

# Prótesis maxilofacial en defecto intraoral y extraoral resultado de linfoma no Hodgkin

Maxillofacial prosthesis intraoral and extraoral defects result of non-Hodgkin lymphoma

Recibido: Febrero, 2010. Aceptado: Diciembre, 2010

Descriptor: prótesis maxilofacial, linfoma no Hodgkin

C.DEPM Renata Carmona González\*  
CDEPB David Martín Robles Romero\*\*  
Dr. Cecilio Oswaldo Flores Soto\*\*\*  
MO María de Jesús Hernández Sánchez\*\*\*\*

\*Coordinadora del departamento de prótesis en el Centro de Cirugía de México  
Autora responsable

\*\*Docente de la unidad académica de Odontología, UAN

\*\*\*Docente de la unidad académica de Odontología, UAN

\*\*\*\*Docente de la unidad académica de Odontología, UAN

- Carmona, G.R., Robles, R.D.M., Flores, S.C.O., Hernández, S.M.J. Prótesis maxilofacial en defecto intraoral y extraoral resultado de linfoma no Hodgkin. Oral Año 12. Núm. 36. 2011. 684-686

Keyword: maxillofacial prosthesis, non-Hodgkin lymphoma

## resumen

La prótesis maxilofacial es el arte y la ciencia de la práctica dental dedicada a la rehabilitación de estructuras perdidas para restablecer las funciones y la estética. Estructuras que pueden quedar mutiladas como resultado de intervenciones quirúrgicas, defectos congénitos o traumatismos sufriendo alteraciones tanto funcionales como de apariencia.

La utilización de prótesis intraorales y extraorales nos ayudan a restablecer lo perdido por medio de sustitutos artificiales que pueden ser adheridos diariamente para proporcionar estabilidad y estética factores importantes en un tratamiento exitoso en aquellos pacientes con defectos intraorales y extraorales.

## abstract

Maxillofacial prosthetics is the art and science of dental practice dedicated to the rehabilitation of structures lost to restore function and aesthetics.

Structures that can be mutilated as a result of surgery, birth defects or trauma undergoing changes both functional and appearance. The use of intraoral and extraoral prostheses to help us restore what was lost by artificial substitutes that may be attached daily to provide stability and aesthetics of these factors are important to take the patient to successfully treat those with intraoral and extraoral defects.

## Introducción

Se define prótesis maxilofacial como el arte y la ciencia de la rehabilitación funcional y estética en la cual se involucran estructuras intraorales y extraorales las cuales se pueden perder por traumatismo, factores congénitos o como resultado de intervenciones para extirpar patologías en la cual los defectos quedan muy evidentes. Es pues una de las opciones que podemos ofrecer al paciente mutilado para volver a recobrar las funciones propias de cavidad oral así como para favorecer la estética y ayudar en el factor psicológico.<sup>1</sup>

El linfoma no Hodgkin comprende un grupo complejo de neoplasias que son diversas en historia, forma de presentación, respuesta a tratamiento y pronóstico. Los linfomas dentro de cavidad oral representan menos del 5 % de las malignidades orales.<sup>2</sup>

Los linfomas caracterizados por acumulación difusa de linfocitos o linfoblastos sin presencia de células de reed sternberg se clasifican como linfomas no Hodgkin. Su estadiaje clínico es muy similar al del linfoma de Hodgkin, en conjunto acarrea un peor pronóstico. Al igual que la enfermedad de Hodgkin, los linfomas no Hodgkin se diagnostican según la población celular predominante. Es importante diferenciar los subtipos ya que su pronóstico es distinto. Actualmente se emplean dos clasificaciones aunque la mayor parte de los linfomas no Hodgkin derivan de los linfocitos b, existe una forma cutánea originada a partir de células t. Este cutáneo de células t es extra

ganglionar y se conoce como micosis fungoide. Raramente está afectada la piel, lo que se conoce como síndrome de sezary.

Suelen desarrollarse en ganglios linfáticos sin embargo se observa afectación extra ganglionar, especialmente en cavidad oral. Asociado frecuentemente a pacientes con VIH.

Este tumor es más frecuente en hombres, tiene afinidad por las estructuras de la línea media facial y se asienta en la región del tabique nasal, causando osteolisis con invasión del etmoides y penetración a través del suelo de las fosas nasales y paladar. Estas lesiones pueden perforar el paladar, formando una masa necrótica que se introduce en la cavidad oral.

El Estadio 1: se caracteriza por la afectación de un único grupo de ganglios linfáticos en una área anatómica determinada. El Estadio 2: representa la afectación ganglionar de más de una región. El Estadio 3: indica proliferación linfoide por encima y por debajo del diafragma y; el Estadio 4: se alcanza cuando las células se diseminan, sin estar confinadas al tejido linfoide. Es el peor pronóstico ya que por lo regular el paciente muere.

