

Prótesis de descompresión

Prosthesis of decompression

AUTORES/AUTHORS

Miguel Ramón Neyra (1), Nuria Nogueron Dorca (1), Tomás Escuin Henar (2), Francisco Javier Silvestre Donat (3), Cosme Gay Escoda (4).

- (1) Licenciado en Odontología. Postgrado en Rehabilitación y Prótesis Maxilofacial. Facultad de Odontología. Universidad de Barcelona. España.
- (2) Profesor Titular de Prostodoncia. Director del Postgrado en Rehabilitación y Prótesis Maxilofacial. Facultad de Odontología. Universidad de Barcelona.
- (3) Profesor Titular de Medicina Bucal. Director del Master de Odontología en Pacientes Especiales. Facultad de Medicina y Odontología. Universidad de Valencia. España.
- (4) Catedrático de Patología Quirúrgica Bucal y Maxilofacial. Director del Master de Cirugía e Implantología Bucal. Facultad de Odontología. Universidad de Barcelona.

La descompresión de los grandes quistes maxilares mediante el drenaje y la irrigación diaria de su interior favorece la disminución de la presión osmótica en el interior del mismo y una limpieza antiséptica permitiendo una regeneración ósea periférica y una enucleación posterior más sencilla.

Para lograr esta descompresión se puede construir un tubo rígido o semirrígido que puede ser retenido en su lugar mediante una prótesis y damos una serie de instrucciones al paciente para que irrigue diariamente el interior del quiste. Tiene la desventaja de tener una fase prótesica para la construcción del tubo de descompresión, su posicionamiento y la retención del mismo. La ventaja principal de la descompresión es que evitaremos las complicaciones de un procedimiento quirúrgico extenso asociado a una enucleación completa y a las secuelas quirúrgicas que la acompañan como comunicaciones buconasosinuales, lesiones vasculo-nerviosas, fractura de los maxilares, etc.

Es muy importante tener un diagnóstico clínico e histopatológico preliminar de la lesión para asegurar el éxito de la descompresión.

Seguidamente presentamos las imágenes para la confección de una prótesis de descompresión en un caso clínico.

The decompression of the great cysts of the maxillaries by means of the drainage and daily irrigation of its inside, supports the decrease of the osmotic pressure on the zone and its antiseptic cleaning, allowing to a peripheral bony regeneration, and a simple further enucleation.

In order to obtain this decompression a rigid or semi-rigid tube can be built and fixed by means of a prosthesis. Afterwards, the patient is instructed to irrigate the interior of the cyst daily. The disadvantage is to perform a prosthesical phase during the building of the decompression tube, its positioning and the retention of the same one. The main advantage of the decompression is to avoid the complications of an associated extensive surgical procedure to a complete enucleation, and to the surgical sequels that accompany it like: buconasosinualii communications, vasculous-nervous injuries, break of maxillaries, etc.

A previous clinical and histopathological diagnosis of the injury is very important to ensure the decompression successfully. Several images of the preparation of a prosthesis of decompression in a clinical case are showed below.

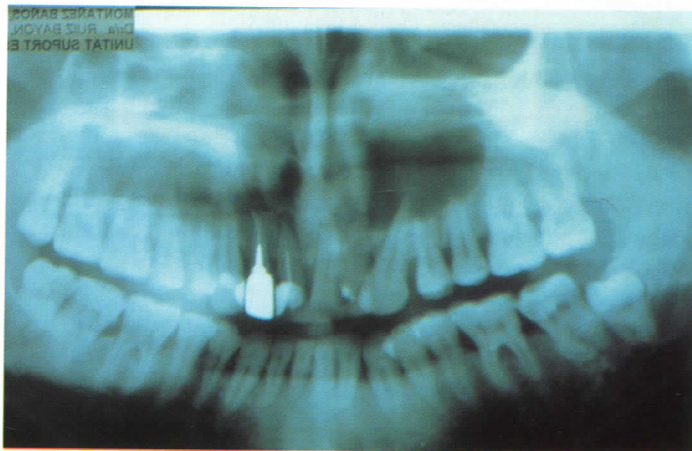


Fig. 1.

Ortopantomografía en la que se aprecia un quiste radicular infectado en relación con el 1,2 y que invade el seno maxilar y la fosa nasal derechas.

Orthopantomography showing a radicular cyst infected in relation to the 1,2 compromising the maxillary sinus and the right nasal fossa.

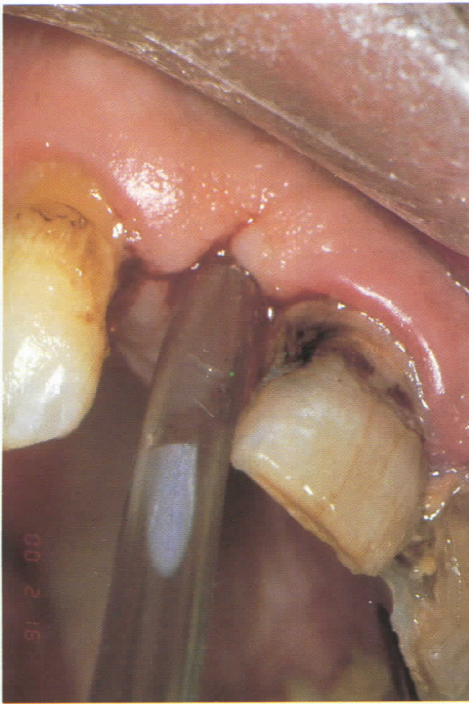


Fig. 2.
Tubo de drenaje provisional fijado a los dientes adyacentes, se ha realizado la exodoncia del 1.2 y una biopsia del quiste. Se efectuó tratamiento antibiótico previo.

