

PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE COMO ALTERNATIVA PROTÉSICA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA MAXILAR RESECTIVA

Partial prosthesis as a prosthetic alternative in patients undergoing resective jaw surgery

Sacoto Contreras Johanna ^{*1}, Solórzano Cuenca Allison ², Vásquez Cueva Denilson ³, Vergara Sarmiento Paúl ⁴

- ¹ Estudiante de pregrado de la carrera de Odontología. Universidad Católica de Cuenca. Sede Azogues - Ecuador
- ² Estudiante de pregrado de la carrera de Odontología. Universidad Católica de Cuenca. Sede Azogues - Ecuador
- ³ Estudiante de pregrado de la carrera de Odontología. Universidad Católica de Cuenca. Sede Azogues - Ecuador
- ⁴ Docente de pregrado de la carrera de Odontología. Universidad Católica de Cuenca. Sede Azogues - Ecuador

* johannasacoto2@gmail.com

Resumen

OBJETIVO: Establecer los beneficios de una prótesis parcial removible en pacientes sometidos a cirugía maxilar resectiva. **MÉTODOS:** Para la presente investigación se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos científicas: Scielo, Pubmed, Google Académico, Contemporary Clinical Dentistry, Journal section: Oral Surgery, se incluyeron artículos publicados en los último 5 años en el idioma inglés y español con un total de 49 artículos de los cuales 30 fueron seleccionados de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión. **RESULTADOS:** De los 30 artículos analizados 26 corresponden a casos clínicos y 4 a artículos científicos. **CONCLUSIONES:** La rehabilitación oral con prótesis parcial removible para la reconstrucción de defectos maxilares en pacientes sometidos a una cirugía resectiva, permite mejorar la funcionalidad del sistema estomatognático y brindar una calidad de vida superior en pacientes tratados adecuadamente, otorgando un restablecimiento de la oclusión y conduciendo a la reintegración en la sociedad.

Palabras Clave: Prótesis dental, rehabilitación bucal, resección mandibular, tumores orales.

Abstract

OBJECTIVE: To establish the benefits of a removable partial denture in patients undergoing resective maxillary surgery. **METHODS:** For the present investigation a search was made in the scientific databases: Scielo, Pubmed, Google Scholar, Contemporary Clinical Dentistry, Journal section: Oral Surgery, including articles published in the last 5 years in English and Spanish language with a total of 49 articles of which 30 were selected according to the inclusion and exclusion criteria. **RESULTS:** Of the 30 articles analyzed, 26 were clinical cases and 4 scientific articles. **CONCLUSIONS:** Oral rehabilitation with removable partial prosthesis for the reconstruction of maxillary defects in patients who underwent resective surgery improves the functionality of the stomatognathic system and provides a better quality of life in patients treated adequately, restoring occlusion and leading to reintegration into society.

Key words: Dental prosthesis, oral rehabilitation, jaw resection, oral tumors.

Introducción

La rehabilitación protésica posterior a una resección mandibular es uno de los tratamientos protésicos más desafiantes y exigentes debido a que se presenta obliteración en la profundidad del vestíbulo, disminución en la estabilidad de la prótesis soportada por los tejidos blandos y pérdida en tejidos de soporte (1).

El objetivo de la prótesis obturadora es la rehabilitación funcional y estética de las estructuras anatómicas intraorales, empleando componentes artificiales que devolverán la forma y función adecuada, además de conservar los tejidos remanentes en buenas condiciones. También es utilizada para varios tratamientos de rehabilitación tales como pacientes oncológicos y aquellos que presenten traumatismo (2).

Es importante conservar una higiene protésica adecuada, para ello es necesario acudir periódicamente a revisiones clínicas y seguir los protocolos de aseo en casa (3).

La resección mandibular se puede dar por diversos factores, traumáticos o cancerígenos (4).

El cáncer oral es el octavo carcinoma más común a nivel mundial, cuyo tratamiento consiste en la resección mandibular, la cual afecta tanto a los huesos de la mandíbula como al piso de la boca y la lengua. La resección mandibular provoca un deterioro masticatorio y desviación de la mandíbula hacia el lado resecado. La extirpación quirúrgica de los tumores en los maxilares con lleva a la ausencia de los músculos masticatorios produciendo discontinuidad del hueso (5).

DEFECTOS MANDIBULARES

Los defectos mandibulares se clasifican en:

Defectos de continuidad: La pérdida de continuidad de la mandíbula destruye el equilibrio y la simetría de la función mandibular, dando lugar a movimientos mandibulares alterados (6).

