

# Prótesis parcial removible como solución protésica en pacientes oncológicos

## Removable partial prosthesis as a prosthetic solution in oncological patients

---

Tapia Romero Anahela Magdalena<sup>1</sup>, Suárez Rea Priscila Gardenia<sup>1</sup>,  
Ponce Falcones Alan Medardo<sup>1</sup>, Vergara Sarmiento Paúl<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidad Católica de Cuenca. Sede Azogues-Ecuador.

### Resumen

**Contexto:** El cáncer es una patología provocada por la proliferación anómala de células que tienen la facultad de invadir y destruir otros tejidos, en la cavidad oral constituye el 14.1% de los tumores de las excrecencias malignas ubicada en la cabeza y cuello, la totalidad de estas se ubican en los senos frontales y nasales. El epitelio del paladar y los tejidos blandos, así como las glándulas salivales menores, exigen una maxilectomía completa o incompleta. En pacientes oncológicos se originan defectos maxilares que pueden ser congénitos y que frecuentemente provocan deformaciones del rostro.

**OBJETIVO:** Establecer la utilidad de la Prótesis Parcial Removible como solución protésica en pacientes sometidos a tratamiento oncológico.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** En el presente estudio Investigativo, se realizó una revisión bibliográfica, en la cual se recopiló información en bases científicas como PubMed, Scielo, Journal of Oral Research, Hindawi. Se utilizaron criterios de inclusión y exclusión, usando artículos científicos de máximo 5 años de antigüedad.

**RESULTADOS:** Se filtró 48 artículos científicos de los cuales 23 cumplen con todos los requisitos solicitados. Se clasificaron como: Revisión de literatura 9, sistemática 3, metaanálisis 2 y casos clínicos 9.

**CONCLUSIONES:** La prótesis parcial removible obturadora es una excelente solución protésica para devolver a los pacientes funciones muy importantes como la masticación, fonación, deglución y además entrega una estética aceptable.

**Palabras Clave:** Cáncer oral, Prótesis maxilofacial, Rehabilitación oral, Cirugía bucal, Tumores, Obturadores, Oncología.

## Abstract

**Context:** Cancer is a pathology caused by the abnormal proliferation of cells that have the ability to invade and destroy other tissues, in the oral cavity it constitutes 14.1% of the tumors of the malignant outgrowths located in the head and neck, all of these are located in the frontal and nasal sinuses. The palate epithelium and soft tissues, as well as the minor salivary glands, require complete or incomplete maxillectomy. In cancer patients, maxillary defects arise that can be congenital and that frequently cause facial deformations. **OBJECTIVE:** To establish the usefulness of the Removable Partial Prosthesis as a prosthetic solution in patients undergoing cancer treatment. **MATERIALS AND METHODS:** In the present Investigative study, a bibliographic review was carried out, in which information was compiled in scientific bases such as Web of Science, Ebsco, Scopus Google Scholar, Pubmed and Scielo. Inclusion and exclusion criteria were used, using scientific articles with a maximum of 5 years old. **RESULTS:** 48 scientific articles were filtered of which 23 meet all the requested requirements. They were classified as: Literature review 9, systematic 3, meta-analysis 2 and clinical cases 9. **CONCLUSIONS:** The obturator removable partial prosthesis is an excellent prosthetic solution to return to patients very important functions such as chewing, phonation, swallowing and also provides an acceptable aesthetics.

