

Rehabilitación protésica de paciente con carcinoma adenoideo quístico

Prosthetic rehabilitation of patients with adenoid cystic carcinoma

Resumen

Uno de los principales objetivos del Servicio de Prótesis Buco Maxilo Facial de la Facultad de Odontología de la Universidad de la República (UdelaR), Montevideo Uruguay, es el brindar atención a los pacientes que acuden a este departamento antes o después de ser intervenidos por la oncocirugía. Un grupo multidisciplinario que está conformado por los integrantes de la RED internacional "Métodos Alternativos para la Preservación de la Salud Bucal", establecen los diagnósticos y planes de tratamientos protésicos para los pacientes oncológicos que solicitan la atención sobre la rehabilitación bucal. Se diagnosticó un paciente con Carcinoma Adenoideo Quístico, situado en la rama Pterigo-Mandibular derecha, en el cual, el equipo multidisciplinario determinó realizar una prótesis de guía inmediata, la cual fue colocada en el procedimiento quirúrgico, con la finalidad de mantener la estabilidad mandibular una vez realizada la eliminación tumoral. Es trascendental e importante la colocación de esta prótesis, ya que su objetivo es el mantener las estructuras anatómicas en su posición correcta, evitar el colapso de tejidos y el desvío de la línea media dental y ósea, ya que sin esta guía, se producen severos trastornos en la articulación témporo-mandibular y musculatura circundante.

Abstract

One of the primary aims of Buco Maxillofacial Prosthetics, Faculty of Dentistry, University of the Republic (UdelaR), Montevideo Uruguay, is providing care to patients presenting to this department before or after being operated on by the oncosurgical. A multidisciplinary group consists of the members of the international RED "Alternative Methods for the Preservation of Oral Health", establishing the diagnosis and prosthetic treatment plans for cancer patients seeking attention to oral rehabilitation. Patient was diagnosed with adenoid cystic carcinoma, located in the Mandibular right pterygopalatine branch, in which the multidisciplinary team determined to make a prosthesis immediate guidance, which was placed in the surgical procedure, in order to maintain stability mandibular once the tumor removal. It is vital and important the placement of this prosthesis, since its objective is to maintain the anatomical structures in the correct position, preventing the collapse of tissues and the diversion of the dental midline and bone, as without this guide, there are severe temporomandibular joint disorders mandibular and surrounding musculature.

Descriptor: Guía quirúrgica, cirugía oncológica, prótesis buco maxilo facial

Keyword: Surgical guide, surgical oncology, oral maxillofacial prosthetics

Blanca E. Estrada Esquivel*
Myriam Fumero Meichelyn**
Javier De Lima Moreno**
Patricia Perea González***
Raúl Sánchez Rubio Carrillo****
Ricardo Sánchez Rubio Carrillo****
Roberto Soler Varela**

*Docente, FEBUAP. Autora responsable

**Clínica de Prótesis BMF, UdelaR

***Docente, FEBUAP

****Docente, UABC campus Mexicali

FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA
BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA DE URUGUAY
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA CAMPUS MEXICALI

Estrada, E.B.E., Fumero, M.M., De Lima, M.J., Perea, G.P., Sánchez Rubio, C.R., Sánchez Rubio, C.R., Soler, V.R. Rehabilitación protésica de paciente con carcinoma adenoideo quístico. Oral Año 16. Núm. 52. 2015. 1266-1269

Recibido: Enero, 2015. Aceptado: Octubre, 2015.

Oral. Año 16 No. 52, Diciembre 2015.

Introducción

Es responsabilidad del estomatólogo el realizar un examen clínico minucioso de la cavidad bucal para poder llegar a un correcto y acertado diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento, así como el guiar al paciente de manera correcta cuando se identifican pequeñas lesiones bucales para el diagnóstico temprano, oportuno y tratamiento ya que la progresión de las mismas puede llegar a ser fatal.¹

El presente trabajo describe el diseño y elaboración de un dispositivo protésico quirúrgico de guía inmediata, en una paciente de sexo femenino de 41 años de edad, que se le diagnosticó un Carcinoma Adenoideo Quístico, y fue referida al Servicio de Prótesis Buco Maxilo Facial de la Facultad de Odontología de la Udelar.

