



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Prótesis Maxilofacial en defectos de cabeza y cuello.

CASO CLÍNICO

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

ESPECIALISTA EN PRÓTESIS MAXILOFACIAL

P R E S E N T A:

RAUL GUSTAVO MARTINEZ ESTUDIANTE

TUTOR: Esp. VICENTE ERNESTO GONZÁLEZ CARDÍN

MÉXICO, Cd. Mx.

2018

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA

PRÓTESIS MAXILOFACIAL

PRÓTESIS MAXILOFACIAL EN DEFECTOS DE CABEZA Y
CUELLO.

MAXILLOFACIAL PROSTHESIS OF HEAD AND NECK
DEFECTS.

MARTÍNEZ ESTUDIANTE RAÚL GUSTAVO.*
GONZALEZ CARIDÍN VICENTE.**

Prótesis Maxilofacial en defectos de cabeza y cuello.

Martínez Estudiante Raúl Gustavo*, González Cardín Vicente**.

*Alumno de la Especialidad de Prótesis Maxilofacial de la División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Odontología de la UNAM.

**Profesor de la Especialidad de Prótesis Maxilofacial del Instituto Nacional de Cancerología.

Resumen:

Introducción: El cáncer de piel es la neoplasia maligna más frecuente en México y el mundo. Por fortuna, a pesar del aumento paulatino de su incidencia, la mortalidad disminuye.¹

Posterior al tratamiento de dichas lesiones, las prótesis faciales constituyen parte integrante de la rehabilitación de pacientes que sufrieron daños en la cara, sea de origen patológico, traumático o congénita.² El éxito del tratamiento con prótesis faciales está asociado a varios factores como; la capacidad del profesional en reproducir las estructuras perdidas, la buena adaptabilidad de la prótesis en cuanto a la asociación de materiales y técnicas empleadas para la confección de prótesis buco-maxilofaciales.

Las prótesis faciales desempeñan un papel importante dentro de las rehabilitaciones buco-maxilofaciales, por lo cual el clínico debe disponer de la información necesaria para planificar una ruta de tratamiento adecuada según sea el caso.³

Existen defectos que abarcan dos o más estructuras anatómicas que implican la región intraoral y extraoral. Generalmente se toma como premisa, la de realizar la rehabilitación intraoral, debido a que es fundamental devolver las funciones de fonación, deglución, masticación, respiración y

posteriormente servirá como referencia para la rehabilitación facial.⁴

Método: Paciente de 80 años de edad. Diagnosticada en el año 2007 con carcinoma de células escamosas, en el año 2017 se presenta en el servicio de prótesis maxilofacial para ser atendida. El plan de tratamiento; prótesis parcial removible bimaxilar, prótesis de labio inferior y prótesis ocular de lado derecho.

Resultados: Dos semanas después de entregadas las prótesis bucales, la paciente refiere buena retención y buen funcionamiento masticatorio. La prótesis facial y ocular, cubren las características estéticas y funcionales, por lo que la paciente se muestra satisfecha con el tratamiento.

Conclusiones: La prevención en la aparición de queratosis actínica, es fundamental para la prevención del carcinoma de células escamosas.

La prótesis maxilofacial mejora la calidad de vida de los pacientes afectados con lesiones en el área de cabeza y cuello.

Palabras clave:

Prótesis maxilofacial, radioterapia, carcinoma de células escamosas.

Abstract:

Introduction: Skin cancer is the most frequent malignancy in Mexico and the world. Fortunately, despite the gradual increase in incidence, mortality decreases.¹

After the treatment of these injuries, facial prostheses are an integral part of the rehabilitation of patients who suffered damage to the face, be it of pathological, traumatic or congenital origin.² The success of the treatment with facial prostheses is associated to several factors such as; the ability of the professional to reproduce the lost structures, the good adaptability of the prosthesis in terms of the association of materials and techniques used for the manufacture of bucco-maxillofacial prostheses. Facial prostheses play an important role in oral and maxillofacial rehabilitation, so the clinician must have the necessary information to plan an appropriate treatment route, as the case may be. ³

There are defects that include two or more anatomical structures that involve the intraoral and extraoral region.

Generally it is taken as a premise, to perform intraoral rehabilitation, because it is essential to return the functions of phonation, swallowing, chewing, breathing and later serve as a reference for facial rehabilitation.⁴

Method: Patient 80 years old.