**Key words:** Oral cancer , Maxillofacial prosthesis, Oral rehabilitation , Oral Surgery, Tumors, Obturators ,Oncology

## Introducción

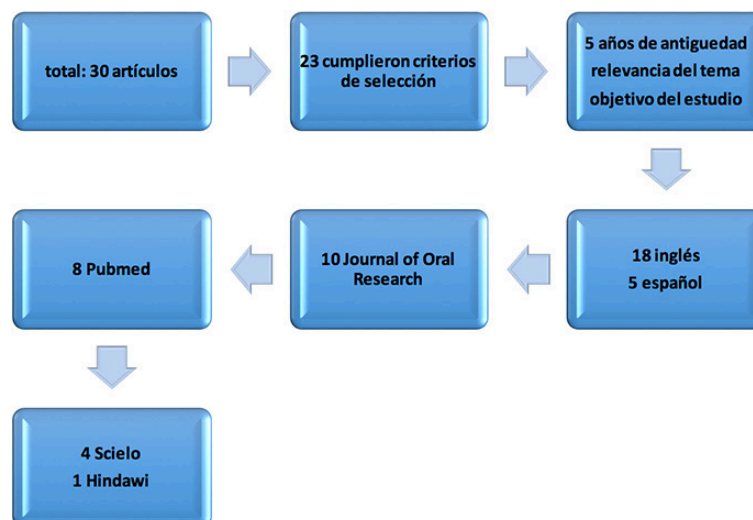
El cáncer es una patología inducida por la proliferación anómala de células que tienen la facultad de invadir y destruir otros tejidos, se puede provocar a partir de cualquier tipo de célula, desde un tejido superficial a nivel oral, hasta las zonas más profundas de tejidos en otros órganos. Los tumores de la cavidad oral representan el 14.1% de las tumoraciones con malignidad ubicados en cabeza y cuello, la totalidad de estas tumoraciones se localizan en los senos paranasales, el tejido del paladar o las glándulas salivales menores (1).

Este tipo de afecciones exigen la maxilectomía parcial o total, debido a que se encuentra alterada la función a nivel palatino, el habla y la deglución, a su vez se deberá pensar en su recuperación. Estos pacientes oncológicos presentan debilidad para dialogar, ingerir alimentos de consistencia líquida, y más aún los daños estéticos que va a exhibir, por lo cual es importante considerar una prótesis obturadora para rehabilitar a estos pacientes.

Las causas del edentulismo parcial en pacientes oncológicos originan defectos maxilares, pueden ser congénitos a través de los genes de los padres a sus hijos o pueden deberse a traumatismos, lo que produce invalidez y frecuentemente alcanzan a ocasionar alteraciones faciales que afecten la función, estética, ocasionando gran impacto psicológico en el paciente, limitando sus capacidades como también su estilo de vida (2).

En este contexto es importante considerar una prótesis obturadora y las piezas dentarias que se usarán como pilares deberían restaurarse y el periodonto estar sano previo a la rehabilitación protésica; por esta razón, los conocimientos generales ya obtenidos para realizar un diseño de prótesis parcial removible, se aplican de igual manera al diseño de una prótesis obturadora, de tal manera que los conectores principales de la estructura deben ser rígidos y llevar las fuerzas oclusales a lo largo de los dientes, así se va a establecer la utilidad de la Prótesis Parcial Removible como solución protésica en pacientes sometidos a tratamiento oncológico.

## Metodología



## Estado del Arte

### Cáncer Orofacial

Hace referencia a una neoplasia maligna afectando mayormente al espacio aéreo digestivo superior según la región anatómica comprometida, de esta manera se puede dividir en: cáncer de cavidad oral (lengua, mejillas, labios, boca y paladar duro), cáncer de faringe (nasofaringe, orofaringe e hipofaringe), cáncer de laringe (glótica, supraglótica e infraglótica), cáncer de glándulas salivales, fosas nasales y senos paranasales (1-2).

Por otra parte, según la “International Agency for Research on Cancer” existen 630000 personas en el mundo diagnosticadas al año por este cáncer y de ellos más del 90% son de histología plana o escamosa, observando comportamientos con bastante grado de malignidad, incluso afectando órganos y tejidos en etapas posteriores a su tratamiento. No obstante, el resto de los exámenes histológicos, el 2% son sarcomas y el 7% es de tipo adenoescamoso, melanomas y otros no especificados. Existen factores incorporados al proceso de esta patología, entre ellos tenemos: tabaquismo, consumo de alcohol en exageración, presencia del virus papiloma humano (VPH) (1-2).

La causa oncológica, especialmente se asocia a cambios funcionales; en determinados momentos, las funciones normales como la ingesta de alimentos, problemas a dialogar y dificultad a la deglución, afectando su función, lo que va a disminuir la calidad de vida del paciente (3). El procedimiento rehabilitador con prótesis obturadoras en pacientes con defectos maxilares, sea este por origen oncológico, traumático o por asociación a defectos congénitos, tiene que estar orientado a restablecer las funciones elementales como apartar la cavidad oral de la nasal para restablecer las funciones sustanciales al paciente como son la deglución, fonación y masticación, conjuntamente devolver la estética perdida (3-4).