Para la rehabilitación de este caso participó un equipo, multidisciplinario conformado por: Cirujano maxilo facial, médico oncólogo, anestesta, anatómo-patólogo, odontólogos, laboratorista, protesista buco-maxilo-facial, fonoaudiólogo y psicólogo.

Antecedentes

El carcinoma adenoideo quístico es un tumor maligno de las glándulas salivales mayores o menores. Representa entre un 3 a 6% de los tumores de la glándula parótida. También es de frecuente aparición en la glándula submandibular. Este carcinoma puede aparecer en personas de cualquier edad, pero su mayor incidencia se da en personas adultas de la sexta década; con preponderancia en el sexo femenino. Clínicamente se puede observar que el carcinoma adenoideo quístico presenta un crecimiento lento, y con el pasar del tiempo la masa va haciéndose indurada, fija y se puede acompañar de dolor. Tiene tendencia a rodear los nervios, por lo que en la parótida es muy frecuente la afectación del nervio facial, dando como consecuencia parestesia y parálisis de los músculos faciales. En las glándulas salivales menores su localización más frecuente es en el paladar, manifestándose como un nódulo excéntrico ulcerado. En lengua, mucosa bucal, labios y piso de boca, también se puede desarrollar dicho tumor.²

Por lo general la supervivencia de estos pacientes después de los cinco años de tratamiento, es buena. El 40% de los pacientes por lo general desarrollan metástasis a través de la diseminación regional y hematógena. Ésta metástasis se puede extender a los pulmones y hueso siendo más frecuente la afectación de estos que la afectación a nivel ganglionar. El carcinoma adenoideo quístico tiene tendencias a recidivas locales.³

El tratamiento de elección para las glándulas principales es la sialadenectomía total, debiendo realizar un estudio intraoperatorio para descartar la existencia de invasión perineural. Se debe examinar los nervios afectados hasta que no se identifiquen células tumorales. "Los carcinomas adenoideos quísticos palatinos pueden extenderse al espacio pterigomaxilar a través del espacio palatino mayor". El tratamiento de elección para este tipo es la maxilectomía superior o inferior. El tratamiento postoperatorio de estos tumores se acompaña con radioterapia, ya

que son radiosensibles y de este modo se pueden eliminar los focos tumorales que hayan pasado inadvertidos⁴

Caso clínico

Paciente de 41 años de edad, de sexo femenino, acude al estomatólogo, al presentar molestia en la segunda molar inferior derecha y parestesia hemi-mandibular derecha. Al examen clínico se observó una lesión en mucosa a la altura de la rama montante mandibular derecha a distal del último molar.

El profesional indicó realizar estudios radiográficos y biopsia para llegar a un diagnóstico. Se confirmó que se trataba de un carcinoma adenoideo quístico de región pterigo-mandibular con posible origen en el lóbulo posterior de la parótida con invasión perineural y perivascular.

Se decidió como tratamiento la hemimandibulectomía derecha con resección completa del tumor y traqueostomía de coordinación.

Previo a la cirugía se elaboró la prótesis guía con la siguiente metodología:

- 1.Toma de impresiones anatómicas de los maxilares con alginato.
- 2.Vaciado o corrido de las impresiones anatómicas con yeso piedra para obtener los modelos que en este caso funcionaron como de trabajo y se conservó la referencia de la relación intermaxilar que el paciente tenía antes de ser intervenido.
- 3-Montaje de los modelos en el articulador en oclusión habitual.
- 4-Se realizaron retenedores forjados, circunferenciales o de forma de gota, dependiendo del espacio disponible en la oclusión, ubicándolos en zonas que no interfieran con la misma. (En alambre de 0.8mm o 0.9mm y apoyos en media caña, según el tipo de retenedor utilizado).
- 5-Se confeccionó la prótesis con acrílico auto-curable procesada en hidro-mufla, pulida y abrigantada con la técnica convencional.
- 6.-La prótesis fue diseñada para ser colocada en el maxilar superior en la cual se realiza una quilla del lado izquierdo que se extiende hacia el maxilar inferior por lingual, en el sector de las molares del lado contrario (izquierdo) es realizada con acrílico autopolimerizable.