Defectos de discontinuidad: Se reseca todo el segmento de la mandíbula, lo que conduce a una desviación del fragmento residual hacia el sitio quirúrgico (6).

Cantor y Curtis Proponen una clasificación de defectos mandibulares. Principalmente para pacientes edéntulos, siendo aplicados también a pacientes parcialmente edéntulos (5-7).

Clase I: Resección mandibular con defecto alveolar y preservación de la continuidad mandibular (7)

Clase II: Pérdida de la continuidad mandibular distal al área canina (7).

Clase III: Pérdida hasta la región de la línea media mandibular (5-7).

Clase IV: El defecto de resección involucra el aspecto lateral de la mandíbula, pero se aumenta para mantener la pseudoarticulación del hueso y los tejidos blandos en la región de la rama ascendente (5-7).

Clase V: El defecto de resección involucra solo la región de la sínfisis y para-sínfisis, aumentada para preservar las articulaciones temporomandibulares bilaterales (7).

Clase VI: Similar a la clase V, excepto que la continuidad mandibular no se restablece (7).

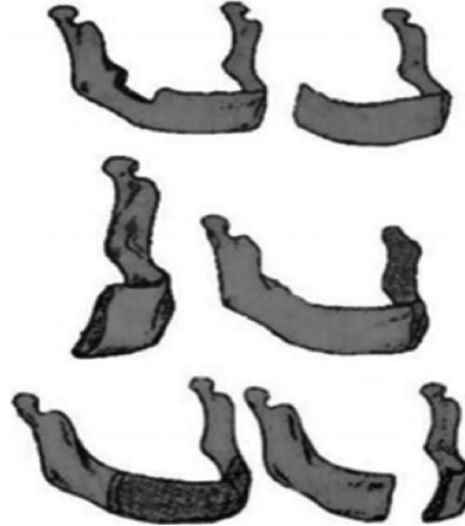


Figura 1. Clasificación de Cantor y Curtis. Fuente <https://www.actascientific.com/ASDS/pdf/ASDS-02-0292.pdf>

INDICACIONES DE CIRUGÍA RESECTIVA

Los trastornos mandibulares a causa de traumatismos o intervenciones quirúrgicas necesitan de una buena rehabilitación, para ello se opta por una cirugía resectiva, la cual requiere de una prótesis que proporcione una fijación intermaxilar (8).

Algunos de estos casos son:

Desviación mandibular: Se origina por la influencia no compensada de la musculatura contralateral, en donde intervienen el músculo pterigoideo interno y el tirón de la contracción del tejido cicatricial en el lado resecado (9-10).

Hemimandibulectomía con defecto de clase II:

Los cánceres en el piso de la boca representan unos de los tumores más frecuentes de la cavidad bucal. Se desarrollan a partir de lesiones precancerosas preexistentes, por lo que requieren de tratamientos adecuados, provocando gran dificultad en la restauración del defecto de la dentición mandibular (9-11).

Neoplasia en el piso de la boca:

Las neoplasias malignas de cavidad oral son más frecuentes en los bordes laterales de la lengua, glándulas salivales, encía, y piso de la boca (8-12).

Mandibulectomía: Es la pérdida continua de la mandíbula, en donde varía el equilibrio y la simetría del sistema estomatognático, alterando el movimiento y la función de esta. Su origen se debe a una resección tumoral maligna o un trauma (4-13).



Figura 2. Neoplasia en el piso de la boca. Fuente <https://medcraveonline.com/JDHODT/JDHODT-06-00203.pdf>

Pacientes Oncológicos: Cuando existen pacientes con cáncer a nivel de cabeza y cuello se debe considerar diversos factores entre ellos: presentación de neoplasias, factores etiológicos, sintomatología, progresión de la enfermedad y un buen plan de tratamiento (14).

TIPOS DE PRÓTESIS OBTURADORAS

PRÓTESIS OBTURADORA QUIRÚRGICA INMEDIATA:

La rehabilitación tiene como objetivo mejorar los servicios terapéuticos al paciente, antes de que éste llegase a empeorar. Cuando el paciente es sometido a una maxilectomía o mandibulectomía es importante que el prostodoncista lo evalúe previo a la intervención quirúrgica (10-15).

La prótesis se coloca en el momento de la intervención o después de ésta. La recesión se realiza siguiendo la extensión sugerida por el equipo quirúrgico. Inmediatamente después de la resección maxilar el obturador quirúrgico es colocado, de esta manera simplifica el posoperatorio y aumenta el éxito de este (16).