#### **CLASIFICACIÓN DEL CÁNCER DE LA CAVIDAD ORAL SEGÚN SU LOCALIZACIÓN.**

Esta es la clasificación que corresponde a la décima edición internacional de patologías y problemas relacionados con la salud (CIE-10) C00-C08: (1)

C00 Tumor maligno del labio.

C01 Tumor maligno de la base de la lengua.

C02 Tumor maligno de otras partes y de las no específicas de la lengua.

C03 Tumor maligno de la encía

C04 Tumor maligno del piso de la boca.

C05 Tumor maligno del paladar.

C07 Tumor maligno de la mucosa de la mejilla.

C08 Tumor maligno de otras glándulas salivales y de las no específicas (1).

## **LA GESTIÓN ORAL DE PACIENTES DE ONCOLOGÍA ANTES DE LA RADIOTERAPIA**

Las extracciones múltiples antes de la radioterapia son recomendadas para evitar complicaciones, es apropiado organizar la evaluación y el manejo del paciente (4-2).

## **LOS EFECTOS SECUNDARIOS DE RADIOTERAPIA EN EL ENTORNO ORAL**

Caries asociadas a la radiación: la caries empieza dentro de los 3 meses posteriores al finalizar la radiación, los pacientes con radioterapia de cabeza y cuello tienen un alto grado de riesgo para desarrollar caries, disminución de saliva por el alto consumo de carbohidratos (4).

Xerostomía: se define cuando la cavidad bucal se encuentra seca, no se considera como una enfermedad, pero es un síntoma de diversas condiciones médicas, y se presenta como efecto secundario de la radiación en cabeza y el cuello (4).

Trismus: es otro efecto de la radioterapia, en ocasiones el tumor invade los músculos masticatorios y en otros casos requiere intervención quirúrgica (4).

## **INSTRUCCIONES DE HIGIENE ORAL**

Es necesario el cuidado de los órganos dentales para resolver alteraciones como la gingivitis y para poder mantener una cavidad bucal libre de biofilm. Los pacientes dentados deben usar, 10 ml de enjuague bucal de gluconato de clorhexidina al 0.2% 2 veces al día, durante 1 semana antes de la radioterapia (4-2).

## **QUÉ DIENTES EXTRAER**

Es necesario extraer órganos dentarios con pronóstico malo, las exodoncias deben ser realizadas con el menor traumatismo posible (4). Otras indicaciones serían lesiones de caries avanzadas con cuestionable remanente dentario, que no sea factible su rehabilitación, dientes con enfermedad periodontal avanzada y movilidad grado III, grandes exposiciones de la furca.

Finalmente se deberían extraer los dientes impactados o con erupción incompleta, particularmente terceros molares que no están completamente cubiertos por hueso alveolar o que están en contacto con el entorno oral.

## **TRATAMIENTO RESTAURADOR**

Los efectos de la irradiación y la quimioterapia, hacen que los tejidos blandos sean muy susceptibles a trauma. Por lo tanto, es importante asegurarse que todos los dientes irregulares y las áreas afiladas de las restauraciones se alisan y las dentaduras estén adecuadamente ajustadas para evitar irritaciones (4).

## **CLASIFICACIÓN DE PACIENTES PARCIALMENTE DENTADOS CON DEFECTOS MAXILARES SEGÚN LOS DIENTES REMANENTES (ARMANI)**

Clase I: Diseño tripoidal para arcos curvos (maxilectomía total).

Clase I: Diseño lineal para arcos rectos (maxilectomía total).

Clase II: Diseño tripoidal (maxilectomía posterior).

Clase III: Diseño cuadrangular (maxilectomía central, ambos maxilares).

Clase IV: Diseño lineal (maxilectomía posterior)

Clase V: Diseño tripoidal (maxilectomía posterior, ambos maxilares).

Clase VI: Diseño cuadrangular (maxilectomía anterior, ambos maxilares).

