



Pacientes con defectos maxilares en el servicio de prótesis bucomaxilofacial

Patients with maxillary defects in the oral and maxillofacial prosthesis service

Sandra Marayde Rojas González, ¹
Samantha Migdalia Rojas González ²

¹ Estomatóloga. Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral y en Prótesis Estomatológica. Instructora. Facultad de Estomatología Raúl González Sánchez. Habana. Cuba.
marayda@infomed.sld.cu

² Estomatóloga. Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral. Facultad de Estomatología Raúl González Sánchez. Habana. Cuba.
samantha@infomed.sld.cu

Recibido: 10 de enero de 2018

Aprobado: 14 de febrero de 2018

RESUMEN

Introducción: la prótesis bucomaxilofacial obturatriz inmediata evita el deterioro físico y psicológico del paciente maxilectomizado. Su instalación debe ser en el mismo instante de la remoción quirúrgica, para lo cual el protesista debe dominar el plan de tratamiento formulado por el equipo.

Objetivo: describir las características de los pacientes con defectos maxilares en el servicio de prótesis bucomaxilofacial.

Método: se realizó un estudio observacional descriptivo transversal en el período comprendido entre septiembre del 2015 a enero del 2017. 29 pacientes con defectos maxilares acudieron al Servicio de Prótesis Bucomaxilofacial de la Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez". Se estudiaron las variables: sexo, edad, origen, localización, complejidad del defecto, valoración protésica previa, tipo de maxilectomía, tipo de comunicación bucal y cierre de la misma.

Resultados: predominó el sexo femenino, entre 60 y más años, con elevada etiología adquirida principalmente patológica, los defectos en su mayoría parciales y simples, sin valoración protésica previa a la resección y por ende sin cierre de la comunicación bucal en el acto quirúrgico. A los pacientes valorados previamente a la intervención se les instaló la prótesis obturatriz inmediata, con resultados satisfactorios en relación con la retención, soporte, estabilidad y limitadas secuelas extrabucales e intrabucales.

Conclusiones: el estudio mostró que la colocación de una aparatología protética obturatriz inmediata en el acto quirúrgico es un elemento primordial para prevenir problemas futuros y facilitar la reincorporación del paciente maxilectomizado al medio familiar y social.

DeCS: PRÓTESIS MAXILOFACIAL;
CIRUGÍA BUCAL; REHABILITACIÓN
BUCAL.

ABSTRACT

Introduction: the immediate obturator oral-maxillofacial prosthesis prevents the physical and psychological deterioration of the maxillectomized patient. Its installation must be at the same time as the surgical removal, for which the prosthetist must master the treatment plan formulated by the team.

Objective: to describe the characteristics of patients with maxillary defects in the oral maxillofacial prosthesis service.

Method: a cross-sectional, descriptive, observational study was carried out in the period from September 2015 to January 2017. 29 patients with maxillary defects attended the Oral-maxillofacial Prosthesis Service of Raúl González Sánchez School of Dentistry, Havana 2015-2017. The variables included were: sex, age, origin, location, complexity of the defect, previous prosthetic assessment, type of maxillectomy, and type of oral communication and closure of it.

Results: female sex predominated, ages between 60 and older, with high acquired etiology mainly pathological, the defects were mostly partial and simple, without prosthetic assessment prior to resection and therefore without closure of the oral communication in the surgical act. The

patients who were evaluated prior to the intervention were fitted with the immediate obturator prosthesis, with satisfactory results in relation to retention, support, stability and limited extra-dental and intra-oral sequelae.

Conclusions: the study showed that the placement of an immediate obturator prosthetic device in the surgical act is a primordial element to prevent future problems and facilitate the reincorporation of the maxillectomized patient into the family and social environment.

DeCS: MAXILLOFACIAL PROSTHESIS;
ORAL SURGERY; MOUTH
REHABILITATION.

INTRODUCCIÓN

La imagen que un ser humano presenta a sus semejantes constituye una de las preocupaciones prioritarias que más ha repercutido sobre el desarrollo de las diferentes civilizaciones a lo largo de toda la historia. ⁽¹⁾

Cualquier paciente con alguna deformidad bucomaxilofacial sufre severos conflictos de identidad y socialización; muchos casos se tornan psicológicamente traumatizados y se aíslan de los grupos sociales, pues la apariencia está directamente relacionada con la estabilidad emocional, ⁽²⁾ por lo que la rehabilitación es fundamental.