Cuando se requiere un paladar artificial el obturador quirúrgico es una buena opción, este separa la cavidad oral de la nasal, permitiendo al paciente consumir alimentos normalmente mientras los tejidos cicatrizan, además de disminuir el riesgo de infección postquirúrgica (17).

El paciente recupera su fonación normal lo que le devolverá su confianza. Gracias a ello, los pacientes mostrarán una gran mejoría psíquica y se sentirán aceptados por sus familiares y amigos (10-18).

PRÓTESIS OBTURADORA POSQUIRÚRGICA PROVISIONAL INTERMEDIA O INTERINA:

Es utilizada después de que se retira la gasa, el obturador quirúrgico y que la cicatrización se haya estabilizado, minimizando los cambios en los tejidos. Transcurrido varios meses postoperatorios los tejidos que cicatrizan cambian y la prótesis inmediata queda desajustada (11-19).

A pesar de que se puede rebasar el obturador inmediato, la terapéutica ideal es la fabricación de una nueva prótesis provisional (20).

Se analiza las condiciones de los dientes pilares, ya que serán utilizados por un tiempo indefinido al momento de elabora la prótesis, por lo que es recomendable la restauración de los dientes en mal estado para garantizar la estabilidad y fijación adecuada de la prótesis (11-21).



Figura 3. Prótesis obturadora posquirúrgica provisional

Fuente [http://www.oncologia.org.ve/site/upload/revista/pdf/05.%20%20Troconis%20%20\(92-99\).pdf](http://www.oncologia.org.ve/site/upload/revista/pdf/05.%20%20Troconis%20%20(92-99).pdf)

PRÓTESIS OBTURADORA POSQUIRÚRGICA DEFINITIVA:

Después de cumplir el tiempo posquirúrgico que se establece, en donde la cicatrización de los tejidos se ha completado y con la aprobación del equipo tratante, se procede a elaborar el obturador posquirúrgico definitivo (22).

El momento exacto para la fabricación se verá alterado por las respuestas individuales del paciente a la cirugía y radioterapia y solo cuando los procedimientos necesarios de periodoncia, endodoncia y restauración culminen, el paciente estará listo para la instalación del obturador definitivo (12-23).

Luego de cierto tiempo se podrá restablecer modificaciones en el obturador definitivo tales como: cambios en los tejidos remanentes, pérdida de dientes pilares, correcciones quirúrgicas o resorción del hueso alveolar. Es recomendable conservar el obturador posquirúrgico provisional para utilizarlo en casos de emergencia (12-23).

Cuando el obturador quirúrgico es colocado en cualquiera de sus etapas el paciente recuperará funciones básicas como la masticación, deglución y fonación, pero únicamente con el obturador definitivo se mejorará la estética. El paciente deberá ser examinado para posibles cambios a las 24 o 48 horas y acudir a controles periódicos cada 3 a 6 meses, según el caso lo amerite (24).

NIVEL DE SATISFACCIÓN Y QUEJAS

Existen varias modalidades de tratamiento protésico en pacientes parcialmente edéntulos, para su elaboración se ha introducido diversos materiales como los polímeros de acrílico y los materiales metálicos. Sin embargo, debido a su bajo costo, fácil manipulación y el manejo de equipos económicos los polímeros de acrílicos es el material más utilizado para su fabricación (25).

Un estudio realizado en 60 pacientes oncológicos entre 21 y 85 años en la ciudad de Makkah los cuales recibieron tratamiento prótesis parcial removible, confeccionados por los estudiantes de la Universidad de Umm Al Qura se obtuvieron los siguientes resultados (25).

1. Nivel de satisfacción

Insatisfecho	Poco satisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
20%	23.3%	21.7%	35%

Tabla 1. Nivel de satisfacción “prótesis parcial removible” (adaptado de: Mohsen K, et al. 2017)

2. Quejas

Ninguna queja	38.3%
Estética	26.7%
Dolor al comer	16.7%
Reflujo nauseoso	10%
Fonética	8.3%

Tabla 2. Nivel de quejas “prótesis parcial removible” (adaptado de: Mohsen K, et al. 2017)

El presente estudio muestra que un gran porcentaje de los pacientes están satisfechos con su prótesis obturadora (25).

El diseño protésico propuesto por el dentista como la mejor solución no siempre satisface a los pacientes (19). Conocer como usan los pacientes su prótesis obturadora ayudará al dentista y al paciente a tomar una decisión sobre el plan de tratamiento (19).

