Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Odontología

Rehabilitación Precoz en las Intervenciones del Cáncer Maxilo Facial.

T E S I S

Que para obtener el título de:

CIRUJANO DENTISTA

p r e s e n t a :

Julio Patricio Eufracio Solano

México, D. F 1978

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

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.

QUE SUERTE HE TENIDO DE NACER .....

PARA CALLAR CUANDO HABLA EL QUE MAS SABE
APRENDER A ESCUCHAR, ¡ESA ES LA CLAVE!
SI SE TIENE INTENCIONES DE SABER.

ALBERTO CORTEZ.

AL PEQUEÑO MUNDO INTERIOR DE CADA UNO.

J.P.E.S.

UN PENSAMIENTO MUY ESPECIAL, PARA TODOS AQUELLOS QUE DE ALGUNA FORMA O DE OTRA, CONFIANDO EN MI ME BRINDARON SU APOYO, COLABORACION Y COMPRENSION.

J.P.E.S.

LA REHABILITACION EN EL CANCER ORAL

TEMARIO

I.- CANCER.

1.- Introducción
2.- Definición
3.- Evolución histórica
4.- Diagnóstico y tratamiento
5.- Historia clínica
6.- Biopsia
7.- Exploración física
8.- Clasificación
9.- Estadísticas

II.- REHABILITACION.

1.- Introducción
2.- Registro nacional de invalidos
3.- Definición y clasificación de la rehabilitación y de la invalidez
Rehabilitación: Definición, objetivos, la rehabilitación en el cáncer, la rehabilitación en México
4.- Prevención y rehabilitación integral
5.- Departamento de Rehabilitación

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

TEMARIO I

CANCER

1.- INTRODUCCION

El cáncer es sin duda la enfermedad que ha tenido más controversia en los últimos tiempos, no solo entre los médios médicos, sino también entre la población en general, no importando que la haya o no tocado vivir un caso de cáncer.

Debido a la falta de información o debido a otras causas, se le ha atribuido orígenes tales como: castigo divino, posesiones demoniacas, hasta práctica de brujos y hechiceros en contra de la persona afectada. Su curación ha sido y es intentada, desde los más complejos ritos y prácticas que nos parecen extrañas hasta la utilización de los más modernos aparatos y técnicas médicas, pasando por una infinidad de brebajes y pocimas, así como de todo un arsenal de medicamentos.

La medicina moderna ha intentado y sigue intentando descubrir el origen de esta enfermedad, y como consecuencia su posible curación, erradicación y control de la misma. Los logros obtenidos, aunque significativos no son definitivos, por lo tanto el cáncer, sigue cobrando fuerza y provocando nuevas secuelas e invalideces de todo tipo, incluyendo la muerte.

Aunque el cáncer no respeta clases sociales ni niveles intelectuales, es entre la población de un nivel intelectual y cultural más pobre, con po-

cos recursos económicos, en donde se encuentran - los estados incurables o con posible curación, pero a costa de invalideces considerables.

Es por esto y por otras razones, por lo que- se considera imprescindible que la educación sobre esta afección, sea más completa en los medios profesionales y más conciente en la población.

Pretendiendo que lo anterior se realice, empezaremos por aclarar o tratar de aclarar un poco, que es el cáncer:

2.- DEFINICION

En el sentido más literal, la neoplasia es - una neoformación, constituida por la acumulación - anormal de células, cuyo crecimiento excede del de los tejidos normales y es incoordinado con el de - los mismos (1)

El cáncer, vendría a ser una enfermedad en - la cual, por motivos hasta hoy desconocidos, una o varias células de cualquier parte del cuerpo, de-- jan de obedecer a los mecanismos que las controlan y armonizan con las demás, comenzando a crecer y a multiplicarse más rápidamente, sin medida, provo-- cando la desorganización y disfuncionabilidad del- tejido al que pertenece.

Estas anomalidades, inexistentes en el tejido sano, da por resultado que se establesca una - competencia nutritiva entre las células neoplási-- cas y las células normales, que estas al no desa--

rrollarse al mismo ritmo que las neoplásicas, vansiendo debilitadas poco a poco hasta que mueren, - provocando por lo tanto, además de la neoplasia, - zonas de necrosis y falta de función, que agravanel problema ya existente.

Una vez establecida la sospecha o la seguridad, sobre una lesión cancerosa, es necesario queel C.D., determine como debe ser el trato de estos pacientes, o a que tipo de centros hay que remitirlo, contribuyendo así, de una manera más efectivaa la prevención y curación de esta enfermedad.

Hoy en día la mayoría de la población, piensa, que el cáncer terminará con la vida de la person afectada o que la posible curación sería de un costo elevadisimo, y muy poco o nada conocen de - los medios con que se cuenta actualmente para su - posible rehabilitación.

3.- EVOLUCION HISTORICA.

Hace algunas décadas, cuando en los círculos médicos se comenzaba apenas a comentar sobre el - cáncer, se hablaba de una afección rara, casi desconocida en su mayoría y muy difícil de tratar debido, a la poca información científica y el escaso conocimiento clínico de la misma.

Se le consideraba un hecho tan raro, que enuna estadística norteaméricana de 1900, ocupaba el décimo lugar como causa de muerte, en la actualidad ocupa el segundo lugar de mortalidad mundial.- (2)

Este avance tan espectacular es atribuido a varios hechos tales comó: que hoy se lleva un control más exacto sobre los casos de cáncer y es posible establecer estadísticamente la gravedad del problema; otro que se menciona es que, sí es verdad, que la mayoría de las personas afectadas de cáncer son personas de 50 años o más, es lógico pensar, que hoy existan más casos de cáncer que antes, puesto que existe más gente y esta gente vive más años, llegando con facilidad estos a 50 años.

Además, mientras más tiempo viva o vaya viviendo una persona, mayores son sus probabilidades de contraer esta enfermedad. (2) (3) (1)

El cáncer bucal por lo tanto, no es la excepción a esta regla, puesto que se presenta con mayor frecuencia, en pacientes cuya edad promedio es mayor de 50 años, actualmente, el número de personas que alcanzan la edad clínica en que el cáncer se hace presente es 2.5 veces mayor que en 1900, además en 1990, época en que se ha calculado, que se alcanzará la población mundial máxima, este número de pacientes expuestos al cáncer bucal, será de 10 veces mayor que en 1900. (2)

Si nos basamos en estas cifras, el aumento futuro de los tumores malignos de la boca y de los tumores malignos en general, es algo inevitable; por lo tanto los investigadores opinan, que se requiere una acción constructiva, bien elaborada y a largo plazo, para contrarrestarlo y que es fundamental utilizar mejor nuestros recursos actuales.

4.- DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO.

a.- HISTORIA CLINICA

El diagnóstico de una afección cancerosa se realiza siguiendo los mismos pasos que se utilizan para cualquier enfermedad: interrogatorio y exploración física. La historia clínica constituye un paso fundamental dentro del diagnóstico, aunque deben conocerse y comprenderse sus limitaciones.

El interrogatorio, al pertenecer a la historia clínica, nos va a proporcionar el conocimiento de lo que piensa y siente el paciente, pero debe tomarse en cuenta que existe la posibilidad de que estos datos sean imprecisos o confusos, pudiendo orillar al interrogador a un diagnóstico errado.

Debido a que esta enfermedad no es de aparición espectacular y de evolución rápida, por la escasez de signos y síntomas alarmantes en sus primeros estadios, el paciente no recuerda con exactitud y muchas veces proporciona datos equivocados, es por eso muy importante, que el clínico tenga cuidado en esta parte del diagnóstico. (2)

Por ejemplo es muy común, que el paciente que se presentara en el consultorio con una lesión de tres o cuatro centímetros, con síntomas escasos y que por su aspecto y consistencia, nos hiciera pensar en una lesión cancerosa, con una crónicidad de semanas o meses, nos diga que "eso" le apareció pocos días antes y de una manera brusca. Estos datos si no se tiene cuidado podrían confundirnos en el diagnóstico.

Existen sin embargo, datos que nos proporciona una visión más clara del problema, como por ejemplo, que el paciente hubiera notado la naturaleza progresiva de la lesión, como en el caso de algunos cánceres orales, que la irritación que siente por el hábito de fumar lo obligue a disminuirlo o incluso a dejarlo, etc. (2)

b.- BIOPSIA.

Debido sin embargo, a que parte de esos enfermos suministran datos exactos y otra parte los proporcionan errados, el C.D., debe de pensar en la posibilidad de un cáncer, el método por elección para descartar esta posibilidad sigue siendo la toma de una biopsia; haciendo este método rutinariamente, las probabilidades de diagnosticar un cáncer precoz, seran mayores.

Para la obtención de la biopsia, es necesario que el C.D. cuente con el material necesario mínimo, que es, una hoja de bisturí y una solucion de formol al 1%, en donde colocar la misma. La técnica que se vaya a emplear es a elección del C.D.

Concluyendo se puede afirmar, que la mención de la cronicidad apoya un diagnóstico de cáncer, pero que la mención de una evolución aparentemente breve de ninguna manera lo descarta.

c.- EXPLORACION FISICA.

Además de los datos sobre los signos vitales

y el estado general de salud del paciente, es indispensable la exploración física de la lesión y las regiones adyacentes. Mediante ésta, obtendremos información como: consistencia, tamaño, forma, etc., tanto de la lesión como de los tejidos vecinos a la misma.

Para un buen éxito en este paso, es de vital importancia, que los conocimientos tanto de las lesiones, como de las diferentes estructuras que lo integran y rodean, sean correctos, para evitar confusiones y errores en el diagnóstico. Por ejemplo, la observación y la palpación cuidadosa de un carcinoma nos hara saber su consistencia, su tamaño, su profundidad y extensión, las posibles metástasis, tanto a los ganglios de la región como a los tejidos vecinos a la misma, la presencia o ausencia de exudados, infección o necrósis, coloración y sobre todo algo tan importante como es su colocación, puesto que es un hecho comprobado, que mientras más media y más posterior se encuentra una lesión cancerosa, mayor es su agresividad. (2)

Depende además de todo lo anterior, el reconocer de que tipo de cáncer se trata, para evaluar su pronóstico, ya que las neoplasias en general, cuando más malignas son, es mayor la rapidez con que crece, más rápidamente se producen las metástasis y destruye los tejidos sanos con mayor facilidad. (2) (3)

Por ejemplo, el carcinoma de células basales es menos maligno que el de células escamosas, en la región de la cara, y el desarrollo del primero es netamente más lento que el segundo en esta mis-

ma región. (2)

Además, un carcinoma de células escamosas de la piel, con una imagen microscópica igual a la de un carcinoma de células escamosas del labio, suele desarrollarse más lentamente, invadir menos tejidos, producir menos metástasis y evolucionar más lentamente; por lo tanto es de mejor pronóstico, sin importar su similitud histológica. (2)

5.- CLASIFICACION

La primera clasificación en sentido de su morbosidad es la que agrupa a las neoplasias en dos grandes grupos que son: (1) (2) (3)

A) TUMORES BENIGNOS

B) TUMORES MALIGNOS

Para tratar de entender con mayor claridad una clasificación y por lo tanto poder comprender el tipo y localización de los tumores, Robbins, (1) recomienda que se añada a toda clasificación una pequeña explicación de la nomenclatura utilizada en la misma. Aquí designaremos, como en la mayoría de las clasificaciones a los tumores benignos de acuerdo a su histología; agregándole el sufijó -oma al nombre de la célula de la cual proviene el tumor. Por ejemplo los tumores benignos que son originados en células del tejido fibroso se llaman fibromas, este sistema es simple, cuando se utiliza para designar a los tumores benignos de tipo mesenquimatoso (hueso, músculo, tendón, etc.). Pero los tumores benignos de origen epitelial, debido a

su cantidad, es más difícil clasificarlos en esta-forma. En los tumores malignos se sigue una forma-de clasificarlos muy similar a la que es utilizada en los tumores benignos, con las siguientes varian tes: a los tumores malignos de origen mesenquimato so, se les denomina sarcoma, (1) (2) (3) (fibrosar coma) y a los tumores malignos de origen epitelial que provengan de cualquiera de las tres capas germinativas, se les denomina carcinoma, (1) (2) (3)-por ejem.: un carcinoma que al microscopio presenta un crecimiento de forma glandular se le denomina adenocarcinoma, precisandose posteriormente su-sitio de localización, adenocarcinoma de las células renales.