Diagnosed in 2007 with squamous cell carcinoma, in 2017 it is presented in the maxillofacial prosthesis service to be attended. The treatment plan; bimaxillary partial removable prosthesis, lower lip prosthesis and right side ocular prosthesis.

Results: Two weeks after the oral prosthesis were delivered, the patient

reported good retention and good masticatory functioning. The facial and ocular prosthesis cover the aesthetic and functional characteristics, for which the patient is satisfied with the treatment.

Conclusions: The prevention of the appearance of actinic keratosis is fundamental for the prevention of squamous cell carcinoma.

The maxillofacial prosthesis improves the quality of life of patients affected with injuries in the head and neck area.

Keywords:

Maxillofacial prosthesis, radiotherapy, squamous cell carcinoma.

Carcinoma de células escamosas.

Los carcinomas de la piel suelen comportarse como tumores malignos de baja agresividad, cualidad que puede retrasar el tratamiento o conducir a medidas terapéuticas inadecuadas que ponen en riesgo el bienestar y la vida del paciente.

El cáncer de piel es la neoplasia maligna más frecuente en México y el mundo. Por fortuna, a pesar del aumento paulatino de su incidencia, la mortalidad disminuye.

No existe un registro con base poblacional, pero el RHNM puede ser un indicador. Según esa fuente, en México, en 2002, dicha enfermedad representó 13% del total de las neoplasias malignas: 14 051 casos, de los cuales 56% ocurrió en mujeres. Es el tumor maligno más frecuente en varones (17.2%) y el tercero en mujeres (10.75%) después del carcinoma cervicouterino y el mamario. El carcinoma basocelular constituye 72.5% de los cánceres de piel en mujeres y 65.1% en varones, en tanto que el carcinoma epidermoide representa 16.2% entre las mujeres y 25% entre los hombres.

De la misma fuente se desprende que la frecuencia aumenta con la edad: la población de 60 años y más concentra 72% de los casos, mientras que en el grupo de 45 a 59 años apenas se reconoce 18.7% de los enfermos.⁵

Etiología y factores de riesgo:

La evidencia señala que los carcinomas de piel resultan de la exposición a las radiaciones solares.⁶ El riesgo es mayor en la medida que aumenta la radiación solar ambiental y la frecuencia es mayor entre las personas de piel blanca. La mayoría de las lesiones ocurre en las zonas de la piel más expuestas y su frecuencia es superior entre personas que están más tiempo bajo el sol por razones ocupacionales o recreativas, así como en aquellos con antecedentes de quemaduras solares y cuando hay presencia de daño solar. De la evidencia experimental se infiere que las radiaciones UV son la causa específica por su acción sobre los dímeros de dipirimidina y las frecuentes mutaciones en los sitios con dipirimidinas.⁷

Otros factores relacionados son:

- Exposición a carcinógenos químicos (como arsénico).
- Radiaciones ionizantes.
- Virus del papiloma humano 6 y 11.
- Inmunosupresión.
- Síndrome de carcinomas basocelulares nevoides o Gorlin Goltz.
- Albinismo.
- Epidermólisis bulosa congénita).

Lesiones premalignas:

Las lesiones precursoras conocidas para el carcinoma de células escamosas incluyen la queratosis actínica y el carcinoma escamoso *in situ* (enfermedad de Bowen y eritroplasia de Queyrat).

La queratosis actínica se presenta como múltiples placas eritematosas e hiperqueratósicas pequeñas, de bordes mal definidos, más fáciles de palpar que de ver, y que pueden involucionar o persistir y progresar a lesiones invasoras.

La papulosis bowenoide y la epidermodisplasia verruciforme son lesiones malignas menos comunes.¹

Histopatología:

De los tumores malignos de la piel, 70% son carcinomas basocelulares, 20%, carcinomas epidermoides y 7.5%, melanomas; el resto está conformado por una enorme variedad de tumores, como sarcomas, carcinomas anexiales, carcinomas neuroendocrinos y linfomas.

En el carcinoma epidermoide, o de células escamosas, surge de los queratinocitos basales de la piel.