La prótesis bucomaxilofacial es el arte y la ciencia de restaurar una parte malformada o ausente de la boca, los maxilares o el rostro, ^(2,3) debido a defectos congénitos, traumatismos o extirpación de tumores, ⁽⁴⁾ mediante el uso de sustitutos artificiales, que pueden o no ser removibles. ⁽²⁻⁴⁾

El cáncer oral es la causa más frecuente de dicha pérdida y representa el 14.1 % de los tumores malignos localizados en cabeza y cuello. De hecho, la mayoría de los tumores ubicados en los senos paranasales, el epitelio palatino o las glándulas salivales menores, exige una maxilectomía parcial o total. ⁽⁵⁾

El cáncer bucal es una neoplasia maligna que afecta al ser humano y se ha convertido en un problema grave de salud a escala mundial, debido al aumento de su incidencia en los últimos años y a una alta tasa de mortalidad. ⁽⁶⁾

Entre las causas que originan defectos maxilares se encuentra la resección de tumores por causas oncológicas, pero pueden deberse a traumatismos y a defectos congénitos. ⁽³⁾

La maxilectomía es una de las intervenciones quirúrgicas indicadas para el tratamiento de las neoplasias de la región facial. Esta técnica comprende la resección del maxilar y de algunas estructuras anatómicas adyacentes a este, agrupadas bajo la denominación de macizo facial. ⁽⁷⁾ Ésta provoca una comunicación entre cavidades, dando como resultado la alteración de funciones básicas como la masticación, la deglución y la fonación, y afectando la apariencia estética de los pacientes. ⁽⁵⁾

Cuando se altera la integridad y función del paladar, la fonación y deglución se afectan, y por ende debe considerarse su rehabilitación. La pérdida de habilidad para hablar, comer y controlar los líquidos orales, además de los defectos estéticos en la forma de la cara, son los factores más importantes a considerar para rehabilitar protésicamente a los pacientes. ⁽⁵⁾

Para oponerse parcialmente a estos problemas surgen los obturadores protéticos o palatinos que son indicados precisamente para sellar los tejidos expuestos de forma quirúrgica o

congénita, siendo un sustituto fundamental del paladar duro, del hueso alveolar y de los tejidos blandos circundantes, el cual va encaminado a restituir las funciones básicas de deglución, fonación y masticación. ⁽³⁾

Un obturador palatino es una prótesis estomatológica bucomaxilofacial total o parcial removible, fija o incluso sobre dentadura que lleva incorporada una parte obturatriz que penetra en los bordes del defecto buscando el cierre periférico del mismo. ⁽⁸⁾

La función principal de los obturadores es la de taponear, ⁽⁸⁾ es decir, cerrar una abertura, ya sea congénita o adquirida, manteniendo la integridad de los compartimentos orales y nasales, separando así la cavidad oral de la nasal o sinusal. Facilita el habla, deglución y masticación, en etapas quirúrgicas, provisionales y definitivas. ^(8,9)

La intervención del especialista en prótesis estomatológica, con la colocación de una aparatología protética bucomaxilofacial, ayuda considerablemente a restaurar en el paciente un nivel normal en la capacidad de realización de sus funciones.

Nos corresponde tanto su calidad de vida como la posibilidad de lograr su reinserción en la sociedad con una excelente calidad de su rehabilitación y la capacidad de todo el equipo de brindarles el apoyo emocional que necesitan, así como la seguridad para enfrentar su vida cotidiana con naturalidad. ⁽¹⁰⁾

La rehabilitación protésica del paciente con maxilectomía se lleva a cabo en tres etapas, en las que se confeccionan tres tipos diferentes de obturadores. ⁽¹¹⁾

Obturadores inmediatos o quirúrgicos: se colocan inmediatamente después de haber extirpado quirúrgicamente el tejido, en su gran mayoría son confeccionados de resinas acrílicas. Se encargan de contener el tejido

blando, lo cual disminuye la contracción cicatrizal y protege la herida de traumas. (12, 13)

Obturadores de transición provisionales terapéuticos o temporales: se emplean para facilitar el cierre resultante desde el momento en que se retiran los apósitos y el obturador quirúrgico, aproximadamente diez días después a la ablación quirúrgica, hasta que se establezca la cicatrización y se pueda realizar la prótesis definitiva. (14) Sirven como matriz para apósito quirúrgico, protegen la herida, soportan y guían los tejidos durante la cicatrización y facilitan al paciente mejorar la fonación y la deglución.