Como en todas las clasificaciones existen al gunos conceptos tan arraigados, que es muy difícil-cambiarlos, por ejem.: el carcinoma de las células epiteliales del hígado se le denomina hepatoma - - siendo que su denominación más correcta sería la - de hepatocarcinoma. (1)

El siguiente punto en la clasificación es la de hacer notar que pueden existir tres subgrupos - dependiendo del número de estructuras que se en- - cuentran involucradas en el mismo y son: (1)

A) TUMOR SENCILLO.- Este es el grupo que reu ne la mayor cantidad de tumores y se caracteriza - por estar formado por células de un solo tipo.

B) TUMOR MIXTO.- Este tipo de tumores esta - formado por dos tipos de células que se considera-provienen de la misma capa germinativa.

C) TERATOMAS.- Además de los tumores mixtos-verdaderos, hay neoplasias poco frecuentes llamadas teratomas, que constan de células que corresponden a más de una capa germinativa. Estos tumores constan de tejidos bien diferenciados y más o-menos maduros que corresponde a la piel, grasa, - etc. (1)

Además de esta clasificación, existen determinadas características propias tanto, de los tumores benignos, como de los malignos que son las que al final los colocan en un grupo, o en otro, y son las siguientes: A) En todos los tumores existen - dos componentes básicos que son: las células neoplásicas proliferantes, que comprenden el parenquima del tumor y el estroma de sosten que esta constituido por tejido conectivo y vasos sanguíneos.

La diferenciación celular, que es el grado - de semejanza morfológica de estas células con relación a las normales, es tambien una característica importante ya que se tiene la hipótesis que mientras más diferenciada es una neoplasia su malignidad es menor. Por lo tanto, se comprendera que los tumores benignos guardan una semejanza histológica casi absoluta con las células del tejido de donde-provienen, donde las alteraciones son posiblemente a nivel submicroscopico y que la menor difrenciación de una neoplasia obliga a pensar en una malignidad casi segura.

Tiene singular importancia también algunas - otras características diferenciales que ayuden a - esclarecer las condiciones del tumor tales como: - TB el crecimiento suele ser por expansión con for-

mación en la mayoría de los casos de una capsula - que rodea a la neoplasia, TM el crecimiento es por infiltración y expansión, de manera que no hay encapsulamiento. TB su crecimiento es lento y progresivo, pudiendo experimentar en algunos casos regresión o estancamiento, con observación de imágines-mitoticas escasas y normales. TM el crecimiento - suele ser rápido en relación del TB y con muchas - imágenes mitoticas anormales. TB no presentan me-- tástasis, T.M. presentan metástasis, siendo probablemente esta la característica más representativa de estas neoplasias.

6.- ESTADISTICAS

La información siguiente en la que se hace - mención a las estadísticas que existen sobre el - cáncer en las regiones del cuello y la cara son la única información que de este tipo nos fue posible recavar y pertenece al departamento de Bioestadística del Centro Hospitalario "20 de Noviembre" del I.S.S.S.T.E., ya que en las demás instituciones, - tales como el I.M.S.S., S.S.A., etc. o carecen por completo de las mismas o por razones de tipo burocrático no es posible tener acceso a ellas.

Debido a lo anterior, se disculpara la escasa y poco precisa información al respecto, teniendo que verse en la necesidad de utilizar en el contexto de la parte que hace alusión al cáncer en todos sus aspectos generales, de las estádísticas - existentes en los libros de texto y en algunas - - otras fuentes que no fueron de origen nacional.

CLASIFICACION SEGUN ROBBINS:

- TUMORES DE LOS MAXILARES
  - 1 TUM. ODONTOGENOS
    - ODONTOMA (BLANDO Y DURO)
      - SIMPLES
      - MIXTO
        - ODONTOMA AMELOBLASTICO
        - FIBROMA AMELOBLASTICO
        - HEMANGIOMA AMELOBLASTICO
        - NEUROMA AMELOBLASTICO
        - SARCOMA AMELOBLASTICO
    - DERIVADOS DEL ECTODERMO Y DEL MESODERMO
      - FIBROMA ODONTOGENO
      - MIXOMA ODONTOGENO
      - MIXOFIBROMATOSOS
      - ENAMELOMAS
      - DENTINOMAS
      - CEMENTOMA
      - AMELOBLASTOMA
      - MELANOAMELOBLASTOMA
      - ODONTOMA COMPLEJO MIXTO
      - ODONTOMA QUISTICO MIXTO
  - 2 OTROS TEJIDOS
  - 3 TUM. GLANDULAS SALIVALES

- TUMORES NO ODONTOGENOS BENIGNOS
  - TORUS
    - PALATINOS
    - MANDIBULARES
  - OSTEOMA
  - FIBROMAOSIFICANTE
  - OSITEOFIBROMA OSIFICANTE
  - LESIONES DE CELULAS GIGANTES
  - CONDROMA
  - MIXOMA
  - FIBROMA CENTRAL
  - ANGIOMA
  - TUM. NEUROGENOS
    - NEURINOMA
    - GANGLIONEUROMA
    - NEUROFIBROMA
    - NEUROMA DE AMPUTACION

- TUMORES NO ODONTOGENOS MALIGNOS
  - SARCOMA OSTEOGENO
  - TUMOR EWING
  - MIELOMA MULTIPLE
  - LINFOMA MALIGNO
  - FIBROSARCOMA
  - NEUROSARCOMA
  - SARCOMA DE CELULAS DEL RETICULO (DE CARACTER PRIMARIO)
  - MELANOMA MALIGNOS
  - TUM. TIROIDEOS
  - CONDROSARCOMA
  - SIMPATOBLASTOMA

AFECCION	LOCALIZACION	SEXO
1.- CANCER EPIDERMOIDE	LABIO INFERIOR	5 masc. 0 fem.

total de casos: 5 casos edad máxima: 90 años
edad mínima: 42 años

promedio de edad: 72.6

Tratamiento:

QUIRURGICO	80 %
RADIOTERAPIA	17 %
QUIMIOTERAPIA	3 %

Motivo del egreso:

mejoría	3 casos
curación	1 caso
muerte	1 caso

Observaciones: La localización exacta, grupo de clasificación, etc. no esta especificado en las estadísticas.

2.- CANCER EN LENGUA: sexo:
5 masc.
1 fem.

Total de casos: 6 casos

edad máxima: 87 a.
edad mínima: 02 a. promedio de edad: 61.5 a.

Tratamiento: No específica el tratamiento exacto.

Motivo del egreso:

mejoria	2 casos
curación	2 casos
muerte	1 caso
alta voluntaria	1 caso
otros	1 caso

Observaciones: Las estadísticas no específican la-localización exacta, grupo histológico de la afección, clasificación-como lesión primaria, o metástasis, desarrollo, etiología, etc.

3.- CANCER EN PAROTIDA:

sexo:
2 fem.
1 masc.

Total de casos: 3 casos

edad mínima: 42 a.
edad máxima: 76 a. Promedio de edad: 61.3 a.

Tratamiento: No específica tratamiento

Motivo del egreso: mejoria 2 casos
alta voluntaria 1 caso

Observaciones: Las estadísticas no específican la localización exacta, etc.

4.- CANCER EN ENCIA INFERIOR.

sexo:
2 fem.
1 masc.

Total de casos: 3 casos

edad mínima: 51 a.
edad máxima: 70 a. Promedio de edad: 56.6 a.

Tratamiento: No específica tratamiento

Motivo del egreso: mejoria 2 casos
alta voluntaria 1 caso

Observaciones: Las estadísticas no específican la localización exacta, grupo - histológico de la afección, clasificación como lesión primaria metástasis, desarrollo, etiología, etc.

5.- CANCER EN CUALQUIER OTRO SITIO DE LA MUCOSA - ORAL, QUE NO SEA ENCIA INFERIOR O PALADAR:

Total de casos: 2 casos

sexo:
1 masc.
1 fem.

edad mínima: 64 a.
edad máxima: 70 a. Promedio de edad: 67 a.

Tratamiento: No específica tratamiento.

Motivo del egreso: muerte 2 casos

Observaciones: Las estadísticas no específican la localización exacta grupo - histológico de la afección, clasificación como lesión primaria o mestástasis, desarrollo, etiología, etc.

6.- CANCER EN PISO DE LA BOCA.

Total de casos: 4 casos

sexo:
4 masc.
0 fem.

edad mínima: 33 a.
edad máxima: 83 a. Promedio de edad: 54 a.

Tratamiento: No específica tratamiento.

Motivo del egreso:

mejoría	3 casos
alta voluntaria	1 caso
muerte	1 caso
otros	1 caso

Observaciones: Las estadísticas no específican la localización exacta grupos - histológico, clasificación como lesión primaria o metástasis, - desarrollo, etiología, etc.

7.- CANCER EN PALADAR:

sexo:
3 masc.
0 fem.

Total de casos: 3 casos

edad mínima: 51 a.
edad máxima: 60 a. Promedio de edad: 57.6.a.

Motivo del egreso: mejoría 2 casos
pase a otra unidad 1 caso

Tratamiento: No específica tratamiento

Observaciones: Las estadísticas no específican la localización exacta de la afección, grupo histológico, clasificación como lesión primaria o como metástasis, desarrollo, etiología, etc.

8.- CANCER EN LA UVULA

sexo:
1 masc.
0 fem.

Total de casos: 1 caso

edad: 63 a.

Motivo del egreso: mejoría 1 caso

Tratamiento: Tratamiento no específicado

Observaciones: Las estadísticas no la localización exacta, grupo histológico de la afección, clasificación como lesión primaria o metástasis, desarrollo, etiología, etc.

