

Informe corto

Instituto Superior de Medicina Militar "Dr. Luis Díaz Soto"

Necesidad de prótesis bucomaxilofacial en pacientes atendidos en la consulta de somatoprótesis

Dr. Sandorf Montero Contis¹ y Dra. Ingrid Mesa Pérez¹

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo en 122 individuos que asistieron a la Consulta de Somatoprótesis del Instituto Superior de Medicina Militar "Dr. Luis Díaz Soto" a fin de identificar las necesidades de prótesis bucomaxilofaciales y caracterizarlas según el tipo de defecto, edad, sexo y causa; para de este modo poder desarrollar un programa de promoción y prevención, así como establecer los recursos materiales y humanos necesarios. La información se recopiló desde enero a diciembre de 2003 mediante las historias clínicas; los datos se procesaron y se halló que el área del macizo craneofacial que con más frecuencia se vio afectada fue la ocular, así como que predominaron los traumatismos como causa de dichos defectos. Además, resultó que el mayor porcentaje de los necesitados se incluyen dentro del grupo de 35-59 años de edad y corresponden al sexo masculino.

Palabras clave: Necesidad, prótesis bucomaxilofacial, edad, sexo.

La función de la estética en el sector de la salud en general, y específicamente en el estomatológico, es fundamental. Tanto la forma del tratamiento como la atención personalizada que se le ofrezca al paciente son elementos de vital importancia para lograr el bienestar biopsicosocial de los individuos que tratamos.¹ La prótesis bucomaxilofacial se define como la sustitución aloplástica de los tejidos perdidos en la región de los maxilares y de la cara con el propósito de restaurar la anatomía lo más exactamente posible. Pueden restablecerse igualmente las funciones perdidas, aunque en algunos casos resultan limitadas.²

Las causas de la pérdida de estos tejidos pueden ser, fundamentalmente, tratamientos quirúrgicos de neoplasias malignas, malformaciones congénitas y traumatismos, entre otros. Las prótesis bucomaxilofaciales pueden ser: oculares, orbitales, nasales, auriculares, de defectos maxilares o mandibulares, craneales y complejas.³ En la mayoría de los casos se retiene en el lugar por uno de los siguientes métodos: la intermediación de anteojos; otras veces, la aplicación de un adhesivo de calidad médica a la parte posterior de la prótesis y a la piel. Un método más seguro para retener una prótesis facial lo ha establecido el uso de implantes. La ósteo-integración refuerza la retención de una prótesis grandemente y permite lograr muy buenos resultados.⁴

Entre los primeros materiales utilizados se encontraba el celuloide o goma vulcanizada, con los inconvenientes de la dificultad en su preparación, su aspecto poco convincente y la fácil combustibilidad. Más tarde se observaron progresos al emplearse compuestos a base de gelatina y glicerina pero estos materiales se deterioraban fácilmente y se

derretían a temperatura ambiental elevada. Durante la Segunda Guerra Mundial aparecieron en el mercado sustancias como el látex líquido prevulcanizado, las resinas polivinílicas (PVC) y particularmente el acrílico, que brindaban la posibilidad de realizar prótesis bucomaxilofaciales para sustituir la pérdida de grandes sustancias de la cara, con las cuales se lograban resultados satisfactorios, tanto en el orden estético como en el funcional.⁵ Más tarde aparecieron los acrílicos resilentes y posteriormente los mercaptanos y siliconas.

El desarrollo científico-técnico acelerado de las especialidades quirúrgicas y su actividad en todo el territorio nacional, posibilita la satisfacción de las necesidades de rehabilitación de los pacientes, en quienes con frecuencia aparecen secuelas que afectan su calidad de vida, lo que compromete su interrelación efectiva con el medio ambiente.⁶ Aspectos estos que han llevado a la realización de una investigación para conocer las necesidades de prótesis bucomaxilofacial y de este modo poder desarrollar un programa de promoción y prevención, así como establecer los recursos materiales y humanos necesarios para enfrentarlo.

MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal que comprendía como universo a todos los individuos con pérdida de tejido en el macizo craneofacial que asistieron a la Consulta de Somatoprótesis del Instituto Superior de Medicina Militar "Dr. Luis Díaz Soto". Los datos se recopilaron durante el año 2003, mediante la historia clínica.