## **EL TRATAMIENTO PROTÉSICO CON OBTURADORES**

Los candidatos a este tipo de prótesis son pacientes con daños en los maxilares con etiología oncológica, traumática, alteraciones congénitas. Pacientes que requieren que se aparte la cavidad oral de la nasal para así restituir al paciente funciones como: ingestión, habla, trituration, apariencia aceptable. La apariencia puede estar comprometida, es por eso que es importante la restitución funcional (5-6-19)

## **CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES ODONTOLÓGICOS SOMETIDOS A TRATAMIENTOS ONCOLÓGICOS**

Presencia de manchas eritematosas, no sintomáticas o con sensación de quemazón, puede haber hiperqueratosis en labio inferior, o zonas ulceradas, la lengua tiende a presentarse como una úlcera, o masa afectada que presenta sangrado, dolor localizado y endurecimiento regional, su crecimiento es progresivamente infiltrante, provocando aumento del dolor y dificultad para la fonación y deglución, sequedad de boca (xerostomía) debido al tratamiento oncológico.

## **COMPLICACIONES DE ESTE TIPO DE PRÓTESIS**

Es un poco dificultoso el retiro de la prótesis tras la cicatrización de la herida, al no encajar adecuadamente, provocando filtraciones, la línea de sutura puede dar como resultado que el reborde edéntulo pueda desalojar la prótesis o causar falta de retención e inestabilidad, dificultades de la masticación, deglución y habla asociada a la prótesis, inflamación e infección por retención alimentaria, desgastes, fracturas en los dientes y bolsas periodontales.

### **Obturador de emergencia**

Se indica cuando existe comunicación buconasal, o cuando se requiere de utilización de sonda nasogástrica por no haber fabricado la prótesis nasogástrica. El material con el que puede confeccionarse puede ser de acrílico autopolimerizable, termopolimerizable o láminas por el método estampado.

## PRÓTESIS OBTURADORA INMEDIATA Y DE TRANSICIÓN

Se confecciona antes de la cirugía y se instala en el mismo acto quirúrgico, después de la resección de la lesión tumoral, ya que permitirá una protección postoperatoria con bajo riesgo de infección de la zona intervenida. Es necesario la fijación de la prótesis con retenedores de alambre de acero sección circular de 0.09mm y una correcta alimentación inmediata por vía oral.

El retiro del obturador debe ser a los 15 días para realizar el rebasado con acondicionador blando a base de silicona, posteriormente se hace una intervención a los 40 días, se retira el acondicionador y se rebasa con acrílico para ajustar de mejor manera la base al defecto. Se deberá remitir al fonoaudiólogo para analizar los cambios por fonemas (11-12-17).

Los obturadores de transición provisional terapéutica o temporales se elaboran para simplificar el cierre desde el instante en el que se retiran los apósitos. La prótesis obturadora se coloca cerca de 10 días después a la ablación quirúrgica, hasta que se asegure la cicatrización (7).

## PRÓTESIS OBTURADORA DEFINITIVA

Se empieza a confeccionar cuando los tejidos han logrado una correcta estabilidad cicatrizal, esto ocurre a los 6 meses aproximadamente.

Se toman impresiones anatómicas con alginato. Se obtienen modelos y se articulan en el articulador semiajustable para una mejor planificación del tratamiento (11-6-16).

## PREPARACIÓN DEL SOPORTE DENTARIO

### Modificación de contorno

Permite preparar y adquirir un único eje de entrada y salida del aparato, estableciendo la estabilidad y retención. Es así que se procede a confeccionar tallados en el ecuador protésico, estableciendo un correcto paralelismo. Las preparaciones a realizar son:

**PLANOS GUÍA:** Se procede a tallar con una fresa de diamante cilíndrica, número 8 a través de las caras proximales de los dientes pilares, de esta manera nos orienta el trayecto de inserción y remoción de la prótesis parcial removible.

**RETENCIÓN:** Se procede a tallar con una fresa de diamante redonda si la pieza pilar no presenta ningún escalón retentivo de 0.25 o 0.5 mm realizando superficies y planos guías.

### LECHOS PARA APOYO

Es la conformación de un lecho para que se transmitan las fuerzas en forma axial, y evitar la intrusión de la prótesis.

**Oclusales:** Se efectúan en las superficies oclusales de molares y premolares con una fresa redonda de diamante número 8 y 4 correspondientemente.