9.- CANCER AMIGDALA.

sexo:
2 masc.
1 fem.

Total de casos: 3 casos

edad mínima: 44 a.
edad máxima: 64 a. Promedio de Edad: 52 a.

Tratamiento: No específica tratamiento

Motivo del egreso: mejoría 2 casos
alta voluntaria 1 caso
muerte 1 caso

Observaciones: Las estadísticas no específican la localización exacta, grupo histológico de la afección, clasificación como lesión primaria o metástasis, desarrollo, etiología, etc.

10.- CANCER DE LA OROFARINGE.

sexo:
1 masc.

Total de casos: 1 caso

Edad: 33 a Motivo del egreso:

Tratamiento: No específica tratamiento

Observaciones: Las estadísticas no específican la localización exacta, grupo histológico de la afección, clasificación como lesión primaria o metástasis, desarrollo, etiología, etc.

11.- CANCER EN NARIZ: (interior y fosas nasales)

sexo
1 masc.
1 fem.

Total de casos: 2 casos

edad mínima: 09 a.
edad máxima: 46 a. Promedio de edad: 27.5 a.

Motivo del egreso: mejoría 2 casos

Tratamiento: No específica tratamiento

Observaciones: Las estadísticas no específi-- can la localización exacta de- la lesión, grupo histológico - de la afección, clasificación- como lesión primaria o metástasis, desarrollo, etiología, - etc.

12.- CANCER DE LA ORBITA: (exceptuando parpados y- nervio óptico)

sexo
4 masc.
1 fem.

Total de casos: 5 casos

edad mínima: 01 a.
edad máxima: 76 a.

Motivo del egreso: mejoría 5 casos

Tratamiento: No específica tratamiento

Observaciones: Las estadísticas no específi-- can la localización exacta, -- grupo histológico de la afec-- ción, clasificación como le- - sión primaria o metastasis, desarrollo, etiología, etc.

13.- CANCER DEL SENO MAXILAR:

sexo:
1 masc.
0 fem.

Total de casos: 1 caso

Edad: 58 a.

Motivo del egreso: muerte 1 caso

Tratamiento: No específica tratamiento

Observaciones: Las estadísticas no específi-- can la localización exacta, - grupo histológico de la afec-- ción, clasificación como le- - sión primaria o metástasis, de sarrollo, etiología, etc.

14.- CANCER EN EL ENCEFALO: (exceptuando nervios y pares craneales)

Total de casos: 9 casos

sexo
2 masc.
7 fem.

edad mínima: 04 a.
edad máxima: 68 a. Promedio de edad: 27.8 a.

Motivo del egreso: mejoría 5 casos
muerte 4 casos

Tratamiento: No específica tratamiento

Observaciones: Las estadísticas no específi-- can la localización exacta, - grupo histológico de la afec-- ción, clasificación como le- - sión primaria o metástasis, de sarrollo, etiología, etc.

15.- CANCER EN PARES CRANEALES: (incluyendo el óp- tico)

Total de casos: 2 casos

sexo:
2 masc.

edad mínima: 01 a.
edad máxima: 02 a. Promedio de edad: 1.5 a.

Motivo del egreso: mejoría 1 caso
muerte 1 caso

Tratamiento: No específica tratamiento.

Observaciones: Las estadísticas no específi-- can la localización exacta de la afección, grupo histológico, clasificación como lesión primaria o metástasis, desarrollo, etiología, etc.

TOTAL DE CASOS EN EL AÑO 1976 DE CANCER CERVICO-FACIAL

No. 50 casos

1.- 10 % Ca, EPIDERMOIDE
2.- 12 % Ca. en lengua
3.- 06 % Ca. en parótida
4.- 06 % Ca. en encía inferior
5.- 04 % Ca. en mucosa oral
6.- 08 % Ca. piso de la boca
7.- 06 % Ca. paladar
8.- 02 % Ca. Uvula
9.- 06 % Ca. amigdala
10.- 02 % Ca. orofaringe
11.- 04 % Ca. nariz
12.- 02 % Ca. senomaxilar
13.- 10 % Ca. orbita
14.- 18 % Ca. encéfalo
15.- 02 % Ca. en pares craneales y nervio óptico.

PROMEDIO EN GRAL. CON RESPECTO AL SEXO

1.- 34 masc. ---- 68 %

2.- 16 fem. ----- 32 %

PROMEDIO GRAL. EN CUANTO A LA EDAD:

EDAD MAXIMA: 72.6 a. --- Ca. en labio inferior

EDAD MINIMA: 01.5 a. --- Ca. en pares craneales y nervio óptico

TOTAL DE PROMEDIO GRAL.: 50.1 a.

PROMEDIO GENERAL DE MORBILIDAD:

MEJORIA: 29 casos ------- 58 %

MUERTE : 12 casos ------- 24 %

OTROS : 18 casos ------- 18 %

LA AFECCION DE MORTALIDAD MAXIMA:

CA. EN MUCOSA ORAL 2 c. 2 m.

CA. SENO MAXILAR 1 c. 1 m.

CA. ENCEFALO 9 c. 4 m.

MORTALIDAD MEDIA:

CA. EN PARES CRANEALES Y N. OP. 2 c. 1 m..

MORTALIDAD MAXIMA:

CA. ORBITA 5 c. 5 mej.

TEMARIO II

REHABILITACION

1.- INTRODUCCION.

En las sociedades contemporáneas donde la esperanza de vida ha sido aumentada gracias a la evolución de las ciencias médicas, la invalidez se presenta como un fenómeno grave que requiere de una urgente solución. La medicina ha logrado que los indices de mortalidad disminuyan, en tanto no ha podido evitar que el número de invalidos aumente; dicho de otro modo, hoy en día no son causa de muerte muchos padecimientos o traumatismos que en otros tiempos lo era, sin embargo, si son causa de invalidez, en muchos casos de carácter irreversible.

Visto de esta manera, si al número creciente de invalidos no se les rehabilita convenientemente, pueden representar una seria carga para la sociedad. Es por esta razón, que alimentado por un profundo conocimiento de la problemática de nuestro país, las sociedades o grupos pendientes de los problemas de la salud, señalan como un capítulo importante los programas de salud encaminados a la necesaria rehabilitación del invalido.

Afirman también que sus intenciones al respecto, seran de reducir la invalidez, en todas las etapas de la atención médica, promoviendo para esto que las unidades de atención médica cuenten con los recursos necesarios para la prevención de las enfermedades invalidantes, la atención integral de

los enfermos, la rehabilitación somática, psicológica, social y profesional de los invalidos.

2.- REGISTRO NACIONAL DE INVALIDOS.

Para el desarrollo y logro de estas metas establecidas, es necesario contar con información fidedigna, uniforme y actualizada de la problemática de la invalidez en nuestro país.

Como en México no existe mecanismo alguno - que nos proporcione esta información (se encuentra aún en proceso de formación), el conocimiento estadístico de este creciente problema de salud pública, es incompleto y adolece de muchos defectos.

En esto reside la importancia de implantar - un registro que concentrando los datos necesarios, nos permita obtener un conocimiento completo de - las características de todos los casos de invali-- dez tratados en los establecimientos de salud pú-- blica y de educación especial del país; por lo tanto las instituciones tanto públicas y privadas, - así como los médicos, que en el ejercicio de su - profesion intervengan en la atención de pacientes- invalidos, deberán comunicarlo a la Secretaría de- Salubridad y Asistencia, haciendole saber la naturaleza y el grado de invalidez de cada caso, y si- aquella es reversible o si puede mejorar mediante- tratamiento de rehabilitación.

En síntesis esto integra el conjunto de procedimientos que apropiadamente interrelacionados - se ocupen de la captación, generación y procesos -

de la información, a la situación en tiempo y ubicación del invalido, así como el tipo, causa y evolución de su padecimiento.

3.- DEFINICION Y CLASIFICACION DE LA REHABILITACION Y DE LA INVALIDEZ.

I.- REHABILITACION.

a.- Definición de rehabilitación.- La rehabilitación es la parte de la medicina que se encarga, de la readaptación, física, social, psicológica o vocacional; de cualquier individuo que padezca algún tipo de invalidez. Para esto se vale de diferentes tipos de métodos de diagnóstico y tratamiento, así como de la utilización de aparatos protésicos que van a sustituir o a mejorar la función o la ausencia de alguna parte de su cuerpo.

b.- Objetivos.- Las metas del programa de rehabilitación de cada paciente deben de ser precisados desde un principio y establecerse sobre bases realistas, los programas de rehabilitación pueden quedar establecidos como lo sugiere Howard Brooks en tres categorías:

Restaurativa.- Esto es, si se puede lograr que el paciente retorne a su estado premorbido, sin una incapacidad residual significativa.

De soporte.- Esto es si la invalidez o la enfermedad, persisten pero que el paciente consiga reducir tanto como sea posible, su incapacidad, mediante un tratamiento rehabilitatorio adecuado.

Paliativa.- Si existe una invalidez progresiva, que puede esperarse por el avance de la enfermedad, pero en la cual, un tratamiento adecuado podría eliminar problemas tales como contracturas, problemas emocionales secundarios a la inactividad, deterioro de la higiene personal, desajuste psíquico por la depresión, etc.

Cualquiera que sea el problema del paciente cuando existe invalidez, debera ser sometido a un programa de rehabilitación integral física, psicológica, social, educativa y vocacional; sin lo cual no se alcanzara la meta última de integración social y empleo del paciente.

El tratamiento de rehabilitación tiene por objeto, prevenir la invalidez cuando esta aún no se ha establecido, o compensarla cuando ya existe; también tiene como propósito, reducir el tiempo de recuperación. En los casos quirúrgicos el tratamiento rehabilitatorio, preoperatorio y postoperatorio es de gran beneficio y debe procurarse por lo tanto, de disponer de las facilidades necesarias para la aplicación de todas las técnicas y métodos para la rehabilitación integral.

c.- La rehabilitación en el cáncer.- Siendo el cáncer una de las enfermedades que ocupa uno de los primeros lugares en la mortalidad general, se comprende que la mayor parte de los esfuerzos de investigación y de atención médica, esten dirigidas a la busqueda de procedimientos para su prevención y su tratamiento precoz. La literatura mundial esta llena de trabajos acerca de los factores etiológicos, anatomía patológica, detección tempra

na, diagnóstico y tratamiento quirúrgico, quimioterapico y radioterapico del cáncer; sin embargo son relativamente escasos los autores dedicados a estudiar las condiciones que prevalecen en los pacientes que sobreviven, por mayor o menor tiempo a un cáncer y las medidas necesarias que deben ser adoptadas para permitirle una vida mejor.

Por otro lado, como consecuencia de los mejores métodos de diagnóstico y tratamiento, cada vez se logra curar a un mayor número de pacientes cancerosos, aunque con cierta frecuencia tienen que ser sometidos a tratamientos radicales y mutilantes que les generan invalideces de grado variable, también, cada día aumentan el número de pacientes, que aunque no hayan sido curados, las medidas de tratamiento les permiten una sobrevida variable, lo que frecuentemente es acompañada de sufrimiento, no solo por la incertidumbre del avance de la enfermedad, sino también por la invalidez concomitante.