Manifestaciones clínicas:

De los carcinomas de piel, 84% surge en el área de cabeza y cuello, 7% en el tronco, 6% en la extremidad superior y 3% en la inferior. La

distribución del carcinoma escamoso es más frecuente en áreas de alta exposición solar.

De acuerdo con la base de datos de los autores, proveniente de un hospital de referencia nacional, los carcinomas epidermoides se distribuyen en el área de cabeza y cuello de la siguiente manera: 28% en piel cabelluda y frente, 23% en la nariz, 19% en mejillas, 17% en el pabellón auricular y 13% en los párpados.

Las lesiones incipientes en el carcinoma escamoso pueden manifestarse como lesiones ulceradas superficiales poco notorias y de pequeñas, además, algunas son pigmentadas y muy oscuras, por lo que pueden confundirse con melanoma.

Las anomalías avanzadas tienen mayores dimensiones y pueden comprometer estructuras óseas o cartilaginosa del macizo facial o bóveda craneal, invadir el contenido de la órbita e incluso la base del cráneo.

Las metástasis a distancia son muy raras: sólo ocurren en 4% de los carcinomas epidermoides.

Diagnóstico y evaluación de la extensión de la enfermedad.

La evaluación inicia con un cuidadoso interrogatorio. La exploración incluye la completa inspección de la piel, incluso la cabelluda. En los carcinomas de la cara y piel cabelluda los ganglios en riesgo son, en primer lugar, los parotídeos, suboccipitales,

submastoideos, submaxilares y yugulodigástricos.

Aunque el diagnóstico presuntivo se establece mediante inspección, el diagnóstico definitivo se basa en el análisis histopatológico de una biopsia.

Se practica resección con márgenes macroscópicos tridimensionales de 0.5 cm en los tumores de bordes bien definidos, o de al menos 1 cm en los tumores de márgenes imprecisos. La resección se convierte en el tratamiento definitivo si los márgenes están libres de tumor. En lesiones mayores se practica biopsia incisional, para establecer el diagnóstico definitivo y tratamiento definitivos.

La biopsia con aguja fina se usa para documentar las metástasis en ganglios regionales. Los estudios de imagen son útiles cuando la evaluación inicial sugiere invasión profunda o existen datos de invasión perineural. La tomografía por computadora (TC) es el estudio de elección, pero la resonancia magnética nuclear (IRM) es mejor para la evaluación de los tejidos blandos, sobre todo en la órbita y el sistema nervioso central.

Diagnóstico diferencial.

El diagnóstico de los carcinomas cutáneos se realiza con una enorme variedad de lesiones benignas y malignas. El queratoacantoma es un tumor benigno, común entre personas ancianas, que suele manifestarse como una lesión aislada elevada de 1 a 2 cm, de rápido crecimiento y que tiende a formar un cráter que ocupa un cuerno característico. La anomalía

puede involucrar de manera espontánea. El tratamiento convencional es la resección total.

Además, es importante reconocer algunos trastornos relacionados con las neoplasias malignas que tienen trascendencia terapéutica y pronóstica. Los carcinomas epidermoides en áreas no expuestas suelen deberse a arsenicismo y relacionarse con cáncer visceral. La queratosis arsenical se presenta como excrecencias múltiples y duras en palmas y plantas de los pies, mientras que la piel contigua suele tener pigmentación difusa.

Otra lesión que debe ser considerada en el diagnóstico diferencial es el carcinoma de células de Merkel, un tumor subepidérmico de rápido crecimiento con significativa capacidad metastásica y sensible a la quimio y radioterapia. También se debe considerar una amplia variedad de carcinomas de los anexos cutáneos que suelen tener un comportamiento agresivo.

Factores del pronóstico

Las características clínicas que pronostican recaída y muerte en casos de carcinoma epidermoide son: tamaño creciente, en especial si el tumor es mayor de 4 cm, localización en el cuero cabelludo e invasión de estructuras profundas, como hueso y cartílago. La conjunción de estos factores se relaciona con una letalidad de 50%. Otros factores implicados son presencia de metástasis ganglionares, pobre diferenciación, diseminación perineural y antecedentes de tratamiento con persistencia o recaída.⁸

Tratamiento:

En el tratamiento de las lesiones premalignas y en algunos casos seleccionados de carcinomas basocelulares superficiales y eritematosos se indica quimioterapia con 5-fluoruracilo tópico al 1 o al 5% dos veces al día durante 4 semanas. Debe notarse una reacción inflamatoria. Imiquimod es una opción en las queratosis actínicas y los carcinomas basocelulares superficiales.

