



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Rehabilitación protésica oculo-palpebral y nasal en
paciente con carcinoma basocelular (caso clínico).

CASO CLÍNICO

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

ESPECIALISTA EN PRÓTESIS MAXILOFACIAL

P R E S E N T A:

VALERIA FERNANDA VENCES MEZA

TUTOR: Esp. ALEJANDRO BENAVIDES RIOS

ASESOR: Esp. VICENTE ERNESTO GONZÁLEZ CARDÍN

Rehabilitación protésica oculo-palpebral y nasal en paciente con carcinoma basocelular (caso clínico).

Vences Meza Valeria F.^{*}, Benavides Ríos Alejandro[§], Vicente E. González Cardín^{||}

RESUMEN

El carcinoma Basocelular (CBC), es el tumor más frecuente dentro de las enfermedades de la piel, y una neoplasia de malignidad limitada en ciertos tipos, con crecimiento lento y poca capacidad para dar metástasis. Aun cuando no representa una alta tasa de mortalidad las secuelas posteriores a la resección quirúrgica pueden comprometer estructuras faciales importantes, que limitan tanto estética como funcionalmente a los pacientes. Para estos casos la prótesis maxilofacial, representa una alternativa cosmética para la reintegración del paciente a su vida cotidiana. Se presenta el caso de un paciente masculino de 57 años de edad con diagnóstico de carcinoma basocelular que acude al Servicio de Prótesis Maxilofacial del Instituto Nacional de Cancerología de México (InCan) posterior a una rinectomía total y excenteración orbitaria izquierda. Se le confecciona una prótesis oculopalpebral, que incluye prótesis ocular elaborada con la técnica UNAM, y una prótesis nasal, ambas con retención adhesiva. Como resultado el paciente puede regresar a sus

actividades recuperando su calidad de vida.

ABSTRACT

Basal Cell Carcinoma (BCC) is the most common tumor inside of skin diseases, and malignant neoplasms limited, with slow growth and little ability to metastasize. Although not a high mortality rate subsequent to surgical resection sequel may compromise important facial structures, both aesthetically and functionally limited patients. For these cases the maxillofacial prosthesis, is a cosmetic alternative for the patient's reintegration into their daily lives. The case of a male patient aged 57 diagnosed with basal cell carcinoma who presented to the maxillofacial prosthesis Incan back to full nose resection and a left orbital exenteration. It is made an oculopalpebral prostheses, including ocular prosthesis made with a technique developed by the UNAM, and nasal prostheses, both with adhesive retention. As a result the patient may return to his activities and regaining his quality of life.

Palabras clave: Carcinoma Basocelular; Prótesis Maxilofacial, Rinectomía, Excenteración Orbitaria

^{*} Alumna de la Especialidad de Prótesis Maxilofacial. DePel Facultad de Odontología UNAM

[§] Profesor adscrito al departamento de Prótesis Maxilofacial, DePel, UNAM

^{||} Coordinador del Servicio de Prótesis Maxilofacial InCan

Key Words: Basal Cell Carcinoma; Maxillofacial prosthesis, Nose Resection, Orbital exenteration

Introducción

El cáncer es un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células. Puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo, representa una de las primeras causas de muerte a nivel mundial; en 2012 se le atribuyeron 8,2 millones de muertes a nivel mundial. La piel es uno de los órganos que puede verse afectado por esta patología y en México para el 2012 se detectaron 16 mil casos nuevos de cáncer en piel, ocasionando mil 529 decesos en ese mismo año.^{1,2}

Específicamente el CBC, es el tumor más frecuente de todas las enfermedades malignas de la piel; por su lento crecimiento se asocian con baja mortalidad, pero un pequeño porcentaje de estos tumores, pueden desarrollar recurrencia local o metástasis. Localmente puede ser muy agresivo; si no es tratado a tiempo, este carcinoma tiene la propiedad de destruir los tejidos vecinos, causando ulceración e invadiendo en profundidad cartílago y hueso.

