



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

---

---



## **FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

REHABILITACIÓN PROTÉSICA EN UN PACIENTE CON  
DIAGNÓSTICO DE ANGIOFIBROMA NASOFARÍNGEO  
JUVENIL. REPORTE DE UN CASO.

### **CASO CLÍNICO**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

**ESPECIALISTA EN PRÓTESIS MAXILOFACIAL**

P R E S E N T A:

OSCAR AYRTON LEÓN PÉREZ

TUTOR: Esp. RAQUEL MAYO GARCÍA BECERRA

ASESOR: Esp. JOSÉ FEDERICO TORRES TERÁN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

# **Rehabilitación protésica en un paciente con diagnóstico de angiofibroma nasofaríngeo juvenil. Reporte de un caso.**

Oscar Ayrton León Pérez\*, Raquel Mayo García Becerra\*\*, José Federico Torres Terán\*\*\*

## **Resumen**

El angiofibroma nasofaríngeo juvenil es un tumor benigno raro, representa entre el 0,05-0,5% de los tumores de cabeza y cuello y es considerado como una de las neoplasias benignas más comunes de la nasofaringe, se presentan con mayor frecuencia en adolescentes varones, el tratamiento de elección es la exéresis quirúrgica. Dada su localización y su comportamiento expansivo pueden generar una elevada morbilidad, tienen gran tendencia al sangrado y su abordaje quirúrgico es complejo. A causa de la resección quirúrgica del tumor cuando involucra el maxilar, se producen una serie de déficits funcionales. El tratamiento protésico con obturadores en pacientes con defectos maxilares ya sea por causa oncológica, traumática o por defectos congénitos, debe estar dirigido a separar la cavidad bucal de la nasal, devolver al paciente la deglución, fonación, masticación, además de una estética aceptable. El presente trabajo describe el caso clínico de un paciente masculino con diagnóstico de angiofibroma nasofaríngeo cuyo tratamiento quirúrgico se basó en una craneotomía orbitocigomática y maxilectomía izquierda que generó un defecto palatino clase I de Aramany, la rehabilitación consistió en la elaboración de un obturador quirúrgico, obturador transicional y obturador definitivo que permitieron la correcta cicatrización del defecto palatino, alimentación y fonación, estos factores elevaron la autoestima del paciente para su reintegración a la sociedad y mejorar su calidad de vida.

## **Abstract**

Juvenile nasopharyngeal angiofibroma is a rare benign tumor, it represents between 0.05-0.5% of head and neck tumors and is considered one of the most common benign neoplasms of the nasopharynx, occurring more frequently in adolescent men, the treatment of choice is surgical excision. Given their location and their expansive behavior, they can generate high morbidity, they have a big tendency to bleed and their surgical approach is complex. Due to surgical resection of the tumor when it involves the maxilla, a series of functional deficits occur. Prosthetic treatment with obturators in patients with maxillary defects, whether due to oncological, traumatic or congenital defects, should be aimed at separating the oral cavity from the nasal cavity, returning swallowing to the patient, phonation, chewing, in addition to acceptable aesthetics. The present work describes the clinical case of a male

patient with a diagnosis of nasopharyngeal angiofibroma, whose surgical treatment was based on an orbitozygomatic craniotomy and left maxillectomy, that generated an Aramany class I palatal defect. The rehabilitation consisted of the elaboration of a surgical obturator, obturator transitional and definitive obturator, that allowed the correct healing of the palatal defect, feeding and phonation, these factors raised the patient's self-esteem for his reintegration into society and improve his life quality.

**Palabras claves:** prótesis maxilofacial, calidad de vida, angiofibroma, informe de caso, obturador palatino, maxilectomía.

**Key words:** maxillofacial prosthesis, quality of life, angiofibroma, case report, palatal obturator, maxillectomy.

\*Residente de la especialidad de prótesis maxilofacial. Hospital General de México.

\*\* Especialista en prótesis maxilofacial y profesora adscrita al servicio de prótesis maxilofacial del HGM.

\*\*\* Especialista en prótesis maxilofacial y profesor de asignatura de prótesis maxilofacial en la división de estudios de postgrado e investigación de la facultad de odontología UNAM.

## Introducción

El nasoangiofibroma juvenil o angiofibroma nasofaríngeo juvenil (ANJ) es una neoplasia benigna que tiene su inicio en el agujero esfenopalatino, el cual se encuentra en la nasofaringe, donde se localiza la arteria del mismo nombre, la cual es la rama terminal de la maxilar interna. <sup>1</sup>

Es un tumor que representa entre el 0,05-0,5% de los tumores de cabeza y cuello y es considerado la más común de las neoplasias benignas de la nasofaringe. Histológicamente benigno, mesenquimal y vascular. <sup>2</sup>

Aparecen casi exclusivamente en varones y suelen ser diagnosticados durante la adolescencia (entre los 14 y 25 años). <sup>3</sup>

A pesar de corresponder a una lesión histológicamente benigna, su comportamiento es localmente agresivo, derivado de la extensión a regiones vecinas, como el espacio masticatorio y fosa infratemporal al proyectarse a través de la hendidura y fosa pterigomaxilar, o compromiso de los diferentes senos paranasales por crecimiento expansivo, o a través de los diversos forámenes del ala mayor del esfenoides comprometiendo el seno cavernoso y otras estructuras de la base de cráneo, incluso la órbita por la hendidura orbitaria, pudiendo por compresión producir daño a nivel del nervio óptico. Estos factores, asociados a la alta vascularización con el consiguiente riesgo de sangrado transoperatorio le confieren la complejidad que implica tratar este tipo de tumores. <sup>4</sup>

