

HNO

1998 · 46:579–582 © Springer-Verlag 1998

Pflegemaßnahmen bei knochenverankerten Gesichtsepithesen **Medidas de protección en las építesis faciales ancladas en el hueso.**

H. Menneking · M. Klein · H.G. Locke · S. Gonschior

Centro Berlínés de Partes artificiales del Rostro, Clínica de Cirugía Máxilo-Facial, Clínica Virchow, Facultad de Medicina de la Universidad Humboldt de Berlin.

Resumen

Para lograr un tratamiento exitoso y duradero de los defectos faciales mediante építesis ancladas al hueso es necesaria la limpieza diaria de las építesis, de la supraconstrucción y de la región que se encuentra en los alrededores del implante, de forma tal que la zona problemática alrededor del implante se mantenga sana y libre de inflamación. Contamos con conceptos apropiados de protección y medios auxiliares para llevar a cabo estas medidas.

Palabras clave:

Epítesis faciales, implantes extraorales, anclaje en el hueso, medidas de protección.

El tratamiento epitético ha ganado en la actualidad un lugar muy destacado en la rehabilitación de los defectos faciales debido a la aplicación de técnicas quirúrgicas muy mejoradas, ya sea en la región del oído, de la nariz o de los ojos [8, 12]. Se han mejorado, de forma decisiva, el soporte y el confort al portar la építesis a través de las posibilidades de anclaje con los implantes extraorales [10, 11]. La fusión con la építesis se logra a través de una supraconstrucción atornillada fuertemente al implante, por ejemplo a través del anclaje de botones a presión, construcciones sólidas o magnetos [5]. Entretanto se ha llevado a cabo también, de forma rutinaria, la inserción de implantes que se colocan retroarticularmente en la zona del mastoideo para fortalecer el “bone anchored-hearing aids” (BAHA) [2, 6].

Para preservar la calidad de la építesis y mantener sano el tejido alrededor del implante se requiere la protección de la építesis, de la supraconstrucción y del pilar [9].

PROTECCIÓN DE LAS EPÍTESIS

La elección del material apropiado para la epítisis

Antes de elaborar las epítisis se debe elegir el material apropiado para las mismas en el caso de cada paciente en particular. Las epítisis de silicona blanda con bordes muy finos son muy apropiadas desde el punto de vista cosmetológico pero tienen que ser tratadas cuidadosamente pero no dañar sus bordes muy finos. La capacidad de sostén y la estabilidad del color de este material para epítisis están limitadas a causa de la degradación del elastómero, que se produce por la exposición a los rayos UV, la contaminación del aire, la nicotina y las transformaciones en el contenido de humedad [7]. Por esta razón la indicación para el uso de este material puede estar limitada, por ejemplo, en las personas muy adictas a fumar ya que este hábito constante puede decolorar la silicona después de unos pocos meses. En los pacientes que no están conformes con los bordes tan finos que se rompen con frecuencia y que hay que proteger y cuyo modo de vida provoca una decoloración muy rápida de las epítisis se debe elegir el metacrilato de polimetilo como material para la prótesis (PMMA), ya que no es tan sensible y los bordes son más resistentes. Además este material (PMMA) muestra una óptima estabilidad del color.

Medidas de protección.

Para mantener la epítisis en un estado óptimo desde el punto de vista estético, independientemente de si esta se ha elaborado a partir de la silicona blanda o el metacrilato de polimetilo duro, se debe lavar la misma de forma interna y externa todos los días con agua tibia, jabón líquido suave y un cepillo blando de manos o de dientes para eliminar las suciedades y restos de polvo o basura que puedan adherirse a ella (Figura 1). La presión que se puede ejercer sobre las prótesis de silicona debe ser mínima para no dañar la superficie de estas.

PROTECCIÓN DE LA SUPRACONSTRUCCIÓN Y DE LA ZONA ALREDEDOR DEL IMPLANTE.

Propuestas para efectuar la protección de esta zona.

