



# Rehabilitación protésica integral en ausencia de maxilar. Reporte de un caso

## *Comprehensive prosthetic rehabilitation in absence of the maxilla. Clinical case report*

María de Lourdes Mendoza Ugalde,\* José Federico Torres Terán,<sup>§</sup> René Jiménez Castillo<sup>||</sup>

### RESUMEN

La prótesis maxilofacial estudia dos importantes ramas; la bucal y la facial. En relación a la bucal, algunos defectos originados por maxilectomías unilaterales o bilaterales ya sean parciales o totales en el tratamiento del cáncer de cabeza y cuello; dejan secuelas estructurales, funcionales y psicológicas; estableciendo así la necesidad de una rehabilitación protésica integral; para lo cual son utilizadas las prótesis obturadoras de paladar, que ofrecen así al paciente su reintegración a la sociedad con una mejor calidad de vida. En el presente caso clínico, el obturador es colocado en ausencia completa de maxilar, obteniendo como resultados el restablecimiento de las funciones y estética aceptables.

**Palabras clave:** Prótesis maxilofacial, maxilectomía, carcinoma epidermoide, obturador palatino, miniimplantes, distracción ósea, implantes cigomáticos.

**Key words:** Maxillofacial prosthesis, maxillectomy, squamous cell carcinoma, palatal shutter, mini-implants, distraction osteogenesis, zygomatic implants.

### ABSTRACT

Maxillofacial prosthesis studies comprehend two main branches: oral and facial. In the mouth, some defects caused by unilateral or bilateral maxillectomies performed as part of head and neck cancer treatment, leave structural, functional and psychological sequels. This gives rise to the need of a comprehensive prosthetic rehabilitation. To this end, palate prostheses are used, which offer patients' reinsertion into society as well as better quality of life. In the present clinical case, the shutter was placed in a situation of complete absence of the maxilla, achieving thus function re-establishment and acceptable aesthetics.

### INTRODUCCIÓN

El cáncer es un problema de salud pública en México, por sus graves manifestaciones clínicas y alta letalidad, además de la gran variedad de factores de riesgo individuales y ambientales asociados, como radiación ionizante (**rayos UV**), ocupacionales (**Rayos X**); **irritantes** (humo de soldadura, ozono, ácidos, prótesis mal ajustadas); **partículas neumoconióticas** (asbestosis<sup>1,2</sup> y silicosis); **alérgenos** (naturales o sintéticos); **cancerígenos** (benignos o malignos por insecticidas arsenicales, aserrín, amianto, cloruro de vinilo, aminas aromáticas, etcétera); **estilo de vida** (tabaquismo, alcoholismo, sífilis, VPH, mala higiene);<sup>3,4</sup> **factores genéticos** (mutaciones del gen p53, del cromosoma 9p21, mutación del gen RB),<sup>5,6</sup> o en relación a síndromes de cáncer hereditario (síndrome de Plummer Vinson);<sup>4,7</sup> los cuales aumentan en mayor grado dicho riesgo.<sup>8,9</sup> Éstos se ven relacionados al aumento de la proporción de personas de mayor edad en el mundo, disminución de defunciones por enfer-

medades transmisibles, así como de mortalidad por enfermedades cardiovasculares en algunos países y aumento en formas de cáncer;<sup>9</sup> que afectan la susceptibilidad del paciente y más aún si presentan algún grado de malnutrición (30-50%), pudiendo presentar también recidiva tumoral.<sup>8,10,11</sup>

En México, el cáncer de cabeza y cuello corresponde al 17.6% del total de neoplasias malignas reportadas en el Registro Histopatológico de las Neoplasias en México (RHNM) en el 2002, donde el 12% corres-

\* Egresada de Prótesis Maxilofacial de la División de Estudios de Postgrado e Investigación de la UNAM y Residente del INCan.

§ Protesista Maxilofacial y Profesor de Asignatura de Prótesis Maxilofacial en la División de Estudios de Postgrado e Investigación de la Facultad de Odontología. México.

|| Jefe del Departamento de Prótesis Maxilofacial de la Unidad de Estudios de Postgrado e Investigación de la Facultad de Odontología. México.

ponde a VADS (vías aerodigestivas superiores); presentando el cáncer bucal 37% con una letalidad del 62.4%.<sup>9,12</sup>

Entre el 85-90% de los cánceres de VADS son por exposición al tabaco y su riesgo es proporcional a la intensidad de exposición y va en aumento de acuerdo al INEGI, donde los jóvenes entre 12-17 años han incrementado sus patrones de consumo.<sup>9,12</sup>

El consumo de alcohol, es otro factor importante asociado, produciendo sinergismo. Mientras un fumador o bebedor incrementan el riesgo en relación directa al consumo; quien bebe y fuma aumenta el riesgo 35 veces más.<sup>9</sup>