Diversos autores consideran que los factores biológicos, mecánicos, estéticos y psicológicos están relacionados con la aceptación de la prótesis y, en consecuencia, con el éxito del tratamiento (26).

Un total de 75 pacientes con prótesis parcial removible fueron examinados en la Facultad de Medicina Dental. 53 mujeres y 22 hombres, en la edad comprendida entre los 28 y 86 años. Según la edad, se dividieron en 3 grupos: sujetos menores de 39 años, sujetos de 40 a 59 años y sujetos mayores de 60 años (26).

Los participantes calificaron algunos aspectos del uso de dentaduras postizas (retención, estética, masticación, habla y comodidad) usando la escala del 1 al 5 (de 1 = insatisfacción a 5 = excelente) (26).

	Prótesis parcial removible (Inferior)		Prótesis parcial removible (superior)	
	Retención	Estética	Retención	Estética
> 60 años	4.20	4.66	4.66	4.66
40 – 50 años	4	5	5	5
<39 años	5	5	5	5

Tabla 3. Nivel de satisfacción en la estética y retención “prótesis parcial removible” (adaptada de: Babu S, et al. 2016)

Nivel de satisfacción en la estética, habla y comodidad

		Habla	Masticación	Comodidad
Prótesis parcial removible (inferior)	> 60 años	4.04	4.57	4.32
	40 – 50 años	4	5	4
	<39 años	4	5	4
Prótesis parcial removible (superior)	> 60 años	4.64	4.73	4.45
	40 – 50 años	5	5	5
	<39 años	5	5	5

Tabla 4. Nivel de satisfacción en la estética, habla y comodidad "prótesis parcial removible" (adaptada de: Babu S, et al. 2016)

COMPLICACIONES

Los pacientes oncológicos se encuentran sometidos a radioterapia con la finalidad de destruir las células cancerígenas y reducir tumores. La xerostomía es una consecuencia común de la radioterapia, estos pacientes presentan cierta dificultad en retener la prótesis en su posición y usarlas de forma correcta, causando la aparición de erosiones y úlceras en las mucosas (16-27).

La radioterapia causa inflamación de la mucosa oral retardando el proceso de curación ocasionando que el hueso subyacente quede expuesto, la curación espontánea del hueso puede tardar varios meses retardando la rehabilitación protésica, la cual se produciría después de un período de 12 a 14 meses afectando la autoestima del paciente y el funcionamiento del sistema estomatognático (28).

En pacientes portadores de prótesis se describen lesiones frecuentes como la estomatitis subprótesisica y *Candida albicans*, además presentan otros, signos y síntomas como ardor, dolor, mal gusto, halitosis e inflamación (29).



Figura 4. Estomatitis Subprotésica. Fuente https://www.usmp.edu.pe/odonto/servicio/2014/kiru_v11/FINAL-Kiru-11-2-v-p78-81.pdf

Los tejidos blandos sufren alteraciones de colágeno, y es probable que su capacidad de regeneración vaya menguando durante el proceso de envejecimiento, debido a la disminución del área de soporte de la prótesis, provocado por la destrucción alveolar (16).

La mucosa oral se encuentra atrofiada impidiendo soportar cargas oclusales bruscas, se opta por dientes no anatómicos monoplanos en la confección de prótesis parcial removible, reduciendo la eficacia masticatoria (30).



PROTOCOLO	
<ul style="list-style-type: none"> - Historial médico. - Pruebas radiográficas. - Examen extraoral. - Examen intraoral - Toma de impresiones y fabricación de una guía de prótesis de brida (corrección de la desviación de la mandíbula). - Impresión primaria. - Prepararon modelos de diagnóstico. - Preparación de la boca (Estudio inicial). - Impresión final (polivinil siloxano) 	 <p><i>FIG. 5 Prótesis de brida guía.</i> Fuente http://jamdsr.com/uploadfiles/8CantoRCurtisClasSPP26-29.20190519013137.pdf</p>
 <p><i>FIG. 6. Marco de metal. Fuente</i> http://jamdsr.com/uploadfiles/8CantoRCurtisClasSPP26-</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Fabricación de marcos CPD - Fresado del marco de metal - Preparación en boca (Prueba de ajuste y acabado) - Proceso de acrilación. - Inserción de la prótesis en boca.

Tabla 5. Protocolo "prótesis parcial removible" (fuente: Propia del autor)

Técnicas utilizadas

Impresión secundaria con masilla de polivinilo de siloxano - técnica de lavado de masilla (30).

Procesamiento de la dentadura postiza- Técnica de moldeo por inyección (18).