Obturadores definitivos: destinados a los pacientes que presentan una cicatrización completa después del tratamiento del proceso neoplásico. Constituyen la tercera etapa del tratamiento. Se inicia cuando el paciente completó todas las modalidades terapéuticas y los tejidos maxilares blandos y duros han cicatrizado.

Obturador de emergencia: se confecciona cuando el paciente acude a consulta con la comunicación buconasal y la sonda nasogástrica por no haberle realizado la prótesis inmediata; la prótesis de emergencia puede confeccionarse con acrílico autopolimerizable, acrílico termopolimerizable y con láminas por el método estampado.

Las especialidades por sí solas no pueden abordar en su totalidad la solución de las afecciones de estos pacientes, siendo invariablemente necesario asumir la atención de los mismos de forma multidisciplinaria, manifestándose mayor solidez donde el cirujano y el protesista sean capaces de coordinar sus esfuerzos para recuperar la calidad del período de cicatrización postoperatorio inmediato y la rehabilitación protésica definitiva en el caso de los pacientes que han sido sometidos a intervenciones donde como

secuela de las mismas quede un defecto maxilar. Esta estrecha relación que debe existir nos motivó a investigar y describir las características de los pacientes con defectos maxilares que acudieron solicitando la rehabilitación en el Servicio de Prótesis Bucomaxilofacial de la Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez".

MÉTODO

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal en el período comprendido de septiembre del 2015 a enero del 2017. El universo coincidió con la muestra y estuvo formada por 29 pacientes que acudieron al Servicio de Prótesis Bucomaxilofacial de la Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez", solicitando la rehabilitación protésica, y dieron su consentimiento a participar en el estudio; se tuvieron en cuenta las variables: edad, sexo, etiología, tipo de causa adquirida, complejidad del defecto maxilar, tipo de maxilectomía, secuelas postquirúrgicas extrabucal e intrabucal, tipo de consulta, valoración protésica, cierre de comunicación bucal, así como criterio del protesista luego de la rehabilitación protésica del paciente.

Ésta última se refiere al criterio en orden ascendente referido por el profesional encargado de la rehabilitación bucomaxilofacial del paciente luego de la instalación de la prótesis en relación con la retención, soporte y estabilidad de la misma, según la escala de Likert.

La Historia Clínica individual del Servicio de Prótesis Bucomaxilofacial fue confeccionada a la totalidad de los pacientes y respetando los principios éticos. Se recogió la firma del consentimiento informado con el fin de

avalar la participación personal en el estudio; los datos obtenidos mediante la anamnesis y el examen físico fueron plasmados en una planilla de recolección de datos confeccionada al efecto. El procesamiento estadístico se realizó de forma automatizada y la medida resumen que se utilizó fue el porcentaje.

RESULTADOS

En la muestra investigada predominó el sexo femenino con un 58,6 %, siendo mayor en el grupo de 60 y más años de edad con un 55,2 %.

En el mayor número de pacientes con defectos bucomaxilofaciales predominó la etiología adquirida de tipo patológico, lo que representó el 89,7 %, siendo el grupo de 60 y más años de edad los más afectados con 55,2 % (tabla 1).

Tabla 1. Pacientes con defectos maxilares según edad, etiología y tipo de causa adquirida. Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez". Habana, 2015-2017.

Escala de edad	Etiología							
	Congénita		Adquirida				Total	
			Traumática		Patológica			
	No	%	No	%	No	%	No	%
15-18	1	3,4	0	0,0	0	0,0	1	3,4
19-59	2	6,9	0	0,0	10	34,5	12	41,4
60 y más	0	0,0	0	0,0	16	55,2	16	55,2
Total	3	10,3	0	0,0	26	89,7	29	100,0

La complejidad del defecto maxilar simple predominó en un 93,1 %, así como la maxilectomía de tipo parcial con 96,6 % (tabla 2).