Tube of a provisional drainage fixed to the adjacent teeth, performing extractions of the 1,2 and biopsy of the cyst. Antibiotic therapy was administered previously.

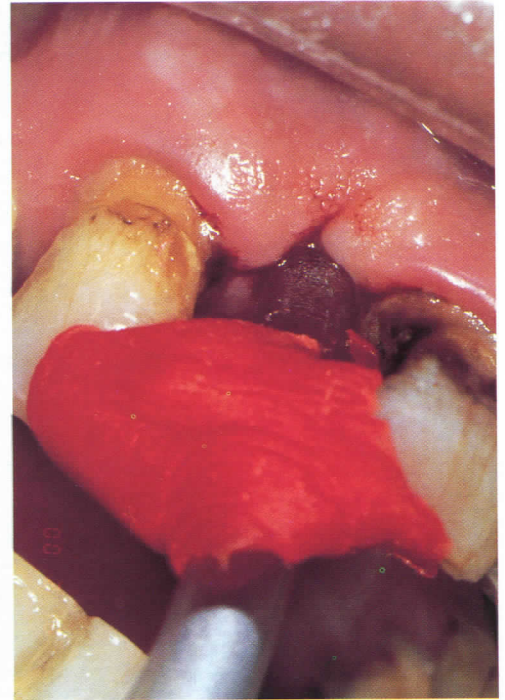


Fig. 3.
Utilizando este tubo de drenaje provisional se realiza una llave de resina.

A resin key is made by means of the provisional tube for drainage.

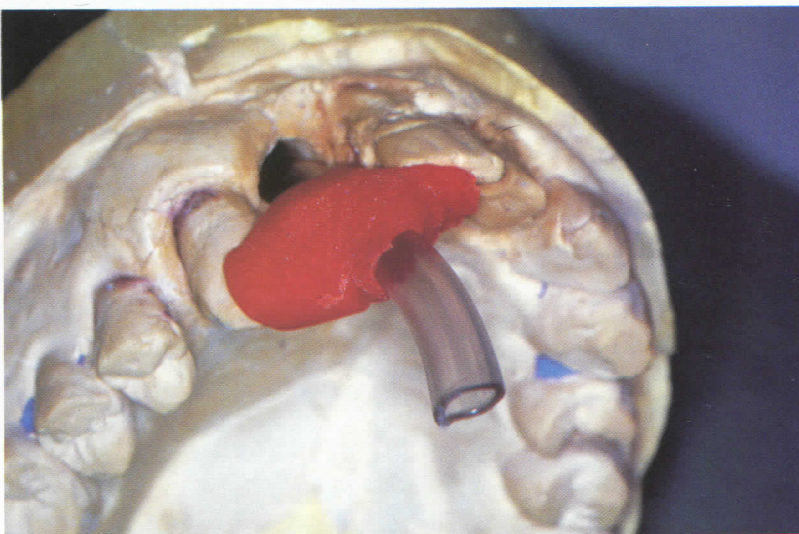


Fig. 4.
Sobre el modelo superior de escayola situaremos la llave de resina, de esta forma decidiremos la ubicación definitiva del futuro tubo de cromo-cobalto en sentido mesio-distal y vestibulo-palatino.

The resin key is placed on the superior plaster pattern. The definitive location of the future chromium-cobalt tube was then determined: mesiodistal and vestibule-palatal.