Limitaciones de estas prótesis

La retención, estabilidad y el soporte por lo general son inadecuados, causando problemas al hablar, dificultad para tragar, desfiguración cosmética severa y problemas respiratorios (5).

DISEÑO PROTÉSICO



Figura 7. Radiografía post-quirúrgica: muestra discontinuidad del hueso. Fuente https://www.drjournal.net/viewimage.asp?img=DentResJ_2016_13_3_292_182192_u1.jpg



Figura 8. Vista intraoral que muestra la pérdida de la cresta alveolar del lado izquierdo con obliteración vestibular. Fuente https://www.drjournal.net/viewimage.asp?img=DentResJ_2016_13_3_292_182192_u2.jpg

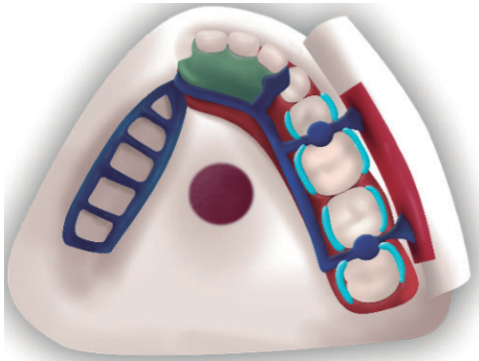


Figura 9. Diseño de la prótesis parcial removible inferior. Fuente Propia del autor

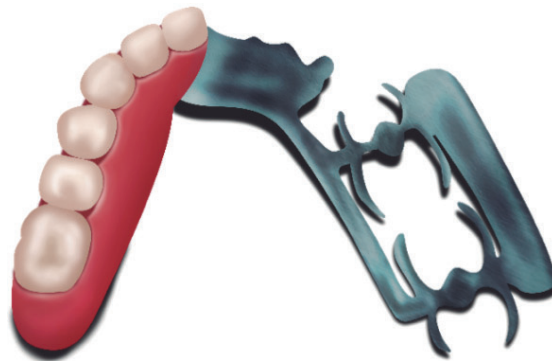


Figura 10. Prótesis parcial removible final. Fuente Propia del autor

Clase de Cantor y Curtis		III
Conector Modificado	mayor	<ul style="list-style-type: none"> placa lingual para dientes anteriores Barra lingual para dientes posteriores
Retenedores:		<ul style="list-style-type: none"> 3.6 – 3.7: Doble Acker
Apoyos:		<ul style="list-style-type: none"> 3.5: distal 3.6: mesial 3.8: mesial 3.7: distal
Retención indirecta:		<ul style="list-style-type: none"> Cingular: pieza 3.3
Brida Guía:		vestibular de premolares y molares, porción del hombro del retenedor directo en el lado no defectuoso.

Tabla 6. Diseño protésico (fuente: propias del autor)

Metodología

Método:

Analítico – descriptivo

Técnica:

Revisión bibliográfica

Instrumento, Material y Recursos

Se realizó una búsqueda bibliográfica dentro de las bases científicas: Scielo, Pubmed, Medigraphic, Google Académico, Contemporary Clinical Dentistry, Ebsco, Web of Science, Journal Section: Oral Surgery: los cuales fueron publicados dentro de los últimos 5 años, se incluyeron artículos en idioma inglés y español con un total de 49 artículos de estos 27 fueron seleccionados de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión para la presente investigación.

Las palabras claves utilizadas fueron: Prótesis parcial removible, cirugía resectiva, traumatismos faciales, resección mandibular, rehabilitación oral, tumoraciones orales.

Resultados

Artículos Investigados 49

Artículos Seleccionados 30

Tipo de Investigación

Revisión de casos clínicos 26

Artículos Científicos 4

Discusión

Coelhd Marcelo et. al. (2015) señala que, la prevalencia de los tumores faciales va en aumento, su tratamiento consiste en la resección quirúrgica. Este tratamiento provoca la extirpación de los músculos maseteros, tejidos blandos, discos articulares y cóndilos mandibulares, disminuyendo así las funciones básicas; las prótesis convencionales pueden mejorar su retención y estabilidad si están bien fabricadas y tienen una oclusión equilibrada. Los pacientes sometidos a quimioterapia generalmente padecen xerostomía la cual puede reducir el efecto de vacío de la base de la prótesis a los tejidos blandos, disminuyendo su retención. Los tejidos blandos de los pacientes irradiados sufren modificaciones rápidas. Por lo tanto, se recomienda una evaluación frecuente de las prótesis (15).