Tabla 2. Pacientes según la complejidad del defecto maxilar y tipo de maxilectomía.

Complejidad del Defecto Maxilar	Tipo de Maxilectomía				Total	
	Parcial		Total			
	No	%	No	%	No	%
Simple	26	89,7	1	3,4	27	93,1
Complejo	2	6,9	0	0,0	2	6,9
Total	28	96,6	1	3,4	29	100,0

El 72,4 % de los pacientes estudiados no tuvo valoración protésica previa a su intervención quirúrgica; de ellos un 34,5% acudieron por primera vez al servicio de rehabilitación, con el defecto maxilar instaurado (tabla 3).

Tabla 3. Pacientes con defectos maxilares según tipo de consulta y valoración protésica previa al acto quirúrgico.

Tipo de Consulta	Valoración protésica				Total	
	SI		NO			
	No	%	No	%	No	%
Primera visita	0	0,0	10	34,5	10	34,5
Continuidad de tratamiento	8	27,6	11	37,9	19	65,5
Total	8	27,6	21	72,4	29	100,0

La tabla 4 mostró la distribución de pacientes con defectos maxilares según tipo de comunicación bucal y cierre de la misma, donde un 75,9 % de pacientes no recibió ningún tipo de cierre inmediato a la resección quirúrgica, lo que expuso una pobre planificación protésica bucomaxilofacial con prótesis obturatriz quirúrgica, la cual está representada por solo un 20,7%.

La tabla 5 muestra la distribución de pacientes con defectos maxilares según secuelas extra e intrabucales y el uso de prótesis obturatriz inmediata o quirúrgica, obteniéndose un predominio de secuelas en los pacientes que no fueron portadores de prótesis bucomaxilofacial obturatriz inmediata o quirúrgica.

Tabla 4. Pacientes con defectos maxilares según tipo de comunicación bucal y cierre de la misma.

Cierre de la comunicación bucal	Tipo de comunicación bucal									
	Buconasal		Buco-sinusal		Buco-naso-sinusal		Sin comunicación		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Ninguno	9	31,0	3	10,3	10	34,5	0	0,0	22	75,9
Colgajo	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,4	1	3,4
Prótesis obturatriz	3	10,3	1	3,4	2	6,9	0	0,0	6	20,7
Total	12	41,4	4	13,8	12	41,4	1	3,4	29	100

Tabla 5. Pacientes con defectos maxilares según secuelas extra- e intrabucales y el uso de prótesis obturatriz inmediata o quirúrgica.

Secuelas	Prótesis obturatriz inmediata o quirúrgica				
	Sí		No		
	No n=29	%	No n=29	%	
EXTRABUCALES	Colapso facial	0	0,0	4	13,8
	Sobrecierre mandibular	0	0,0	0	0,0
	Colapso labial	1	3,4	7	24,1
	Limitación de la abertura bucal	0	0,0	6	20,7
	Desviación de comisura labial	0	0,0	4	13,8
	Hundimiento de la hemicara	0	0,0	4	13,8
	Bolsa palpebral	0	0,0	1	3,4
	Voz hipernasal	1	3,4	21	72,4
INTRABUCALES	Colapso cicatrizal	1	3,4	13	44,8
	Inserciones frénicas interferentes	1	3,4	17	58,6
	Discontinuidad del velo del paladar	0	0,0	8	27,6
	Reborde alveolar remanente insuficiente	0	0,0	13	44,8
	Regurgitación ácida de fluidos y alimentos hacia la cavidad nasal	0	0,0	16	55,2
	Desfavorable condición de dientes remanentes	0	0,0	4	13,8

DISCUSIÓN

Cuando una persona posee cualquier tipo de defecto bucomaxilofacial, tanto su calidad de vida como la posibilidad de lograr su reinserción en la sociedad dependen de la calidad de su rehabilitación y de la capacidad de los especialistas para brindarles el apoyo emocional que necesitan, así como la seguridad para enfrentar su vida cotidiana con naturalidad.

Rodríguez Guerrero, ⁽⁶⁾ Chávez Reátegui y cols, ⁽¹²⁾ plantean que es sabido que existe mayor prevalencia de cáncer bucal en adultos mayores, siendo la edad el principal factor de riesgo, al estar más expuestos a diferentes factores que incrementan, de manera directa o indirecta, el riesgo de desarrollar un cáncer clínico. Además, consideran que son susceptibles especialmente los hombres, cuyas tasas de incidencia son más altas, con un gradual aumento en el sexo femenino.