La obstrucción nasal es el síntoma más frecuente (91%), seguida de epistaxis en el 63% de los casos, y en estadios más avanzados compromiso intracraneal, deformidad facial y proptosis ocular. La extensión intracraneal se presenta entre el 20-36% de los casos y suele ser extradural. <sup>1</sup>

El diagnóstico de los ANJ se realiza mediante tomografía computarizada (TC) y resonancia magnética nuclear (RMN). <sup>3</sup>

Existen numerosas clasificaciones para estadificar el ANJ, basadas en la extensión del tumor que ayudan a planear un adecuado abordaje quirúrgico. Una de las más utilizadas es la clasificación de Andrews-Fisch, que divide esta patología en cuatro estadios: <sup>1,2,3</sup>

Estadio I. Tumor limitado a cavidad nasal y nasofaringe sin destrucción ósea

Estadio II. Tumor que invade fosa pterigopalatina, seno maxilar, senos etmoidales o esfenoidales, con destrucción ósea.

Estadio III. Tumor que invade la fosa infratemporal o región orbitaria: (a) sin compromiso intracraneal y (b) con compromiso extradural.

Estadio IV. Tumor con compromiso intracraneal intradural: (a) sin o (b) con infiltración de seno cavernoso, pituitaria o quiasma óptico. <sup>1,2,3</sup>

El tratamiento de elección de los ANJ es quirúrgico, previa angiografía y embolización selectiva dirigida a las arterias que nutren al tumor. <sup>3,4</sup>

La recurrencia se reporta del 6-50%, con variación acorde con la técnica quirúrgica. Generalmente entre el 6-7% para estadios I-II y del 40-50% para estadios III-IV. Es en los estadios III y IV donde la recurrencia es mayor debido a la dificultad en el manejo del tamaño tumoral. <sup>1,2</sup>

A causa de la resección quirúrgica de tumores, traumatismos o defectos congénitos en el maxilar, se producen una serie de déficits funcionales. Éstos se clasifican en déficits masticatorios (tanto por el paso de alimentos de la cavidad oral a otras como la nasal o la sinusal, como por la ausencia de los dientes englobados en el área del defecto) y en déficits de la deglución, de la fonación y estéticos, como pueden ser desviación de la comisura labial, hundimiento de la hemicara y bolsa palpebral del lado afectado. <sup>5</sup>

Aramany<sup>5</sup>, realizó una clasificación de defectos maxilares, basada en relación con el área del defecto y el remanente de órganos dentarios. La clasificación I, II y IV (defectos laterales con márgenes anteriores cerca de la línea media) ocurren con más frecuencia. <sup>6</sup>

Debido a esto el protesista maxilofacial desempeña un papel importante en la restauración de los defectos maxilares. Este tratamiento se debe llevar a cabo desde el principio por un grupo multidisciplinario de médicos, cirujanos oncológicos, cirujanos plásticos reconstructivos, protesistas maxilofaciales, fisioterapeutas y psicoterapeutas.

Para la rehabilitación de pacientes con defectos maxilares se requiere del uso de una prótesis obturadora palatina o maxilar.<sup>9</sup> Un obturador palatino es una prótesis parcial removible, fija o incluso sobredentadura que lleva incorporada una parte obturatriz que penetra en los bordes del defecto buscando el cierre periférico del mismo.<sup>5</sup> Fue el método principalmente empleado en la rehabilitación de grandes defectos maxilares, con el objetivo de cerrar el defecto, separar la cavidad bucal de las fosas nasales y prevenir el habla hipernasal, la regurgitación nasal de alimentos y líquidos y dar soporte al perfil facial.<sup>7,8</sup>

Estas prótesis pueden ser clasificadas según el momento de su colocación en: prótesis obturadora quirúrgica o inmediata, prótesis obturadora transicional o intermedia y prótesis obturadora definitiva o final.<sup>9,10,11</sup>

Las prótesis obturadoras removibles consisten en una estructura metálica (armazón) como cualquier prótesis convencional, elementos retentivos (retenedores directos e indirectos) y un bulbo obturador.<sup>10</sup>

## Reporte de caso

Paciente masculino de 21 años, originario y residente del estado de Chiapas, estado civil unión libre, se dedica al campo. Antecedentes heredofamiliares, crónico degenerativos y oncológicos negados. Antecedentes personales no patológicos: alcoholismo y tabaquismo negados, exposición al humo de leña desde la infancia. Antecedentes personales patológicos: crónicos degenerativos negados, traumáticos fractura de codo manejo conservador, alérgicos negados. Padecimiento actual iniciando con una lesión nodular a nivel del maxilar superior izquierdo, de crecimiento lento y de consistencia blanda, dolorosa, medicamente multi tratada sin mejoría (*Figura 1*).



*Figura 1. Fotografías iniciales, previas a cirugía.*

## Metodología

### Fase quirúrgica

El paciente acudió a la unidad de cirugía de cabeza y cuello del servicio de oncología, del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga", donde fue diagnosticado con un angiofibroma nasofaríngeo en seno maxilar izquierdo con extensión intracraneal. (Figura 2). Por lo que es remitido al servicio de prótesis maxilofacial para elaboración de historia clínica y elaboración de obturador quirúrgico.