La elección de la posición del implante, el tratamiento quirúrgico de la zona ubicada alrededor de este, la elección de la supraconstrucción apropiada y los factores propios del paciente desempeñan un papel importante para lograr una higiene adecuada de la supraconstrucción y de la base del implante.

Elección de la posición del implante y el trabajo desarrollado en la zona de este.

El implante insertado de forma nasal se coloca de modo que el pilar y todas las partes de la supraconstrucción se puedan proteger. Se deben evitar las bolsas profundas, muy inflamadas y variables en la zona alrededor del implante. El tejido subcutáneo en los alrededores del implante se torna muy fino al colocar este y también posteriormente cuando el implante comienza a erosionarse. Las bolsas existentes se reducen desde el punto de vista quirúrgico a través del afinamiento subcutáneo del tejido. Es muy ventajoso que en la zona alrededor del implante la piel esté libre de vellos para lograr mejores condiciones higiénicas. Esto puede lograrse a través del afinamiento y depilación de la piel que se encuentra en esta zona o mediante el trasplante de una piel sin vellos. El implante se coloca, cuando el hueso disponible lo permite, en una región en la cual la piel que queda alrededor del pilar no se mueva a causa de la mímica, pues ya en la fisura entre el pilar y la piel se produce una inflamación muy fuerte debido al estímulo crónico que produce el movimiento a causa de que no existe una unión sólida entre la piel y el pilar de titanio [4].



Figura 1: Limpieza de una építesis de silicona con un cepillo blando de dientes y con un jabón suave.

Elección de la supraconstrucción.

Al elegir la supraconstrucción preferimos aquellas que se puedan limpiar con facilidad. Las construcciones fijas requieren muchos más gastos a la hora de aplicar las medidas de protección en comparación con los magnetos que se pueden liberar con facilidad. Cuando se eligen los arcos estos deben ser contruidos de modo que por lo menos quede un espacio de 1,5 mm entre la piel y el arco [1].

Factores relacionados con los pacientes.

Cuando la capacidad visual es suficiente y también existen capacidades manuales adecuadas existen entonces las condiciones indispensables para lograr una suficiente protección. A consecuencia de enfermedades de los ojos, por ejemplo en los pacientes ancianos, o de la pérdida de un ojo con visión monocular se puede dificultar la limpieza de la supraconstrucción y de la base del implante o también cuando el paciente no es capaz de realizarla por sí mismo. También pueden surgir enfermedades que tienen que ver con la función manual motora y dificultan la higiene adecuada. En este sentido la motivación para la protección desempeña un importante papel. Aquí debemos recordar a los pacientes muy jóvenes, limitados mentalmente o muy ancianos que muestran, con mucha frecuencia, poca inclinación por las medidas de higiene corporal. Cuando no se puede garantizar un seguimiento óptimo de las medidas de protección a causa de una carencia de la capacidad visual o de la reducción de las capacidades manuales-motoras o de una escasa motivación del paciente, los parientes más cercanos, los cónyuges o, en el caso de los niños, los padres deben ser los encargados de cumplir con estas medidas.

El servicio de atención a los pacientes en los hogares se ocupa de estas actividades en el caso de los pacientes que viven solos y están incapacitados.

Instrucciones para la higiene.

El paciente o las personas que lo atienden deben ser instruidos con exactitud para aplicar las medidas de protección y mantenimiento. También los pacientes deben visitar regularmente al médico para controlar la protección y el cuidado y en algunos casos que lo requieran los pacientes o las personas que los atienden son nuevamente motivados e instruidos.

No se debe dormir con las epítesis para evitar que el sudor cree acumulaciones de humedad en la piel que se encuentra por debajo de la epítesis. Esto puede favorecer el crecimiento de bacterias y hongos. Por otra parte al acostarse por las noches sobre la epítesis se puede ejercer una presión muy grande sobre los elementos de retención y la piel, lo cual podría provocar irritaciones de la piel e inflamaciones. Por el día, cuando el paciente suda mucho, la piel debajo de la epítesis se puede liberar en mayor medida de la humedad a causa de los principios antes mencionados.

Medidas de protección.

