

Rehabilitación bio-psico-social en Prótesis Buco-Maxilo-Facial.

Autor :Dr. Carlos M. Cabrera Díaz

Docente grado 1 honorario del Servicio de Prótesis B.M.F.

Facultad de Odontología (UDELAR)

Sumario:

- 1) Introducción.
- 2) Concepto de Rehabilitación bio-psico-social del mutilado facial.
- 3) Equipo multidisciplinario.
- 4) Abordaje del paciente.
- 5) Interrelación con otras áreas médicas.
- 6) Conclusiones.
- 7) Bibliografía.
- 8) Agradecimientos.

Palabras clave: Prótesis maxilo facial, mutilación, defecto, rehabilitación, equipo multidisciplinario.

1) Introducción

El ser humano es una unidad indivisible entre las esferas biológica, psicológica y social.

Es imposible imaginarse que una afectación en una de estas áreas no perjudique a la persona en su conjunto. Todas las afectaciones del individuo en sus aspectos biológicos físicos tendrán sus correspondientes alteraciones en las esferas psicológica y social.

Esto obliga al enfoque en conjunto de la problemática que el paciente tiene, en un marco de trabajo donde distintas especialidades médicas y técnicas puedan llevarlo a cabo, es decir un trabajo en equipo multidisciplinario, cuyo objetivo será lograr la rehabilitación integral del paciente.

2) Rehabilitación bio-psico-social del mutilado facial

Nuestra área de estudio es la Prótesis Buco Maxilo Facial que se define como “el arte y la ciencia que trata de la restitución anatómica, funcional y estética por medios inertes artificiales de partes ausentes de la cavidad bucal y/o de la cara, ausentes ya sea por

motivos congénitos o adquiridos, y dentro de estos últimos, los traumáticos y los vinculados a la excéresis de patologías tumorales”.

Cuando se expresa esto, se está haciendo referencia a que el área de trabajo se va a desarrollar en una zona muy especial del cuerpo humano, la cara. La cara, mas allá de ser la región anatómica anterior de la cabeza, que representa cerca del 3 % de la superficie total corporal, es en donde se encuentran estructuras muy complejas, una región que implica mucho para la persona, esto es porque la cara es “nuestra representación como persona ante nosotros mismos, y ante la sociedad”.

Es además “fiel reflejo de nuestras vivencias, sentimientos y expresiones” por eso es que se puede decir que la “cara es el espejo del alma”. La persona que tiene una afectación física en esta región tan particular del cuerpo se sentirá profundamente dañada hasta lo más profundo de su ser.

Por un lado aquella persona que tenga una malformación desde su nacimiento es decir congénita, va a sentirse en inferiores condiciones que sus semejantes, pese a que el niño tenga una excelente capacidad intelectual, la sola ausencia total o parcial de una parte de su rostro, lo va a condicionar a que su conducta con respecto a su medio no sea como la de los demás.

Además va a verse señalado, estigmatizado por los otros niños, lo que puede traducirse que en edades más avanzadas, esta persona se capacite menos, acceda a trabajos menos calificados etc.

Pero cuando se establece un episodio que lleva a una pérdida repentina de una parte del rostro, el daño físico y psíquico son aún peores.

Esto sucede cuando el individuo se enfrenta a pérdidas de sustancias del rostro por motivos traumáticos o como consecuencia de procedimientos quirúrgicos en la excéresis de patologías tumorales.

Sea por motivos traumáticos o quirúrgicos, el paciente sufrirá grados variables de gravedad en cuanto a pérdida de sustancia. Esta pérdida ocasiona un defecto y es así precisamente como se llama el lugar de la mutilación.

En la primera situación, la de los pacientes con defectos congénitos, la persona convive con él desde su nacimiento, sin embargo en la segunda, es decir la de los defectos traumáticos o quirúrgicos, éstos sobrevienen abruptamente y en ocasiones de forma brutal.

Como se mencionó anteriormente, los defectos traumáticos pueden resultar de episodios o accidentes de la vida civil, ya sean domésticos, laborales, agresiones auto-inflingidas o por un semejante o por un animal, así como también bélicos.

La etiología más frecuente, de los defectos adquiridos, la oncológica, como resultado de procedimientos quirúrgicos para la excéresis de parte de los maxilares o de otras regiones del rostro. En esta circunstancia que nos encontramos con un paciente que nos llega curado de su patología pero a su vez mutilado.