La invalidez que se presenta en los pacientes con cáncer es similar a la ocasionada por otras causas y sus procedimientos de rehabilitación son esencialmente los mismos, sin embargo, existen algunos tipos de invalidez que estan particularmente relacionados con él y que requieren por lo tanto métodos especiales de rehabilitación, también, especialmente en los pacientes geriatricos, se presentan otras invalideces agregadas propias de esta edad que requieren de una atención individual. Durante los últimos años se han ido aumentando, ampliando y mejorando los programas de rehabilitación para los pacientes con cáncer y en gran parte,

ello ha sido debido a la coordinación, entre los - servicios de oncología y los de rehabilitación, sin- embargo, en nuestro país, aun no son suficientemen te fuertes y sistematizados estos programas coope- rativos, lo que conduce a que los pacientes no re- ciban todos los beneficios de una rehabilitación - integral.

Debemos comprender, que la rehabilitación de be iniciarse tan pronto como se reconoce la presen cia de una invalidez y que las medidas de un trata miento rehabilitatorio, deben comenzar en la cama- misma del paciente, sin esperar a que este sea - - trasladado a un servicio de rehabilitación.

d.- La rehabilitación en México.- En México- los aspectos de rehabilitación física y psicológi- ca, se han venido realizando a través de las dis-- tintas instituciones hospitalarias, ya sea directa mente en los servicios de oncología o en coordina- ción con los servicios de rehabilitación, pero ha- ce falta que estos programas se hagan en forma sis temática y se procure mejorar las facilidades de - rehabilitación en aquellos tipos de incapacidad, - para los cuales todavía no utilizamos métodos ade- cuados por falta de personal adiestrado o de mate- rial o la existencia de algún otro problema.

Sin embargo en los aspectos de rehabilita- - ción vocacional, queda mucho por hacer y no conoce mos el número de pacientes cancerosos , que son cu rados y las invalideces residuales que sufren, así como las repercusiones de estas en su ocupación.

Muchos casos son indemnizados, y no tratándo

se de una enfermedad profesional quedan sin empleo y sin pensión, y se hace difícil que sean emplea-- dos por otros patrones, no solo, por la limitación física que puedan tener, sino principalmente por - el hecho en si de temer que el paciente con diag-- nóstico de cáncer, no pueda desempeñar eficiente-- mente su trabajo, requiere de atención médica con- tinua o se encuentre en una condición de salud que reduzca su eficiencia en el trabajo.

Se requiere que los empleadores tengan un en tendimiento positivo del problema, para que puedan aceptar a pacientes con diagnóstico de cáncer y - les den oportunidad de incorporarse a la vida pro- ductiva.

Un problema fundamental en la atención de -- los invalidos por cáncer, es el constituido por el desempleo de los mismos, derivado de las limitacio nes propias que condicionan la secuela, pero parti cularmente por la actitud de rechazo por los patro nes y aún por los propios compañeros de trabajo, - lo que agudiza las repercusiones económicas y emo- cionales del afectado.

Es necesario, por lo tanto, que en el desa-- rrollo del programa de educación higiénica, se con signa la participación de patrones y obreros, en - la actividad de rehabilitación vocacional y de in- validos por cáncer. Estos programas de rehabilita- ción deben estar coordinados con los de las secre- tarías de trabajo y educación, en los aspectos re- lativos a la capacitación del trabajo y el empleo- de pacientes, considerando que al no tratarse de - una enfermedad profesional, afecta al paciente en-

forma importante cuando este se encuentra en edad-productiva.

Para lograrlo es necesario, que una vez que-se ha determinado que un paciente con cáncer quedará una invalidez residual, se realicen los estudios - sociales, psicológicos y vocacionales, que permi-tan las condiciones que tendra que enfrentar el paciente en su casa y en su trabajo para que se adopten las medidas necesarias de consejo psicosocial-y vocacional que permitan la mejor adaptación del-paciente a la sociedad.

En donde se encuentran los mejores métodos - de prevención y de curación del cáncer, mucho se - ganará, si ha los pacientes afectados de esta en-fermedad se les presta atención, no solo para el - tratamiento de la enfermedad sino también, para la invalidez consecutiva, en tal forma que la aten- - ción sea más humanista, más realista en cuanto ha-cubrir las necesidades del paciente y de su fami-lia; buscando no solo librarlo de la muerte y del-dolor, sino también de las frustraciones y la de-presión consecutiva a la inactividad y la falta de oportunidades de seguir siendo individuos activos-en la comunidad.

II.- INVALIDEZ.

a.- Definición.- La invalidez, es la reduc-ción de la capacidad del individuo para desempeañr en forma autosuficiente y productiva, sus activida-des cotidianas, como consecuencia de una deficien-cia permanente, física, mental o social. Por lo -

tanto se considera inválido por cáncer, todo paciente que como consecuencia del mismo, por el tratamiento del proceso morboso en si o por sus complicaciones, tiene limitación para realizar independientemente sus actividades cotidianas de cuidado personal, educación o de trabajo.

b.- Clasificación general.- De acuerdo con el concepto actual de la salud como un estado de desarrollo dinámico, en el cual el hombre, es capaz de desarrollar todas sus potencialidades sin más límites que el impuesto por su marco genético, el paciente requiere que se le satisfagan todas sus necesidades para que sus potenciales sigan desarrollandose y esto se logra a través de la rehabilitación.

En la actualidad, los problemas del cáncer giran alrededor de las investigaciones científicas, descubrimiento temprano y tratamiento medico-quirúrgico; por lo tanto poco se sabe sobre la rehabilitación, por pensarse que estos problemas no causan invalidez. Desde este punto de vista la clasificación de la invalidez el canceroso puede convertirse en: un inválido físico, un inválido psicológico o en un inválido social.

Inválido Físico.- Cuando la neoplasia, deja una reducción de la capacidad funcional en el sistema musculoesquelético, en la comunicación humana, en la visión, en los aparatos pulmonar, genitourinario, digestivo o en la piel que limite el desempeño de las actividades de la vida diaria, se le considera como un inválido físico.

Inválido Psicológico.- Cuando la repercusión de la alteración física es tal que, ocasiona alteraciones conductuales, que le limitan en el desarrollo de sus actividades cotidianas, se le considera un inválido psicológico.

Inválido Social.- Cuando deja de ser un individuo productivo, convirtiendose en una carga para su familia y la comunidad, se le considera un inválido social.

c.- Invalidez por cáncer.- Para estudiar adecuadamente la problemática de la invalidez por cáncer es necesario dividirlo por zonas; por lo tanto un grupo de estudio de la Secretaría de Salubridad y Asistencia determino las siguientes regiones: a) la cabeza y el cuello, b) el tórax, c) abdomen y genitales y d) las extremidades.

A.- Cabeza y cuello.- Las secuelas invalidantes en esta región pueden ser: físicas (anatómicas y funcionales), psíquicas y sociales.

Las secuelas anatómicas comprenden, la perdida de sustancia en partes blandas u óseas, deformidades parciales, desequilibrio de la mecánica musculoesquelética, lesión del sistema nervioso y tetania por lesión de las paratiroides.

Las secuelas funcionales comprenden, alteraciones de la masticación, deglución, expresión oral, dicción, audición, olfatorias o gustativas y la obstrucción de vías áereas superiores.

La localización del cáncer en esta área, pro

duce mayores repercusiones psíquicas, debido a que esta alterada la parte más visible del organismo y por lo tanto la más expresiva, traduciendose en repercusiones de la imagen corporal y en estados de depresión e inseguridad.

En lo que se refiere a las secuelas sociales, estan representadas por la repercusión dentro del seno familiar de la inesperada sobrecarga económica, como consecuencia de la falta de aporte del inválido y por el costo que significa la atención del mismo. También se encuentra alterado el aspecto emocional de la familia por el conocimiento falso o incompleto del pronóstico de la enfermedad.

Los requerimientos necesarios en los servicios de rehabilitación, se deben dividir según las regiones en las que se encuentran las secuelas invalidantes. En lo referente al cáncer de cabeza y cuello se requieren de los siguientes servicios: valoración de la invalidez, la construcción de prótesis faciales, dentomaxilares, faríngeas y oculares (todas estas en coordinación con el médico oncólogo), terapia de la voz, terapia ocupacional, enfermeria en rehabilitación, psicoterapia, socioterapia, asistencia social, consejo vocacional, educación del paciente y cirugía reconstructiva.

Para el mejoramiento de estos servicios, es necesario promover que las técnicas quirúrgicas y otros procedimientos terapéuticos, vayan cada vez mejorandose, con el propósito de prevenir al máximo las secuelas invalidantes y facilitar en la mayor proporción la rehabilitación. Es recomendable también que esta se inicie tempranamente, desde el

momento mismo del diagnóstico cuando es de preverse una secuela invalidante, y aun antes del tratamiento quirúrgico.

Es necesario por lo tanto, que las unidades de oncología, tengan a su disponibilidad servicios de rehabilitación para el manejo adecuado de los inválidos, que de las primeras se deriven, pudiendose utilizar los ya existentes en la comunidad.

4.- PREVENCION Y REHABILITACION INTEGRAL.

a.- Definiciones.

Prevención de la invalidez.- La prevención de la invalidez, sera el conjunto de procedimientos tendientes a evitar el establecimiento de secuelas invalidantes o el aumento de la invalidez si ya existiera, independientemente del pronóstico de la enfermedad.

Rehabilitación Integral.- La rehabilitación integral, vendría a ser la interrelación de las diferentes ramas de la salud, que en un programa conjunto, se encarguen de la rehabilitación en sus aspectos físicos, psíquicos, sociales, educativos y vocacionales.

Es muy importante en lo que se refiere a la prevención, que se promueva de una manera efectiva, las campañas de educación higiénica tendientes a desarrollar un conocimiento de los problemas de la rehabilitación por parte de la comunidad y conseguir su participación en los programas de preven

ción y tratamiento. Se recomienda particularmente, la creación de grupos voluntarios que habiendo sido rehabilitados, contribuyan a la motivación del inválido, bajo la dirección del médico tratante, la realización de estudios de investigación para conocer las repercusiones socioeconómicas de la invalidez por cáncer y la prevalencia de la invalidez física por el mismo.

b.- Necesidades de atención.- La atención de los pacientes debe de ser proporcionado tomando en consideración sus necesidades que incluyen:

Prevención de la enfermedad, Detección temprana, Diagnóstico, Tratamiento oportuno y adecuado, Prevención de la invalidez y la Rehabilitación propiamente dicha.