Lima J et. al. (2015) establece que antes de cualquier intervención quirúrgica se debe tomar en cuenta varios aspectos importantes: etiología, tipo de tumor, progresión de la lesión y hacer un plan de tratamiento.10 Krishna Vamsi et al. (2015) agrega que la retención y la estabilidad protésica mejoran con el uso de dos cierres de embragues, un cierre de aproximación inversa y otros conectores. La posición de los dientes y los contornos externos de la prótesis deben diseñarse para seguir el área de la zona neutral entre las superficies internas y externas de la prótesis, para proporcionar una mejor estabilidad (12).

Bhochhibhoya A et. al (2016) Indican que las resecciones quirúrgicas pueden dar lugar a defectos de discontinuidad mandibular causando problemas estéticos y psicológicos.2 Marathe A et. al. (2016) agregan que esta pérdida de continuidad como resultado una desviación del segmento mandibular restante hacia el lado reseñado, debido a la pérdida de tejido involucrado.22 Narendra R et. al. (2016) Concuerdan que la extirpación quirúrgica de los tumores en los maxilares conduce a la discontinuidad del hueso (23).

Babu S et. al. (2016) afirman que es necesario la resección de estructuras que intervienen en la masticación y la deglución causando déficits morfológicos y funcionales (24).

Masser Mohammed (2016) plantea que los diversos tratamientos varían de acuerdo con: tamaño, tipo, gravedad, ubicación y etiología del tumor, siendo el más frecuente la extirpación quirúrgica

del área afectada. Además, propuso que la rehabilitación de pacientes con defectos maxilares es relativamente más simple que la rehabilitación de defectos en la mandíbula, y se pueden identificar resultados agradables y aceptados al final del tratamiento. La rehabilitación protésica de los defectos adquiridos en el maxilar podría organizarse en tres etapas de tratamiento. Para cada paso se fabrica un tipo diferente de obturador: Obturador quirúrgico inmediato, Obturador interino y Obturador definitivo (13).

Flores R et. al. (2017) manifiesta que un paciente oncológico debe someterse a una resección quirúrgica radical ya que provoca severa alteración mandibular.16 mientras que Dong Yan (2017) concuerda que los pacientes con tumoraciones en el piso de la boca después de la operación siempre tienen una apertura oral limitada, debido al desvanecimiento del surco vestibular y la adhesión de la cicatriz. Estos factores afectan el éxito del tratamiento protésico (9).

Pramod Raj (2017) propuso que el éxito de la terapia de guía mandibular varía y depende de la naturaleza del defecto quirúrgico, el inicio temprano de la terapia de guía, la cooperación del paciente y otros factores. Cuando el cóndilo se pierde en el lado reseado, puede ser necesaria una terapia de orientación para lograr una mejor alineación y función. La desviación de la mandíbula hacia el lado reseado depende de la cantidad de tejido blando y duro reseado, el método de cierre del sitio quirúrgico, el grado de deterioro de la función de la lengua, la presencia y el estado de los dientes, la pérdida del sentido propioceptivo de la oclusión y el momento de la terapia prostodóntica (11).

Monhsen K. (2017) señala que la prótesis parcial removible obturadora es aplicada con la finalidad de restaurar la función masticatoria después de la pérdida de dientes naturales. Los materiales usados para la construcción de esta pueden ser: polímeros de acrílico, metales. Siendo las bases de acrílico las más utilizadas debido a su bajo costo y fácil manipulación.18 Kantial V et. al agregan que la prótesis de acrílico es eficaz en pacientes comprometidos sistémicamente, si se respeta el protocolo de cicatrización completa de los tejidos. Con la aprobación del equipo tratante, se podrá fabricar el obturador posquirúrgico definitivo (25).

Nair SJ et. al. (2018) Mantiene que la desviación mandibular causada por defecto de discontinuidad mandibular unilateral luego de una cirugía o traumatismo da como resultado la falta de oclusión y relaciones maxilomandibulares alteradas para una masticación (4). Choudhary S et. al. (2018) Correlacionan que la desviación mandibular se debe principalmente a la influencia no compensada de la musculatura contralateral, particularmente el músculo pterigoideo interno y el tirón de la contracción del tejido cicatricial en el lado reseado (1).El grado de desviación depende de varios factores, como la ubicación y el alcance de la resección ósea y de tejidos blandos, el método de cierre del sitio quirúrgico, el grado de deterioro de la función de la lengua, la presencia y el estado de los dientes naturales restantes, el grado en que el nervio se han involucrado y el uso de procedimientos complementarios como la radioterapia y el momento del tratamiento prostodóntico (1-24).

