

CENTRO DE REHABILITACIÓN BUCOMAXILOFACIAL
SANTA CLARA, VILLA CLARA

COMUNICACIÓN

VILLA CLARA: DIEZ AÑOS EN LA REHABILITACIÓN
BUCOMAXILOFACIAL

Por:

MSc. Dra. Magaly Escanaverino Oliva¹, Dra. María Rosa Cabrera Obregón² y MSc. Dra. Teresa Cabañín Recalde³

1. Especialista de I Grado en .Prótesis. Máster en Urgencias Estomatológicas. Centro de Rehabilitación Bucomaxilofacial. Asistente. UCM-VC. e-mail: smprot@capiro.vcl.sld.cu
2. Especialista de I Grado en Prótesis. Centro de Rehabilitación Bucomaxilofacial. Instructora. UCM-VC.
3. Especialista de I Grado en Prótesis. Master en Urgencias Estomatológicas. Hospital Clínico-Quirúrgico "Cmdte. Manuel Fajardo Rivero". Santa Clara, Villa Clara. Asistente. UCM-VC.

Descriptor DeCS:

PROTESIS MANDIBULAR
PROTESIS MAXILOFACIAL
PROTESIS E IMPLANTES

Subject headings:

MANDIBULAR PROSTHESIS
MAXILLOFACIAL PROSTHESIS
PROSTHESES AND IMPLANTS

Después del triunfo de la Revolución, se inicia en nuestro país la rehabilitación a pacientes con defectos bucomaxilofaciales; anteriormente, dicha atención se realizaba de forma aislada en Estomatología y en algunos servicios de Oftalmología, en los que se colocaban prótesis oculares comerciales¹.

En los primeros años de la Revolución, y a causa de la limitación de recursos, no se garantizaba el tratamiento a todos los pacientes y, por otra parte, estos se iban incrementando por el desarrollo que se va produciendo en las especialidades quirúrgicas, lo que contribuye a aumentar la supervivencia de las personas y, por ello, las necesidades de prótesis; por ello, fue necesario pensar en el adiestramiento del personal profesional y técnico de esta rama, así como la creación de instituciones asistenciales en todo el país que brindaran atención al universo de estos pacientes.

El 14 de junio de 1999 se inaugura la Red Asistencial Nacional distribuida en tres centros: Ciudad de La Habana, Villa Clara y Santiago de Cuba.

La rehabilitación bucomaxilofacial se inicia en Villa Clara el 16 de septiembre de 1999 y se atienden a los pacientes de las cinco provincias del país. Desde sus inicios hasta la fecha, se han realizado aproximadamente 9 000 consultas; en ellas, el defecto que más se ha rehabilitado es el ocular, seguido del maxilar. El factor causal predominante ha sido el trauma, el grupo de edades más necesitado de rehabilitación bucomaxilofacial fue el de 35 - 59 y el de 60 y más, y el sexo masculino ha sido el más afectado.

Las prótesis bucomaxilofaciales realizadas incluyen la rehabilitación de defectos oculares, orbitales, nasales, auriculares, maxilares, mandibulares, craneales y complejos.

Uno de los principios fundamentales para establecer el plan de tratamiento es poder contar con un equipo multidisciplinario, en el cual todos los integrantes aúnen esfuerzos y criterios con un fin único: lograr el bienestar biopsicosocial del individuo².

La prótesis maxilofacial, a diferencia de otras, posee un componente estético de importancia fundamental, ya que la apariencia personal puede hallarse tan afectada que la rehabilitación estética resulte más necesaria y urgente que la misma rehabilitación funcional. Se considera un dispositivo artificial que reemplaza una anomalía del rostro, y ofrece una alternativa a la rehabilitación cuando la reconstrucción quirúrgica no lo puede lograr o el paciente la refiere.

En nuestro medio se denomina rehabilitación bucomaxilofacial, y se considera como concepto más aceptable aquel que la define como: El arte y la ciencia que comprende la rehabilitación morfofuncional de las estructuras intra- y parabucales por medios artificiales; no solo restaura la forma y función adecuadas, sino que conserva las estructuras remanentes, ya sean duras o blandas, y permite la reincorporación del individuo a la sociedad¹⁻⁴.

En el caso de los cánceres que afectan la región maxilofacial, las secuelas posibles de presentarse después de la cirugía y la radioterapia concomitante, están en relación directa con el tipo histológico del proceso tumoral y con la magnitud de la pérdida de tejidos, consecutiva a la intervención quirúrgica⁵⁻⁹.

Durante estos 10 años, se han presentado varios casos clínicos que han implicado un gran desafío para llegar a obtener resultados positivos en la rehabilitación, pues estos se han caracterizado por un alto grado de dificultad. Sin embargo, con la formación básica sumada al conocimiento, al dominio de técnicas actualizadas y a la buena disposición para hacerlas, se han obtenido resultados satisfactorios en esta década de intenso trabajo.