Figura 1. Acrilado de la placa guía

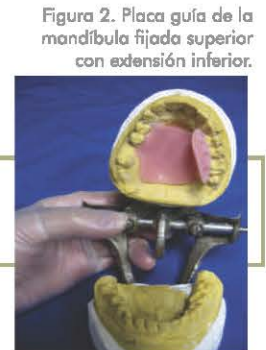


Figura 2. Placa guía de la mandíbula fijada superior con extensión inferior.

La función que realizó la quilla de la prótesis guía, fue el guiar al segmento mandibular remanente a que mantuviera sus movimientos tanto de apertura, cierre, lateralidad y oclusión de manera fisiológica normal, por lo cual la prótesis guía debe ir colocada en el maxilar. Así mismo, contribuyó a la conservación de los tejidos circundantes y del maxilar inferior en una posición correcta y evitar el colapso muscular en la zona afectada.

Una vez realizada la prótesis guía, se inició el tratamiento con la intervención quirúrgica de una hemimandibulectomía derecha con resección completa del tumor y traqueostomía de coordinación.

La paciente una vez intervenida se mantiene con nutrición enteral con fórmula polimérica por sonda gástrica. Permanece estable desde el punto de vista respiratorio, con la traqueostomía al aire que le proporciona una buena ventilación y facilita la respiración.



Figura 3. Paciente en quirófano con traqueostomía realizada.

Una vez concluida la remoción quirúrgica del carcinoma quístico, se colocó la prótesis guía, para obtener una recuperación rápida y saludable, al evitar los trastornos en la articulación temporo-mandibular y tejidos circundantes.

Una vez recuperada la paciente, a la revisión clínica se observó el buen funcionamiento de la prótesis guía en el momento de cierre, en donde las cúspides linguales de molares y premolares del segmento remanente mandibular sano (izquierdo), hacían contacto en una oclusión máxima y una correcta ubicación. De esta manera se evitó el dislocamiento de la articulación temporo-mandibular, que en una alta incidencia se da en los casos de pacientes hemimandibulectomizados. Este dispositivo protésico permitió también mantener a los músculos cráneo mandibulares del sector derecho en su correcta posición. Se logra de esta forma mantener a todos los tejidos involucrados óseos y musculares, en una correcta posición, tanto en función como en reposo, de manera temprana, evitando posiciones de incomodidad que con el paso del tiempo es doloroso para el paciente y difíciles de modificar.



Figura 4. Prótesis guía en oclusión máxima.



Figura 5. Prótesis guía en oclusión máxima.

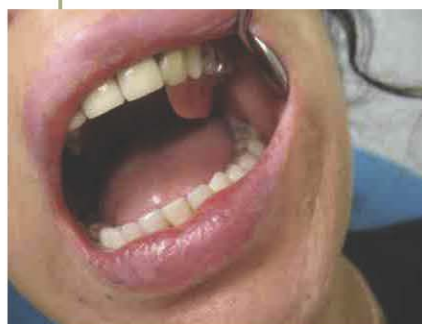


Figura 6. Prótesis guía en posición boca abierta.



Figura 7. Vista externa.



Figura 8. Prótesis guía en función.

Discusión

La literatura reporta sobre la sintomatología, trastornos oclusales y temporomandibulares de los paciente que han cursado por una hemimandibulectomía, que terminan con una desviación mandibular y oclusal importante, por lo cual el propósito de este diseño de la prótesis guía fue para disminuir la sintomatología y contribuir a la estabilidad oclusal.⁷

Conclusiones

El tratamiento quirúrgico de los tumores, deja al paciente mutilado con grandes defectos bucales, con compromiso funcional, estético, psicológico y social. Por lo que su rehabilitación debe ser inmediata. Siempre se destaca la importancia que tiene la derivación de estos pacientes antes de la cirugía para lograr un mejor resultado funcional y estético en su posterior rehabilitación.