Los linfomas no Hodgkin se tratan según el estadiaje de la enfermedad y el subtipo patológico empleando la quimioterapia y la radioterapia.<sup>3</sup>

El paciente con defecto facial después de la recesión

tumoral o traumatismo sufre, sumando a la lesión misma, una tensión psicológica severa. La cirugía debe restaurar la estética facial y si es posible la funcionalidad, para que el paciente pueda llevar una vida normal tanto como sea posible.

Cuando los pacientes han perdido un ojo y el parpado, la cirugía plástica reconstructiva no puede reemplazarlos satisfactoriamente con tejido autógeno.<sup>4</sup>

Una de las opciones es rehabilitar con prótesis maxilofacial.

El uso de los materiales utilizados en la confección de la prótesis maxilofacial ha sido de gran ayuda para los tratamientos protésicos en pacientes con defectos faciales lo cual día a día ha ayudado a mejorar tanto la estética como la funcionalidad dándole al paciente una apariencia más natural. Entre estos materiales tenemos los silicones grado médico que han sido de gran utilidad en las dos últimas décadas.<sup>5</sup>

La retención de la prótesis puede llevarse a cabo por diferentes métodos. Uno de ellos son los adhesivos para la piel que son los más utilizados por ejemplo, los hechos a base de agua no son agresivos para la prótesis ni para la piel y se colocan sobre los márgenes de la prótesis, en contacto con la piel. Estos adhesivos se eliminan fácilmente con agua y jabón la acción de estas sustancias puede durar hasta diez horas; aunque su periodo de persistencia es variable ya que pueden influir algunos factores como son el movimiento de los tejidos y condiciones ambientales.<sup>6</sup>

### Reporte clínico

Paciente masculino de 42 años, originario del Distrito Federal referido para la rehabilitación de un defecto complejo en el cual están involucradas varias estructuras de la cara tanto internas y externas. Ha sido tratado en el hospital de cancerología con pronóstico reservado.

Acude a la clínica con un defecto el cual incluye la pérdida de la parte del ala izquierda nariz, ojo, parpado, carrillo, labio inferior y superior. De igual forma las estructuras intraorales como son maxilar izquierdo incluyendo órganos dentarios así como el paladar duro y blando. Se toman impresiones de la cavidad oral para formar un obturador definitivo, una vez creado el obturador definitivo se toman impresiones de cara y se obtiene el positivo. Se diseña una prótesis ocular similar al ojo remanente.

El paciente fue enviado a rehabilitación protésica. Se tomaron impresiones de la zona del defecto con alginato tipo I y se cubrió con gasas de yeso para darle soporte a la impresión, se desinfectó y posteriormente se vació en yeso tipo II y otra en yeso tipo IV.

Se empezó a encerar la zona del defecto, se enmufla, se desencera y se coloca un separador, se introduce en la mufla el silicón grado médico realizando el vulcanizado por espacio de 12 horas.

Eliminamos los sobrantes del silicón, realizamos la caracterización de la prótesis y procedemos a ajustarla.

Se orienta la prótesis de ojo con relación al otro. Una vez obtenidas todas las prótesis se ajustan y se colocan en el defecto. El paciente debe utilizar lentes para disimular la prótesis orbitofacial, el obturador es retenido con los dientes remanentes, y la retención de la prótesis orbitofacial con adhesivo grado médico. Se da instrucciones al paciente y a

un familiar de cómo colocar la prótesis y de su limpieza.

Actualmente se pueden utilizar implantes para darle una mayor retención a este tipo de prótesis pero desgraciadamente el costo elevado de este tratamiento, sus no muy buenas expectativas y malas reincidencias no resulta muy práctico este tipo de tratamientos.

El éxito de cualquier prótesis facial depende de las propiedades físicas y mecánicas del material usado en la fabricación de la prótesis.<sup>7</sup>

Los adultos y personas de edad avanzada son comúnmente más afectados por el linfoma no Hodgkin.<sup>8,9</sup>

### Conclusion

Los defectos faciales traen como resultado pacientes mutilados tanto física como emocionalmente es indispensable tratar este tipo de pacientes con más detalle en cada etapa del tratamiento para asegurar una rehabilitación protésica exitosa ya que el paciente tendrá confianza en el procedimiento que se le va a realizar. También al momento de que utilice su prótesis se le devolverá calidad de vida y se elevará la autoestima.

Ver imágenes en la siguiente página.