Para desarrollar los puntos antes expuestos, se recomienda: Que las necesidades de rehabilitación de los inválidos comprenda, la valoración de la invalidez, la adaptación de prótesis, ortesis o dispositivos diversos, la administración de la terapia física, terapia ocupacional y terapia de la voz.

c.- Diagnóstico y propósito de un plan de rehabilitación.- La rehabilitación es un proceso dinámico que se diseña en base a los conocimientos científicos de la materia y que requiere de un diagnóstico basado en un cuidadoso estudio del inválido y a la ejecución de un plan rehabilitación, mediante los distintos tipos de terapia rehabilitatoria, para poder así regresar al paciente ya rehabilitado, a su trabajo y a su medio social.

El diagnóstico tiene como propósito, determinar el grado de alteración invalidante, así como las condiciones patológicas agregadas, con el objeto de establecer las posibilidades de tratamiento medicoquirúrgico previo, simultáneo o posterior al manejo rehabilitatorio. Para el logro de lo anterior son necesarias las siguientes valoraciones: valoración médica, valoración de la invalidez, valoración psicológica, valoración social y valoración vocacional.

Una vez establecido el diagnóstico, es necesaria la estructuración de un programa de rehabilitación, que tenga como propósito el adiestramiento del inválido para conseguir su autosuficiencia en las actividades cotidianas, por medio de la terapia física, terapia ocupacional, terapia del lenguaje, adaptación de prótesis u ortesis, psicoterapia y terapia social.

5.- DEPARTAMENTO DE REHABILITACION.

a.- Servicios.- De acuerdo con la oficina sanitaria panamericana, hoy en día no se podría pensar en planificar y diseñar un hospital moderno, sin considerar en un lugar muy destacado al departamento de rehabilitación, unidad de colaboración dentro de los servicios medicoquirúrgicos de un hospital.

Los servicios que debe de proporcionar un departamento de rehabilitación son:

Valoración Médica.- Es la que nos va a pro--

porcionar un panorama general del estado real de - salud en que se encuent ra el paciente.

Valoración de la Invalidez.- Es la que nos - va a determinar el grado, tipo y localización de - las posibles o de las ya existentes invalideces.

Valoración Psicológica.- Es la que nos va a- determinar las repercusiones de la invalidez, en - los aspectos intelectuales y emocionales.

Valoración Vocacional.- Es la que determina- las aptitudes, interés y habilidades del inválido- rehabilitado.

Valoración Social.- Es la que va a determi-- nar, no solo los factores sociales, económicos, - emocionales y ambientales que tengan una utilidad- en los programas de rehabilitación, sino también - los factores que pudieran obstaculizar o perjudi-- car el proceso rehabilitatorio, así como también - la repercusión de la invalidez en la familia.

Terapia Física.- Es la que adiestra al inválido, a conseguir su autosuficiencia en las actividades cotidianas a través de agentes físicos y - - ejercicios terapéuticos, con técnicas adecuadas en el mejoramiento de la capacidad locomotora o de - los movimientos útiles.

Terapia de lenguaje.- Es la que aplica las - técnicas especiales, que tienen como finalidad el- tratamiento de los trastornos de la voz y las alteraciones del lenguaje.

Adaptación de Prótesis y Ortesis.- Es la que proporciona la prescripción y adaptación de los diferentes aparatos mécanicos que suplen, parte de un miembro, un miembro o una función; que prevengan, corrijan o soporten; o aditamentos que permitan restaurar al máximo la capacidad funcional de las partes afectadas.

b.- Personal mínimo y objetivos de dicho personal.- Es inigable que el promedio de sobrevivencia y el índice de curación en los casos de cáncer, se ha incrementado en forma importante en los últimos años, debido, por un lado a la efectividad de las campañas de prevención que han favorecido la detección temprana del cáncer y por otro, al avance de las técnicas médicas y quirúrgicas para su tratamiento, sin embargo es necesario reconocer que, un gran porcentaje de los pacientes con cáncer que han sido curados definitivamente, que se haya aumentado sus años de vida o que solo han recibido tratamiento paliativo presentan invalideces de diferentes grados y tipos, como consecuencia directa de dicha entidad, que deben ser tratados por medio de programas de rehabilitación integral. De los conceptos anteriores se deduce que toda institución general o específicamente oncológica, por el solo hecho de atender a pacientes con cáncer y por lo tanto susceptibles de presentar invalideces, debe de contar con un mínimo de personal y equipo del campo de la rehabilitación, debidamente adiestrado en el manejo de este tipo de enfermos.

El personal mínimo que se requiere es:

Un médico especialista en medicina de la re-

habilitación, un médico especialista en la comunicación humana, un psicológo, un terapista físico,- un terapista ocupacional, un terapista del lenguaje, enfermeria especializada en rehabilitación, un trabajador social y un consejero vocacional.

Las funciones generales que realizará el grupo anterior se pueden sintetizar en la siguiente - forma:

Prevención de la invalidez.- Indudablemente- que las actividades tendientes a prevenir el cán-- cer y a la detección temprana del mismo, para su - tratamiento adecuado, continuaran a cargo del personal de oncología; pero las labores para prevenir la invalidez consecutiva, es primordial que sea - realizada por el grupo de rehabilitación.

Tratamiento de la Invalidez.- Es necesario - elaborar un diagnóstico a través de la evaluación- del grupo interdisciplinario, para estar en condiciones de establecer un pronóstico de rehabilita-- ción y por medio de esto, la fabricación de programas individuales necesarios para cada individuo, - todo esto con coordinación del grupo de oncología.

c.- Actividades específicas del personal.- - Las actividades específicas de los integrantes del grupo de rehabilitación se establecen de la si- - guiente manera:

+.- Médico especialista en medicina de la rehabilitación.- Esta persona debe de tener a su cargo la coordinación de las actividades del grupo interdisciplinario de rehabilitación, realizar la -

evaluación de la invalidez consecutiva al cáncer,- detectar y evaluar las invalideces secundarias - - agregadas y la supervisión directa de los progra-- mas de rehabilitación integral.

+.- Médico especialista en la comunicación - humana.- Esta persona debe de realizar la evalua-- ción consecutiva al cáncer en el área del lengua-- je, la voz y la audición, detectar y evaluar las - invalideces secundarias agregadas en el área antes mencionada y la supervisión directa de la terapia- del lenguaje.

+.- Psicólogo.- Detectar y evaluar las reper cusiones psicológicas de la invalidez consecutiva- al cáncer, detectar y evaluar alteraciones prima-- rias que pudieran interferir en la rehabilitación- del paciente, determinar coeficiente intelectual,- intereses, etc. y establecer las medidas psicotera péúticas tendientes a lograr el ajuste psicológico del enfermo.

+.- Terapista físico.- Las obligaciones del- terapista físico son las tendientes a aplicar el - tratamiento físico prescrito por el médico, que va a corregir y evitar deformidades del sistema musco loesquelético, patrones anormales de movimiento, - etc. y la evaluación periódica de los resultados - obtenidos en su área.

+.- Terapista ocupacional.- Debe de realizar se un estudio completo inicial de las actividades- cotidianas del paciente, para determinar el porcen taje de invalidez y posteriormente registrar el - avance que se obtiene con el mismo tratamiento, -

adiestramiento de las actividades cotidianas que - resultacen limitadas en el estudio inicial, adiestramiento prevocacional y aun vocacional del enfermo y la evaluación periódica de los resultados obtenidos en su área.

+.- Terapista del lenguaje.- Es necesario - que este aplique las medidas de terapia del lenguaje prescritas por el médico y la evaluación periódica de los resultados obtenidos en su área.

+.- Enfermeria especializada en rehabilitación.- Esta debe de prevenir, bajo la supervisión del especialista, la presencia de complicaciones,- rutinas específicas, cuidados de las lesiones o muñones, así como la enseñanza de las mismas a los - familiares, supervisar que los pacientes hospitalizados realicen actividades de cuidado personal, cama higiene, etc., supervisar la realización de medidas terapéuticas de sala tales como ejercicios,- rutinas, etc.

+.- Trabajador social.- Debe de tener a su - cargo la elaboración de un estudio social completo siempre que sea posible, el establecimiento de un diagnóstico social, la aplicación de un programa - de rehabilitación social tendiente a lograr un - - ajuste adecuado del inválido en relación a su persona, a su familia y a la comunidad que lo rodea.

+.- Consejero Vocacional.- Debe de tener a - su cargo la elaboración, de un estudio vocacional del paciente, seleccionar la ocupación adecuada - del mismo de acuerdo a su potencial residual para iniciar el entrenamiento respectivo y la coloca- -

ción del paciente en un empleo para el que fue entrenado.

PROTESIS MAXILOFACIAL.

INTRODUCCION.

DEFINICION.

OBJETIVOS.

CLASIFICACION DE MATERIALES USADOS EN PROTESIS MAXILOFACIAL

+) MATERIALES DE IMPRESION
+) MATERIALES PARA MODELAR

MATERIALES PARA PROTESIS EXTRAORALES

+) INTRODUCCION
+) MATERIALES

OBTURADORES UTILIZADOS DESPUES DE UNA RESECION MAXILAR

+) INTRODUCCION
+) OBTURADOR QUIRURGICO
+) PROTESIS OCULARES Y ORBITARIAS
+) PROTESIS QUIRURGICA ORAL

IMPLANTES

+) INTRODUCCION
+) PLACAS METALICAS DE TANTALIO
+) OTROS MATERIALES.

PROTESIS MAXILOFACIAL.

INTRODUCCION

Debido al avance de las ciencias médicas, el tratamiento de pacientes con prótesis de este tipo se hace cada día más necesario, ya que en la actualidad sobreviven más personas con lesiones deformantes y con enfermedades que anteriormente acaban con ellos.

Al estar afectada la parte más visible y representativa del cuerpo, debido a las grandes desfiguraciones faciales, las repercusiones psíquicas y sociales de estas personas son muy profundas. Por lo tanto es menester, que estas personas, sean rehabilitados maxilofacialmente de la mejor manera a nuestro alcance, con una labor de equipo bien coordinada, hasta lograr el bienestar tanto físico como psíquico del paciente.

El protesista integrante del equipo de trabajo, debe de participar activamente desde los primeros contactos con el paciente, debido a que las restauraciones maxilofaciales, deben de estar en combinación con las intervenciones qurúrgicas y deben ser establecidos con anterioridad, los aparatos convenientes, para sustituir el hueso y el cartilago que serviran de soporte para restauración quirúrgica o protesica.

Algunas de estas prótesis, pueden ser utilizadas durante el acto quirúrgico o en el postoperatorio inmediato; en otros casos puede ser necesaria una prótesis, entre el momento quirúrgico de eliminación de un carcinoma o de un defecto conge-

nito y la iniciación de la cirugía reconstructiva.

Los propósitos de la prótesis maxilofacial - no son exclusivamente estéticos sino también incluyen, mejorar, restaurar y mantener tanto las funciones fisiológicas como la salud de los tejidos - blandos y duros. Cuando es posible el logro de estos propósitos, se consigue también la reincorporación del paciente a su medio, de una manera satisfactoria.