Después que la epíttesis se ha retirado debe comenzar la limpieza diaria de la piel, de la supraconstrucción y de la región en los alrededores del implante con agua clara o jabón suave; por ejemplo es posible lavar la región del implante debajo de la ducha. En el caso de los defectos vinculados a la cavidad bucal o nasal no se deben manifestar, en este sentido, irritaciones de la mucosa. Tampoco los pacientes deben tragar el agua que está corriendo. Los restos que se adhieren fuertemente se separan de las supraconstrucciones de forma mecánica. Los arcos o los magnetos que se atornillan sobre el implante o sobre el pilar se deben limpiar con un cepillo de dientes blando, con cerdas finas o con pequeños cepillos interdetales. También es posible utilizar hilos dentales gruesos con espuma de jabón (por ejemplo "Super Floss", Oral-B) que se pueden pasar alrededor del pilar. Las superficies se limpian con movimientos ascendentes y descendentes. El final del hilo es grueso para que llegue mucho mejor debajo de los arcos (Figura 2). Como medio auxiliar de limpieza se puede aplicar una solución al 3 % de H_2O_2 . A causa de que el pilar no está unido a la piel, la zona de unión de este con la piel representa una zona problemática. Aquí aparece siempre una reacción de defensa muy fuerte contra una invasión bacteriana, la que se muestra desde el punto de vista clínico con la segregación de secreciones serosas, hemorrágicas o parcialmente purulentas [3]. La limpieza se debe realizar cuidadosamente para que la piel no se traumatice. La limpieza y la separación de las secreciones parcialmente secas es muy importante ya que pueden aparecer múltiples inflamaciones alrededor del implante. La limpieza se debe comenzar primeramente con palillos, en las bolsas profundas se realiza ésta con una cánula de lavado y una solución al 3 % de H_2O_2 en una jeringuilla (Figura 3). En las bolsas muy inflamadas de la piel se pueden aplicar pomadas, yodo o antibióticos.

Cuando los síntomas de inflamación son muy fuertes, como enrojecimiento extendido alrededor del implante, tumefacción o secreciones purulentas, el paciente debe consultar al médico para en casos necesarios aplicar un tratamiento sistemático con antibióticos, lo cual se requiere en muy pocas ocasiones.

Cuando ha finalizado el proceso de limpieza se puede aplicar en la piel seca que queda debajo de la epíttesis una crema hidratante.

Discusión

El tratamiento epitético del defecto facial anclado mediante un implante no presenta complicaciones y es estable por largo tiempo cuando se planifica con exactitud y se protege

adecuadamente la epíttesis y la región en los alrededores del implante [8]. En estos casos el confort a la hora de llevar la epíttesis mejora considerablemente para los pacientes, si se establece una comparación con las epíttesis sujetas por adhesivos o con aquellas fijadas mediante espejuelos. Las propias experiencias muestran que la protección de las epíttesis y de la región en los alrededores del implante se puede aprender muy pronto por el mismo paciente o por las personas que lo atienden.

Las consultas regulares con el médico son muy importantes para poder valorar las proporciones de las partes blandas alrededor del implante.

Si se observa que hay deficiencias en la higiene los pacientes tienen que ser motivados e instruidos nuevamente. Cuando se manifiestan inflamaciones muy fuertes tiene que aplicarse un tratamiento médico a través de la intensificación de las medidas locales de tratamiento o mediante la aplicación sistemática de antibióticos.