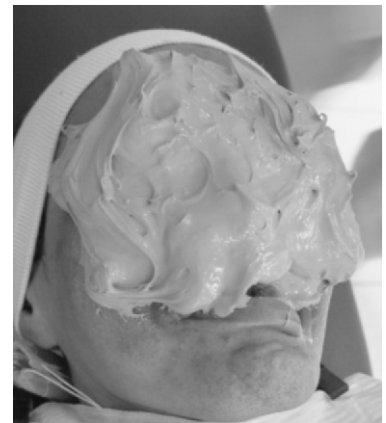
Vista frontal del defecto facial de lado izquierdo.

### Bibliografía

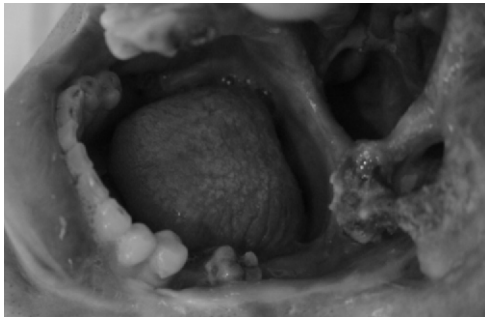
- 1.-Beumer, J., Curtis, T.A., Marunick, M.T. Maxillofacial Rehabilitation. Prosthodontic and surgical considerations St Louis: Medico Dental Media International :1996 pag 377-85.
- 2.-Regezi, J.A., Sciubba, J. Oral Pathology. Clinical pathologic correlation Philadelphia WB Saunders company 1993. P. 104-8.
- 3.-J. Philip Sapp, Lewis, R. Eversole, Patología oral y Maxilofacial Comtemporanea Madrid España: Harcourt pag 399-403.
- 4.-M. Klein, H. Menneking, H. Schmitz. A new generation of facial prostheses with myoelectrically driven moveable upper lid. THE LANCET. Vol 553.May 1. 1999.
- 5.-Udagama, A., Drane, J.B. Use of medical grade methyl triacetoxysilane crosslinked silicone for facial prostheses. J Prosthet Dent 1982;48:86-8.
- 6.-Lemon, J.C., Chambers, M.S., Wesley, P.J., Reece, J.P., Martin J.W. Rehabilitation of a midface with reconstructive surgery and facial prosthetic: a case report int J Oral Maxilofac Implants, 1996; 11: 101-5.
- 7.-Wolfaardt, J.F., Chandler, H.D., Smith, B.A. Mechanical properties of a new facial prosthetic material. J prosthet Dent 1985; 53:228-34.
- 8.-Howell, R., Abrams, A., Handlers, J., Melrose, R. Etranodal oral lymphoma part II Relationships between clinical features and the lukes-collins classifications of 44 cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1987 64:597-602.
- 9.-Yuen, A., Jacobs, C. Lymphomas of the head and neck semin oncol 1999;26:p. 338-45.



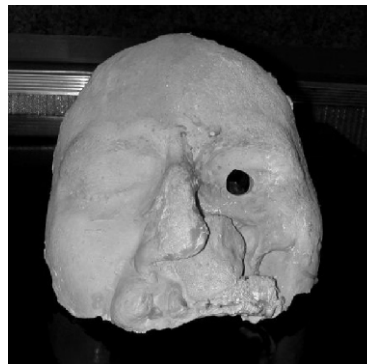
**Vista lateral del defecto.**



**Toma de impresión.**



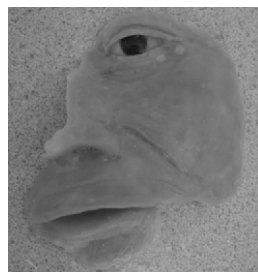
**Vista intraoral del defecto.**



**Encerado de la prótesis en el modelo.**



**Obtención del positivo.**



**Encerado de la prótesis facial.**



**Enmuflado de la prótesis.**



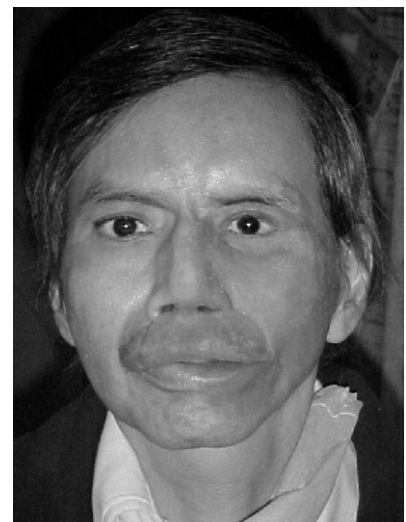
**Maquillaje de la prótesis facial y el ojo.**



**Colocación del obturador.**



**Prueba de color de la prótesis.**



**Colocación de la prótesis.**