Entonces hay que comprender que la persona que padece una lesión traumática como ejemplo el arrancamiento de una oreja por sección o la pérdida de un ojo, habrá sido tratada por los médicos de puerta de emergencia y posteriormente por los cirujanos correspondientes los cuales le aplican un tratamiento curativo de la lesión pero no le pueden devolver lo perdido.

Es sabido que la patología oncológica obliga al cirujano a realizar amplias resecciones en función de la malignidad del proceso, para dejar al paciente curado, pero a su vez, ampliamente afectado en su vida a partir de ese momento, es decir, mutilado. El desarrollo de técnicas quirúrgicas y procedimientos complementarios hace que cada día más estos pacientes vean aumentada su sobrevivencia. Por lo tanto, se torna cada vez más necesario hacer que la vida de esos pacientes sea adecuada, es decir confortable, con buena "calidad de vida".

Los procedimientos quirúrgicos son cada vez más grandes, respaldados por la existencia de ésta disciplina.

Por lo tanto la mutilación que en el diccionario aparece como "sacarle, cortarle o arrancarle una parte a un objeto" aquí está llevado a su máxima expresión porque esta mutilación no sólo afectará lo físico sino al ser bio-psico-social en su conjunto.

La persona sabe que el tratamiento médico lo dejará curado, pero después su problema será convivir con esa mutilación. La mutilación se asocia a disturbios funcionales, en ocasiones la pérdida de las funciones (alimentación, fonación, deglución), aparecen desde levemente afectadas hasta francamente imposibilitadas, perjudicando notablemente el bienestar del paciente.

La visión que le da al paciente ya no es la misma que antes del accidente o de la cirugía.

A menudo su imagen se torna desagradable incluso horrenda, lo mismo sucede con la visión que los demás tienen de él, su medio familiar y social sienten un fuerte golpe, y hasta pueden expresar actitudes de rechazo. Por lo tanto el shock emocional de una persona a quien le informan que tiene una patología oncológica, sumado a verse mutilado luego de la extirpación de la misma, puede llevar a la persona a sentirse condenado.

Estas personas pueden experimentar la sensación de sentirse un "monstruo", llevándolos a excluirse de su ámbito social habitual, laboral, profesional, encerrándose en su casa y en ocasiones sintiendo que su vida carece ya de sentido.

Es por lo tanto un pilar fundamental cuando se habla de rehabilitación, pensar en devolverle a la persona lo que ha perdido. Esto se realiza mediante procedimientos protéticos. Esa parte ausente será realizada con materiales artificiales, para dejar al paciente lo más parecido posible a las condiciones que estaba antes de la mutilación.

Esto es un verdadero desafío, no sólo por lo difícil de llevar a cabo en lo físico, sino también en los otros planos psicológico y social. Este enfoque integral del problema lleva a enmarcar al paciente en un contexto de trabajo en equipo multidisciplinario que será tratado a continuación.

3) Equipo multidisciplinario

En sus inicios, esta disciplina surgió en la Facultad de Odontología de la Universidad de la República Oriental del Uruguay, como una extensión de la prostodoncia total.

Al poco tiempo, la Prof. Agda. Dra. Isabel Jankielewicz, tomó contacto con otros centros regionales y luego mundiales y vio cómo el sistema de trabajo en dichos centros de referencia era en equipo multidisciplinario.

Si bien inicialmente la tarea estuvo desarrollada básicamente por odontólogos y laboratoristas dentales, los que en inter-consulta asistían a estos pacientes, esta modalidad de trabajo fue evolucionando hacia la formación de un equipo de salud multiprofesional.

Hasta ese momento, estos pacientes curados pero no rehabilitados, “caían en un vacío del sistema sanitario”. Este vacío debía ser ocupado por un sistema de atención que resolviera esta problemática sumando el esfuerzo de distintas profesiones médicas y paramédicas, que además de las ya mencionadas, son la psicología, la fonoaudiología, el servicio social, y la cirugía buco-maxilo-facial .

Este grupo multidisciplinario jerarquiza el rol del odontólogo y posiciona a este sistema de trabajo dentro de la más alta medicina integral.

El odontólogo debe tener el cabal manejo de los fundamentos y las técnicas de la prostodoncia total y parcial (removible y fija) que aplicará a la rehabilitación del paciente mutilado y de sus funciones perdidas.

El odontólogo protesista tiene un papel clave en el transcurso del tratamiento, siendo el profesional de salud más capacitado en reproducir la forma natural, capacitado en el manejo de materiales y técnicas de impresión y reproducción, acostumbrado y técnicamente formado.