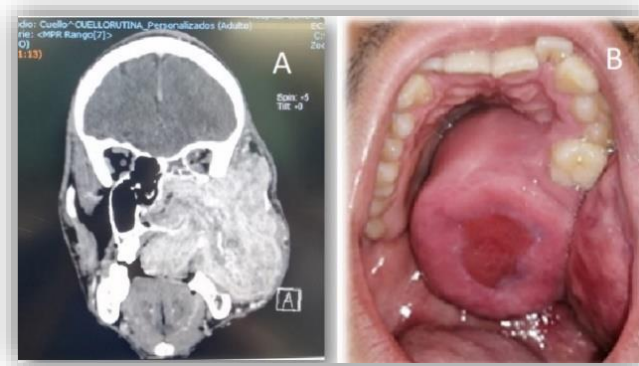


Figura 2. A) Corte coronal de tomografía mostrando extensión de tumor. B) Exploración intraoral, aumento de volumen en paladar duro.

El servicio de neurocirugía realizó embolización arterial, resección tumoral de porción intracraneana y craneotomía orbitocigomática (Figura 3).

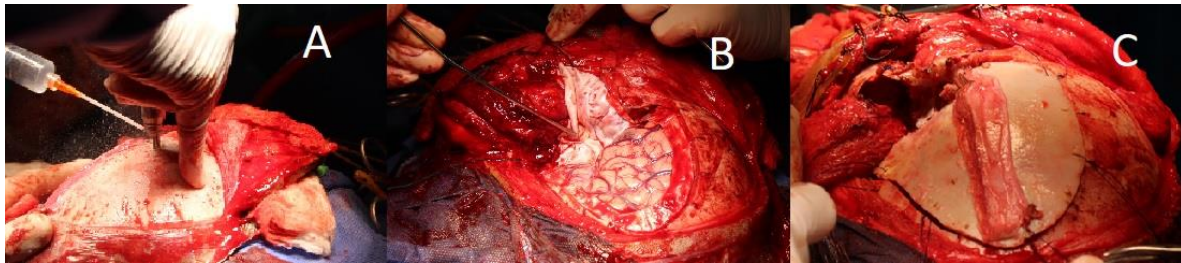


Figura 3. Craneotomía. A) Corte hueso temporal, B) Retiro de lesión intracraneana, C) Recolocación porción temporal.

Maxilectomía total izquierda por parte del servicio de cirugía oncológica de cabeza y cuello (Figura 4).



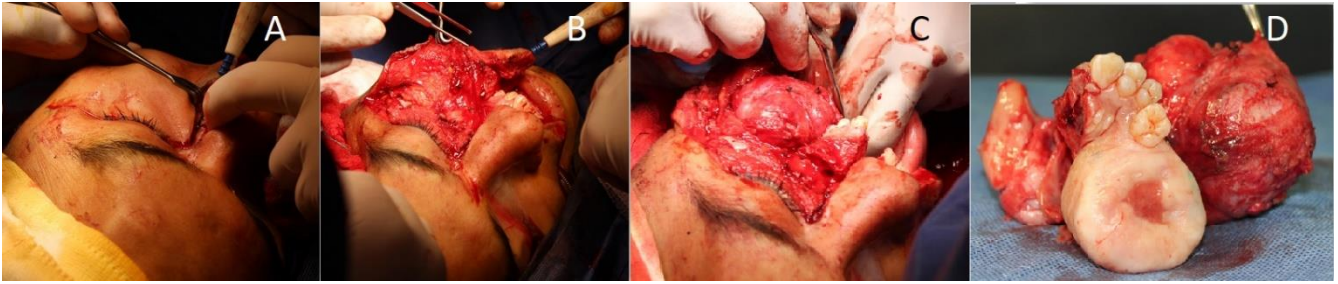


Figura 4. Maxilectomía. A) y B) Abordaje Weber-Ferguson. C) Retiro de lesión tumoral. D) Lesión tumoral

Colocación de obturador quirúrgico de polimetilmetacrilato termocurable (PMMA) a por el servicio de prótesis maxilofacial (Figura 5), conclusión de cirugía con ingreso a la unidad de cuidados intensivos. (Figura 6).

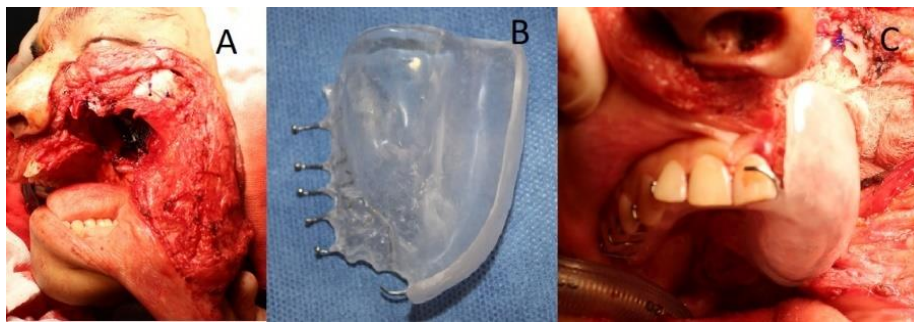


Figura 5. Obturador quirúrgico. A) Paciente postoperado maxilectomía total izquierda, B) Obturador quirúrgico de PMMA termocurable, C) Empacamiento con gasas y colocación de obturador



Figura 6. A) Vista frontal del resultado inmediato. B) Vista coronal de la cabeza



## Fase protésica

En la unidad de cuidados intensivos, 5 días posteriores a tratamiento quirúrgico se realizó desempaquetamiento y ajuste del obturador quirúrgico con acondicionador de tejidos (softy) con el objetivo de mejorar la retención y adaptación del mismo. (Figura 7).