En México, se ha registrado como la neoplasia más frecuente de cavidad bucal al carcinoma epidermoide, presentándose en hombres con un total de riesgo de 1.4% y en mujeres de 0.9% en el área de cabeza y cuello; ubicándose en paladar 0.02% en hombres y 0.009% en mujeres, en una relación 1.7:1.2 respectivamente en 2007;<sup>12</sup> mientras que en Centro Médico Nacional «20 de Noviembre» en 2009 se realizó un estudio en el que se destaca una relación 2:1 hombre-mujer. Después del tratamiento hubo recurrencia de 46.9%, metástasis 32.2% y 22.45% en defunción.<sup>13</sup>

La incidencia de metástasis ganglionares en general oscila entre 10 y 40%, dando pocas metástasis a distancia. En el paladar duro y trigono retromolar, los tumores suelen notarse de forma temprana; siendo que en paladar producen sangrado y dolor.<sup>14</sup>

De acuerdo al tipo histológico del tumor, factores etiológicos y su localización, modificarán sus características epidemiológicas, sintomatología, progresión, terapéutica y pronóstico.<sup>4</sup> El **carcinoma epidermoide** es una neoplasia maligna que se origina de las células escamosas y representa el 92% del total de neoplasias en cavidad oral, seguido del Ca. basocelular y el melanoma.<sup>13,15,16</sup> Ocupa el número 12 de todas las neoplasias malignas en el mundo, afectando principalmente a pacientes de la séptima década de la vida con una edad promedio de 68 años.<sup>13</sup> Este carcinoma en cabeza y cuello, ocurre más frecuentemente en hombres de edad avanzada; sin embargo, se ha reportado un incremento de incidencia en personas jóvenes y mujeres; así como en mujeres embarazadas.<sup>17</sup> Puede iniciarse como una leucoplasia (2-4% invasivo) o eritroplasia (80% invasivo) en zonas de alto riesgo, considerando piso de boca, cara ventrolateral de la lengua, paladar blando y velo del paladar.<sup>18</sup> La diferente localización del tumor, dará lugar a patrones de comportamiento y pronóstico distintos que requerirán de diferentes tratamientos.<sup>14,19</sup>

Las reacciones a los diferentes tipos de tratamiento modifican los tiempos de rehabilitación protésica, du-

rante y después de los mismos; ya sean adyuvantes o concomitantes (quimioterapia, radioterapia, cirugía); los cuales son alternativos y aumentan la preservación de órganos, mejorando el éxito del tratamiento.<sup>8</sup>

La quimioterapia consiste en la administración de fármacos antineoplásicos que provocan la destrucción de células tumorales, obstaculizando su división celular. Los más empleados en cabeza y cuello son la bleomicina, cisplatino, metotrexato, el 5 fluoruracilo, la vinblastina, ciclofosfamida, carboplatino, gefitinib, erbitux y cetuximab.<sup>20-22</sup> Algunos antineoplásicos pueden provocar lesiones a largo plazo en el sistema hematopoyético.<sup>23</sup> Puede ser curativa (control total del tumor); coadyuvante (después de la cirugía reduciendo el riesgo de metástasis); previa (reducción parcial del tumor complementando la cirugía o radioterapia) y paliativa (mejora la calidad de vida del paciente).<sup>14,20</sup> El conocimiento del estado del VPH (virus del papiloma humano) se está convirtiendo en una consideración importante en la valoración del tratamiento para pacientes con cáncer de cabeza y cuello. Los pacientes VPH positivos, responden mejor al tratamiento y las investigaciones están tendiendo a estratificar a los pacientes por su estado de VPH en los ensayos clínicos.<sup>21</sup>

La radioterapia mediante radiaciones ionizantes destruye células cancerosas o aminora su crecimiento. En cabeza y cuello es una forma común de tratamiento, aproximadamente el 50% del total de cánceres de estas zonas, sola o combinada con quimioterapia y/o cirugía.<sup>14,20</sup> Puede presentar complicaciones orales como mucositis, infecciones micóticas o bacterianas, disfunción de glándulas salivales, fibrosis, caries dental, disfunciones del sentido del gusto u osteorradionecrosis.<sup>14,19,22</sup>

El tratamiento quirúrgico de cabeza y cuello, conlleva una serie de repercusiones funcionales de las estructuras anatómicas afectadas por la tumoración, ya sea en la movilidad del cuello y región escapular, alteraciones en la cicatrización y drenaje linfático; así como en la deglución; implicando una cirugía de exéresis o resección tumoral y/o la cirugía linfática de estructuras afectadas por el tumor.<sup>19</sup>

Así, las secuelas originadas por el tratamiento quirúrgico en la zona orofaríngea, son producidas por la maxilectomía (limitada, parcial, medial, subtotal, total, radical o extendida),<sup>24</sup> son tanto **estructurales** (comunicación orofaríngea),<sup>3,24</sup> **funcionales** (respiración, masticación, deglución y fonación); y **psicológicas**.<sup>3</sup>

Aramany, realizó una clasificación de defectos maxilares, basada en relación al área del defecto y el remanente de órganos dentarios.<sup>25</sup> La clasificación I, II y IV (defectos laterales con márgenes anteriores

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3173126>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3173126>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)