

CENTRO DE REHABILITACIÓN DE LA CARA Y PRÓTESIS BUCOMAXILOFACIAL
SANTA CLARA, VILLA CLARA

TRATAMIENTO RESTAURADOR DE LOS DEFECTOS MAXILARES

Por:

MSc. Dra. Magaly Escanaverino Oliva¹, MSc. Dra. Vivian Monteagudo de la Guardia²,
MSc. Dra. María Rosa Cabrera Obregón³ y MSc. Dra. Teresa Cabañín Recalde⁴

1. Especialista de I Grado en Prótesis. Máster en Urgencias Estomatológicas. Centro de Rehabilitación de la Cara y Prótesis Bucomaxilofacial. Asistente. UCM-VC. e-mail: smprot@capiro.vcl.sld.cu

2. Especialista de I Grado en .Prótesis. Máster en Urgencias Estomatológicas. Clínica Docente de Especialidades. Instructora. UCM-VC.

3. Especialista de I Grado en Prótesis. Facultad de Estomatología. Instructora. UCM-VC.

4. Especialista de I Grado en Prótesis. Máster en Urgencias Estomatológicas. Hospital "Manuel Fajardo Rivero". Santa Clara, Villa Clara. Asistente. UCM-VC.

Resumen

Introducción: El cáncer bucal constituye una enfermedad destructiva de la región de cabeza y cuello capaz de infiltrar e invadir tejidos; su tratamiento constituye una urgencia estomatológica. **Objetivo:** Evaluar el comportamiento de la rehabilitación inmediata en los defectos maxilares **Método:** Se realizó un estudio cuasi experimental en el Centro de Rehabilitación de la Cara y Prótesis Bucomaxilofacial de Villa Clara, en un período de cuatro años: del 2004 al 2008. La muestra quedó integrada por 38 pacientes. La investigación se desarrolló en dos etapas: caracterización de la población estudiada y evaluación de los resultados. **Resultados:**

El 39,5% de los pacientes presentaron defectos moderados, y el 42,1% severos. Con relación a la causa, el 89,5 % tuvieron un origen oncológico y estuvieron asociados a la práctica de hábitos tóxicos y al uso de prótesis. Se colocaron prótesis obturatriz inmediata en el 55,3 % y tardías en el 44,7 %. En todos los defectos ligeros se colocaron obturadores macizos rígidos; los flexibles y livianos, en los defectos severos. **Conclusiones:** El mayor numero de pacientes con defectos maxilares tenían más de 60 años y pertenecían al sexo masculino; la mayoría de los pacientes con defectos moderados y severos fueron restablecidos con prótesis obturatriz inmediata y obturador liviano rígido; en los defectos ligeros se colocaron prótesis tardía y obturador macizo rígido. Predominaron los pacientes cuyas lesiones tenían una causa oncológica; esto se asoció a la práctica de hábitos tóxicos y al uso de prótesis.

Descriptores DeCS
REHABILITACIÓN
PRÓTESIS OBTURATRIZ
DEFECTOS MAXILARES

Introducción

El cáncer constituye uno de los mayores problemas que enfrenta la humanidad, no sólo en el ámbito de la salud pública, sino también para las ciencias en general, por lo que su combate nos compete a todos. En Cuba los tumores malignos constituyen la segunda causa de muerte, con una tasa de mortalidad en el año 2006 de 174.6 por 100 000 habitantes; la provincia de Villa Clara con una tasa de 176.2, según datos del Anuario Estadístico¹ ocupa el cuarto lugar en el país.

El cáncer bucal constituye una enfermedad destructiva de la región de la cabeza y el cuello capaz de infiltrar e invadir los tejidos y propagarse a otras zonas por vía linfática y sanguínea, produciéndose metástasis a distancia. El cáncer bucal incluye el cáncer del labio, la cavidad bucal y la bucofaringe; su detección temprana produce una reducción significativa de la morbilidad y mortalidad, e incrementa la curación y supervivencia. El cáncer bucofaríngeo es el que hoy muestra menor índice de supervivencia después de cinco años, con solo el 52 % de los enfermos^{2,3}

La Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea que la prevención del cáncer consiste en reducir al mínimo o eliminar la exposición a los carcinógenos y disminuir la susceptibilidad individual a los efectos de sus agentes, considerando este método el de más posibilidades de éxito a largo plazo en las acciones contra el cáncer.^{4,5} El cáncer de paladar ocupa el quinto lugar dentro de los carcinomas bucales, y afecta más frecuentemente al sexo masculino entre la cuarta y la séptima décadas, y puede presentarse en edades más tempranas; es más frecuente en el paladar duro o en la unión de este con el paladar blando. Los procesos cancerosos del paladar duro pueden invadir a través del hueso palatino el piso de las fosas nasales o el seno maxilar penetrando en la infraestructura; también pueden extenderse a través del nervio palatino mayor o por detrás de la tuberosidad maxilar hacia la fosa pterigomaxilar.⁵⁻⁹

La maxilectomía crea una comunicación entre la cavidad nasal y la bucal, o a veces, cavidad bucal, nasal y orbitaria, lo que afecta las funciones de fonación, masticación y deglución del enfermo, de manera que cuando se plantea una resección maxilar, se fabrica un obturador buconasal quirúrgico a partir de impresiones y modelos

prequirúrgicos, que se operan en el laboratorio, se construye el obturador y se instala durante la intervención o inmediatamente después de ella.

La prótesis obturatriz atenúa el compromiso estético (hundimiento geniano e infraorbitario), le permite al paciente restablecer las funciones de: deglución, fonación, masticación y respiración y, como consecuencia de esto, ayuda al paciente a recuperarse del impacto psicológico, otra secuela de la mutilación creada por la cirugía.

En la última década, en este centro, hemos rehabilitado a muchos pacientes con estos tipos de obturadores; analizar su efectividad y aceptación son retos que se han trazado y para cumplirlos desarrollamos esta investigación con el propósito de evaluar el comportamiento de la rehabilitación inmediata en los defectos maxilares.

Métodos

Se realiza un estudio cuasiexperimental en el Centro de Rehabilitación de la Cara y Prótesis Bucomaxilofacial de Villa Clara, en el período comprendido de mayo de 2004 a mayo del 2008; se estudiaron 38 pacientes de ambos sexos que presentaron defectos maxilares. Para su realización se utilizaron métodos empíricos, teóricos y estadísticos, y dentro de estos últimos se determinaron frecuencias absolutas y relativas y se aplicó la prueba de Chi cuadrado de independencia., que mostró la significación (p) asociada a su estadígrafo de cálculo. Para su interpretación se tomaron los siguientes criterios: Si $p < 0,05$ la diferencia es significativa; si $p < 0,01$ la diferencia es altamente significativa; si $p > 0,05$ no existen diferencias significativas.

La investigación se realizó siguiendo los principios éticos de las que se realizan en las ciencias médicas

Resultados

En la tabla 1 se observa la caracterización de la muestra por edad y sexo según tipo de rehabilitación. Se rehabilitaron 38 pacientes con prótesis obturatriz; de ellas, 21 inmediatas, para un 55,3%, y 17 tardías, representan el 44,7% del total de pacientes. Se observó un predominio de la inmediata, y prevalecieron los pacientes de 60 años y más y del sexo femenino. En relación con la prótesis obturatriz tardía, hubo una

distribución equitativa en cuanto al sexo masculino, con igual número de casos en los grupos de 60 y más y el grupo de 35 – 59 años, sin diferencias significativas. El grupo de 19 – 34 años tuvo muy pocos casos en la muestra.

En la tabla 2 puede observarse el tipo de rehabilitación según la extensión del defecto: en los defectos ligeros se colocó prótesis inmediata al 9,5 % de los pacientes, y tardías al 29,4 %; en los defectos moderados, al 47,6% se le colocaron aparatos inmediatos y al 29,4 % tardías, y en los defectos severos se colocaron inmediatas al 42,9 % y tardías al 41,2%. Se encontró que los defectos severos y moderados aparecieron en el 42,1% y 39,5% respectivamente. En la rehabilitación con prótesis obturatriz, la forma y el volumen del defecto, así como el origen de la lesión, condicionaron el tipo de prótesis a elegir.