La experiencia clínica y la bibliografía especializada⁴ muestran que hay principios básicos en los sistemas de rehabilitación con prótesis que deben ser observados y respetados, para que cumplan con la eficiencia para la cual fueron creados.

La prótesis bucomaxilofacial es uno de los recursos más importantes para que los pacientes se reintegren a la convivencia social. Ella auxilia a la cirugía de cabeza y cuello en el restablecimiento de la función respiratoria, de la deglución y de la fonación; atenúa también la deformación estética, factor importantísimo para la aceptación del paciente por la sociedad. En los casos en que la cirugía de cabeza y cuello sea seguida por una rehabilitación bucal o bucomaxilofacial, es de fundamental importancia que la planificación del acto operatorio se realice de conjunto con el cirujano maxilofacial o el oncólogo, para obtener los mejores resultados funcionales y estéticos⁹. La implantología ha conducido a un renacimiento de la prótesis bucomaxilofacial, pues ahora es posible, además de realizar excelentes trabajos protéticos, estabilizarlos y retenerlos por medio de implantes óseos integrados¹⁰. Con una nueva perspectiva y con los nuevos materiales disponibles para la confección de la prótesis, unido al trabajo conjunto del equipo multidisciplinario, la calidad de la rehabilitación ha alcanzado metas que a principios de los años 90 eran solo sueños. Del mismo modo, los cirujanos oncólogos, al reconocer las ventajas de este método, pasan a indicar cada vez más las prótesis, en lugar de practicar extensas cirugías plásticas reparadoras.

Toda persona tiene una imagen, concepto y valoración de sí misma, que en gran parte regula y dirige la conducta actual y sus planes y proyectos futuros. Se observa que cuando al sujeto se le aplican prótesis remediales, estas contribuyen notablemente no solo a su rehabilitación física, sino psicológica, con lo que mejora la imagen y valoración que tiene de sí mismo²⁻⁴. Evitar o disimular las secuelas de un defecto congénito, traumático u oncológico es actualmente el gran desafío, y no comprenderlo así significa detenerse en el tiempo o perder la oportunidad de acompañar, con imaginación e ingenio, el veloz avance de la ciencia médica.

Referencias bibliográficas

1. Álvarez Rivero A, Alonso Travieso ML. Concepto y principios generales en prótesis buco-máxilo- facial. En: Jankielewicz I. Prótesis buco-máxilo-facial. Barcelona: Quintessence; 2003. p. 37-48.
2. Sagastume G, Bekerman B. Solución protésica del figurado adulto .En Jankielewicz I. Prótesis buco-máxilo-facial. Barcelona: Quintessence; 2003. p. 283-91.
3. Jankielewicz I. Prótesis obturatriz. En: Prótesis buco-máxilo-facial. Barcelona: Quintessence; 2003. p. 233-76.
4. Colectivo de autores. Procederes básicos clínicos en prótesis bucomaxilofacial. La Habana: CIMEQ; 2008.

5. García-Roco Pérez ON, Arredondo López M, Castillo Betancourt EM. Factores contribuyentes al diagnóstico tardío del carcinoma bucofaríngeo. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2006 [citado el 17 de julio de 2008];43(1):[aprox. 2 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol43_1_06/est06306.htm
6. Peña González A, Arredondo López M, Vila Martínez L. Comportamiento clínico y epidemiológico del cáncer de cavidad oral. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2006 Mar [citado el 20 de julio de 2008];43(1):[aprox. 4 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072006000100003&lng=es
7. Medeiros Fossati AC, Pizzamiglio Kappel E, Dobrinski L, Amenabar M, Lazzaron Lamers M, Dias da Silveira ME. Alteraciones de la mucosa oral causadas por la asociación entre el tabaco y los colutorios bucales del 26,9 %. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2007 [citado el 17 de julio de 2008];43(3):[aprox. 6 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol43_3_06/est03306.htm
8. Díaz Martell Y, Martell Forte IC, Zamora Díaz JD. Afecciones de la mucosa oral encontradas en pacientes geriátricos portadores de prótesis estomatológicas. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2007 [citado el 17 de julio de 2008];44(3):[aprox. 2 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol44_3_07/est07306.htm
9. Frómata Neira C, Martín Caraballo O, Arredondo López M, Sarracent Valdés M, Padin Hernández I. Colgajo pectoral en la reconstrucción de los defectos por tumores de la cavidad bucal. Congreso Internacional de Estomatología 2005. [CD-ROM]. La Habana: Desoft; 2005.
10. Srinivasan M, Padmanabhan TV. Rehabilitation of an acquired maxillary defect. J Indian Prosthodont Soc [Internet] 2005 [citado el 13 de julio de 2008];5:[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.jprosthodont.com/article.asp?issn=09724052;year=2005;volume=5;issue=3;spage=155;epage=157;aulast=Srinivasan>

Recibido: 24 de febrero de 2010

Aprobado: 16 de junio de 2010