DEFINICION

Rhan & Boucher, definen la prótesis maxilofacial, como el arte y la ciencia de la odontología, que mediante medios artificiales, facilita la rehabilitación funcional y estética de las estructuras intraorales y paraorales.

La afección de estas estructuras, puede ser como consecuencia de intervenciones quirúrgicas, - traumatismos o defectos congenitos, y aunque la cirugía es el tratamiento principal para su corrección, la prótesis maxilofacial, se utiliza en algunos casos como ayuda y en otros en sustitución de la cirugía plástica.

Por lo general, la cirugía es el tratamiento que se realiza excepto en situaciones tales: 1) se desea mantener en observación el área del defecto durante un período largo; 2) el riego sanguíneo correspondiente al defecto está disminuido o dificultado, haciendo impracticable la cirugía; 3) el área es tan grande, que no puede ser reparada por el propio te

jido del paciente; 4) debido a su edad el paciente no esta en condiciones de tolerar repetidas intervenciones de cirugía plástica; 5) el estado general del paciente es impropio para una o más intervenciones quirúrgicas; 6) el paciente no posee la suficiente capacidad económica necesaria.

Durante algunos años la medicina, se ha encontrado con multiples dificultades en el tratamiento rehabilitatorio de estos pacientes, manteniendoseles marginados o atendidos en una manera insuficiente. Por lo tanto, poco a poco se ha reconocido que, para el diagnóstico y el tratamiento adecuado, es preciso un equipo de médicos y dentistas capacitados, que trabajen conjuntamente para lograr una rehabilitación satisfactoria.

OBJETIVOS

Los objetivos de la prótesis maxilofacial no solo son restablecer la forma y la función, sino también conservar los tejidos remanentes ya sea duros o blandos. La restauración de la forma, trae como consecuencia una apariencia estética agradable y por lo tanto una mayor posibilidad de integración social con menos dificultades y secuelas psíquicas.

Algunos autores opinan, que la estética es más importante que la función puesto que, si una prótesis no es agradable a la vista, el paciente no la usara, sin importarle que funcionalmente presente problemas; por otro lado otros opinan, que es primordial la función, ya que si no es fun-

cional una prótesis, no tiene razón de ser, aunque mejore la estética del paciente.

Aunque las dos posiciones son muy respetables, lo mejor sería que se valorara la invalidez, para poder construir la prótesis, abarcando los dos campos; puesto que existen casos, en que se debe sacrificar parte de la funcionalidad para mejorar la estética y visceversa.

Siguiendo este criterio, se puede pensar, que el objetivo principal es la rehabilitación social del individuo, con los menos traumas posibles y que su participación dentro de su núcleo se realice de la mejor manera posible.

CLASIFICACION DE MATERIALES USADOS EN PROTESIS MAXILOFACIAL.

La clasificación de estos materiales la haremos en relación, con su utilización en las tres fases de la construcción de las prótesis, que son:

1.- Impresión
2.- Modelado
3.- Fabricación

MATERIALES DE IMPRESION.

Los materiales ideales para impresionar, deben ser capaces de reproducir los más finos detalles, poseer cierta resistencia, ser fáciles de manejar de fácil obtención y relativamente baratos.

HIDROCOLOIDES REVERSIBLES.

VENTAJAS.- Reproducen los más finos detalles +) Registran los ángulos muertos socavados; b.- Fácil manipulación +) pueden ser pintados sobre la - superficie de modo que no queden burbujas atrapas, +) El tiempo de fraguado es corto. c.- Fácil obtención, d.- Bajo costo relativamente +) pueden reutilizarse varias veces, e.- Fácil aplicación a los - pacientes en posición recta, pero su fluidez crea- dificultades cuando se utilizan en posición reclinada.

DESVENTAJAS.- a.- Requieren de un soporte rigido cuando se aplican, b.- Son fragiles cuando - las zonas retentivas son débiles, c.- Requieren - una o dos horas de preparación antes de su aplicación, d.- Necesitan retenciones o medios interme-- diarios para unirse al soporte que los porta.

HIDROCOLOIDES IRREVERSIBLES.

VENTAJAS.- Reproducen los detalles finos - - +) registran ángulos muertos, b.- Fácil manipula-- ción +) fácilmente disponibles +) tiempo de fraguado corto, c.- Fácil obtención, d.- Relativamente - baratos

DESVENTAJAS.- a.- Al no tener suficiente consistencia, necesitan un soporte rigido, b.- Son - fragiles en las zonas retentivas poco gruesas, - - c.- Fraguan lentamente al no ser utilizados en la consistencia debida, d.- Requieren paredes retentivas para sujetar el material de impresión en la zona - precisa, e.- Hay la posibilidad de que queden bur-

bujas, lo cual inutiliza la impresión, f.- La formación de grumos en la consistencia adecuada, según la proporción de mezcla necesaria, hace que sea difícil pintarlos en la superficie, g.- Solo son utilizables una vez.

MERCAPTANOS O CAUCHOS AUTOVULCANIZABLES A LA TEMPERATURA AMBIENTE.

VENTAJAS.- a.- Reproducen los detalles finos +) registran ángulos muertos, b.- Su consistencia es buena +) no se rasga en zonas retentivas, c.- De fácil obtención.

DESVENTAJAS.- a.- También necesitan soporte rígido, b.- Es difícil ajustar el tiempo de fraguado, c.- Requieren de paredes rígidas para su confinamiento, d.- Elevado costo.

ESCAYOLA O YESO.

VENTAJAS.- a.- Reproduce los detalles finos, b.- Buena consistencia, c.- Fácil manipulación, d.- De fácil obtención, e.- Costo poco elevado.

DESVENTAJAS.- a.- No pueden reproducir socavados sin fractura +) su fácil fractura y desmoronamiento motiva la posibilidad de que el paciente pueda aspirar pequeños fragmentos, b.- La reacción exotermica del fraguado origina molestias en las zonas de mucosa expuesta, c.- Requiere un separador para que el modelo no quede adherido a la impresión al hacer el vaciado.

Independientemente de cual sea el material que se

utilice en la impresión, esta debe ser vaciada lo-antes posible, para evitar defectos por los cam- - bios o alteraciones que pudieran sufrir y para que evitar que se deteriore y rompa, teniendo por lo - tanto que repetirlá..

La utilización de este modelo en la clínica-es muy importante, tanto para el modelado de la - prótesis, como para la enseñanza del manejo de la-misma al.paciente.

MATERIALES PARA MODELADO.

Los materiales que se vayan a utilizar en el modelado, es necesario que posean ciertas cualidades que faciliten el trabajo, tales como: ser ma--leables para facilitar su modelado y ajuste en los contornos, tener la suficiente consistencia o cuerpo para permitir que sean esculpidos sobre ellos - bordes finos que aguanten el subsecuente manejo, - poseer la textura suficiente que más tarde llevaremos al modelo acabado, su color debe ser lo más - aproximado al de la piel, ya que de esta manera será menor la distorsión visual y por último es necesario que su costo no sea elevado y que resulte fácil su adquisición.

ARCILLA DE ESCULTOR. (arcilla humedecida, - que cuando seca adquiere consistencia dura, casi - petrea)

VENTAJAS.- a.- Su consistencia se puede graduar añadiendo más agua, b.- Se presta para esculpir un modelo de ensayo, c.- Adquiere una buena - textura, d.- Se consiguen unos bordes ligeros, - -

e.- Poco costosa, f.- De fácil obtención.

DESVENTAJAS.- a.- Debe ser mantenida humedatodo el tiempo, pues si se deja secar, se abren - grietas y se descama, b.- Si el modelado dura algún tiempo, el lienzo que debe recubrirla para mantenerla humeda tiende a destruir los detalles y - textura que se trata de conseguir para el modelado, c.- Su color gris motiva que de lugar a distorsión visual.

ESCAYOLA O YESO.

VENTAJAS.- a.- Fácilmente disponible, b.- De poco costo c.- De fácil y rápida reparación, - - d.- En su estado plástico puede ser modalado fácilmente.

DESVENTAJAS.- a.- No tiene elasticidad, -, - b.- No puede ser utilizado en zonas retentivas, - c.- El tiempo de fraguado es relativamente corto,- d.- Tiende a desmoronarse en la superficie, e.- Es difícil añadir nuevo material para reconstruir contornos.

PLASTILINA (arcilla de modelar preparada con aceites, tierra de fuller a base de acietes)

VENTAJAS.- a.- Siempre esta dispuesto para - el uso, b.- Requiere pocas atenciones generalmente, c.- Se pueden hacer bordes finos persistentes, d.- Fácilmente moldeable, e.- Su textura es buena, f.- Es bastante resistente y de manejo poco delicado.

DESVENTAJAS.- a.- Su color no es parecido al de la piel, b.- Algo más costosa que la arcilla de escultor, c.- El aceite que la impregna puede exudar con el tiempo y afectar el modelo terminado.

CERAS.

VENTAJAS.- a.- Su color es similar al de la piel, b.- Fácilmente disponible, c.- Costo variable según las marcas, d.- Bastante resistente, e.- Pueden hacerse bordes finos que son persistentes, f.- Su textura es buena.

DESVENTAJAS.- a.- El modelo se talla más que se esculpe, b.- Su base grasa puede exudar sobre el modelo de piedra y afectar el producto final, c.- A bajas temperaturas se hace quebradiza.

También se ha utilizado la cera virgen, sus propiedades son similares a las de la cera tipo corriente, pero posee dos características: a.- debido a su bajo punto de fusión, el calor del cuerpo lo hace fácilmente moldeable lo cual permite su modelado con los dedos y las manos exclusivamente, b.- su color es muy similar al de la piel.

El material para el modelado se elige a criterio y experiencia del clínico, pero cualquiera que sea el material, el paciente se debe encontrar presente durante todo la fase del modelado, para evitar una prótesis final deficiente.

MATERIALES PARA PROTESIS EXTRAORALES.

INTRODUCCION

La mayoría de los materiales que son utilizados en la clínica para la construcción de las prótesis de este tipo, son compuestos tales como las siliconas, polivinilos, cauchos termocurables o que polimerizan a la temperatura ambiente, que por poseer ciertas características especiales los convierten en ideales o lo más próximo a lo ideal para la sustitución de las estructuras faciales y orales.

La elección del material necesario para cada caso en particular, dependera de ciertos factores, tales como, el tipo de tejido que van a sustituir, la experiencia del clínico, la situación económica del paciente, el tipo de tratamiento al que fue sometido dicho paciente, etc.

Aunque ninguno de los materiales hoy existentes, es posible utilizarlo en todos los casos, la correcta combinación y adaptación de los mismos, proporcionan hoy en día una satisfactoria restauración de la invalidez existente.

El material ideal seria aquel, que reuniere las siguientes propiedades:

1.- Compatiblidad.- El material no debe causar ni irritación ni molestias a los tejidos sobre los cuales va a tener contacto.

2.- Flexibilidad.- Debe ser blando, elastico,

flexible y plegable, de tal manera que tenga la apariencia y consistencia lo más similar a la piel.