**Cingulares:** Se efectúa en los dientes caninos 11-14

## ELABORACIÓN DE LAS PRÓTESIS OBTURADORAS

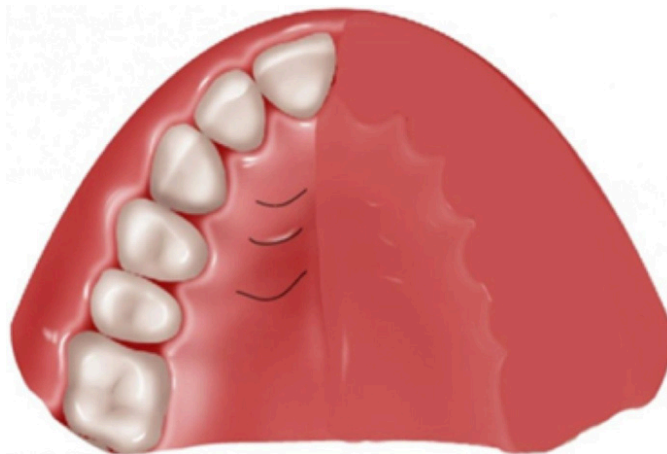
Ante la elaboración de cualquier tipo de prótesis obturadora, la proyección inicial es fundamental para el éxito del tratamiento, de tal manera que es de necesidad imperiosa la impresión de diagnóstico prequirúrgica, y así adquirir los modelos, que junto al examen radiográfico y examen clínico, lograrán una visión determinada y clara de la situación al equipo tratante.

### Diseño

Se deben tener en cuenta los órganos dentarios presentes, su distribución en la arcada, la ubicación y el tamaño del defecto.

### Objetivos básicos:

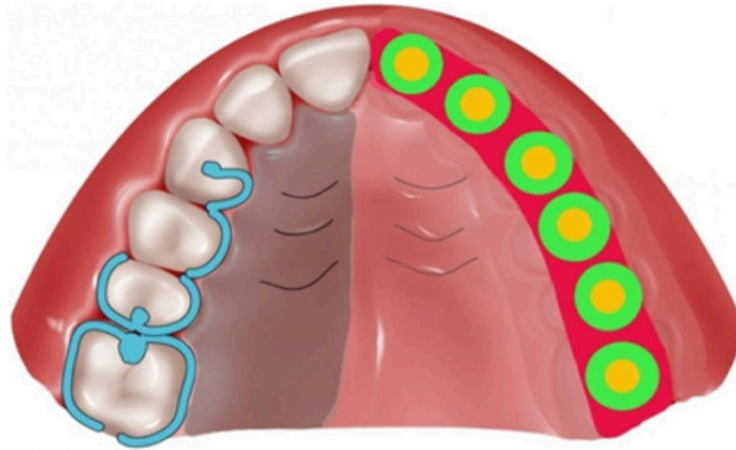
- Planos y superficies guía, para dar estabilidad y fijación, permitiendo la obtención de un eje único intro expulsivo que optimice el anclaje de la prótesis obturatriz.
- Descansos oclusales, que den soporte y transmisión axial de las fuerzas.
- Retención adecuada, la suficiente para evitar la traslación vertical del aparato.
- Diseños de máxima cobertura, buscar la trasmisión de fuerzas al terreno de soporte dentario y mucoso en la máxima extensión posible.
- Conector mayor de gran cobertura, para dar mejor soporte secundario (aumentamos brazo de estabilidad).
- Conexión del anclaje rígida o lábil, según el caso.
- Diseño oclusal, reduce la tabla oclusal tanto en sentido vestibulo lingual, para aumentar la eficacia masticatoria; así disminuimos el brazo de palanca.
- Reducir brazos de potencias (menos dientes).