En la tabla 3 se presentan los tipos de obturadores con relación al defecto maxilar. En la experiencia que se presenta, se colocaron obturadores macizos rígidos en el 70 % de los defectos ligeros y en el 30% de los moderados.

Los obturadores livianos rígidos se colocaron en el 46,2 % y el 53,8 % en los defectos moderados y severos, respectivamente, y los obturadores flexibles solo se colocaron en los defectos severos. Al realizar la prueba estadística de Chi cuadrado, esta arrojó un valor de $p = 0.000$; esto indica que existe una asociación muy altamente significativa entre la clasificación del defecto y el tipo de obturador utilizado.

Discusión

En este estudio es más frecuente la prevalencia de defectos en el sexo masculino; esto coincide con otras investigaciones, las cuales plantean que el cáncer de paladar afecta más frecuentemente al sexo masculino entre la cuarta y la séptima décadas, es más frecuente en el paladar duro o en la unión de este con el paladar blando.⁶

Al analizar las estadísticas del cáncer bucal, los expertos aseguran que constituye la sexta causa de muerte entre todos los cánceres del mundo. En nuestro país, según la Clasificación Internacional de Enfermedades, se encuentra entre los diez cánceres más comunes en el hombre, y constituye el 4 % de todos los cánceres anualmente.

No todas las personas, sin embargo, tienen la misma posibilidad de sufrir una lesión maligna. Las transformaciones malignas de un tejido implican ciertas condiciones predisponentes y factores de riesgo; entre estos se consideran, para el cáncer bucal, el alcoholismo y el tabaquismo.⁶⁻⁹

El cáncer bucal es el más visible y el que más mutila al paciente desde el punto de vista estético y funcional, ya que después de las intervenciones quirúrgicas este pierde parte de su cara o del cuello, y puede presentar dificultades para deglutir, tragar, ver, oler y oír.

El periodo inmediato postoperatorio es difícil para el paciente que ha experimentado una resección del maxilar, pues el habla y los hábitos de alimentación están alterados.

La contracción del sitio operado ocurre con un colapso resultante de los tejidos blandos alrededor del sitio reseñado. La ventaja de un obturador quirúrgico (prótesis inmediata) es la restauración del habla normal y los hábitos de alimentación. El colapso de los tejidos blandos del lado afectado puede también ser prevenido. Se preservará la simetría facial, y se facilitará la retención de la prótesis.

Autores, como Jankielewicz⁴, Álvarez Rivero¹⁰, Pomar¹¹ y Novoa¹², abogan por el uso de la prótesis obturatriz inmediata, y argumentan que el tratamiento de los grandes defectos maxilares mediante restauraciones protésicas debe ser inmediato por los beneficios que estos reportan para la vida del paciente, pues les permite realizar sus funciones vitales. Aquellos que no son tratados inmediatamente con una prótesis están expuestos a sufrir complicaciones severas de las vías aéreas y digestivas, que pueden llevar a la muerte del paciente; esto es más significativo en el primer tiempo; a medida que se van adaptando a esta situación, van desapareciendo estos riesgos, pero aparecen otras de índole psicológica; con frecuencia se abaten o desalientan debido a las dificultades que tienen tanto para su alimentación como para la fonación. Esta última se convierte en nasal y, por lo general, ininteligible, porque existe un constante escape de aire hacia el seno nasofaríngeo o espacio maxilar.

El resultado más común es la dificultad para tragar sólidos o líquidos, con regurgitación nasal que puede ocasionar problemas funcionales y sociales significativos. Estas dificultades pueden ser resueltas mediante un simple obturador.

García Carrillo¹³ y Rogers¹⁴ plantean que cuando la comunicación buconasal no es demasiado extensa y el defecto no presenta retenciones anatómicas, los obturadores rígidos y huecos ofrecen grandes ventajas, por su mayor estabilidad y menor peso.

