

CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA DOCENTE
"DR. LUIS PÁEZ ALFONSO"
CIEGO DE ÁVILA**Consideraciones clínico-epidemiológicas de los defectos bucomaxilofaciales y su rehabilitación en el municipio Ciego de Ávila****Clinical-epidemiological considerations of the buccomaxillofacial defects and their rehabilitation in Ciego de Ávila municipality**

René Santana Delgado^I, Rafael Castañeda Molerio^{II}, Vivian Sahily Pérez Morales^{III}, Yarilys García Martínez^{IV}, Mercedes Ávila García^V, Reider Santana Delgado^{VI}.

RESUMEN

Introducción: la rehabilitación correcta del paciente con pérdida de estructuras de la cara o de áreas adjuntas a ella posibilita su recuperación física y psicológica y su reintegración normal a la vida social. Las prótesis bucomaxilofaciales de aspecto realista son una excelente alternativa cuando la reconstrucción plástica no es posible; no obstante, su empleo implica la posibilidad de desalojo del aparato por su tamaño, alto peso y ubicación frecuente en zonas de movilidad facial.

Objetivo: determinar el comportamiento de algunas variables clínico-epidemiológicas relacionadas con los defectos bucomaxilofaciales y su rehabilitación en el municipio Ciego de Ávila en el período de enero de 2015 a enero de 2016.

Método: se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en pacientes con defectos bucomaxilofaciales. El universo de estudio abarcó toda la población del municipio, del que se seleccionó una muestra de 59 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. Se confeccionó un cuestionario para la recogida de datos y los resultados se reflejaron en tablas.

Resultados: la prevalencia de pérdida total o parcial de estructuras bucomaxilofaciales fue de 0,043 %; la mayoría de los casos fueron pacientes masculinos, de edades entre 35 y 59 años, tez blanca y con lesiones oculares. Las principales causas de pérdida de estructuras fueron los traumatismos y las lesiones oncológicas. La mayoría de los pacientes estaban rehabilitados.

Conclusiones: aún cuando la prevalencia de estos defectos es numéricamente baja, su repercusión psicosocial en los afectados es alta, de ahí la importancia de la atención multidisciplinaria para su rehabilitación.

Palabras clave: TRAUMATISMOS MAXILOFACIALES/rehabilitación, PRÓTESIS MAXILOFACIAL, ACEPTACIÓN DE LA ATENCIÓN DE SALUD.

ABSTRACT

Introduction: the correct rehabilitation of the patient with loss of face structures or areas attached to it makes possible their physical and psychological recovery and their normal reintegration into social life. Realistic-looking buccomaxillofacial prostheses are an excellent alternative when plastic reconstruction is not possible; however, their use implies the possibility of eviction of the device due to its size, high weight and frequent location in areas of facial mobility.

Objective: to determine the behavior of some clinical and epidemiological variables related to buccomaxillofacial defects and their rehabilitation in Ciego de Ávila municipality from January 2015 to January 2016.

Method: a cross-sectional descriptive study was carried out in patients with buccomaxillofacial defects. The universe of study covered the entire population of the municipality, from which a sample of 59 patients who met the inclusion criteria were selected. A questionnaire was prepared for the data collection and the results were reflected in tables.

Results: the prevalence of total or partial loss of buccomaxillofacial structures was 0,043%; the majority of the cases were male patients, aged between 35 and 59 years, white skin and with ocular lesions. The main causes of structures loss were trauma and oncological lesions. Most of the patients were rehabilitated.

Conclusions: although the prevalence of these defects is numerically low, its psychosocial impact on those affected is high, hence the importance of multidisciplinary care for rehabilitation.

Keywords: MAXILLOFACIAL INJURIES/rehabilitation, MAXILLOFACIAL PROSTHESIS, PATIENT ACCEPTANCE OF HEALTH CARE.

- I. Especialista de I Grado en Prótesis Estomatológica. Profesor Asistente. Clínica Estomatológica Docente "Dr. Luis Páez Alfonso". Ciego de Ávila, Cuba.
- II. Máster en Educación Médica y Urgencias Estomatológicas. Especialista de II Grado en Prótesis Estomatológica. Especialista de I Grado en Estomatología General Integral. Profesor Asistente. Policlínico Universitario "Belkis Sotomayor Álvarez". Ciego de Ávila, Cuba.
- III. Máster en Urgencias Estomatológicas. Especialista de I Grado en Estomatología General Integral. Profesor Asistente. Clínica Estomatológica Docente Área Norte, Morón. Ciego de Ávila, Cuba.
- IV. Máster en Urgencias Estomatológicas. Especialista de I Grado en Prótesis Estomatológica. Especialista de I Grado en Estomatología General Integral. Profesor Asistente. Clínica Estomatológica Docente "Dr. Luis Páez Alfonso". Ciego de Ávila, Cuba.
- V. Especialista de I Grado en Estomatología General Integral. Profesor Asistente. Clínica Estomatológica Docente "Dr. Luis Páez Alfonso". Ciego de Ávila, Cuba.
- VI. Especialista de I Grado en Estomatología General Integral. Policlínico Integral "Emilia González Echemendía", Majagua. Ciego de Ávila, Cuba.

INTRODUCCIÓN

Desde tiempos remotos la estética facial es una preocupación social; al ser el rostro la parte del cuerpo más expuesta a la observación constante y, por consiguiente, a la crítica, las alteraciones debidas a la pérdida de alguna de sus partes pueden producir gran impacto psicológico en los individuos (por el temor al rechazo), y hacerles experimentar sentimientos de inferioridad, depresión y pérdida de la autoestima^(1,2).