Conoce y desarrolla la habilidad de réplica manejando alginatos, ceras, yesos, procedimientos de moldes y contramoldes, el uso del acrílico y de las siliconas. Es preciso que maneje tanto las técnicas clínicas como las de laboratorio que tendrán aquí igual jerarquía.

Por lo general se usarán los mismos materiales que en la práctica odontológica excepto la utilización de materiales especiales para objetivos específicos.

En este contexto de “rehabilitar siempre”, concepto que debe estar permanentemente presente, se confeccionarán distintos tipos de prótesis como son las oculares (para la pérdida del globo ocular), orbitarias (cuando la extensión de la lesión involucra además a los tejidos peri-oculares), las auriculares (pabellón de la oreja) total o parcial, las obturadoras (pérdida de sustancia del maxilar superior que produce comunicaciones anormales entre la cavidad bucal y las vías aéreas), las inclusiones (ó también denominadas prótesis internas).

También por extensión esta disciplina abarca a otras áreas de la anatomía humana, siendo realizadas prótesis de mano, de dedos, de seno, de pezón, de testículo, etc.

En función de la oportunidad de su realización serán denominadas convenientemente.

Estas podrán ser realizadas incluso antes de que el paciente sea intervenido, siendo colocadas en el penúltimo paso de dicha intervención, es decir **prótesis inmediatas**, con la participación del protesista maxilo facial en la sala de operaciones.

Otras serán realizadas a la espera ya sea del momento adecuado para la corrección quirúrgica o bien a la espera de mejores condiciones para la confección de un aparato definitivo para el paciente, llamadas **prótesis de espera o transición**.

Finalmente la confección de un **aparato principal o definitivo** que el paciente usará a partir de ese momento, aunque el término “definitivo” no es estrictamente adecuado, ya que los materiales sufren deterioro con el tiempo y el paciente cambios en su estado. Ambas circunstancias obligan a reformar o repetir las prótesis.

Estas prótesis podrán ser confeccionadas en distintos materiales, sin entrar a describir materiales usados antiguamente como el Palamed, el Poliuretano, el Látex.

Hoy se conoce los materiales rígidos como la resina acrílica ya sea de auto o termopolimerización, y los flexibles como las siliconas de calidad médica.

El laboratorio dental y su técnico capacitado en prótesis maxilo facial estarán en permanente apoyo complementario de la actividad clínica.

El rol del psicólogo es fundamental dado que es en general uno de los primeros contactos obligatorios del paciente. Ayudará al paciente a entender su situación y al odontólogo a entender y atender en el momento oportuno al paciente mutilado.

El paciente deberá asumir su pérdida no sólo física sino a elaborar su pérdida psicológica, el asumir esta pérdida le ayudara a elaborar el duelo. El duelo es un proceso interno que el paciente deberá elaborar y que consta de una serie de adaptaciones a la nueva realidad.

El duelo es el estado de pensamiento, sentimiento y actividad que se produce como consecuencia de la pérdida asociándose a síntomas físicos y emocionales. La pérdida es psicológicamente traumática en la misma medida que una herida o quemadura, por lo cual siempre es dolorosa, necesita un tiempo y un proceso para volver al equilibrio normal que es lo que constituye el duelo. Tiene cuatro fases secuenciales diferentes:

- 1) Experimentar pena y dolor.
- 2) Sentir miedo, ira, culpabilidad y resentimiento.
- 3) Experimentar apatía, tristeza y desinterés.
- 4) Reparación de la esperanza y reconducción de la vida.

Es solamente cuando el paciente correctamente ayudado por el psicólogo, llega a aceptar su mutilación y elabora su duelo, que estará en condiciones de recibir su prótesis.

Esto no está regido por tiempos precisos sino que le insumirá a cada persona un tiempo particular. El psicólogo informará en qué etapa de su terapia está, marcando qué avance puede hacer el odontólogo. La nomenclatura utilizada en el Servicio de Prótesis Buco-Maxilo-Facial se basa en un código y establece "luz roja" para aquel paciente que no se encuentra apto para la realización de su prótesis, una "luz verde" que establecerá lo contrario, es decir un paciente apto para su rehabilitación protética, y una "luz amarilla" que indicará un período de transición entre una y otra etapa, siendo necesario más apoyo psicológico.

En ocasiones, si estas reacciones del paciente no se logran ordenar o se encuentran impedimentos graves para alcanzar, se deberá esperar más tiempo o derivarlo en consulta al psiquiatra. Es de destacar que el apoyo psicológico debe ser brindado durante todo el tratamiento, es decir antes, durante y después que el paciente es rehabilitado.