Un mes después evaluó la cicatrización intraoral, para la elaboración de obturador transicional, se tomaron impresiones anatómicas con alginato (Figura 8).

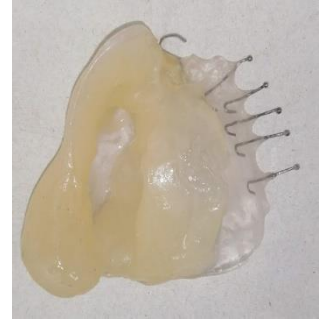


Figura 7. Obtención de rebase en obturador quirúrgico

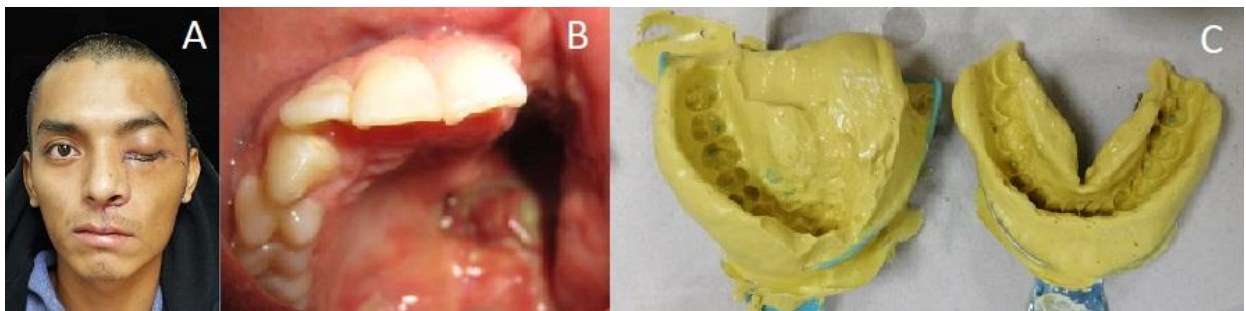


Figura 8. A) Cicatrización extraoral 1 mes posterior a cirugía. B) cicatrización intraoral. C) impresiones anatómicas

Se obtuvieron modelos anatómicos y se montaron en un articulador de bisagra, se forjaron retenedores con alambre wipla y bola y placa base con acrílico autopolimerizable, se articularon los dientes y se realizó la prueba en cera en boca verificando oclusión y puntos de contactos prematuros (Figura 9).



Figura 9. A) Placa base con ganchos. B) Vista frontal prueba de dientes. C) Vista lateral izquierda prueba de dientes

Se procesó el obturador con resina acrílica termopolimerizable (Figura 10).

Se inserta el obturador transicional y se rebasa con material flexa cryl (Figura 11), comprobando el correcto ajuste, oclusión y que no existieran fugas de líquidos a la cavidad nasal. (Figura 12).

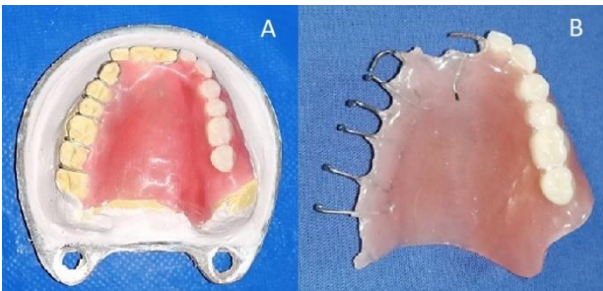


Figura 10. A) Enmuflado convencional del obturador. B) Obturador ya finalizado

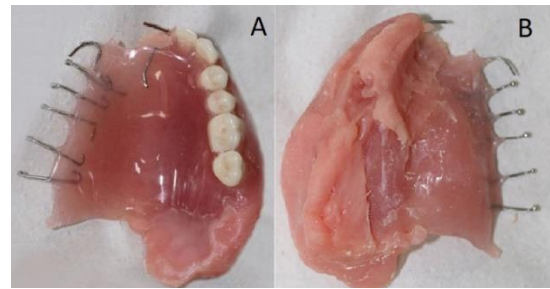


Figura 11. A) Vista oclusal del obturador con rebase de flexacryl B) Vista superior del obturador



Figura 12. A) vista lateral derecha. B) Vista frontal intraoral. C) Vista lateral derecha. D) Fotografía extraoral del paciente portando obturador transicional

Seis meses posteriores a la cirugía el paciente acude a la unidad de prótesis maxilofacial en donde es nuevamente valorado, se observó una adecuada cicatrización de tejidos circundantes del defecto palatino. (figuras 13 y 14), se procedió a la rehabilitación de los dientes que presentaban lesiones cariosas con resina fotopolimerizable y se inició la planeación de obturador palatino definitivo.