Las variables analizadas fueron: edad (0-4, 5-11, 12-14, 15-18, 19-34, 35-59 y 60 o más años), sexo, tipo de defecto (oculares, orbitales, nasales, auriculares, de defectos maxilares o mandibulares, craneales y complejos) y el agente causal (tratamientos quirúrgicos de neoplasias malignas, malformaciones congénitas, traumatismos y otras que comprendió glaucoma, retinopatías, infecciones, etc.)

El procesamiento de la información se realizó de forma automatizada, utilizando el porcentaje como medida resumen.

RESULTADOS

De los 124 pacientes atendidos con necesidad de prótesis bucomaxilofacial, 94 (75,8 %) presentaron afectación ocular, 17 (13,7 %) orbital, en 5 (4,0 %) se vieron involucradas 2 ó más regiones, en 4 (3,2 %) el área mandibular, en 2 (1,6 %) la craneal e igual resultado en la maxilar. Ninguno de ellos presentó afectación auricular ni nasal.

El mayor número de individuos que se vieron necesitados de este tipo de prótesis teniendo en cuenta el agente causal del defecto correspondió a los que presentaron traumatismos. Del total de examinados, en 86 (6,5 %) fue de origen traumático, en 14 (11,1 %) por otras causas (glaucoma, retinopatías, infecciones), en 8 (6,5 %) a partir de intervenciones quirúrgicas por afecciones oncológicas y en 6 (4,8 %) fue congénito.

Además se estableció el número de pacientes afectados de acuerdo con el grupo de edad. De ellos, 65 (52,4 %) quedaron incluidos en el grupo de 35-59 años, 28 (22,6 %) en el de 19-34 años, 20 (16,1 %) en el de 60 ó más años, 9 (7,3 %) en el de 15-18 años y

2 (1,6 %) en el de 5-11 años. No se encontraron pacientes en el grupo de edad de 0-4 y 12-14 años.

Con respecto a los individuos que precisaron atención teniendo en cuenta el sexo a que pertenecen, se observó que 77 (69,1 %) correspondieron al sexo masculino y 47 (37,9 %) al femenino.

DISCUSIÓN

La región ocular fue la de mayor afectación, la cual mostró la susceptibilidad del ojo. El globo ocular se halla bajo la protección de un perímetro óseo formado por los huesos de la cara y del cráneo. No obstante, objetos de menor tamaño pueden vencer la resistencia de los huesos de la órbita; contusiones y heridas lacerantes son de los perjuicios más graves que puede recibir esta zona.⁷ Una injuria en el ojo es una de las principales causas de pérdida del órgano visual en el mundo. En los Estados Unidos de Norteamérica se producen más de 2,5 millones de traumatismos oculares al año, lo que deja miles de personas visualmente incapacitadas.⁸ El traumatismo ocular es la causa fundamental de ceguera unilateral no congénita.⁹ La bilateralidad de las lesiones y la alta incidencia de cuerpos extraños intraoculares continúan siendo el mayor problema oftalmológico en la guerra a pesar de los intentos de utilización de medios de protección elaborados para este fin. En la acción combativa "Tormenta del Desierto" fue necesaria la enucleación de 35 ojos, por fragmentos de proyectiles en su mayoría.¹⁰

En la mayoría de los pacientes, el origen de su condición obedece a traumatismos padecidos. El cráneo y el macizo facial son las áreas más expuestas a traumas. La falta de tejidos blandos de protección, permite que el impacto con cualquier superficie dura dé como resultado la lesión de esta área. Los accidentes automovilísticos, la violencia callejera, los incidentes laborales, domésticos y deportivos, forman en su conjunto sus pilares etiológicos.¹¹ Así como las acciones combativas donde una gran cantidad de lesionados severos perece en corto plazo en el campo de batalla debido al gran poder de fuego desarrollado actualmente en los combates, pero las medidas de reanimación tempranas también han logrado elevar la cifra de supervivientes.

El grupo de edad con mayor número de pacientes fue el de 35-59 años. Es un grupo de edad muy activo en diferentes esferas como la social, la laboral y en la defensa del país. Además enmarca una cifra importante de individuos que en décadas anteriores participaron en acciones combativas en diferentes regiones del mundo cumpliendo el principio del internacionalismo y la solidaridad practicada por nuestro país.