Jankielewicz⁴ y Álvarez Rivero¹⁰ Arze y Arana¹⁵, estudiosos del tema, afirman que la retención y la estabilidad de la prótesis obturatriz se ve comprometida cuando el defecto es muy grande, y resulta peor si el otro maxilar es desdentado; el obturador debe brindarle soporte, retención y estabilidad a la prótesis obturatriz, por lo que hay que tratar de disminuir su peso. Cuando el defecto es ligero o mediano y no presenta retención anatómica, puede resultar suficiente obturar la comunicación con un obturador rígido que forma parte de la base de la prótesis y tiene la ventaja de ser más higiénico que los obturadores flexibles, que por lo general son de materiales derivados siliconados, tienen una vida útil mas corta y, por tanto, requieren de reemplazo con frecuencia, por lo que se utilizan solamente en los casos de defectos muy extensos y con grandes dificultades en la apertura bucal.

Referencias bibliográficas

1.-Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadística. Anuario Estadístico de Salud. Edición en formato electrónico. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2006.

2.-Quintana Díaz JC, Fernández Fregio MJ, Laborde Ramos R . Factores de riesgo de lesiones premalignas y malignas bucales. Rev Cubana Estomatol [Serie en Internet]. 2004; [citado 17 julio 08]; 41 (3). [aprox.3p]. Disponible en: URL http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol41_3_04/est04306.htm

3.-Santana Garay JC, Prevención y diagnóstico del cáncer bucal. La Habana.Ciencias Médicas. 2002

- 4.- Jankielewicz I. Prótesis obturatriz. EN: Jankielewicz I y Co-autores. Prótesis Buco-Maxilo-Facial, Barcelona: Quintessence; 2003.p 233-276.
- 5.-García-Rocco Pérez ON, Arredondo López M, Castillo Betancourt EM. Factores contribuyentes al diagnóstico tardío del carcinoma bucofaríngeo. Rev Cubana Estomatol [Serie en Internet]. 2006; [citado 17 julio 08]; 43 (1). [aprox.3p]. 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[Serie en Internet]. 2007; [citado 5 julio 08]; 43 (1). [aprox.3p]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol43_1_07/est07306.htm
- 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 [Serie en Internet]. 2007; [citado 4 oct 08]; 43 (3). [aprox.4p].Disponible en http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol43_3_07/est07306.htm
- 8.-Díaz Martell Y, Martell Forte I de la C, Zamora Díaz JD . Afecciones de la mucosa oral encontradas en pacientes geriátricos portadores de prótesis estomatológicas. Rev Cubana Estomatol [Serie en Internet]. 2007; 44 (3); [citado 18 nov 08]; [aprox.4p].Disponible en http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol44_3_07/est07306.htm
- 9.-Lugones Botell M, Ramirez Bermudez M, Pichs Garcia LA, Miyar Pieiga E. Las consecuencias del tabaquismo. Rev Cubana Hig Epidemiol[Serie en Internet]. 2006; 44(3) [Citado 28 Mar 2008]. [aprox.2p]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/hie/vol44_3_06/hie07306.htm
- 10.-Álvarez Rivero A, Alonso Travieso ML. Concepto y Principios Generales en Prótesis Buco-Maxilo- Facial. EN: Jankielewicz I y Co-autores. Prótesis Buco-Maxilo-Facial, Barcelona: Quintessence; 2003.p37-48.
- 11.-Pomar P. Maxillectome et Rehabilitation Prothetique : Proposition dune nouvelle classification. J Prost Dent 2007 ; 88 (4) : 362-66[citado 27 nov 2008]; <http://www.jprosthodont.com/article.asp?issn=09724052;year=2005;volume=5;issue=3;:spage 362 -366>

12.-Novoa Castro A, Barnet Izquierdo R, Perez Guerra MA. Manejo clínico del paciente hemimaxilectomizado. En : Encuentro Internacional de Rehabilitación de la Cara y Prótesis Buco-Maxilo-Facial. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas : CIMEQ; 2006

13.-García- Carrillo A. Obturadores maxilofaciales tras el tratamiento del cáncer. Gaceta dental 2003; 138: 106-114.

14.-Rogers S, Lowe D, McNally D, Brown J, Vaughan D. Health-related quality of life after maxillectomy: a comparison between prosthetic obturation and free flap. J Oral Maxillofac Surg 2003; 61:174-181.

15.-Arze C., M C Arana R, Cruz R, M , Padilla H. Obturador Palatino con Soporte Interno para Tercio Medio Nasal. Reporte de caso clínico. J Oral Maxillofac Surg 2005; 63: 225-9