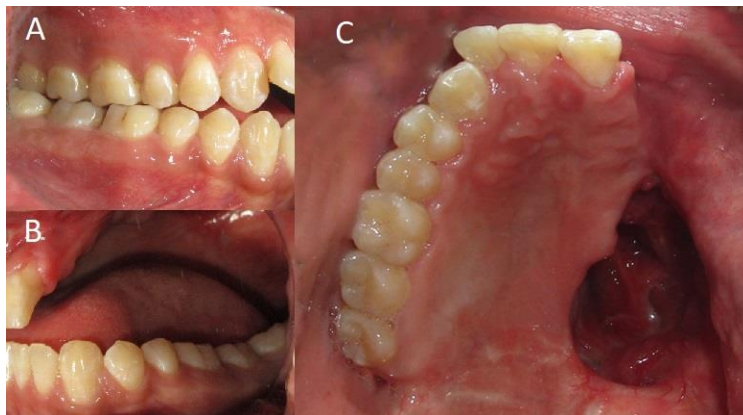


Figura 13. Fotografías intraorales. A) lateral derecha. B) Oclusal superior. C) Lateral derecha



Figura 14 Fotografías intraorales. A) Sobremordida izquierda. B) Frontal intraoral. C) Sobremordida derecha

Se realizó toma de impresión y obtención de modelos para la elaboración de porta impresión individual, se realizaron nichos oclusales en piezas dentales 14, 15, 16 y 17. Elaborada la cucharilla se tomó la impresión fisiológica del defecto palatino con modelina y silicona ligera y se obtiene un modelo de trabajo en yeso tipo IV, se procedió al diseño de la estructura metálica del obturador (Figura 15).

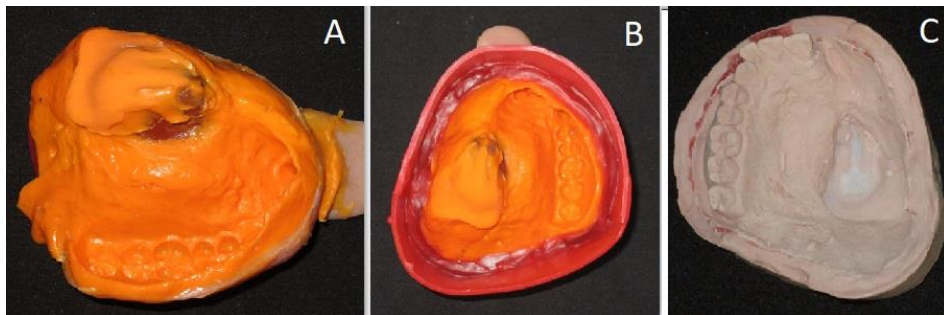


Figura 15. A) impresión fisiológica con silicona ligera. B) Bardeado de la impresión. C) obtención del modelo fisiológico.

y se envió al profesional técnico para su elaboración en una aleación de cromo-cobalto-molibdeno , posteriormente se realizaron las pruebas de ajuste y adaptación en la boca , se colocó un rodillo y se obtuvieron las relaciones craneofaciales e intermaxilares (Figura 16) para poder montar los modelos en un articulador (Figura 17).

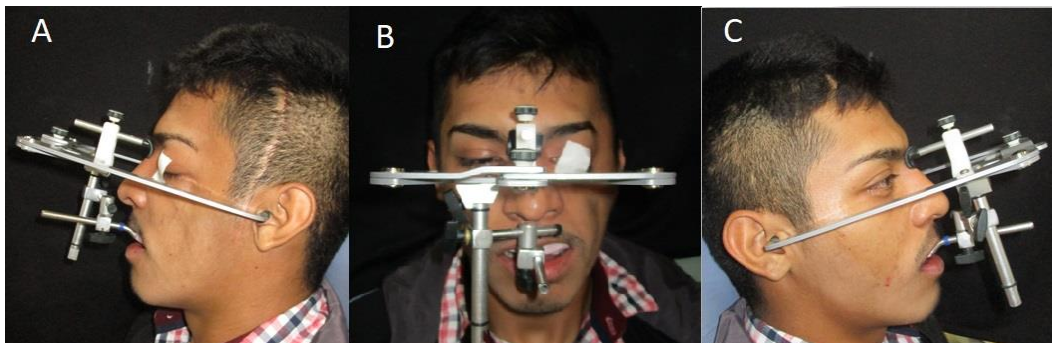
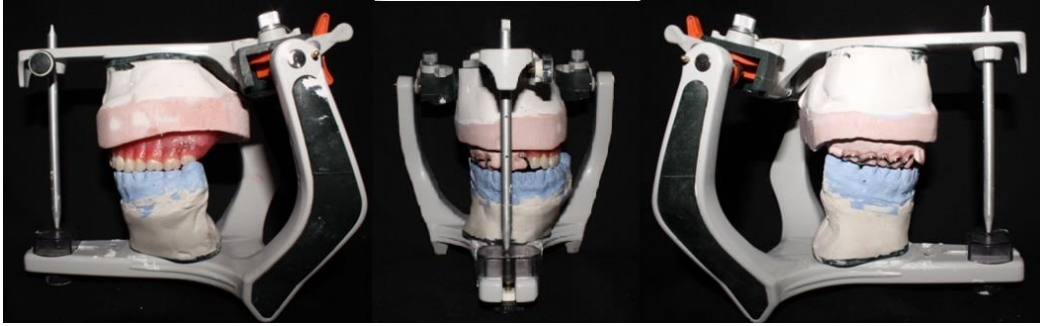


Figura 16. Arco facial A) Vista lateral izquierda del paciente. B) vista Frontal con arco facial. C) Vista lateral derecha del paciente





*Figura 17. Montaje de modelos en articulador*

Se realizaron las pruebas correspondientes de montaje y enfilado de dientes de protésicos (*Figura 18*).