Los tumores tempranos suelen tratarse con alguna modalidad ablativa, que puede ser una intervención quirúrgica, radioterapia, curetaje y electro desecación o crioterapia. Los tumores localmente avanzados y metastásicos suelen requerir tratamiento combinado.

En el diseño del esquema quirúrgico deben considerarse los siguientes factores:

- a) Ubicación anatómica de la lesión.
- b) Evaluación microscópica de la pieza.
- c) Grado de invasión de la lesión.
- d) Estado físico del paciente.
- e) Si la lesión es primaria o recurrente.

Seguimiento:

Las recaídas ocurren con más frecuencia durante los 2 primeros años, por lo que se recomienda una evaluación trimestral o cuatrimestral; después de ese periodo, las consultas se pueden espaciar más. En cada revisión se debe hacer una inspección cuidadosa de la piel en riesgo y las zonas linfoportadoras. Además, se debe instruir a los pacientes para la

autoexploración de las zonas accesibles y la exploración asistida de las zonas ocultas.

Pronóstico:

El pronóstico es excelente en la mayoría de los pacientes con carcinomas epidermoides; sin embargo, es pobre en caso de enfermedad metastásica. La supervivencia a 10 años en pacientes con compromiso ganglionar regional es menor de 20% y menor de 10% en pacientes con metástasis a distancia.

Si hay metástasis, los ganglios regionales sufren compromiso en 85% de los casos, mientras que en el resto se comprometen sitios como pulmones e hígado.

Prevención:

Existe evidencia de que el uso regular de protectores solares es útil para prevenir la queratosis actínica y los carcinomas escamosos.¹

Marco teórico:

Las prótesis faciales constituyen parte integrante de la rehabilitación de pacientes que sufrieron daños en la cara, sea de origen patológico, traumático o congénito.

Aunque el éxito del tratamiento con prótesis faciales está asociado con la capacidad del profesional en reproducir las estructuras perdidas, no se puede descuidar la buena adaptabilidad de la prótesis en cuanto a la asociación de materiales y técnicas empleadas para la confección de prótesis buco-maxilofaciales.⁹

El paciente mutilado, sea por accidente o por patologías, se torna psicológicamente traumatizado y muchas veces renegado de la convivencia social. La sensación de abandono aumenta a medida que su deformidad es más evidente.

La reparación quirúrgica-plástica de las deformidades faciales ha producido resultados satisfactorios en la mayoría de los casos, siempre y cuando las condiciones locales y generales sean favorables a tal procedimiento. La cirugía plástica es el método de elección cuando las circunstancias son favorables, y la que deberá merecer la primera consideración, pues, obviamente, la reparación autoplástica (realizada con tejido vivo) es mucho más deseable que cualquier sustituto aloplástico.¹⁰

Según *Resende* y colaboradores, hay numerosas condiciones y circunstancias que pueden contraindicar el tratamiento quirúrgico-plástico, principalmente en lo referente a la dificultad de integración de los injertos y trasplantes¹¹, como son: (a) el estado general y edad del paciente; (b) la extensión de la pérdida; (c) Las condiciones locales del tejido, en cuanto al aspecto de una posible recidiva del tumor maligno que causó la deformidad facial; (d) las condiciones vasculares precarias circundantes a la lesión, debido al tratamiento radioterápico previo, en el caso de tumores malignos; (e) las limitaciones económicas del paciente; (f) la oposición del paciente a someterse a diversas intervenciones quirúrgicas-plásticas de retoque.

En esos casos, la reparación facial protética no es apenas un método de elección, sino el único válido para devolver al paciente su auto estima, bien como restituirlo al ámbito familiar

y a la sociedad. Se puede decir que las prótesis faciales o epítesis tienen por objetivo la restauración de la apariencia (estética o cosmética), restauración de la función, protección de los tejidos expuestos y terapia psicológica.