Robles D et. al. (2019) indica que una prótesis obturadora posquirúrgica definitiva es más eficiente en defectos maxilares producto de cirugías oncológicas (26).

Pritam A et. al. (2019) Propone que, para lograr resultados oclusales más eficientes, es aconse-

jable comenzar la terapia de orientación lo antes posible. La intervención protésica generalmente se recomienda en el período de curación inicial de la mandíbula reconstruida para evitar la rotación del plano oclusal mandibular hacia abajo y la extrusión de los dientes maxilares (4-27). Mubasheeruddin M et. al. (2020) Concuenda que el tratamiento protodóntico junto con cierto programa de ejercicio ayuda a reducir la desviación mandibular y mejorar la eficiencia masticatoria (28).

Conclusiones

La fabricación de prótesis parcial removible para la reconstrucción de defectos maxilares en pacientes sometidos a cirugías resectivas, permite una función mejorada y una calidad de vida superior en pacientes tratados adecuadamente, otorgando un restablecimiento de la oclusión funcional y conduciendo a la reintegración en la sociedad.

Cuando se manifiestan cambios a nivel de la mandíbula ya sea por traumas o enfermedades sistémicas, las funciones que cumple se alteran, en donde la masticación, fonación y deglución se ven afectadas. Por lo cual se elabora diferentes tipos de diseños protésicos de acuerdo con el grado de afectación que posee el paciente. Los procedimientos clínicos y de laboratorio también cambian; con el fin de garantizar una buena rehabilitación y funcionamiento del sistema estomatognático

La mayoría de los pacientes se sienten satisfechos con la estabilidad y retención que proporciona la prótesis parcial removible; entre las principales quejas acerca del uso de estas esta la estética, dolor al ingerir alimentos y problemas al hablar

La xerostomía, inflamación y atrofia de la mucosa son los problemas más comunes en pacientes oncológicos, lo que afecta en la retención y eficacia masticatoria de la prótesis, así como también en la estética y seguridad del paciente

La prótesis obturadora está contraindicada cuando el paciente presenta características clínicas que permitan la colocación de una prótesis retenida por implantes.

La desventaja de la prótesis obturadora es su complejidad en la elaboración, la cuál requiere de varios especialistas y de mayor cantidad de material para equilibrar la falta de estructuras anatómicas afectando la estética.