Acerca de la presencia de necesidad de prótesis bucomaxilofacial según el sexo de los individuos se observa como predominio del sexo masculino sobre el femenino. Esto se explica si admitimos que son los hombres los principales protagonistas de accidentes de tránsito, riñas, práctica de deportes violentos, contiendas bélicas, etc.¹² Por lo general, el hombre desarrolla actividades más peligrosas que la mujer de la misma edad y por tanto está más expuesto a sufrir lesiones de esta índole. Se sabe que en el mundo más del 80 % de los traumatismos son sufridos por los hombres, con frecuente ocurrencia en el ambiente laboral.

Se puede concluir que el grupo de edad con mayor frecuencia de afectación corresponde al de 35-59 años. También que la mayoría de los individuos con estas necesidades

pertenecen al sexo masculino. Además, fueron los traumatismos el agente causal más común en los individuos que hoy precisan atención en este departamento y que la zona del macizo cráneo-facial que con más frecuencia se encontró comprometida fue la ocular.

SUMMARY

Requirement of buccomaxillofacial prosthesis in patients seen at the somatoprosthesis service

A descriptive study of 122 subjects, who attended the Somatoprosthesis consultation service at "Dr Luis Díaz Soto" Higher Institute of Military Medicine, to identify buccomaxillofacial prostheses and characterized by defect type, age, sex and cause, in order to develop a prevention and promotion program and to grant the required material and human resources. Information was gathered from January to December, 2003 from the medical histories; then data was processed and it was found that the craniofacial area most frequently affected was the ocular part as well as traumas caused by these defects predominated. Besides, it resulted that the higher percentage of those who needed the prostheses is included in 35-59y old male group.

Key words: Necessity, buccomaxillofacial prosthesis, age, sex.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Otero Baxter Y, Seguí Ulloa A. Las afecciones estéticas: un problema para prevenir. Rev Cubana de Estomatol. 2001;39(2):83-9.
2. Rahn AO, Boucher LJ. Prótesis maxilofaciales. Principios y conceptos. Barcelona: Ed. Toray SA; 1973. p. 7-8.
3. Álvarez Rivero A. Conceptos y principios generales en prótesis maxilofaciales. La Habana; 1993.
4. Russo C. Nueva especialidad odontológica en el CFFAA. Rev Salud Militar. 2002 Septiembre;24(1):8-9.
5. Armin R, Shewenzer W. Tratamientos de los defectos faciales post-quirúrgicos por medio de prótesis maxilofacial. Chicago: Ed. An Dent Assoc; 1978. p. 20-1.
6. Álvarez Rivero A, Novoa Castro A. Una inquietud milenaria. Rev Avances Médicos en Cuba. 1999;8 (21):12.
7. Nano H. Traumatismo ocular. Monografía en Internet. Buenos Aires. Citado 13 de abril de 2003. Disponible en http://www.clinano.com.ar/publicaciones/atprim_7.htm
8. López Astaburruaga JM. Trauma ocular. Monografía en Internet. Medellín. Citado 18 de abril de 2003. Disponible en: <http://www.escuela.med.puc.cl/paginas/Cursos/quinto/Especialidades/Oftalmología/Trauma Ocular.html>
9. Labrada Rodríguez Y, Flores Pérez D, Gonzáles Hess H. Traumatología ocular en niños. Rev Cubana Oftalmol. 2003;16(2).
10. Martínez Rivalta G. El herido ocular en la contienda bélica. Rev Cubana Med Milit. 1998;27(2):124-32.
11. Vanelli A, Ciechowski J. Nuestra conducta frente a las fracturas órbito-cigomáticas. Monografía en Internet. Santiago de Chile. Citado 20 de enero de 2003. Disponible en <http://www.secom.org/articulos.html>

12. Piédrola Gil G. Medicina preventiva y salud pública. 9na ed. Barcelona: Ed. Científico Técnica, SS; 1994. p. 34-5.

Recibido: 12 de abril de 2006. Aprobado: 15 de mayo de 2006.

Dr. *Sandorf Montero Contis*. Instituto Superior de Medicina Militar "Dr. Luis Díaz Soto". Avenida Monumental, Habana del Este, CP 11 700, Ciudad de La Habana, Cuba.

¹ **Especialista de I Grado en Prótesis Estomatológica.**