3.- Poco peso.- Su peso debe de ser ligero, para evitar que sea desplazado fácilmente o que se caiga.

4.- Translucido.- Debe de poseer la translucidez necesaria para que tenga un aspecto más natural, lo más similar al tejido vivo.

5.- Facilidad de manejo.- Debe ser fácil de manejar, sin necesidad de técnicas complicadas ni maquinarias costosas y prestarse a ser trabajado con las técnicas propias del laboratorio de prótesis dental.

6.- No ser conductor.- Debe ser mal conductor de la energía calorifica.

7.- Durabilidad.- Debe ser resistente a la luz solar, al calor, a la humedad, a las grasas de la piel, y a su exposición al medio externo ambiental, aun en las condiciones más desfavorables; debe ser resistente a ataques de carácter físico o químico; debe mantener su estabilidad durante un período razonable, sin deterioración física o química.

8.- Fácil duplicación.- Debe ser posible su duplicación para obtener prótesis identicas o duplicadas, esto es que el modelo no tenga que ser destruido en los procesos de duplicación.

9.- Disponibilidad.- Debe ser de fácil adqui

sición y de bajo costo.

10.- Higienico.- Debe de poderse limpiar comodamente sin daño o deterioración.

Como ya se menciono no existen algún material que reuna todas las características antes expuestas, aunque con los materiales existentes se puede rehabilitar satisfactoriamente al paciente.

Las prótesis se consideran satisfactorias cuando son aceptadas por el paciente, debido a que reunan todas o la mayor parte de las siguientes consideraciones: Translucidez, no ser conductoras, compatibilidad y ligereza; por otro lado se consideran satisfactorias desde el punto de vista protesico cuando existe; disponibilidad del material, facilidad de manejo, y fácil duplicación; además existen algunas consideraciones en común que son la durabilidad y la higiene.

Enúmeraremos a continuación de una manera muy somera, los materiales existentes hoy, que reunan las mayores características que deben de poseer, para la fabricación satisfactoria de estas prótesis.

SILASTIC 382 RTV.

Este es un caucho de silicona de utilización médica, que vulcaniza sin necesidad de presión o de calor. Su tiempo de fraguado puede variar de 2 min. a una hora, se le pueden hacer reparaciones posteriores, limpiandolo previamente con xilene y agregandole más material de preparación reciente o

fresca. Debido a que es un material blanco, resulta un poco difícil su coloración intermedia, pero - puede evitarse este problema y aumentar al mismo - tiempo su translucidez utilizando Silatic claro - (S5392); no tiene una resistencia de borde considerable por lo que es recomendable que se utilice nylon blanco embebido, para aumentar su fortaleza.

Aunque las gomas de silicona son practicamente indestructibles al medio exterior existen algunos factores que las alteran tales como, los adhesivos especiales que se utilizan para mantenerlos en posición correcta, las secreciones de la piel y los pigmentos utilizados en forma extrinsica.

El promedio de vida de estas prótesis es de seis a ocho meses, y la polimerización de la misma puede hacerse sobre el mismo paciente, evitando - así hacer una nueva impresión facial.

SILASTIC 399.

Este es una goma que vulcaniza a la temperatura ambiente y que posee todas las propiedades básicas del anterior, la principal diferencia entre ambas es el color; ya que este tiene características de un gel claro, lo cual facilita su tinción.

REALASTIC.

Este es un compuesto de cloruro de polivinilo (uretano), el cual solidifica en forma de material flexible cuando se le calienta. Este material es muy fácil de manejar, debido a la gran variedad de tonos existentes la obtención del color, de - -

acuerdo al tono de piel del paciente es relativa-- mente sencillo. Las tinciones necesarias para dar- mayor naturalidad a la prótesis se pueden efectuar tanto en el interior como en el exterior.

Debido a que los componentes de este mate- - rial, son sensibles al medio ambiente, se va apa-- gando poco a poco su color y se deterioran con fa- cilidad, produciendose endurecimiento y una colora ción amarillenta, produciendo desagrado en el pa-- ciente que antes la llevaba comodamente.

Dada la corta vida de este tipo de material- se recomienda que sean fabricados moldes metalicos para repetirlas con facilidad.

El acabado de estas prótesis se realiza con- piedras Faskut y tiras de lija al torno; igual - - que el silastic los bordes de las prótesis son - - demasiado finos es conveniente la utilización de - nylon blanco embebido en la misma. Debido a lo - - practico que resulta es el material, que se consi- dera ideal para las personas que nunca han utiliza do una prótesis.

METIL METACRILATOS.

Debido al conocimiento más generalizado de - este material por el dentista, le resulta de más - fácil manipulación y además las obtenciones de la- estética son más sencillas y más duradera, ya que- una vez coloreada la prótesis se le puede añadir - una capa de acrilico transparente que protege y - conserva mejor su naturalidad.

Pero desde el punto de vista del paciente es de los materiales que acarrean más quejas por su - carácter rigido, ya que no soportan sus margenes - duras que se dislocan fácilmente e irritan los tejidos. Además la elevada conductibilidad provoca - molestias en los tiempos de frio y que pierde su - brillo después de un tiempo de uso, no pudiendose- remediar sin deterioro de la estética.

La retención debe de ser planeada a base de- adhesivos, ya que debido a su rigidez es imposible o muy molesto por otros medios.

Este material se puede considerar, cuando la prótesis no va estar en sitios de movilidad de tejidos, como algunos casos de reconstrucción de pabellones auriculares, o en aquellos pacientes que- son reacios a asistir a consulta frecuente debido- a la decoloración relativamente más rápida de los- otros materiales existentes.

MEDIPLAS.

Este material es un plastisol termocurable,- básicamente se le considera un compuesto orgánico- de polivinilo. Se presenta en una variedad de colo res básicos premezclados, que pueden ser teñidos - ulteriormente para ajustarlo al tono de piel del - paciente. Pero como este material esta pintado exteriormente (MOULDYE) representa un problema, ya - que se va destiñendo poco a poco cada vez que el - paciente lava su prótesis.

Este material puede ser fraguado dentro de - moldes de yeso, pero se recomienda la fabricación-

de moldes metalicos, no solo porque se acelera el-proceso de curado, sino también porque facilita - las frecuentes reparaciones o reposiciones debido-a la corta vida del mismo.

Por ser una resina de polivinilo, presenta - las mismas desventajas a la exposión del medio ambiente. Cuando se elaboran las prótesis con este - material, su fraguado inicial se alcanza a los - - 100° C, pero la resistencia máxima se alcanza hasta los 140° C, requiriendose de unos 10 min. paraque frague completamente en un molde de yeso de metal, abierto, pues cuando se utilizan los moldes - en muflas el tiempo necesario para su fraguado esde aproximadamente de tres horas, aunque la utilización de moldes de metal acorta un pco más el - - tiempo necesario.

Se debe de tener cuidado durante el calculo-del tiempo de fraguado, ya que el calor excesivo - provoca el oscurecimiento de la prótesis, pero también una polimerización defectuosa provocara irritación de los tejidos de la piel.

Es necesario cuando las margenes son demasiado finas que se incluya dentro del material nylon-para reforzarla. Este material se recomienda sea - utilizado en personas que no esten expuestas a la-intemperie. A pesar de sus desventajas es un material muy apreciado por la Academia Americana de - Prótesis.

DERMASIL.

Este material es una silicina autocurable, -

de color blanco, al cual se le añade un pigmento - de fondo para obtener los tonos deseados. Debido - a consideraciones de orden técnico, es recomenda-- ble que se preparen previamente muestras con los - diferentes pigmentos y a diferentes grosores para- evitar los errores en la practica diaria.

Esto es porque el exceso de pigmentos provo- ca que la prótesis tienda a opacarse y adquirir un aspecto muerto, además el grosor altera la colora- ción que se queria obtener inicialmente, y debido- a su fragilidad los fabricantes recomiendan la uti lización de nylon dentro de la misma.

PALAMED.

Químicamente el palamed es un copolimero de- moleculas cruzadas de metacrilatos y acrilicos, el producto puede colocarse en un molde o mufla cerra da y polimerizarse en un baño de agua caliente; - una vez polimerizada la prótesis tiene un aspecto- esponjoso en el centro, mientras que en el exte- - rior presenta un aspecto continuo y muy parecido a la piel.

Por consideraciones técnicas es necesario - que los moldes sean preparados con sumo cuidado lo mismo que el llenado de los mismos con el material ya mezclado, ya que se debe de dejar aproximadamen te un 10% de espacio libre para permitir la expan- sión del material y se obtengan las consistencias- antes descritas. Las proporciones polvo líquido de ben de ser exactas, para lo cual existen unas ta-- blas de valores y de conversiones que son proporció nádas por los fabricantes, ya que las alteraciones de estos valores y proporciones provocan la obten-

ción defectuosa de la prótesis final.

Para facilitar el retiro de la prótesis del-modelo, se recomienda sea calentada previamente en agua caliente y para su recorte se recomienda sea-sumergida en agua fria.

Debido al carácter plástico de la prótesis - se recomienda que este material se utilice en prótesis que esten libres de presiones continuas como son las prótesis nasales o faciales, ya que se distorsionan con relativa facilidad si se utilizan -- por ejemplo en prótesis auriculares donde la pre-- sión de la almohada a la hora de dormir es conti-- nua.

Debido a la pegajosidad de su superficie las hace que se ensucien fácilmente con el polvo u - - otras sustancias, siendo necesario limpiarlas con-benceno. Desde el punto de vista estético estas - prótesis son satisfactorias en la cara, pero su vida promedio es relativamente corto, ya que después de siete u ocho meses es necesaria su sustitución.

OBTURADORES UTILIZADOS DESPUES DE UNA RESECCION MAXILAR.

INTRODUCCION.

Este tipo de aparatos protesicos son aque- - los que se utilizan después de una intervención - quirúrgica en las zonas de la cabeza y cara. Aun-- que el tratamiento quirúrgico es ideal, algunas veces debido a la extensión del defecto es necesario que se complemente la rehabilitación con estos apa

ratos. Los pacientes que son intervenidos y que no son rehabilitados, a menudo se abaten y se desalientan, debido a las dificultades que tienen para la fonación y la alimentación, lo cual puede ser mejorado grandemente con la colocación de una prótesis. Estas restauraciones son las ideales en los pacientes que fueron intervenidos de un cáncer, ya que los defectos resultantes de estas intervenciones son difíciles de reparar solamente con la cirugía reconstructiva.

Los procedimientos de tratamiento difieren cuando el paciente tiene todos sus dientes de cuando solo tiene algunos o cuando no tiene ninguno, aunque en su escensia se sigan rutinas similares.

OBTURADOR QUIRURGICO.

La colocación de una prótesis de este tipo durante el transoperatorio, tiene mayor importancia para lograr el éxito del tratamiento postoperatorio, ya que le permitira al paciente mejorar su fonación, alimentarse por via oral evitando así la sonda nasogastrica y además le permite al clínico dejar una matriz para el drenaje quirúrgico. Gracias a estas funciones del obturador los individuos tienen una mejoría psíquica notable y son aceptados con mayór facilidad por sus familiares y amigos, en este período tan crítico.