**Fotografía 1:** Zona intervenida de la resección del tumor.

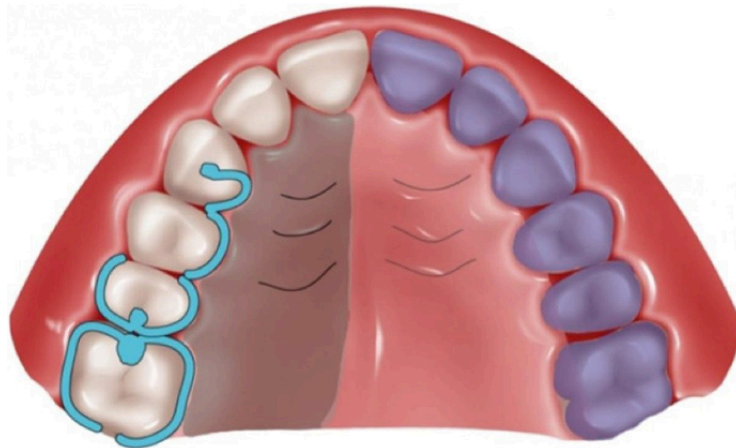
**Fuente:** Propia





**Fotografía 2:** Diseño protésico: colocación de retenedores, conector, apoyos y estructura dental.

Fuente: Propia



**Fotografía 3:** Obturador definitivo.

Fuente: Propia

## LIMITACIONES DE LA PRÓTESIS

Puede resultar complejo mantener las prótesis estables en la cavidad oral, dificultad en la ejecución de la impresión, falta de retención y estabilidad de la prótesis ya que el tejido de la cavidad bucal puede presentar algún defecto en la cicatrización o regeneración ósea, alteraciones en la función masticatoria, fonética, deglutoria y oclusal, así como limitación de la apertura y dolor orofacial. Irritaciones que suelen aparecer por algún breve periodo de tiempo, por el reciente uso de la prótesis obturatriz, originando molestias cuando se mastica (22).

## FONEMAS DE EVALUACIÓN

Cuando se descompone la armonía y la función del paladar la fonación y deglución son afectadas, por tanto, es importante la rehabilitación, para ello se evalúa con los fonemas: S, F, M, E, V, BR, PR, A. como lo refiere el estudio de Meras T. et al. 2015. (tabla No.1)

En la articulación de los fonemas: S, F, M, E. se determinó que algunos pacientes tiene dificultad al no poder pronunciar las consonantes juntas (9).

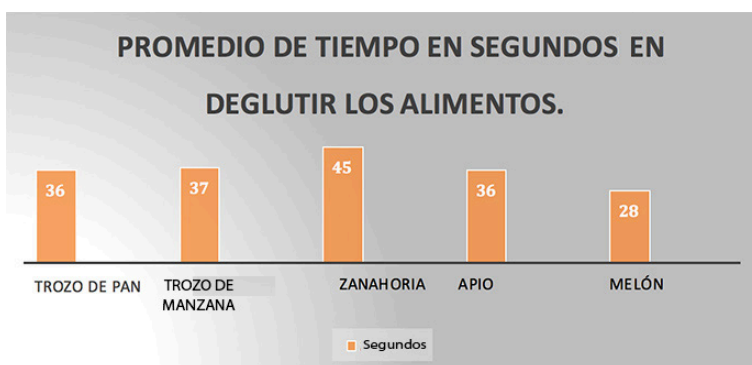
Estos son los fonemas que los pacientes tienen más dificultad al pronunciar correctamente: “BR”, “PR” y fonemas que incorporan vocales solas y juntas como es el caso de los diptongos (9).



**Tabla 1:** Comparación de los fonemas evaluados en pacientes con y sin obturador.

**Fuente:** Meras T. et al. 2015. Repercusión de la rehabilitación con prótesis obturatriz en pacientes tratados en el centro de prótesis bucomaxilofacial.

En el análisis de masticación y deglución de alimentos de consistencia variable: los estudios demuestran que el de consistencia dura (zanahoria) es el que más tiempo demoró en ser ingerido con 45 segundos en promedio, continuado por el alimento consistente (manzana) con 37 segundos y el de consistencia suave (pan) con 36 segundos; seguido por el de consistencia fibrosa (apio) que demoró 36 segundos en ser ingerido y en última instancia el alimento de consistencia jugosa (melón) con 28 segundos es el que más rápido fue masticado e ingerido (9). (tabla No. 2)



**Tabla 2:** Promedio de tiempo en segundos en deglutir los alimentos.

**Fuente:** Meras T. et al. 2015. Repercusión de la rehabilitación con prótesis obturatriz en pacientes tratados en el centro de prótesis bucomaxilofacial.