Referencias bibliográficas

1. Mittal M, Kalra A. Rehabilitation with removable plaster prosthesis in mandibulectomy: a viable treatment modality. *Asia Pacific Journal Of Health Sciences*, 2016; 3 (4): 266-270.
2. Ferreira A, Aras M, Chitre V, Mascarenhas K. Prosthetic rehabilitation of an ameloblastoma patient using a non-conventional partial denture. *Odontología* 2018; 8 (4): 482-491.
3. Pavankumar R. Prosthetic management of the patient with hemimandibulectomy with guide plane and double occlusion prosthesis. *Journal of Natural Sciences, Biology and Medicine* 2015; 6 (2): 449 – 453.
4. Dong Y, Special design of removable partial denture restoration following surgical resection of mouth floor neoplasm, *Journal of Dental Health Oral Disorders & Therapy*, vol. 6 (3), 2017.
5. [Suganna M, Chowdhary AK, Banerjee S, Sulok S, Kumar R, Ahmed R. Prosthodontic Rehabilitation of Cantor and Curtis Class II Mandibular Defect using Cast Partial Denture Therapy: A Case Report. *J Adv Med Dent Scie Res* 2019;7(4): 26-29.
6. Narendra R, Reddy PS, Reddy S, Jain AR, Arunakumari S. Prosthodontic Rehabilitation of Cantor and Curtis Class III Mandibular Defect Using Cast Partial Denture - A Case Report. *J. Pharm. Sci. & Res.* Vol. 8(6), 2016, 461-463.
7. Mubasheeruddin M, Nagara SC, Kalburgi MN, Benji LA. Rehabilitation of a hemimandibulectomy patient- a case report. *The journal of Prosthetic and Implant Dentistry* 2020; 3(2): 94-7.
8. Choudhary S, Ram S, Kumar A. Prosthetic management of a hemi-mandibulectomy patient. *Indian J Dent Sci* 2018; 10(2):118-20.
9. Coelho M, Medeiros R, Prosthetic rehabilitation of a patient after a partial mandibulectomy, Elsevier, 2015, 4(2): 200-203.
10. Silva N, Ferreira A, Multimodal approach for oral rehabilitation in an irradiated head and neck patient: a case report, *Research, Society and Development*, 2020, 9(7): 1-12.
11. Nasser M. Maxillary filling prosthesis for a patient with hemimaxillectomy: a clinical case report. *The Saudi newspaper for dental research* 2015; 7 (3)153-158
12. Ruiz R, Cozano R, Evolution of oral cancer treatment in an andalusian population sample: Rehabilitation with prosthetic obturation and removable partial prosthesis, *Journal section: Oral Surgery*, 2017, 9(8):1008-1014.
13. Virad E, Venet L, Manufacturing of an immediate removable partial denture with an intraoral scanner and CAD-CAM technology: a case report, Virard et al. *BMC Oral Health*, 2018,18(1):120.
14. Pramod R, Gaganjit S. Prosthetic rehabilitation after segmental mandibulectomy. *The Journal of Indian Prosthodontic Society* 2017; 8 (2): 108- 111
15. Mohsen K, Removable Partial Dentures: Patient Satisfaction and Complaints in Makkah City, KSA. *Taibah University Journal of Medical Sciences* 2017; 12 (6) 661-664
16. Kujtim S, Dula J, Teuta P, Teuta B. Patient's Satisfaction with Removable Partial Dentures: A Retrospective Case Series. *Open Dentistry Journal*, 2016;10: 656-663
17. Haraswarupa G, Omprakash Y. Prosthodontic Management of Xerostomic Patient: A Technical Modification. *Case Rep Dental* 2016; 4(7):64-72
18. Rathee M, Bhoria M, Boora P. Post-surgical prosthetic rehabilitation of unilateral hemimandibulectomy with customized wire-guided mandibular prosthesis. *Saudi Journal of Health Sciences* 2015; 4: 205-7
19. Balaji DL, Sessa Reddy P. Prosthetic rehabilitation of hemi-mandibulectomy Patient with a definitive Prosthesis - a case report. *Int J Dent Mater* 2019;1(2): 68-71.
20. Bhojhibhoya A, Shakya P, Mathema S, Maskey B. Simplified technique for the prosthodontic rehabilitation of a patient with a segmental mandibulectomy with a hollow cast partial dental prosthesis: A clinical report. *J Prosthet Dent* 2016; 116 (1):144-146.
21. Nair SJ, Aparna IN, Dhanasekar B, Prabhu N. Prosthetic rehabilitation of hemimandibulectomy

- defect with removable partial denture prosthesis using an attachment-retained guiding flange. *Contemp Clin Dent* 2018; 9(1):120-2.
22. Lima J, Cabrera C, Estrada E. Parallel partial filling prosthesis in an oncological patient. *Odontostomatology* 2015; 17 (25): 42- 52
 23. Vamsi K, Phanendra K, Kiran K. Prosthetic management of partial mandibulectomy defect. *J Res Adv Dent* 2015; 4 (3): 304-307.
 24. Marathe AS, Kshirsagar PS. A systematic approach in rehabilitation of hemimandibulectomy: A case report. *J Indian Prosthodont Soc* 2016; 16(2):208-12.
 25. Narendra R, Reddy PS, Reddy S, Jain AR, Arunakumari S. Prosthodontic Rehabilitation of Cantor and Curtis Class III Mandibular Defect Using Cast Partial Denture - A Case Report. *J. Pharm. Sci. & Res.* Vol. 8(6), 2016, 461-463.
 26. Babu S, Manjunath S, Vajawat M. Definitive guiding flange prosthesis: A definitive approach in segmental mandibulectomy defect. *Dent Res J* 2016; 13(3):292-5.
 27. Kantilal V, Patil R, Rehabilitación protésica de defectos mandibulares con prótesis de dentadura postiza parcial removable fija mediante un accesorio de precisión: un caso gemelo, *Contemporary Clinical Dentistry*, vol. 8 (3), 2017.
 28. Robles D, Flores E, Alternativa protésica posterior a la resección de un fibroma osificante. Reporte de un caso, *oral* 2019, vol. 20 (63), 2019.
 29. Harshitha C, Laliytha K. Effect of Radiotherapy on the Oral Cavity, *Journal of Pharmaceutical Sciences and Research* 2017, vol. 9(12): 2332-2334
 30. Pritam A, Mall N, Pal R. Prosthodontic Management of Post-Surgical Mandibular Deviation using Mandibular Guidance Flange Prosthesis: A Case Report. *J Adv Med Dent Scie Res* 2019;7(1):97-99

Recibido: 14 junio 2022

Aceptado: 02 agosto 2022