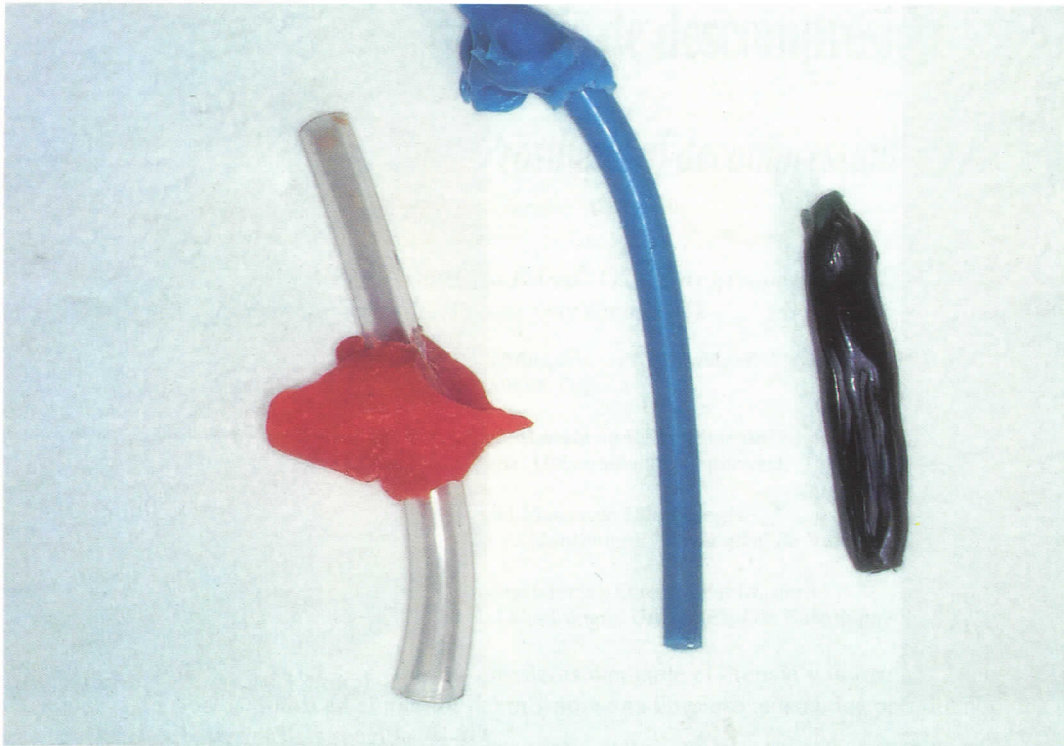


Fig. 5.

El diámetro del futuro tubo de cromo-cobalto lo obtenemos inyectando silicona hidrofílica de baja viscosidad (*Aquasil Denstply*) y cera de modelar para crear el futuro patrón.

*The diameter of the chromium-cobalt tube was obtained injecting hydrophilic silicone of low viscosity (*Aquasil Denstply*) and wax to model to create the pattern.*



Fig. 6.

Se obtiene el tubo de drenaje soldado a la prótesis removible con una carilla de cerámica para conseguir una estética aceptable.

An aesthetic tube of drainage welded to the removable prosthesis with a ceramics mask is obtained.

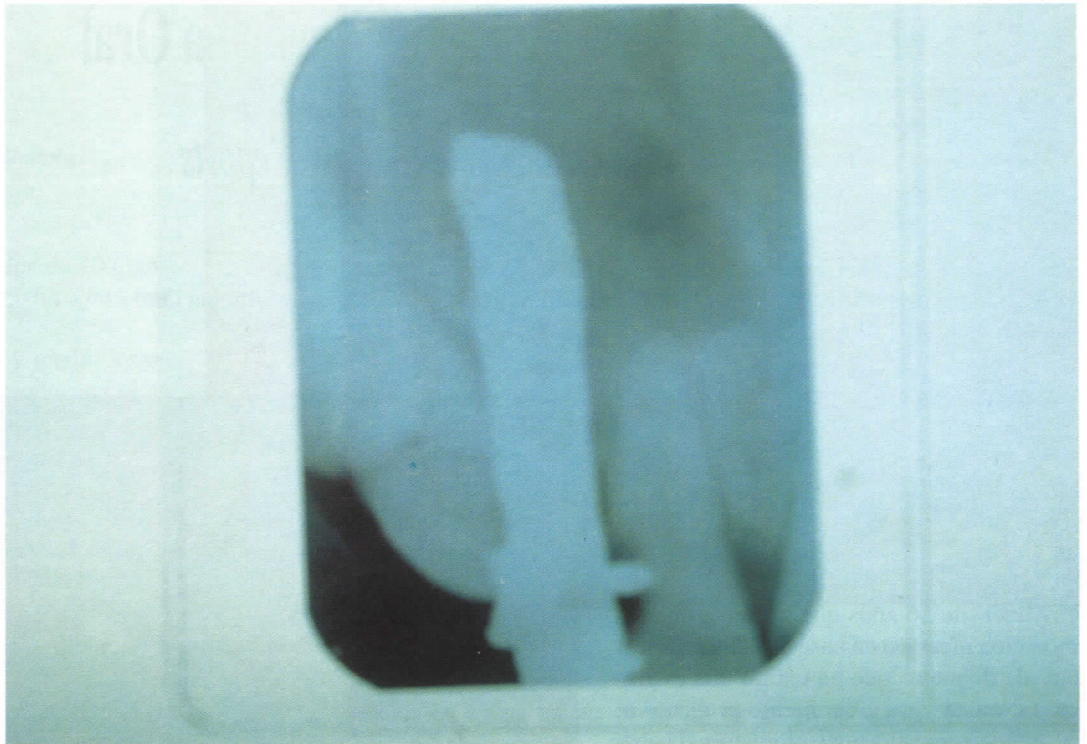


Fig. 7.

Aspecto radiológico de la prótesis de descompresión una vez colocada en el interior del quiste.

Radiography of the prosthesis of decompression once placed in the inside of the cyst.



Fig. 8.

Prótesis removible colocada en boca.

Removable prosthesis placed in the mouth.