*Figura 18. Prueba de obturador en cera listo para ser procesado*

Al terminar las pruebas correspondientes se procede a enmuflar, se realiza la eliminación de cera colocando en el interior de la mufla un algodón húmedo y llevándola al microondas durante 1 minuto, se lava con agua caliente para retirar los excedentes de cera (*Figura 19*). Para la obtención del obturador se empleó acrílico opticril, en proporción de volumen de 3:1 polímero-monómero, se empaqueta el material dentro de la mufla y se prensa a 2000 psi, se llevó al microondas de acuerdo a las especificaciones del fabricante. Posteriormente se rescata el obturador, se recorta, se ahueca el bulbo para disminuir el peso y se pulió. (*Figura 20*).

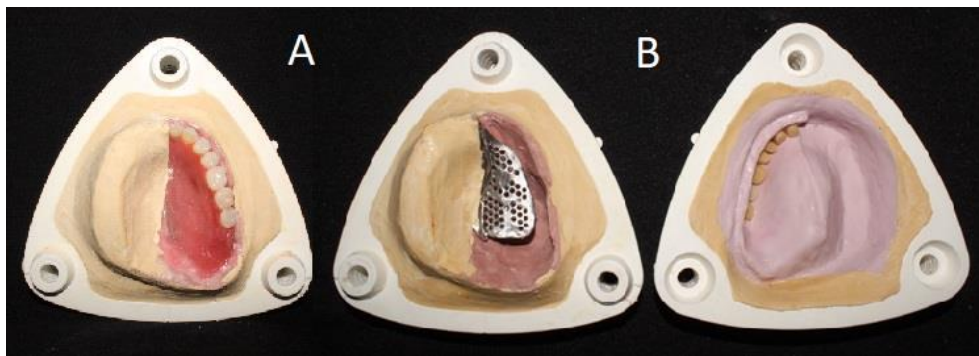


Figura 19. Mufla para técnica de microondas. A) Enmuflado obturador. B) Eliminación de cera



Figura 20. Obturador palatino finalizado

Se realizaron ajustes oclusales, se verificó la adaptación adecuada del bulbo al defecto maxilar comprobando que no existiera comunicación oro nasal, se comprobó que el paciente no presentara habla hipernasal, que el obturador brindara adecuado soporte al perfil facial del paciente, se procedió a la entrega del obturador palatino, se dieron las instrucciones de uso entrenamiento de colocación del obturador, así como indicaciones de higiene y mantenimiento comunes a otros tipos de prótesis (Figura 21,22 y 23).

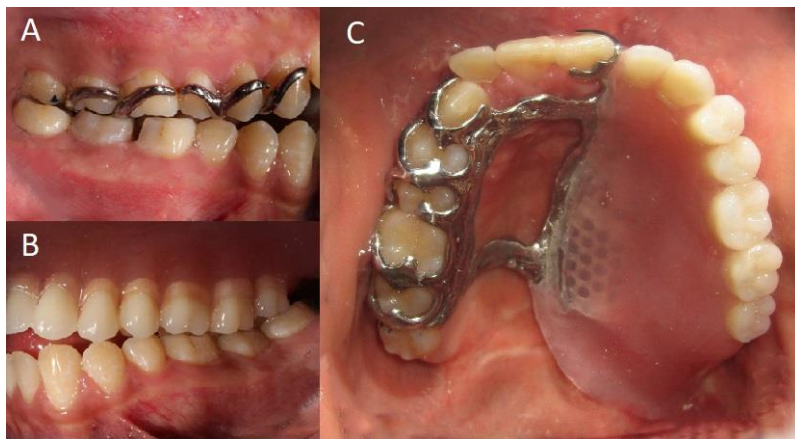


Figura 21. Vistas intraorales. A) lateral derecha. B) lateral izquierda. C) oclusal superior.



Figura 22. Vistas intraorales. A) Sobremordida derecha. B) Frontal. C) Sobre mordida izquierda

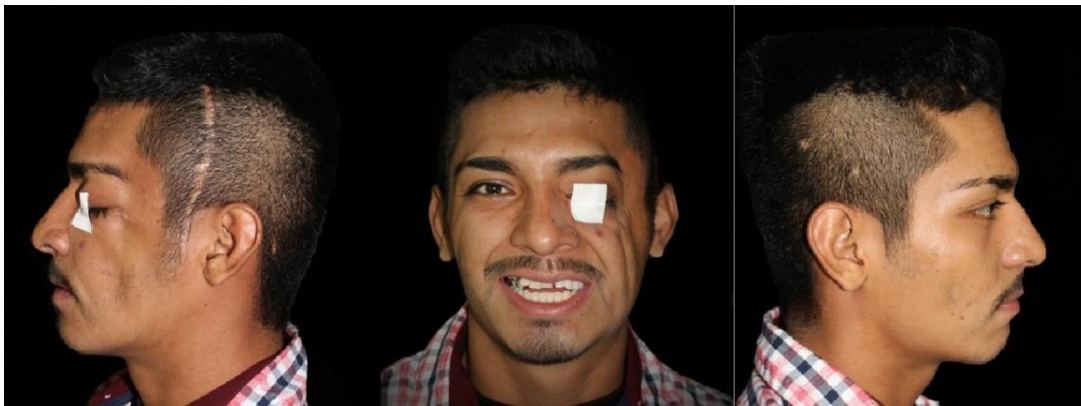


Figura 23. Vista extraoral del paciente al concluir el tratamiento

## Resultados

El objetivo principal de la colocación de un obturador es el restablecimiento funcional de la masticación, deglución, fonación y mejorar la estética del paciente. La colocación de los diferentes tipos de obturadores favoreció la alimentación del paciente, dio soporte a los tejidos faciales ante la ausencia del maxilar evitando el colapso de los tejidos blandos del lado afectado, se contuvo el empaquetamiento