Coincidentemente estudios de Meras Jáuregui y cols., ⁽³⁾ al evaluar la repercusión de la rehabilitación con prótesis obturatriz, obtuvieron un predominio del sexo femenino representado por un 54,8 %, no así la correspondencia con los grupos etáreos, donde obtuvieron como resultado un mayor por ciento de pacientes pertenecientes al grupo de 35 a 59 años de edad con un 51,6 %.

La Dra Luna Pentón y cols. ⁽²⁾ concluyeron en su estudio de morbilidad que el factor etiológico que predominó fue el adquirido, siendo la causa congénita la menos usual para un 1,5 %. Igualmente, Meras Jáuregui y cols. ⁽³⁾ obtienen como resultado que la causa oncológica fue la más frecuente, representado por un 80,0 %. Por su parte Nápoles Rodríguez ⁽¹⁾ en el 2014 realizó con diferentes colegas una caracterización de pacientes con necesidad de prótesis bucomaxilofacial, donde los defectos maxilares con etiología

adquirida ocuparon el segundo lugar en frecuencia, y como causa primaria los traumas, pero cabe destacar que este tipo de estudios abarca a todos los defectos faciales, donde específicamente los defectos oculares ocupan el primer lugar, por lo que hay una limitante que impide comparar con la actual investigación.

Los resultados obtenidos con una mayoría de defectos parciales y simples en el estudio brindan múltiples ventajas en la rehabilitación, tal como coinciden Benítez Martínez y cols, ⁽¹¹⁾ en que la rehabilitación protésica puede estar desfavorecida cuando el defecto es muy amplio (maxilectomía total), porque se disminuye el soporte, la estabilidad y retención de la prótesis, dando lugar a la fuga de aire y fluidos a través de la cavidad nasal, por lo que se compromete su adecuada función.

Aguiar y cols. ⁽¹³⁾ insisten en que el planeamiento multidisciplinario es fundamental en estos casos. Los pacientes maxilectomizados resultan en defectos estéticos y funcionales considerables, por lo que una visión amplia del tratamiento con una correcta planificación es esencial para facilitar la superación de un trauma vivido, pudiendo confeccionar la prótesis obturatriz quirúrgica e instalarla inmediatamente a la resección, aportando al paciente mejor calidad de vida y dando cumplimiento al objetivo principal de este tipo de tratamiento.

Mendoza Ugalde ⁽⁹⁾ concluye que la rehabilitación protésica bucomaxilofacial satisfactoria, requiere expectativas multidisciplinarias para obtener como resultado una adaptación funcional adecuada. En caso de que el defecto maxilar no sea quirúrgicamente reconstruido, el obturador quirúrgico es el indicado para sellar el defecto, debido a que soportará el sitio quirúrgico y restaurará la función bucal.

En contraposición con estos criterios los resultados obtenidos en el actual estudio han demostrado fallas tanto en la interconsulta como en la integración del protesista al equipo multidisciplinario que atiende a los pacientes, previo a la intervención quirúrgica.

En relación con el cierre de la comunicación bucal en el acto quirúrgico autores como Aguiar y Velázquez Cayón, ^(8,13) consideran que la rehabilitación con el obturador protésico es ideal cuando los pacientes no pueden optar por una cirugía reconstructiva, incluso cuando esta ha fracasado o cuando se necesita tener una visión directa del área para prevenir recidivas.

En relación con las secuelas, coincidentemente Meras Jáuregui ⁽³⁾ concluyó en su estudio que la fonética estuvo afectada en aquellos que padecían defectos congénitos; el resto de los factores funcionales analizados en los defectos adquiridos rehabilitados con prótesis obturatriz se comportó de manera adecuada.

Vinculado con la desfavorable condición de los dientes remanentes, los estudios avalan la valoración estomatológica previa al acto quirúrgico, como lo demuestra la recomendación de Illescas Maldonado, ⁽¹⁴⁾ quien exhorta a la asistencia estomatológica antes, durante y después del tratamiento oncológico, dependiendo entre otros elementos de la estirpe histológica del tumor, etapa clínica, edad y estado general del enfermo. Los procedimientos estomatológicos deben anticiparse, cuando son obvias las malas condiciones periodontales, restauraciones desajustadas, caries y abscesos periapicales. Procedimientos como extracción dental deben efectuarse anticipadamente, disponiendo del tiempo suficiente para completar el proceso de cicatrización, o cualquier otro procedimiento requerido.