La finalidad del trabajo en equipo es obtener óptimos resultados desde el punto de vista, funcional, estético y psicológico. El equipo multidisciplinario trabaja para planear una rehabilitación integral. La prótesis buco-maxilo-facial, nos brinda resultados que son cada vez más alentadores, y se consigue una mejor calidad de vida y rápida recuperación del paciente. La prótesis guía instalada quirúrgicamente guió adecuadamente la mandíbula a su correcta posición, tanto anatómica como funcionalmente, manteniendo en equilibrio al sistema estomatognático y logrando salud en la paciente a la espera de su rehabilitación final.

Agradecemos a las alumnas de 11VO semestre de Facultad de Odontología, UdeLaR: Magdalena Magnone y Valentina Guadalupe por su participación en este trabajo.

Bibliografía

- 1.-Reyes-Vivanco, C.A. Medigraphic "Perspectiva y expectativas de la odontología frente al cáncer oral" Cir Ciruj; pag.77:1-2, 2009.
- 2.-J. Philip Sapp, Lewis R. Eversole, George P. Wysocki. Trastornos de las glándulas salivales. En: Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea-Segunda edición. España. Elsevier. Pág. 253-263, 2004.
- 3.-Cecatti, Eduardo Luis., R. Sforza, Ricardo., Carzaglio, Julio César., Lyberti, Ricardo., Flichman, Juan Carlos. El diagnóstico en clínica Estomatológica. Primera edición. Buenos Aires, Argentina. Editorial Médica Panamericana. Pág. 481 - 525. 2007.
- 4.-Patología de glándulas salivales Ferreira, José Luis., Federico M. Braun. El diagnóstico en clínica Estomatológica. Primera edición. Buenos Aires, Argentina. Editorial Médica Panamericana. Pág. 481 - 525. 2007.
- 5.-Rach, R. Laura, Sierra, F. Mariana, Estrada, E. Blanca, Fernández, T. Ruben. Importancia clínica de un obturador quirúrgico. Reporte de un caso. Revista Oral año 8 No.24, pag. 368-371. 2007.
- 6.-Fernández, G. Maximiliano, Estrada, E. Blanca. Obturador quirúrgico inmediato en pacientes con carcinoma indiferenciado del tracto sinusal. Revista Oral año 13 No.43, pag 931-934.2012.
- 7.-Jankielewicz, Isabel. Prótesis Obturatriz, en Prótesis Buco-Maxilo-Facial. Quintessence. Barcelona, España. Pág. 234-276, 2003.
- 8.-Colectivo de autores de la Red Asistencial Nacional de Rehabilitación de la Cara y Prótesis Buco-Maxilo-Facial. Prótesis para defectos Maxilares. En: Procederes básicos de laboratorio en Prótesis Buco-Maxilo-Facial. La Habana, Cuba 2008. Editorial Cimeq. Pág. 121-141. 2008.
- 9.-Colectivo de autores de la Red Asistencial Nacional de Rehabilitación de la Cara y Prótesis Buco-Maxilo-Facial. Asistencia en el tratamiento del defecto Maxilar. En: Procederes básicos de laboratorio en Prótesis Buco-Maxilo-Facial. La Habana, Cuba 2008. Editorial Cimeq. Pág. 67-84, 2008.
- 10.-Colectivo de autores de la Red Asistencial Nacional de Rehabilitación de la Cara y Prótesis Buco-Maxilo-Facial. Asistencia en el tratamiento del defecto Mandibular. En: Procederes básicos de laboratorio en Prótesis Buco-Maxilo-Facial. La Habana, Cuba 2008. Editorial Cimeq. Pág. 86-99, 2008.