de gasas en el defecto sin complicaciones, brindando apoyo psicológico al paciente, además, se preservó la simetría facial y se facilitó el soporte del tejido blando para restaurar el contorno medio facial. Se logró mantener el control del lecho quirúrgico durante la cicatrización. Finalmente, evitamos la comunicación oro nasal en su totalidad, mejorando tanto la fonación como la deglución y por ende el aspecto psicológico y estético del paciente, también se logró aligerar el peso del obturador ahuecando el bulbo obturador, adquiriendo mayor retención y estabilidad con el diseño, logrando comodidad y permitiéndole al paciente la reintegración al entorno social y productivo.

## Discusión

El nasofibrofibroma tiene una predisposición en la adolescencia como lo describe la literatura. El tratamiento de la enfermedad es quirúrgico, siendo de gran ayuda la embolización previa, sobre todo en estadios III y IV.<sup>1</sup>

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.

Mendoza et al.<sup>6</sup> señalan que el éxito de una rehabilitación protésica depende del 50% del médico y el otro 50% del paciente (antes, durante y después del tratamiento).

Salinas et al.<sup>9</sup> concluyen en su estudio que con el uso de un obturador en defectos maxilares provocados por cirugía oncológica sigue siendo el tratamiento de elección para mejorar la calidad de vida de este tipo de pacientes, ya que no sólo mejora de manera sustancial funciones básicas del sistema estomatognático como son la fonación, la masticación y la deglución, además de la estética facial. También concluyen que un factor importante para el mejor funcionamiento de los obturadores es la cantidad de dientes sanos remanentes, ya que los pacientes con siete o más dientes remanentes en su estudio presentaron mejor funcionalidad del obturador en cuanto a masticación y fonación, debido a su mayor estabilidad y retención.

En la confección de estos obturadores, si el defecto es muy grande; la porción obturadora se hace muy voluminosa y consiguientemente pesada que atenta con la retención y estabilidad, por lo que en estos casos se indica una prótesis obturadora liviana, y para conseguirlo se puede desbastar el obturador al hacerse hueco para disminuir su peso,<sup>12</sup> como se realizó en el caso antes presentado.

Referente al método de polimerización del acrílico Oberti T.<sup>13</sup> menciona que las polimerizaciones llevadas a cabo bajo calentamiento térmico (también llamado calentamiento clásico) requiere mayores tiempos de reacción y el calentamiento no es homogéneo provocando que no sea totalmente eficiente, en cambio el modo de



calentamiento por microondas es volumétrico, se produce en todo el material más homogéneamente lo que da lugar a una transferencia de energía muy rápida demostrando mayor eficiencia de calentamiento en menor tiempo.

Clerk J. realizó un estudio del método de termocurado convencional y el método por microondas, estableciendo que en el método convencional las moléculas de monómero son movidas por choques térmicos que reciben de otras moléculas, es decir, son pasivamente movidas como consecuencia del calor de afuera. En cambio, en el método de microondas, las moléculas de monómero son movidas por un campo de ondas electromagnéticas y la causa de su movimiento es el calor interno, concluyendo que se necesita un menor tiempo en la reacción de polimerización de la resina acrílica curada por el método de microondas.<sup>15</sup>

En relación con los defectos faciales López A.<sup>14</sup> señala que las reconstrucciones han ido progresando en las últimas décadas gracias a la incorporación de los colgajos microvascularizados que permiten al cirujano reconstruir diversos tipos de tejidos, pero la reconstrucción de los defectos maxilares continúa siendo un problema no resuelto. También argumenta que la elaboración de un obturador palatino no es la técnica ideal cuando se trata de defectos que implican más de la mitad de la arcada maxilar o los anexos orbitarios. Además, con el auge de las prótesis dentales implantosoportadas, si la reconstrucción del defecto asocia hueso de calidad adecuada, una prótesis con el uso de estos implantes puede acercar la calidad de vida del paciente a la que tenía previamente a la cirugía.

## **Conclusión**

En el tratamiento de pacientes con defectos palatinos, la intervención oportuna del protesista maxilofacial debe ser parte de un componente multidisciplinario para el control, tratamiento y rehabilitación del paciente, lo cual ayuda a minimizar posibles secuelas y complicaciones orales, siendo clave para el éxito del tratamiento.

Con el uso del obturador palatino nuestro paciente recuperó satisfactoriamente las funciones de masticación, deglución y fonación, además permitió un buen seguimiento de la intervención quirúrgica, se logró la estética deseada por el paciente y su rehabilitación morfofuncional al devolverle las funciones perdidas y elevar su autoestima y de esta forma mejoró considerablemente su calidad de vida logrando reintegrarse a su actividad laboral.

## **Responsabilidades éticas**

Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y que el paciente incluido en este caso clínico ha recibido información suficiente y ha dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho caso clínico (*Figura 24*).