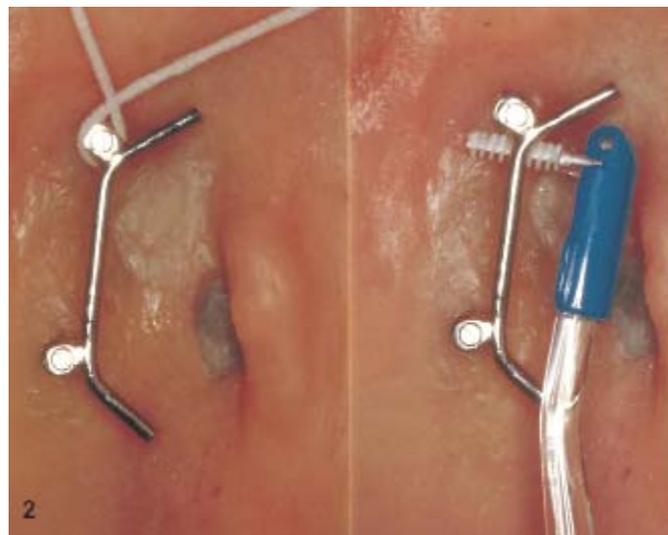


Figura 2: Diferentes posibilidades para la limpieza de una supraconstrucción de arcos para sujetar una epíttesis orbital: Cepillos interdientales: Hilos dentales muy gruesos (por ejemplo “Super Floss” Oral-B)



Figura 3: Jeringuilla llena de superóxido de oxígeno con la cánula para la limpieza de las bolsas de la piel alrededor del implante.

Resumen para la práctica.

Las epítesis ancladas en el hueso no se deben pasar por alto como parte de la rehabilitación de los pacientes con defectos faciales. Para lograr resultados óptimos este tratamiento debe ser realizado por especialistas experimentados. El seguimiento posterior del tratamiento, particularmente en los pacientes que han estado mucho tiempo visitando los centros especializados, debe ser llevado a cabo también por especialistas, por ejemplo cirujanos maxilo-faciales o de otorrinolaringología. Para ello se necesita incondicionalmente un conocimiento básico sobre las epítesis y el anclaje de los implantes. Siguiendo todos estos pasos el tratamiento epitético será exitoso a largo plazo, el especialista ambulatorio que está a cargo del caso como primer consejero del paciente debe tener también amplios conocimientos sobre las medidas de protección de las epítesis y del tejido alrededor del implante y sobre los posibles medios auxiliares con que se cuenta para ello.

TRADUCTOR: Farah Martha González

Bibliografia

1. Arcuri MR, La Velle WE, Fyler E, Jons R (1993)
Prosthetic complications of extraoralimplants. J Prosthet Dent 69:289–292
2. Federspil P, Kurt P, Delb W (1994) Fortschritte in der kraniofazialen Rehabilitation und in der Hörgeräteversorgung. Magazin
Forschung, Universität des Saarlandes 2:2–10
3. Holgers KM, Roupe G, Tjellström A, Bjursten LM
(1992) Clinical, immunological and bacteriological evaluation of adverse reactions to skin-penetrating titanium
implants in the head and neck region.
Contact Dermatitis 27:1–7
4. Holgers KM, Thomsen P, Tjellström A, Ericson LE
(1995) Electron microscopic observations on the soft tissue around clinical long-term
percutaneous titanium implants.
Biomaterials 16:83–90
5. Köhler S, Schmelzle R, Stemmann H (1994)
STECO-Titanmagnetic. Ein neues Magnet-attachement.
HNO 42:173–176
6. Kurt P, Federspil P (1994) Knochenverankerte
Epithesen und Hörgeräte – eine Übersicht.
HNO Praxis Heute 14:157–178
7. Lemon JC, Chambers MS, Jacobsen ML, Powers
JM (1995) Color stability of facial protheses.
J Prosthet Dent 74:613–618
8. Parel SM, Tjellström A (1991) The United
States and Swedish experience with
osseointegration and facial protheses.
Int J Oral Maxillofac Implants 6:75–79
9. Reisberg DJ, Habakuk SW (1995) Hygiene
procedures for implantretained facial
protheses. J Prosthet Dent 74:499–502
10. Tjellström A (1989) Titanimplantate in der
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde. HNO
37:309–314

11. Tolman DE, Taylor PF (1996) Bone-anchored craniofacial prosthesis study.

Int J Oral Maxillofac Implants 11:159–168

12. Wilkes GH, Wolfaardt JF (1994) Osseointegrated alloplastic versus autogeneous ear reconstruction: criteria for treatment selection.

Plast Reconstr Surg 93:967–979