El Comité de tipificación histológica de los tumores de piel de la Organización Mundial de la Salud, define al CBC como un tumor de invasión local y crecimiento lento, que rara vez produce metástasis; cuyo origen son las células epidérmicas de los folículos pilosos o las células basales de la epidermis.^{3,4}

Discriminando las regiones anatómicas por el riesgo de incidencia definen 3 áreas: Una zona de "riesgo alto" (High-Risk) llamada área H, que abarca las regiones temporales, la pirámide nasal,

áreas paranasales, regiones perioculares, región peribucal y regiones pre y retroauriculares; área de "riesgo medio" (Medium-Risk), llamada también área M, constituida por las regiones genianas y frontal de cara, cuello y piel cabelluda mientras que el área de "riesgo bajo" (Low-Risk), llamada área L, formada por el tronco y las extremidades.⁵

Enfocados en la predisposición para este padecimiento en el área de cabeza y cuello tenemos diversas opciones de tratamiento para erradicar la enfermedad como suelen ser: a) cirugía, b) radioterapia y c) quimioterapia.⁶

El tratamiento del paciente oncológico debe llevarse de manera multidisciplinaria, así la rehabilitación integral dependerá del tipo de tumor, su tamaño, ubicación y profundidad de penetración, al igual que de la edad del paciente, su estado general de salud y el resultado cosmético probable del tratamiento.

La mutilación ocasionada por una cirugía oncológica estrictamente en el área de cabeza y cuello mantiene una relación directa con la salud emocional del paciente, y si esta pérdida de estructuras no puede recuperarse por medio de cirugía la prótesis maxilofacial ofrece la posibilidad de rehabilitación en pacientes con defectos faciales con este tipo resecciones oncológicas teniendo como finalidad la mejora de la estética, la reintegración del paciente a la vida familiar y social para así mejorar su calidad de vida.^{7,8}

Durante el diseño de una prótesis facial, debe considerarse: 1. Extensión de la región anatómica a sustituir ya que

independiente al material con el que esta se realice la prótesis debe contener el menor peso posible para facilitar su uso especialmente cuando se encuentra ya sea combinada con una prótesis intraoral o cuando se encuentra sustituyendo regiones cerca de áreas en función como labios y movimientos de expresión faciales; 2. El estado de los tejidos remanentes, en ocasiones esta misma puede ayudarnos a mantener fuera del contacto con el medio exterior áreas susceptibles a infecciones graves como aquellos pacientes que presentan exposiciones óseas, y 3. El mecanismo retención y estabilidad de la prótesis, ya que de esto depende que el paciente la utilice para realizar sus actividades diarias.

Entre los mecanismos para la retención de prótesis que se pueden utilizar, según el paciente se encuentran: 1. Anatómica: dado por el mismo defecto cuando estos se encuentran en forma de orificios o socavados y pueden representar estabilidad para la prótesis, 2. Físicos: cuando se adapta algún otro medio de retención externo como pueden ser lentes, aretes, diademas según el área rehabilitada, dentro de estos mecanismos físicos se encuentran también los implantes osteointegrados, sin embargo, estos tienen limitantes cuando el paciente no tiene las posibilidades económicas para solventar su inversión y cuando por razones médicas y de salud no son candidatos a la colocación de los mismos (pacientes que han sido radiados con más de 60grays y se encuentran en vigilancia). 3. Químicos: Dada por los adhesivos (grado medico) para piel, este tipo de retención encuentran de manera más común y la efectividad varía según las actividades que realice el paciente, exposición a la intemperie y nivel de

transpiración. Sin embargo representa una buena opción para aquellos pacientes que así lo decidan o no pueden pagar otro tipo de rehabilitación más sofisticada.

Siendo utilizado cualquiera de los métodos de retención se debe tomar en cuenta que los bordes de la prótesis ya en silicón deben mantenerse delgados y difusos en lo mayor posible ya que esto facilitara que se pierda y disimule al contacto con la piel lo que le otorgara mayor naturalidad.⁸⁻¹⁰

No debemos perdernos en la realidad de que la prótesis no siempre cumple con funciones fisiológicas como puede llegar a estimarse, sin embargo podemos obtener resultados estéticos aceptables y que harán que el paciente recobre su confianza y así logrará reincorporarse poco a poco a su entorno social y laboral.

