthet Dent*. 1978;40(5):554-7. doi: 10.1016/0022-3913(78)90092-6
7. Benítez MAL, Jiménez CR, Benavides RA. Surgical prosthesis for the treatment of mid facial collapse as a consequence of maxillectomy: Two cases report. *Rev Odont Mex*. 2010,14(4):244-248.
8. Shinde B, Ranganath JG, Priya M. Hollow bulb obturator prosthesis following palatal resection: A case report. *Glob J Oral Sci*. 2018; 2(1):6-9.
9. Ali IE, Otomaru T, Sumita Y. Refabrication of an implant-retained obturator using the denture duplication technique in a bilateral maxillectomy patient with a free fibula osteocutaneous flap. *J Prosthodont Res*. 2023; 67(1): 157-60. doi: 10.2186/jpr.JPR\_D\_21\_00126.
10. Torres TJF, Jiménez CR, Bernal AR. Prótesis Híbrida en maxilectomía total. Caso clínico. *Rev Odont Mex*. 2011;15
11. Martins Silveira F, Pereira-Prado V, Bologna-Molina R. Bases moleculares de los tumores odontogénicos benignos: revisión de la literatura en el contexto de la última clasificación de la Organización Mundial de la Salud. *Odontoesomatología*. 2022; 24(39): 1-18. doi: 10.22592/ode2022n39e315.
12. ArnulfoTorres, G and L HelenSilva. Maxilectomia parcial por Degloving en cáncer - nasosinusal Partial maxillectomy by Degloving in sinonasal cancer. *Acta Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello*. 2018; 42(4): 243-247. doi: 10.37076/acorl.v42i4.148.
13. Nanda K, Krishna CG, Kumar SP. Maxillary hollow obturator for rehabilitation of palatal defect: A case report. *Indian J Forensic Med Toxicol*. 2020; 14(4): 8938-8942.
14. Jarquín CEA, López EF. Articulación y percepción de /t/ en el habla de adultos mayores edéntulos y portadores de prótesis dentales totales. *Estud Filol*. 2021;(67):155-176.
15. Murakami M, Nishi Y, Shimizu T, Nishimura M. A retainer-free obturator prosthesis in a fully dentulous patient with palatal defects. *J Oral Sci*. 2020; 62(1): 122-124.
16. Padmanabhan TV, Kumar VA, Mohamed KK, Unnikrishnan N. Prosthetic rehabilitation of a maxillectomy with a two-piece hollow bulb obturator. A clinical report. *J Prosthodont*. 2011; 20(5): 397-401. doi: 10.1111/j.1532-849X.2011.00712.x.