La favorable evolución protésica de los pacientes en los que se instaló la prótesis estomatológica obturatriz quirúrgica, se manifestó en la evaluación recogida según soporte, retención y estabilidad, emitido por el criterio de los profesionales encargados de la rehabilitación de cada uno de los pacientes. Los estudios de Aguiar y cols ⁽¹³⁾ concluyen que para cada defecto maxilar existe la posibilidad de confeccionar un obturador palatino, dependiendo de la localización, la extensión, la presencia o ausencia de tejidos de soporte y de las condiciones generales de salud de cada paciente, por lo que es posible planificar y confeccionar una prótesis funcional directamente relacionada con las necesidades de cada uno en particular.

Los criterios de Rodríguez Pimienta ⁽¹⁵⁾ en relación con este tema coinciden con los englobados por este estudio, ya que el mismo plantea que los casos con experiencia protésica desfavorable están relacionados por la no adaptación, falta de estética y no haber restablecido las funciones de los órganos perdidos, la rigidez del material utilizado en la confección de las aparatologías, así como la durabilidad de la rehabilitación bucomaxilofacial.

Salinas González ⁽⁵⁾ además resalta que un factor importante para el mejor funcionamiento de las prótesis bucomaxilofaciales obturadoras es la cantidad de dientes sanos remanentes, ya que en su estudio obtuvo como resultados que los pacientes con siete o más dientes remanentes presentaron mejor funcionalidad del obturador en cuanto a masticación y fonación, debido a su mayor estabilidad y retención, pero no ocurrió así en los pacientes con menos de tres dientes o desdentados totales, quienes presentaron mayor dificultad para la masticación y fonación.

Se obtuvo un predominio del sexo femenino y de las edades comprendidas entre 60 y más años. La etiología adquirida fue la preponderante, específicamente la de origen patológico, los defectos maxilares en su gran mayoría fueron parciales y simples. Fue considerablemente elevado el número de pacientes que no tuvo valoración protésica previa al acto quirúrgico. Los pacientes que recibieron valoración protésica bucomaxilofacial previa a su intervención se les instaló la prótesis obturatriz inmediata, obteniendo resultados satisfactorios en relación con la retención, soporte, estabilidad y limitadas secuelas extrabucales e intrabucales, donde las acciones preventivas y curativas estomatológicas en los pacientes desdentados parciales jugó también un papel fundamental en su evolución, garantizando una favorable condición de los dientes remanentes.

El estudio mostró que la colocación de una aparatología protética obturatriz inmediata en el acto quirúrgico es un elemento primordial para prevenir problemas futuros y facilitar la reincorporación del paciente maxilectomizado al medio familiar y social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nápoles Rodríguez Nd, Ávila Chiong G, Santos Medina SJ, Castellano Montoro Y. Caracterización de pacientes con necesidades de prótesis bucomaxilofacial en el municipio de Las Tunas. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta [Internet]. 2014 [citado 2017 Feb 2]; 39(6):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/229>.