## Discusión

Rupal (6) et. al (2017) en su estudio aclara que un diseño de prótesis con un arco flexible de barra labial convencional en armoniosa conformidad con sus tejidos vecinos, puede fomentar retención, estabilidad que en conjunto constituyen una rehabilitación maxilofacial integral, desempeñando un papel fundamental hacia la mejora general del paciente y calidad de vida.

Lima (10) et. al (2015) sostiene que el obturador mejora la calidad de vida del paciente tanto estéticamente como en la deglución, no obstante, Gastaldi (13) G, (2017) menciona que la rehabilitación de los pacientes con defectos del maxilar superior es más simple que la rehabilitación de los

defectos del maxilar inferior, ya que se puede verificar buenos resultados al final del tratamiento. Sin embargo, ante las diferentes perspectivas de cada uno de los autores, Palumbo (13) C. (2017) sostiene que al terminar el tratamiento protésico sea cual sea el método o tratamiento impuesto se logra mejorar el habla, aunque los pacientes suelen relatar que los obturadores maxilares son incómodos, sin embargo, para que una prótesis tenga éxito dependerá en gran medida de la extensión, tamaño, ubicación del defecto, así como la dentición restante.

Por otra parte Petrovic I.(2019) en su estudio argumenta que los desafíos de rehabilitación a menudo se complican por trismus, fibrosis, radiación, xerostomía, alteración intraoral, anatomía o cambios en los tejidos blandos que requieren cuidado y evaluación por el proveedor de salud bucal tratante, mientras que Rolski et. al (2016) refuta esta teoría y dice que las complicaciones ocurren después del tratamiento de radioterapia, ya que llevan a trastornos anatómicos y funcionales en el sistema estomatognático, defectos de los tejidos duros-blandos, fibrosis, cicatrices y atrofia (14-2).

Desde otra perspectiva Ahila (16) et. al (2018) señala que el tratamiento de la prótesis maxilofacial no va a sustituir a la cirugía plástica y reconstructiva, en algunos casos es una alternativa; sin embargo Sanjay (17) et. al (2017) relata que con el diseño guiado por computador y el uso de nuevas técnicas quirúrgicas prostodónticas, se brinda a los pacientes una prótesis compatible que restauran de manera muy efectiva y previsible la forma y función, restaurando los problemas psicológicos del paciente y trayendolos de vuelta a incluirse en la sociedad.

## Conclusiones

El tratamiento protésico con obturadores que dividen la cavidad oral de la nasal, devuelve al paciente las funciones primordiales como la masticación, la fonética y la deglución, además que restaura la estética perdida.

Se determinó que el uso del obturador demuestra una gran tasa de éxito en cuanto al consumo de los alimentos de consistencia variable.

Entre las principales desventajas está que el uso de prótesis obturadora cuándo es inmediata provoca falta de retención porque se asienta en un tejido con líneas de sutura y poco deformado por la resección tumoral.

### Agradecimiento:

Con especial afecto a la Dra. Cristina Crespo Crespo por su valiosa guía en el desarrollo del presente artículo.