CONSENTIMIENTO PARA LA TOMA DE FOTOGRAFÍAS Y AUTORIZACIÓN  
PARA SU USO O DIVULGACIÓN

Nombre:

Carlos Daniel Reyes Reyes

Por la presente, doy mi consentimiento para que se me tomen fotografías mientras recibo o proveo tratamiento en el hospital o la clínica. El término "fotografía" incluye video o fotografía fija, en formato digital o de otro tipo, y cualquier otro medio de registro o reproducción de imágenes.

Por la presente, autorizo el uso o la divulgación de la(s) fotografía(s) al Hospital General de México.

Por la presente, autorizo el uso o la divulgación de la(s) fotografía(s) para el propósito de difusión al personal del hospital, médicos, profesionales de la salud y miembros del público con fines educativos, de tratamiento, de investigación, científicos, de relaciones públicas, de mercadotecnia, y de medios de comunicación.

Doy mi consentimiento para que se me tomen fotografías y autorizo el uso o la divulgación de tal(es) fotografía(s) a fin de contribuir con los objetivos científicos, de tratamiento, educativos, de relaciones públicas, de mercadotecnia, de medios de comunicación y benéficos, y por la presente renuncio a cualquier derecho a recibir compensación por tales usos en virtud de la autorización precedente. Por la presente, yo y mis sucesores o cesionarios eximimos al hospital, a sus empleados, a mi(s) Médico(s) y a cualquier otra persona que participe en mi atención, y a sus sucesores y cesionarios, de toda responsabilidad ante cualquier reclamo por daños o de indemnización que surja de las actividades autorizadas por este acuerdo.

Esta autorización se expirará diez años después de la fecha firmada.

Si yo decido rescindir esta autorización, el hospital no permitirá posteriores divulgaciones de mi fotografía, pero no podrá pedir que se devuelvan las fotografías o la información ya divulgadas.

Entiendo que no recibiré ningún tipo de compensación financiera.

FIRMA *CDRQ*

Fecha: *05/11/20*

*Figura 24. Consentimiento y autorización de divulgación.*

## Bibliografía

- 1.- Oré Acevedo J, La Torre Caballero L. Tratamiento quirúrgico del angiofibroma nasofaríngeo juvenil en pacientes pediátricos. *Acta Otorrinolaringológica Española*. 2019;70(5) Páginas 279-285.
- 2.- Herrero M, De Leyva P, Sagüillo K. Angiofibroma nasofaríngeo juvenil: a propósito de un caso. *Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial*. 2015; 37(2): 117-121.
- 3.- Llorente J, López F, Suárez V. Evolución en el tratamiento de los angiofibromas nasofaríngeos Juveniles. *Acta Otorrinolaringológica Española*. 2011; 62(4): 279-286.
- 4.- Diaz A. Estado actual del tratamiento del angiofibroma nasal juvenil. *Rev Med Hered*. 2018; 29:52-57.
- 5.- Velázquez R, Flores R, Torres D. Uso de obturadores en cirugía oral y maxilofacial. Presentación de cinco casos clínicos. *Revista Española de cirugía oral y maxilofacial*. 2011;33(1):22-26.
- 6.- Mendoza M, Torres J, Jiménez R. Rehabilitación protésica integral en ausencia de maxilar. Reporte de un caso. *Revista odontológica mexicana*. 2015; 19 (3): 192-200.
- 7.- Cheng C, Ren W. Function of obturator prosthesis after maxillectomy and prosthetic obturator rehabilitation. *Brazilian Journal of otorhinolaryngology* [Internet]. 2015. Recuperado el 14 de octubre del 2020, de <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjorl.2015.10.006> 1.
- 8.- Rojas S. Pacientes con defectos maxilares en el servicio de prótesis bucomaxilofacial. *Rev. Ciencias Médicas de Pinar del Río*. Marzo -abril, 2018; vol. 22(2)270-280.
- 9.- Salinas J, Diaz M, Echeverria E. Evaluación funcional y estética de obturadores palatinos en pacientes maxilectomizados. *Gaceta mexicana de oncología*. [Internet]. 2011. Recuperado el 26 octubre del 2020, de <https://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-pdf-X1665920111894286>.
- 10.- Troconis I, Zurita M. Importancia de la prótesis obturadora maxilar en la rehabilitación del paciente oncológico. *Revista Venezolana de Oncología*. 2003;15(2):92-99.
- 11.- Beumer J, Marunick M. Maxillofacial rehabilitation. *Surgical Management of Cancer-Related, Acquired, and Congenital Defects of the Head and Neck, Third Edition*. Quintessence publishing. 2011. Chapter 3, 155-212.

12.- Napoles I, Napoles A. Rehabilitación protésica obturatriz en defecto maxilar. Rev. Arch Med Camagüey. 2017. Vol21(5) 659-664.

13.- Oberti T, Universidad Nacional de la Plata Facultad de Ciencias Exactas Departamento de Química, Tesis doctoral "Efectos de la radiación de microondas en la polimerización, estructura y propiedades de polímeros acrílicos", Argentina 2011. 160 pág.

14.- López A. Reconstrucción del maxilar superior Algoritmo reconstructivo, tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid, facultad de medicina, departamento de cirugía. 2018. 197 pág.

15.- Soto J, López A. Comparación de cambios dimensionales en bases protésicas de acrílicos curados por calor y microondas. Revista Odontológica Mexicana. Enero-Junio 2004. Vol. 8 (1):10-16.