El obturador quirúrgico se construye generalmente para pacientes que poseen dientes remanentes después de la intervención quirúrgica, sin embargo da magnificos resultados en pacientes desdentados, fijandolos durante el acto operatorio con alambres.

Inicialmente el obturador debe de asentar sobre el defecto, pero no debe profundizar en el para no entorpecer los procesos de cicatrización; cuando ya se hayan quitado los drenajes, que por lo general es a los ocho días, se podría ajustar el obturador a criterio del clínico. Debe de tomarse en cuenta para el ajuste de la porción bulbosa de la prótesis que en los pacientes presentan por lo general dolor y trismo y que por lo tanto una prótesis muy voluminosa, acarrearia problemas en su colocación e higiene.

La construcción de este tipo de apratos es competencia del protesista maxilofacial, en coordinación con el cirujano encargado de la intervención.

Es recomendable que después de dos o tres meses después de la intervención, se le fabrique al paciente un obturador de manera ya más definitiva, ya que para este tiempo, la epitelización de la herida esta completa o casi completa y los bordes de la herida se encuentran normales.

PROTESIS OCULARES Y ORBITARIAS.

Este tipo de prótesis son las que van a suplantar el globo ocular y sus tejidos adyacentes, ya que este tipo de invalidez en la cual solo esta ausente el globo ocular y los tejidos comprendidos dentro de la orbita, es difícil que se encuentre en la población mexicana, afectada por un cáncer (se encuentra con mayor frecuencia defectos de mayor extensión que involucran otras estructuras, tales como pomulos, maxilar, estructuras internas de

la nariz, etc. solo las mencionaremos muy somera--mente.

PROTESIS ORBITARIAS.- Estas son las que van-a sustituir la invalidez provocada por la exentera ción de todo el contenido de la orbita, incluyendo los músculos, fascias, parpados, conjuntiva y apa-rato lagrimal.

Las técnicas a seguir para la construcción - de este tipo de prótesis pertenecen al campo de la prótesis maxilofacial, pero por lo regular se uti-lizan los materiales antes descritos y la utiliza-ción de ojos artificiales a base de acrilico.

PROTESIS OCULARES.- Este tipo de prótesis, - es aquella que va suplantar al bulbo del ojo o glo bo del ojo exclusivamente. Estas se usan no solo - en los casos en que haya perdida de este organo, - sino también los casos de defectos tales como crip toftalmos y microftalmos, en el primero el globo - ocular se encuentra oculto y en el segundo se en--cuentra tan escasamente desarrollado, que no es ap to para la función adecuada.

La construcción y adaptación de estos dos ti pos de prótesis, en especial las oculares deben de hacerse en estrecha relación con el oftalmologo.

PROTESIS QUIRURGICA ORAL.

Existen algunos otros aparatos dentro de la-rehabilitación maxilofacial que aunque no es fre--cuente que se utilicen, en los defectos provocados por una resección de tipo cancerosa, es conveniente

que se conozcan, para poder utilizarlos, ya sea - con algunas variantes o no, en caso necesario.

A continuación enumeraremos los qúe más pu-- dieran estar relacionados:

FERULAS PARA ENCIAS.- Este tipo de ferulas - gingivales, se utilizan fundamentalmente para inmovilizar fragmentos óseos en una boca desdentada.

GALLETA PARA MORDIDA INTEROCLUSAL.- La galleta o lámina de resina acrilica para mordida interoclusal es una valiosa ayuda para establecer y mantener las relaciones oclusales en un paciente condientes. Se puede utilizar en pacientes con fracturas, injertos, implantes y sobre todo en reposiciones quirúrgicas tales como reducción del prognatismo, ortodoncia quirúrgica, etc.

Existen también dispositivos tales como: ferulas para fracturas, ferulas para osteotomia en - pacientes dentados y desdentados, dispositivos - - oclusales para tratar el trismo mandibular, dispositivos para tratar la resección mandibular y - - los dispositivos de descomprensión para la rehabilitación en los casos de intervenciones a zonas - quísticas.

IMPLANTES.

INTRODUCCION.

En la actualidad la medicina, utiliza diversos tipos de implantes en todas las partes del - - cuerpo, debido a que existen diferentes formas de-

fabricarlos, aquí solo hablaremos sobre las consideraciones generales de los mismos.

Antes de intentar hacer un implante, es necesario que se consideren los siguientes puntos fundamentales para su éxito: 1) que se disponga de suficiente tejido para poder cubrirlo totalmente, - 2) que el tejido sobre el que se vaya a colocar el implante deba ser sano y no fibroso ni isquemico - como sucede con el tejido que ha sido irradiado y- 3) que no existan alteraciones patológicas en el - área donde se va a hacer el implante.

Debido a que en las intervenciones en las - cuales se va a remover un tumor maligno, no se puede determinar preoperatoriamente la cantidad de tejido que se va a dejar, es conveniente que se haga un colgajo adicional en caso de tener que disponer de tejido adicional para cubrir en su totalidad el implante y se aumenten las posibilidades de éxito- del mismo. Por otro lado en los casos en que la intervención quirúrgica sea para remover hueso, respetando los tejidos circundantes, el implante puede ser colocado durante la intervención quirúrgica inicial.

PLACAS DE TANTALIO.- La curación del hueso - cuando ha ocurrido una perdida de la continuidad,- depende de que las partes sean mantenidas en aposición de forma suficientemente rigida hasta que la- reparación se haya realizado. Para soportar un hueso en etapa de curación las placas de tantalio son inmejorables.

Estas placas de tantalio tienen utilidad en-

todas las estructuras óseas tanto de la cara como de la cabeza y otras partes del cuerpo. La construcción y la colocación de las mismas de efectuarse en una estrecha relación entre el cirujano y el protesista.

Además del tantalio, existen otros materiales como el cromocobalto, que se utiliza principalmente, en los casos en que es necesario darle movilidad a una articulación anquilosada, en especial la articulación temporomandibular.

También en los casos en que se ha resecado parte de la mandíbula, las prótesis metalicas son de una ayuda inapreciable, no sólo por mejorar la estética, sino también por darle una notable mejoría a la alimentación y a la fonación del paciente afectado.

Debido a que las técnicas de construcción y adaptación de este tipo de prótesis es más complicada sólamente las nombramos, para que se tenga conocimiento de su existencia, y en caso de necesitarla, se pueda recurrir a la persona más indicada para su fabricación que es el protesista maxilofacial.

C O N C L U S I O N E S

Es bien sabido que la filosofía médica puntualiza que es preferible el evitar una afección por medio de los métodos de prevención existentes, pero también es sabido que existen muchas limitaciones en los mismos, por lo tanto, es erroneo que empeñados en prevenir, perdamos de vista el aspecto contrario que es la rehabilitación de todas las secuelas existentes de las enfermedades en las cuales ya sea por la ausencia de métodos de prevención (como en el cáncer), o por otras razones ajenas a nuestra competencia, no son realizadas con la eficacia que es necesaria en nuestro medio. Es imperdonable, que en nuestra posición actual, la rehabilitación sea tomada tan a la ligera y no se le de la importancia necesaria en los medios universitarios y en la medicina en general.

Es necesario que en los programas de educación de los futuros odontólgos (en este caso en particular) se les inculce de una manera o de otra que su papel de servidor social no incluye únicamente la rehabilitación dental satisfactoria, sino que tiene la obligación y la preparación necesaria para enfrentarse como un especialista en la rehabilitación integral de todo el aparato oral, y que su participación en los equipos de rehabilitación que involucren todo el macizo facial es de vital importancia.

Por lo tanto su preparación debe ser más profunda y conciente en todos los campos de su competencia, ya que de no serlo, provocaria un desquiciamiento en el equipo de rehabilitación en lugar-

de una ayuda.

En la actualidad esta muy poco difundido en-nuestro medio universitario la existencia de especialidades y especialistas en este campo tales como los protesistas maxilofaciales, que como se explica en el contexto de mi tesis, realizan un trabajo tan importante en rehabilitación facial y que sin embargo, no se les da la proyección que es necesaria.

Existen además otras especialidades en que - por su participación importante en estos equipos,- son necesarias y de las cuales poco o nada se conoce tales como la foniatria, la cirugía y otras.

Debemos de comprender que debido a la expansión continua de nuestra profesión es absolutamente necesario que las especialidades se consideren-actualmente como la meta a lograr y no como algo - quimerico y difícil de alcanzar.

La formación de estos equipos exige de una - preparación academica y clínica más completa y prfunda en cada una de sus ramas, ya que la medicina en rehabilitación no debe de importar exclusivamente al médico sino en igual medida debe de importarnos a los odontólogos.

En la actualidad ya no es perdonable que los médicos nos sigan considerando como técnicos, y no como unos especialistas en medicina oral tan o más capaces que ellos para resolver los problemas que-afectan a la misma.

Es de suponerse que debido a la situación - del país la demanda de odontólogos de practica general es el problema primordial, pero no por eso - se debe dejar rezagada la formación de especialistas en todos los demás aspectos de esta disciplina médica, que creo a mi parecer debe de efectuarse - de una manera más balanceada, ya que es ilógico - que en las solicitudes de especialidades se sobresaturen la ortodoncia, endodoncia, etc. y que - - otras tales como la rehabilitación no presentan la misma demanda, ya sea por desconocimiento o por no tener el reconocimiento academico y remunerativo - correspondiente.

El manejo y comprensión de estas técnicas y- procesos de rehabilitación integral, es más fácil- para los odontólogos, que para los médicos debido- a la familiaridad que tenemos con la misma en los- campos tales como la prostodoncia, prótesis, etc., por lo tanto estamos en una posición privilegiada- para desarrollarla a toda su capacidad esta espe-- cialidad. Además los materiales y las técnicas de- rehabilitación en todos los aspectos médicos tiene una similitud muy marcada con los métodos y mate-- riales que son familiares a nuestra practica dia-- ria.

Analizando lo anterior, creo que nos corresponde a los odontólogos el colocar y desarrollar - la rehabilitación integral, en el sitio que le corresponde en la actualidad médica del país.

JULIO PATRICIO EUFRACIO SOLANO.

B I B L I O G R A F I A

1.- PATOLOGIA.- ROBBINS 3o. Ed. 1967

2.- MEDICINA ESTOMATOLOGICA BURKET, 3e. Edic. 1964.

3.- PATOLOGIA BUCAL.- TRAD. ESP. 4a. Ed. en INGLES. 1959, 1e. Ed..

4.- PROTESIS MAXILOFACIAL PRINCIPIOS Y CONCEPTOS.- A.U. RAHN L. J. BOUCHER 2a. Ed. 1973.

5.- LA MAYOR PARTE DE LA REHABILITACION FUE OBTENIDA POR MEDIO DE LOS FOLLETOS DE INFORMACION - QUE EDITO EN DEPTO. DE REHABILITACION DE LA - S.S.A.