## Referencias bibliográficas

1. Cárcamo M. Epidemiología y generalidades del tumor de cabeza y cuello. *Rev. Med. Clin. Condes* - 2018; 29(4):388-396.
2. Rolski D, Kostrzewa J, Zawadzki P, Mierzwińska N. The Management of Patients after Surgical Treatment of Maxillofacial Tumors. *BioMed Research International*. 2016;10(3):1-7
3. Eachempati P, Aggarwal. Multidisciplinary Approach for Management of a Patient with Oral Mucosal Malignant Melanoma. *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan*. 2018; 28:187-189
4. Jawad H, Hodson, Nixon J. A review of dental treatment of head and neck cancer patients, before, during and after radiotherapy: part 1. *British dental journal*. 2015; 218(2):65-8.
5. Michelinakis G, Pavlakis M. Rehabilitation of maxillectomy patients using intraoral scanning impression technology and computer- aided design/ computer- aided manufacturing fabricated obturator prosthesis: A clinical report. *The Journal of Indian Prosthodontic Society*. 2018; 18:282-7
6. Anandmayee C, Rupal J. Cast Partial framework Obturator a Promising rehabilitation for oral cancer patients: Case Report. *Scholars Journal of Dental Sciences*. 2017;4(5):246-249
7. Rojas S, Rojas S. Pacientes con defectos maxilares en servicio de prótesis bucomaxilofacial. *Rev. Ciencias Médicas de Pinar del Río*. 2018; 22(2).
8. Çötert HS, Türk AG, Midilli R, Gode S. Obturador inmediato con vía aérea para cirugía de resección maxilar: informe de un caso. *Madridge J Dent Oral Surg*. 2018; 3 (1): 80-84.
9. Meras T, Morales Y, Casañas R, Guardo Y. Repercusión de la rehabilitación con prótesis obturatriz en pacientes tratados en el centro de prótesis bucomaxilofacial. *Medicent Electrón*. 2015;19(2):72 -79
10. Lima J, Cabrera C, Estrada E, Sanchez R, Soler R. Prótesis Parcial Obturatriz Paralelizada, en Paciente Oncológico. *Rev. Odontoestomatología*. 2015; 17(25): 42-52.
11. Serdar C, Gozde T, Rasit M, Sercan G. Immediate Obturator with Airway for Maxillary Resection Surgery: Report. *Madridge J Dent Oral Surg*. 2018; 3(1): 80-84.
12. Flores R, Castellanos L, Angeles M, Gutiérrez A, Gonzales M, Gutiérrez J. Evolution of oral cancer treatment in an andalusian population sample: Rehabilitation with prosthetic obturation and removable partial prosthesis. *J ClinExp Dent*. 2017; 9 (8):1008 – 1014.
13. Gastaldi G, Palumbo C, Moreschi E, Cherlone P. Prosthetic Management of patients with oral maxillofacial defects: A long term follow up retrospective study. *Rev. Oral y Implantology*. 2017; 10 (3): 276–282.
14. Petrovic I, Ahmed Z, Joseph M. Oral rehabilitation for patients with marginal and segmental mandibulectomy: A retrospective review of 111 mandibular resection prosthesis. *The journal of prosthetic dentistry*. 2019; 122 (11): 82-87.
15. Cabrera M, Joris F, Sartorio F. Rehabilitación multidisciplinaria mediante una prótesis obturatriz velopalatina. Reporte de un caso. *Odontoestomatología*. 2018; 20(31): 54-64.
16. Ahila SC, Jagdish K. Terapia adyuvante para el defecto oncológico quirúrgico intraoral con prótesis auxiliar: Una revisión de la literatura. *J Can Res Ther*. 2018; 14: 255-9
17. Rupal S, Sanjay D, Lalit S. An Ingenious Modification in Conventional Swing Lock Cast Partial Denture for Rehabilitating A Hemimandibulectomy Defect. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2017; 11(1): 1-3
18. Chris B, Brow J, Brammer. Advanced Palatomaxillary Cancer (Special Considerations related to Reconstruction. *Elsevier Science Health Science*. 2018; 29(1): 96-101.
19. Nasser M, Ismail I. Maxillary obturator prosthesis for a hemimaxillectomy patient: A clinical case. *Rev. Elsevier the Saudi Journal Of Dental Research*. 2016; 7:153-159
20. Rapone B, Di venere D, Pettini F, Corsalini M. Oral hygiene in patients with oral cancer under-

- going chemotherapy and/or radiotherapy after prosthesis rehabilitation: Protocol proposal. *Oral Implantology*. 2016; 9(4):90-97
21. Raghavendra A, Kamal S, Dinshaw M, Sivaranjani G. A novel speech prosthesis for mandibular guidance therapy in hemimandibulectomy patients: A clinical report. *Contemporary Clinical Dentistry*. 2016; 7: 118-121.
22. Maharjan A, Joshi S, Shrestha P. Prosthetic Rehabilitation of Patient with Anterior Segmental Mandibulectomy Using Cast Partial Removable Denture: A Clinical Report. *Journal of Nepalese Prosthodontic Society*. 2019; 2(1):42-46
23. Prasad S. Maxillofacial Prosthesis: A Review of Treatment Concepts for Better Prosthesis Prognosis. *Bengal Journal of Otolaryngology and Head Neck Surgery*. 2017; 25(2): 96-98

**Recibido:** 12 julio 2021

**Aceptado:** 10 septiembre 2021