El fonoaudiólogo prestará ayuda de gran valor a todos aquellos pacientes cuya mutilación altere la fonación por defectos palatales, del velo, de la lengua y maxilar inferior. Por el conocimiento del área, aportará la mejor forma de las prótesis mediante técnicas de modelado funcional, a la vez de brindarle al paciente una terapia basada en ejercicios para la mejor recuperación del habla.

El asistente social, dado que el paciente ve afectados sus ingresos por la exclusión de su medio laboral, puede ayudar a gestionar una pensión, a la vez que asesorará al odontólogo cuál tipo de tratamiento puede resultar ser el mejor de acuerdo a las condiciones de vida del paciente y en función de sus ingresos, categorizando al paciente para la aplicación de un arancel acorde. Asesorando a su vez en la selección del material con el cual se realizará la prótesis en función de aspectos sociales, económicos y culturales.

El cirujano maxilo facial tiene un papel determinante en relación a nuevos avances de la ciencia.

Hoy se debería hablar de un equipo implantológico especializado en prótesis maxilo facial. Este avance, los implantes de titanio y la oseointegración, han mostrado desde los experimentos de Brånemark estudiando la circulación sanguínea en animales hasta hoy, un avance fundamental. La oseointegración que permite cambiar los métodos de fijación habituales (retención anatómica, el uso de lentes y adhesivos) por un nuevo concepto de aparatos con fijación rápida, limpia, segura, precisa y estable.

Es sin duda un área para seguir investigando y avanzando vistos los grandes progresos de la imagenología, la estereolitografía, la oxigenación hiperbárica y la calciterapia que permite implantar antes durante o después de una cirugía de excéresis tumoral aún en patologías malignas. La realización de implantes en la esfera cráneo-maxilo-facial permite la confección de prótesis implanto asistidas cuyo resultado final es absolutamente impactante.

Las siguientes imágenes ilustran lo planteado :



Fig.1 Pérdida traumática del globo ocular izq. en paciente niño. Visible expresión de aprehensión en el rostro.



Fig. 2 Prótesis ocular instalada. Nótese el cambio en el ánimo del niño



Fig. 3 La prótesis estimuló el crecimiento.

(Rehabilitación realizada por la Asistente Dra. Aída Wodowóz Karoliszka, Servicio de Prótesis B.M.F)



Fig. 4 Paciente adulto utilizando un conformador orbitario.



Fig. 5 Mismo paciente rehabilitado mediante prótesis ocular.

4) Abordaje del paciente

El paciente deberá ser atendido en forma sistemática, su problemática deberá ser diagnosticada y tratada en equipo multidisciplinario, se hará su fichaje completo y una historia clínica exhaustiva, tanto de los antecedentes como de la historia de la enfermedad y de los tratamientos recibidos.

Se procederá al examen clínico para precisar la ubicación y la extensión del defecto, así como de la comunicación del mismo con cavidades naturales anexas, el estado en que se encuentra el mismo, si esta cruento, o cicatrizado.

Es importante el registro fotográfico por aspectos técnicos, académicos, científicos, de documentación, estudio o divulgación e incluso legales. Puede realizarse en blanco y negro si se pretende dibujar sobre ella, o en color del defecto, de la cara, frente y perfil de preferencia previo consentimiento del paciente.

El “moulage facial” es parte fundamental ya sea como elemento de documentación o quirúrgico o sea como parte de la terapéutica. Se registrará el color de la piel, de los cabellos, del iris si corresponde. Se estudian y registran las alteraciones de las funciones de fonación, deglución, etc. Se elabora un informe protético.

Uno de los profesionales que primero toma contacto con el paciente además del odontólogo, es el psicólogo, el cual ayudará al enfoque global del paciente. El plan de tratamiento será realizado en conjunto con los distintos profesionales del equipo, siendo el odontólogo la persona que guiará al paciente en las diferentes etapas de su tratamiento, se realizarán los procedimientos pre-protéticos que correspondan.

Se comienza por el moulage facial (total o parcial), con el cual se obtiene el modelo de trabajo. Sobre éste, por medio de técnicas artísticas, se procede a la confección de la escultura de la futura prótesis. En todo momento el paciente debe ser tomado en cuenta para la confección de la misma como sugerencias, etc.

Una vez instalada la prótesis el paciente es nuevamente evaluado por el psicólogo. El seguimiento de estos pacientes debe ser sistemático sobre todo en aquellos casos de cirugía por cáncer.