En cuanto a la oportunidad del empleo de las prótesis faciales, se presentan 2 indicaciones distintas:

- Como prótesis temporal, utilizada durante el período de observación clínica; se destina a mejorar, aunque precariamente, los aspectos estéticos y funcionales.
- Como prótesis reparadora, instituida en correspondencia, siendo contraindicación formal de la cirugía plástica.

Las prótesis faciales desempeñan un papel importante dentro de las rehabilitaciones buco-maxilofaciales, por lo cual el clínico debe disponer de la información necesaria para planificar una ruta de tratamiento adecuada según sea el caso.

Caso clínico:

Paciente de 80 años de edad, reside en la ciudad de México, ama de casa, analfabeta. Antecedentes personales no patológicos: etilismo y tabaquismo, negados.

Antecedentes heredofamiliares: su padecimiento inicio en el año 2007, con una lesión en el borde del bermellón de labio inferior. Acude al Instituto Nacional de Cancerología. El diagnóstico, carcinoma maligno de labio (carcinoma de células escamosas). Fue tratada con radioterapia.

Posteriormente, la paciente regresa al instituto, para ser rehabilitada

protésicamente en el servicio de prótesis maxilofacial (figura 1).

Descripción del defecto:

En maxilar superior, ausencia de órganos dentales, excepto dientes: 15,16 y 17.

En maxilar inferior, solo cuenta con órganos dentales: 34, 35, 36 y 37.

Defecto combinado intraoral y extraoral del labio inferior generado por necrosis a consecuencia del tratamiento de radioterapia a la que fue sometida.

Globo ocular derecho presenta estrabismo (endotropía).

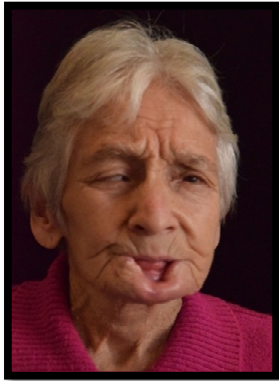


Figura 1.

Tratamiento protésico:

La secuencia del procedimiento fue el siguiente:

- Fabricación de prótesis parcial removible bimaxilar.
- Fabricación de prótesis facial.
- El sistema de fijación que fue seleccionado para la fijación de la prótesis facial fue por medio de imanes, los cuales fueron colocados en el flanco vestibular de la prótesis parcial removible inferior.
- Finalmente se fabrica prótesis ocular de lado derecho, la caracterización fue realizada

por medio de la técnica UNAM.¹²

Procedimiento protésico:

Se realiza toma de impresiones anatómicas con hidrocolide irreversible en ambos maxilares. Obteniendo así los modelos de estudio, se requirió el uso del paralelómetro¹³ (figura 2), para marcaje de ecuadores protésicos, determinar las vías de inserción, y áreas donde se colocaran los descansos oclusales. Una vez obtenidos estos datos, determinamos el diseño de las estructuras metálicas.

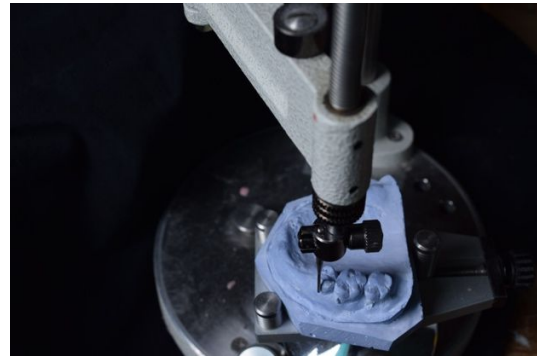


Figura 2.

El diseño final de la estructura fue marcado en el modelo de estudio, de esta manera tenemos una guía, la cual seguiremos durante la fabricación de la estructura metálica.¹⁴

En color rojo marcaremos zonas donde será necesario realizar desgastes en los órganos dentarios del paciente, en azul delimitamos el diseño de la estructura metálica, finalmente en color café la zona que abarcara el acrílico rosa. Figura 3.

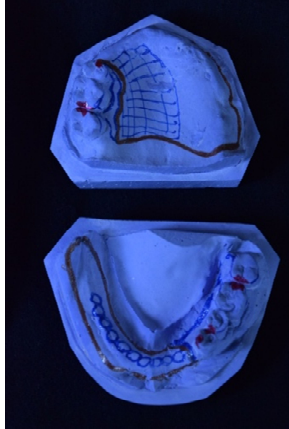


Figura 3.