Presentación de Caso Clínico

Paciente masculino de 57 años de edad, residencia actual en el Distrito Federal, casado, de ocupación veterinario, con antecedentes heredofamiliares sin importancia para el padecimiento actual, refiere consumo de tabaco 4 años anteriores a la consulta a razón de un cigarro por día, actualmente no fuma. Conocido en el INCAN desde 28 mayo de 2009. Con Diagnostico de Carcinoma Basocelular recurrente post Radioterapia sin cirugía. El paciente deja de acudir a citas de control por 3 años y en Abril del 2013 se le realiza nueva Biopsia tras presentar gran defecto cutáneo sobre dorso nasal y ala izquierda con destrucción de esqueleto cartilaginoso ipsilateral, bordes sobre elevados y zona altamente sospechosa de actividad tumoral hacia canto interno

de ojo izquierdo, por lo que al paciente se le realiza una excenteración orbitaria, rinectomia y reconstrucción con colgajo miocutaneo, con un reporte histopatológico del postoperatorio inmediato de Carcinoma basocelular con destrucción de lado izquierdo de la nariz e infiltración a la piel de lado derecho, afección de ambos párpados izquierdos, con infiltración a la conjuntiva tarsal e infiltración de la piel, con márgenes negativos, margen superior e inferior reportados como los más cercanos a 5mm de la lesión. (Figura 1)

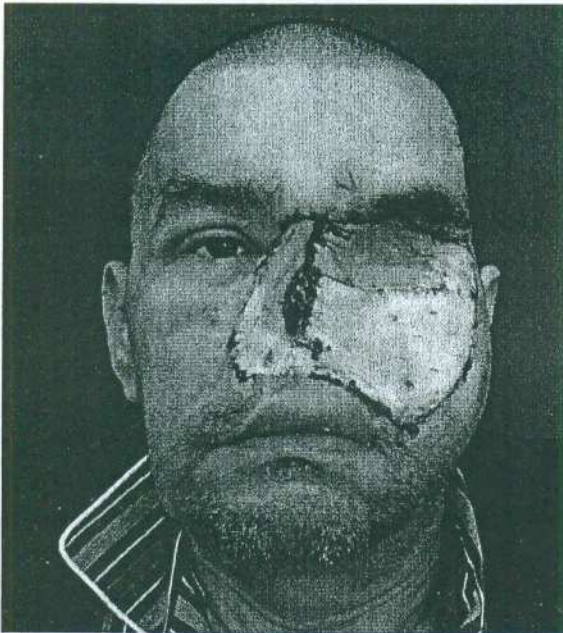


Figura 1. Paciente pos operado a los 7 días.

El paciente es remitido al Servicio de Prótesis Maxilofacial para valoración de rehabilitación del defecto facial, se propone la elaboración de una prótesis nasal y una prótesis oculopalpebral. Se presenta a los 2 meses de su cirugía y se realiza la toma de impresión facial, obteniendo el modelo de trabajo, se procede a la elaboración de las prótesis; el modelado en cera se realiza tomando en cuenta las estructuras remanentes

en este caso basándose en las características del lado contralateral, siempre teniendo al paciente para realizar las pruebas de la prótesis en cera. (Figura 2.)

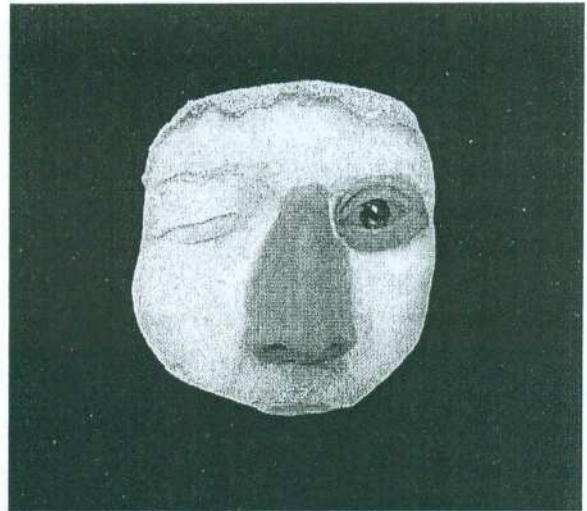


Figura 2. Orientación en el modelo y diseño en cera de las prótesis.

Una vez que se ha reproducido en cera (ceroplastia) con el mayor detalle cada una de las partes que integran la futura prótesis, la huella con el caracterizado se enmufla y desencera (método de la cera perdida). Cuando se obtiene el molde ya limpio en negativo, se caracterizan los diferentes tonos de la prótesis en silicón grado médico que es empaquetado y prensado. (Figura 3.)