2. Luna Pentón Y, Barreto Ortega M, Pérez García LM, Rodríguez Pimienta EM. Morbilidad de los defectos bucomaxilofaciales en Sancti Spíritus. Noviembre 1998-diciembre 2010. GacMédEspirit [Internet]. 2016 Abr [citado 2017 Feb 02]; 18(1): 33-43. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212016000100005&lng=es.
3. Meras Jáuregui TM, Morales Pérez YJ, Cazañas Montero R, Guardado Valdés Y. Repercusión de la rehabilitación con prótesis obturatriz en pacientes tratados en el Centro de Prótesis Bucomaxilofacial. Medicentro Electrónica [Internet]. 2015 Jun [citado 2017 Ene 30]; 19(2): 72-79. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432015000200003&lng=es.
4. Baino MA, Dib VN, De Leonardi G. Un enfoque integral sobre prótesis bucomaxilofacial. Claves odontol [Internet] 2013 [citado 2017 Feb 02];20(71):37-45. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=719601&indexSearch=ID>.
5. Salinas-González JS, Díaz-Aguirre CM, Hernández-Cuéllar A. Evaluación funcional y estética de obturadores palatinos en pacientes maxilectomizados. Gaceta Mexicana de Oncología [Internet]. 2011 Oct [citado 2016 Ene 12]; 10(5). Disponible en: <http://www.elsevier.es/pt-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-evaluacion-funcional-estetica-obturadores-palatinos-X1665920111894286>.
6. Rodríguez Guerrero K, Clavería Clark RA, Peña Sisto M. Consideraciones actuales sobre envejecimiento y cáncer bucal. MEDISAN [Internet]. 2016 Dic [citado 2017 Feb 06]; 20(12): 2526-2535. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016001200012&lng=es.
7. Azcue Bilbao M, Frómata Neira C, López Rodríguez A, Cuevas Veliz I. La maxilectomía en las neoplasias del macizo facial. Sistema de clasificación del Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología (INOR). Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2010 Jun [citado 2015 Mayo09]; 47(2): 189-198. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072010000200007&lng=es.
8. Velázquez-Cayón RT, Flores-Ruiz R, Torres-Lagares D, González-Guerrero S, González-Padilla D, Gutiérrez-Perez JL. Uso de obturadores en cirugía oral y maxilofacial: Presentación de cinco casos clínicos. RevEspCirug Oral y Maxilofac [revista en la Internet]. 2011 Mar [citado 2015 Ene 13]; 33(1): 22-26. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-05582011000100004.
9. Mendoza Ugalde ML, Torres Terán JF, Jiménez Castillo R. Rehabilitación protésica integral en ausencia de maxilar. Reporte de un caso. Rev. Odont. Mex [revista en la Internet]. 2015 Sep [citado 2017 Feb 02]; 19(3): 192-200. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-odontologica-mexicana-90-articulo-rehabilitacion-protésica-integral-ausencia-maxilar--S1870199X15000257>.

10. Cordero García S. Morbilidad por defectos bucomaxilofaciales en las provincias orientales durante el período 2000-2013. MEDISAN [Internet]. 2014 Jun [citado 2017 Ene 31]; 18(6): 825-832. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000600012&lng=es.
11. Benítez Martínez AL, Jiménez Castillo R, Benavides Ríos A. Prótesis quirúrgica para descolapsar el tercio medio facial secundario a una maxilectomía: Presentación de 2 casos clínicos. Revista Odontológica Mexicana [Internet]. 2010 [citado 2017 Ene 30]; 14 (4): 244-248. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=25291>.
12. Chávez Reátegui BC, Manrique Chávez JE, Manrique Guzmán JA. Odontogeriatría y gerodontología: el envejecimiento y las características bucales del paciente adulto mayor: revisión de Literatura. Rev Estomatología Herediana [internet]. 2014 jul- sep [citado 9 Marzo 2015]; 24(3): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/view/2096>.
13. Aguiar L, Roberto Mozzini A, Lersch E, Conto F. Obturador palatino: confecção de uma prótese não convencional – relato de caso. RFO UPF [Internet]. 2013 apr [cited 2017 Feb 06]; 18(1):125-129. Disponible en: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-40122013000100021&script=sci_arttext
14. Illescas Maldonado MC, Echevarría y Pérez E, Benavides Ríos A. Osteorradio necrosis en cabeza y cuello. Reporte de un caso clínico. Rev. Odont. Mex [revista en la Internet]. 2010 [citado 2017 Ene 31]; 14(1): 52-62. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/odon/uo-2010/uo101h.pdf>.
15. Rodríguez Pimienta EM, Barreto Ortega MÁ, Rodríguez Betancourt MC, Medinilla Izquierdo G. Características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con lesiones deformantes bucomaxilofaciales en la población espiritana. GacMédEspirit [Internet]. 2015 Dic [citado 2017 Ene 30]; 17(3): 39-47. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212015000300007&lng=es



Sandra Marayde Rojas González Estomatóloga Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral y en Prótesis Estomatológica. Instructora. Facultad de Estomatología Raúl González Sánchez. Habana. Cuba. ***Si usted desea contactar con el autor de la investigación hágalo [aquí](#)***