5) Interrelación con otras áreas médicas

La interrelación con el cirujano que diagnosticó y resecó una patología tumoral es un punto de importancia capital. Por un lado para conocer los alcances de la misma y por otro, para que el cirujano tenga en cuenta la futura rehabilitación.

Es importante tomar contacto con el paciente, el cual derivado por el cirujano, debe ser estudiado del punto de vista protético antes que sea operado. Esto permitirá reproducir las estructuras antes de que sean resecadas, pudiendo mejorar la calidad de vida del post-operatorio inmediato y la mejor aproximación a la forma óptima de la prótesis.

Asimismo, que el cirujano prepare un defecto accesible, con la conservación de estructuras que para el cirujano podrán ser de poco interés, pero que son de enorme valor para el protesista, como por ejemplo un fragmento de tuberosidad.

Sin embargo, al mismo tiempo es importante desalentar al cirujano acerca de la conservación de muñones nasales o auriculares que complican la rehabilitación, cuando la prótesis debe enmascararlos.

Finalmente la presencia del odontólogo en el quirófano para la colocación de una prótesis inmediata, se torna el procedimiento de elección.

La interrelación del equipo de Prótesis Buco-Maxilo-Facial con otras disciplinas es imprescindible. Algunas de estas disciplinas son: cirugía general, cirugía plástica, otorrinolaringología, oncología, oftalmología, radiología, radioterapia, oxigenación hiperbárica e imagenología.

6) Conclusiones

Las personas que padecen afectaciones congénitas o adquiridas (traumáticas o relacionadas con la onco-cirugía) en la esfera maxilo-facial, requieren por lo complejo de su problemática, una asistencia especial. Es por lo tanto imprescindible realizar un tratamiento integral del paciente mutilado facial, rehabilitarlo no sólo en el aspecto físico sino también en sus aspectos psicológicos y sociales. Esto sólo puede ser logrado en el marco de un trabajo en equipo multidisciplinario.

Este trabajo multidisciplinario más que sumar esfuerzos los multiplica. Las distintas escuelas de diferentes países promueven un trabajo en equipo no sólo local sino regional e internacional.

Todo el esfuerzo estará dirigido a la mejora de la calidad de vida del mutilado facial mediante un enfoque bio-psico-social.

Se puede lograr poco con muchos recursos, también se puede lograr mucho con pocos recursos si se los sabe aprovechar adecuadamente.

Esta disciplina no sólo es científica, sino también artística, pero también se necesita amor hacia ella, al decir de la Dra. Jankielewicz es *“de esta mezcla, ciencia, arte y amor que se logra la rehabilitación plena para que los pacientes sientan que vuelven a la vida.”*

7) Bibliografía

Benoist, Michel Réhabilitation et Prothèse Maxillo Faciales . Ed. Julien Prélat,1978, París, Francia.

De Rezende, José R. Vidulich Fundamentos en Prótese Buco-Maxilo- Facial. Ed. Sarvier 1977, San Pablo, Brasil.

Fumero, Myriam; Wodowóz, Aída; Soler, Roberto; Nidegger, Anabela, Protesis obturatriz, un trabajo de equipo multidisciplinario

Revista El protésico dental de la Corporación de Protésicos Dentales del Uruguay. Año II N° 6, Setiembre de 1983.

Jankielewicz, Isabel y co- autores Prótesis Buco-Maxilo-Facial, Editorial Quintessence, Año: 2003.

Jankielewicz, Isabel Nuevos alcances de la Odontología que amplían el campo del protésico dental. Parte I, Revista de Tecnología Dental de la Corporación de Protésicos Dentales del Uruguay. Año II N° 5, Mayo de 1983.

Jankielewicz, Isabel Nuevos alcances de la Odontología que amplían el campo del protésico dental. Parte II, Revista de Tecnología Dental de la Corporación de Protésicos Dentales del Uruguay. Año II N° 6, Setiembre de 1983.

8) Agradecimientos

Dirección del Servicio de Prótesis Buco Maxilo Facial, Facultad de Odontología (UdelaR): Prof. Agdo. Dr. Roberto Soler.

A mí tutor :

Asistente Dra. Aída Wodowóz, por la formación recibida en estos años.

A todos los integrantes del equipo multidisciplinario del mencionado Servicio.

A la Prof. Agda. Dra. Isabel Jankielewicz por realizar la corrección de éste trabajo en el año 2005, y por haber enseñado esta disciplina a sus alumnos con devoción.

Abril de 2008.

Dr.Carlos Cabrera

Editor