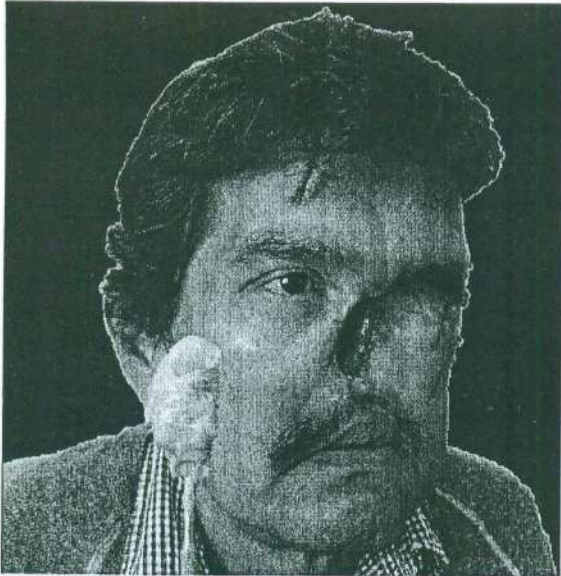


Figura 3. Caracterización del silicón grado medico previo a su empaquetamiento en mufla.

Se deja prensado el material por 24 horas para permitir su correcto polimerizado, después de este tiempo se dejan reposar las muflas en agua para rescatar las prótesis en silicón (Figura 4), se eliminan impurezas con jabón y se comienza a recortar los bordes.

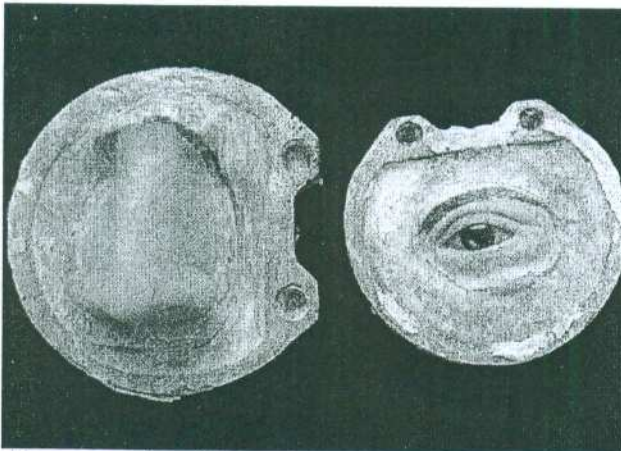


Figura 4. Prótesis en Silicón ya procesadas.

Cuando son rescatadas las prótesis se coloca en el paciente por medio de adhesivo; caracterizada con el

color base de su tono de piel y con una rectificación de color extrínseca. Para este caso se le pidió al paciente no recortar su bigote ya que sería utilizado como distractor de los bordes de la prótesis al colocar cabello natural en ella simulándolo al igual que como se coloca para el caracterizado de las pestañas. (Figura 5)

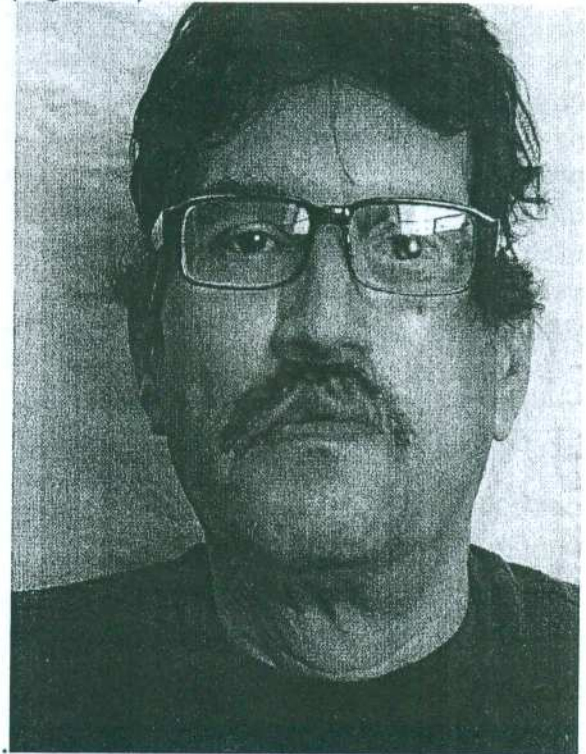


Figura 5. Vista frontal del paciente con las protesis colocadas, utilizando a su vez unos lentes para disimular ambas protesis.