Fabricamos cucharillas individuales, con acrílico autopolimerizable color rosa, con ellas haremos la toma de impresiones fisiológicas.

Ya en consulta, siguiendo el modelo de estudio, nos avocamos en preparar los nichos en los dientes donde se posaran los descansos oclusales. A continuación probamos las cucharillas individuales con el fin de detectar zonas y aliviar áreas que puedan lastimar las mucosas del paciente. El siguiente paso consiste en rectificación de bordes con modelina en barra, con las finalidades de impresionar el fondo de saco y delinear la inserción muscular en el área desdentada.



Figura 4.

El material utilizado para la impresión fisiológica fue hule de polisulfuro (figura 4), siguiendo las indicaciones del fabricante, obteniendo así el modelo de trabajo con yeso tipo IV.

Proseguimos duplicando el modelo de trabajo, con un hidrocolide reversible, una vez obtenido el negativo, corremos la impresión con revestimiento de expansión controlada. En dicho modelo se hará el encerado de la futura estructura metálica, siguiendo el diseño que se decidió previamente. (Figura 5).



Figura 5.

Siguiendo los protocolos de revestido, desencerado y vaciado del metal, por medio de la técnica de cera perdida, finalmente obtenemos nuestra estructura de metal.

El metal utilizado en la fabricación de ambas prótesis parciales removibles fue una aleación de cobalto-cromo, siendo la más utilizada por sus óptimas propiedades mecánicas, su biocompatibilidad oral y costo.¹⁵

Una vez ajustado, bruñido y pulido al alto brillo la estructura, nos avocamos a la colocación del rodillo de cera, para poder determinar la relación céntrica directamente en la paciente, y así poder transferir al articulador los

modelos para el posterior enfilado de los dientes de acrílico en el área desdentada (figura 6-6.1).

Como paso final se realiza la prueba en cera del enfilado de dientes, realizando pruebas de fonación y verificando que la relación interoclusal sea la adecuada.



Figura 6.



Figura 6.1.

Se acrilizan ambas prótesis con acrílico termopolimerizable.

Posteriormente para elegir la técnica de retención mas adecuada en la elaboración de las prótesis facial, se realiza un examen minucioso del área del defecto, las condiciones de los tejidos, las zonas de soporte, y la disposición ósea.¹⁶

Fue Jean Nadeau, el primero en describir el uso de prótesis intraorales y extraorales conectadas por imanes.¹⁷⁻¹⁸

Y fue que en este caso decidimos que en la prótesis parcial removible inferior específicamente en el flanco vestibular se colocaran como medio de fijación

imanes a base de neodimio, que presentan una fuerza aproximada de 35 a 40 N. Las condiciones fueron idóneas para permitir la correcta fijación de la prótesis facial.

Para permitir la fijación entre la prótesis facial y la prótesis intraoral, fue necesario fabricar una plataforma de acrílico, a la que se le incrustaron los imanes, dicha estructura ira dentro del silicón de la prótesis facial. (Figura 7).



Figura 7.

Impresión y confección de los modelos faciales

La impresión facial constituye una etapa importante e indispensable para la realización de prótesis faciales. Mediante esta es posible obtener un modelo facial, el cual permitirá al clínico obtener datos tridimensionales de la estructura perdida, así como analizar los patrones de simetría, realizar el estudio y un adecuado planeamiento de la prótesis. Por lo tanto, la impresión debe reproducir un modelo de dimensiones fidedignas para la adaptación de la prótesis como también servir de referencia para la impresión del órgano perdido.

Los principales materiales utilizados para las impresiones faciales están entre los de uso común odontológico, como cera de baja fusión, yeso paris, hidrocoloides reversibles, hidrocoloides irreversibles, y elastómeros polimerizables.

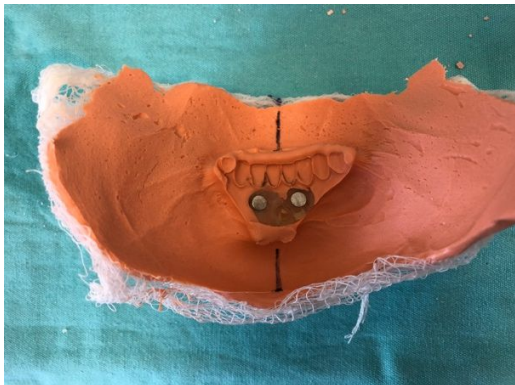


Figura-8.