Resultados

Los resultados en este paciente fueron satisfactorios desde el punto de vista estético ya que el presentar una prótesis nasal le devuelve una anatomía completamente normal a su rostro, por otra parte, la prótesis oculopalpebral logra el objetivo cuando es disimulada por los lentes ya que se debió

caracterizar también en base al color que fue adquiriendo el colgajo colocado, sin embargo el paciente quedó satisfecho con el resultado. (Figura 6.)



Figura 6. Vista lateral para observar el perfil de la prótesis nasal

Discusión

Si bien es cierto que los avances en la medicina sobre todo en el área reconstructiva nos han permitido el acceso a múltiples cirugías exitosas estéticamente hablando, en ocasiones la cirugía no representa una opción para aquellos pacientes que han perdido estructuras importantes del área de cabeza y cuello que le dan su identidad cuando estas son eliminadas por una enfermedad agresiva como el cáncer, es ahí donde la Prótesis Maxilofacial obtiene el crédito de lograr devolver la confianza a este tipo de pacientes, ya que, sea cual sea el tipo de retención

que sea elegido tanto por el especialista como por el paciente la finalidad del tratamiento siempre será mejorar las condiciones estéticas, funcionales (cuando así sea posible) y psicológicas de aquellos pacientes que lo requieran

Conclusiones

Tras la difícil experiencia de una enfermedad como el Cáncer los pacientes rehabilitados protésicamente tienen la posibilidad de regresar a su entorno social aun cuando hayan tenido un tratamiento radical como una cirugía mutilante de la cara que, como en este caso altere de manera importante su aspecto físico y su estabilidad emocional.

Referencias

1. GLOBOCAN 2012: Estimated Cancer Incidence; *Mortality and Prevalence Worldwide in 2012*.
2. Martel C, Ferlay J, Franceschi S, et al. Global burden of cancers attributable to infections in 2008: a review and synthetic analysis. *The Lancet Oncology* 2012;13: 607-615
3. María Luz Negrin-Diaz Dermatóloga. *Carcinoma Basocelular; Revision bibliografica*; Universidad Central de Venezuela. Caracas, Venezuela. E-mail: negrinml@gmail.com
4. Camacho F, Dulanto F. Cirugía Dermatológica Especial, en: *Cirugía Dermatológica. 1ª ed. Madrid: Grupo Aula Médica, SA; 1995. pp. 253-287*
5. Weber R, Callender D. Clinical Assessment and Staging. En: *Basal and Squamous Cell Skin Cancers of the Head and Neck*.

London: Williams&Wilkins; 1996.
Cap 7. pp 65-77.

6. Jesús Juárez Manrique,* Celia Minerva Díaz Aguirre,§ Estela Brígida Malpica Sánchez,|| Enrique Echevarría y Pérez, Rehabilitación orbitofacial en un paciente oncológico con retención biomecánica, *revista odontológica Mexicana Vol. 14, Núm. 3 Septiembre 2010 pp 193-198*
7. *Oncología Universidad Juárez del Estado de Durango (UJED*
8. Arzu Atay, Kadriye Peker, Yumushan Günay, Servet Ebrinç, Banu Karayazgan and Ömer Uysal; *Assessment of health-related quality of life in Turkish patients with facial prosthesis*; 2013 Atay et al.; licensee BioMed Central Ltd.
9. Jesús Juárez Manrique,* Celia Minerva Díaz Aguirre,§ Estela Brígida Malpica Sánchez,|| Enrique Echevarría y Pérez|| ***Rehabilitación orbitofacial en un paciente oncológico con retención biomecánica*** *Revista Odontologica Mexicana Vol. 14, Núm. 3 Septiembre 2010 pp 193-19*
10. Elizabeth Garita Medrano, Vicente González Cardín,§ Araceli Galicia Arias|| *Rehabilitación protésica de órbita implantosoportada en paciente con secuela de meduloepitelioma teratoide maligno*, *Rev. Odont. Mex vol.18 no.1 México ene./mar. 2014*