Factores como la presencia de sistemas de retención y una actividad muscular más intensa exigen la elección de un material apropiado, que resulta un paso fundamental para el éxito de la prótesis. Consideramos que los silicones son materiales que proporcionan un mayor confort para el paciente, además de poseer una mejor definición superficial.

Ciertamente, el material más utilizado para las impresiones faciales totales son los hidrocoloides irreversibles (figura 8). *Resende* presenta una técnica de impresión facial con hidrocoloide irreversible, aplicando una fina camada de material en la cara, y creando, después de la gelificación del mismo, retenciones con pernos metálicos para reforzar la impresión con yeso. Es decir, se realiza la impresión sin el uso de una cubeta, que se prepara directamente encima de la impresión. Consideramos que para el caso de impresiones faciales totales, se debe incorporar la técnica de impresión con yeso e hidrocoloide irreversible, donde la primera impresión (yeso) sirve como cubeta para posteriormente realizar la impresión con hidrocoloide, que presenta una mayor capacidad de reproducción de detalles faciales.

Ya que obtenemos el modelo, realizamos la ceroplastia del labio inferior con cera rosa toda estación (figura-9). Una vez terminado el bosquejo del encerado, se realiza prueba del ajuste directamente en el paciente, asegurando el ajuste de la prótesis, continuamos dándole los últimos detalles volumen textura y forma de la futura prótesis facial. Figura-10.¹⁰



Figura-9.



Figura-10.

Cuando la ceroplastia esta terminada, esta es enmuflada con su modelo de trabajo.

Después de realizar el desencerado obtenemos el molde donde será empacado el silicón grado medico.

Caracterización intrínseca:

En este paso frente al paciente se le dará la tonalidad al silicón mas cercana al tono base del paciente.

Dicha caracterización se dio con los pigmentos de la marca factor two.

Una vez que obtenemos el tono base del área a rehabilitar, nos avocamos al empacado del silicón ya pigmentado dentro de la mufla. El prensado de la mufla fue realizado con prensa hidráulica, la presión aplicada fue 4000 libras. Figura-11.

El silicón con el que se fabrico la prótesis es grado medico, el tiempo de polimerizado de este material es de 24 horas.



Figura 11.

Una vez pasado este periodo, se sutura la prótesis facial evitando el desgarrar los bordes, ya que estos fueron diseñados con muy poco grosor con la finalidad que estas áreas sean imperceptibles una vez colocada en el paciente. Figura-10.



Figura-12.

Caracterización extrínseca:

Es en este punto donde le daremos las tonalidades a detalle de la prótesis ya colocada en el paciente (figura-13), una vez obtenida la tonalidad deseada, la caracterización será

cubierta con silicón liquido, y posteriormente se aplicara un matizante.



Figura-13.

Fabricación de prótesis ocular:

Debido a que la paciente presenta en el globo ocular de lado derecho un problema de estrabismo, por cuestiones estéticas le sugerimos el uso de una prótesis ocular.



Figura-14.

Debido a la presencia del globo ocular, la fabricación de la prótesis ocular tuvo un grosor de 2mm.

La técnica con la que se realizo la caracterización fue por medio de la técnica UNAM.¹²

Es de suma importancia que la toma de color siempre debe ser frente a paciente (figura-14).

Resultados:

Dos semanas después de entregadas las prótesis bucales, la paciente refiere buena retención y buen funcionamiento masticatorio. La prótesis facial y ocular, cubren las características estéticas y funcionales, por lo que la paciente se muestra satisfecha con el tratamiento. (Figura 15).

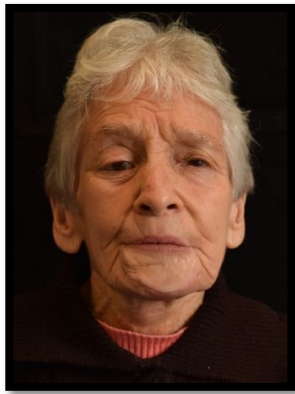


Figura 15.

Objetivo:

Brindar a los pacientes una mejor calidad de vida. Conjuntando las bondades de la funcionalidad por parte de las prótesis intra orales y la parte estética por parte de la prótesis facial y ocular.

Discusión:

En general varios autores coinciden en que la rehabilitación protésica es la opción de tratamiento mas viable cuando los defectos de los pacientes no pueden ser atendidos por cirugía reconstructiva.

Los defectos combinados ocasionan que el paciente no tenga un un sellado adecuado y el tono de voz se vea afectado.

Conclusiones:

La prevención es importante en la detección y cuidado de la queratosis actínica, es por ello que nosotros como promotores de la salud, es parte de nuestra labor hacer hincapié y fomentar el uso de protectores solares.

La prótesis maxilofacial dentro del ámbito hospitalario juega un papel importante dentro del eslabón de cuidados y mejoramiento de calidad de vida de los pacientes afectados por alguna lesión en el área de cabeza y cuello.

Referencias Bibliográficas:

1. Herrera GA., Granados GM. Manual de Oncología: Procedimientos médico quirúrgicos. Edit. Mc Graw Hill. 5ª Edic. 2013; 898-906.
2. Beumer J, Curtis T, Marunick M. Maxillofacial rehabilitation: prosthodontic and surgical considerations. St Louis: Ishiyaku EuroAmerica, Inc.; 1996. P. 240-285.
3. Técnicas de confección de prótesis faciales., Marcelo Coelho Goiato, Eduardo Vedovatto, José Vitor Quinelli Mazaro, Revista Cubana de Estomatología. 2009; 46 (1).
4. Nusinov NS., Mc Carney JW., Mitchel DL. The orbita Shell: An aid in positioning the ocular component and verifying margin contours for oculofacial prosthesis. J Prosthet Dent. 1989; 61: 337-9.
5. Dirección General de Epidemiología. Registro Histopatológico de las Neoplasias de México. Compendio. Mortalidad y Morbilidad 2002. México.
6. Gloster HM, Jr, Brodland DG. The epidemiology of skin cancer. Dermatol Surg 1996; 22(3):217-226.
7. Armstrong BK, Cricket A. The epidemiology of UV induced skin cancer. J Photochem Photobiol B 2001;63(1-3):8-18.
8. Linjawi A, Jamison WB, Meterissian S. Merkel cell carcinoma: important aspects of diagnosis and management. Am Surg 2001;67(10):943-947.
9. Bulbulian AH. Facial prosthesis. Illinois: Thomas Brooks; 1976.
10. Coelho Marcelo, Vedovatto Eduardo, Quinelli Mazaro José Victor, Técnicas de confección de prótesis faciales, Revista Cubana de Estomatología. 2009;46(1):2.
11. Resende JRV, Oliveira JAP, Dias RB. Prótesis Buco-maxilofacial: conceitos básicos e prótesis de laboratorio. Sao Paulo: Sarvier; 1986.
12. Jankielewics Isabel et al. Prótesis buco-maxilofacial. Barcelona: Quintessence. 2003:46-69.
13. Bernal Arciniega Rubén. Prótesis Parcial Removible. México: Trillas. 2003.
14. C.D. Lynch, P. F. Allen. Estudio en el diseño de la prótesis parcial removible de cromo-cobalto en Irlanda. Revista Internacional de prótesis estomatológica. 2004:41-43.
15. Mosquera-Palomino J, Pineda-Higuera SE, Vélez- Gómez CI, Restrepo-Holguín S. Caracterización de defectos de superficie en estructuras coladas para prótesis dentales en aleación de cobalto cromo. Rev Nac Odontol. 2017;13(24):55-63.
16. Garduño Guevara Alejandra, Jimenez Castillo René, Gonzalez Cardin Vicente. Alternativas en la fijación, retención y estabilidad de las prótesis bucales y craneofaciales. Revista Odontológica Mexicana. México: 2009;2-4.
17. Santacruz Benítez Geyli Anayanci, Díaz Aguirre Celia Minerva. Prótesis combinada con retención magnética: presentación de un caso clínico. Gaceta Mexicana de Oncología. Elsevier: 2016;2.
18. Hatami M, Badrian H, Samanipoor S. Magnet – retained facial prosthesis combined whit maxillary obturator. Case Rep Dent. 2013;2013:40641.