La pérdida de estructuras del rostro puede ocurrir por diversas circunstancias que van desde traumas e intervenciones quirúrgicas (sobre todo en pacientes oncológicos) hasta malformaciones congénitas; para corregir estos defectos, los especialistas recurren con frecuencia al empleo de prótesis bucomaxilofaciales; estos dispositivos artificiales reemplazan las estructuras perdidas, malformadas o deformadas del rostro^(1,2).

La rehabilitación correcta del paciente con pérdida de estructuras de la cara o de áreas adjuntas a ella posibilita su recuperación física y psicológica y su reintegración normal a la vida social. Las prótesis bucomaxilofaciales de aspecto realista son una excelente alternativa cuando la reconstrucción plástica no es posible; no obstante, su empleo implica la posibilidad de desalojo del aparato por su tamaño, alto peso y ubicación frecuente en zonas de movilidad facial, dificultad que es posible solucionar con el uso de anteojos o la aplicación de adhesivos de calidad médica a la parte posterior de la prótesis y la piel⁽³⁻⁵⁾.

Actualmente esta especialidad está en los planes de estudios de la mayoría de las universidades del mundo; como resultado del trabajo interdisciplinario del personal de salud los pacientes disponen de varios tipos de prótesis diseñadas para suplir defectos nasales, oculares, maxilares, auriculares y craneales. En Cuba, antes del triunfo de la Revolución, el desarrollo de esta disciplina era prácticamente nulo; en la actualidad existe una Red Asistencial Nacional de Rehabilitación de la Cara y Prótesis Bucomaxilofaciales, con servicios en las provincias de Pinar del Río, La Habana, Villa Clara, Sancti Spíritus, Holguín, Granma y Santiago de Cuba⁽⁶⁾.

A pesar de los esfuerzos del Ministerio de Salud Pública (MINSAP) cubano la alta demanda de prótesis bucomaxilofaciales es un problema debido a la tendencia al aumento de los defectos faciales y de estructuras adjuntas del rostro por disímiles causas entre las que se destacan el envejecimiento de la población, el incremento de la accidentabilidad y las lesiones oncológicas así como los avances científicos en las especialidades quirúrgicas, que redundan en disminución de la mortalidad y aumento de la esperanza de vida⁽⁶⁾.

El personal de los servicios médicos y estomatológicos de la provincia Ciego de Ávila con frecuencia atiende pacientes con defectos bucomaxilofaciales que requieren el empleo de prótesis y para ello son remitidos al Centro de Rehabilitación de la Cara y Prótesis Bucomaxilofacial de Villa

Clara. Llama la atención que en el territorio no existen estudios al respecto, como tampoco se conocen con exactitud la prevalencia y comportamiento de estos defectos, ni las necesidades específicas de rehabilitación bucomaxilofacial de los pacientes; de ahí que el objetivo de la presente investigación sea determinar el comportamiento de algunas variables clínico-epidemiológicas relacionadas con los defectos bucomaxilofaciales y su rehabilitación en el municipio Ciego de Ávila en el período de enero de 2015 a enero de 2016.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en pacientes con defectos bucomaxilofaciales. El universo de estudio abarcó toda la población del municipio (136 341 habitantes), del que se seleccionó una muestra de 59 pacientes que presentaron pérdida total o parcial de estructuras maxilofaciales y estuvieron de acuerdo en participar en el estudio.

La selección de la muestra se realizó por tamizaje mediante búsqueda activa, en la que participaron médicos de los consultorios, estomatólogos y técnicos de atención estomatológica previamente capacitados y adiestrados en el diagnóstico de los defectos y en el llenado del cuestionario de datos primarios. Para garantizar la fiabilidad y veracidad de los datos se realizaron pruebas exploratorias de comprobación. La participación de los pacientes en el estudio se basó en el consentimiento informado. Los resultados obtenidos se presentaron en tablas de frecuencias absolutas y relativas.

RESULTADOS

La prevalencia de pérdida total o parcial de estructuras bucomaxilofaciales fue de 0,043 %; los defectos más frecuentes fueron oculares (59,32%), maxilares (8,47%), mandibulares (6,78%) y auriculares (6,78%). Sólo 3,39% de los pacientes presentaron lesiones complejas (Tabla No.1).

Tabla No.1. Necesidades de prótesis bucomaxilofaciales según tipos de lesiones en los pacientes. Municipio Ciego de Ávila, 2015-2016.

Tipo de lesión	Total	
	No.	%
Ocular	35	59,32
Orbital	3	5,08
Auricular	4	6,78
Nasal	3	5,08
Maxilar	5	8,47
Mandibular	4	6,78
Craneal	3	5,08
Compleja	2	3,39
Total	59	100

Aunque los casos de defectos bucomaxilofaciales tienden al aumento en personas de edades avanzadas, la mayoría de los casos (42,37%) fueron pacientes de edades entre 35 y 59 años (Tabla No.2).

Tabla No.2. Necesidades de prótesis bucomaxilofaciales según tipos de lesiones y grupos de edades de los pacientes. Municipio Ciego de Ávila, 2015-2016.

Tipo de lesión	Grupos de edades													
	5-11		12-14		15-18		19-34		35-59		60 y más		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Ocular	1	100	2	100	3	100	9	75,0	13	52,00	7	43,75	35	59,32
Orbital	0	0	0	0	0	0	1	8,33	2	8,00	0	0	3	5,08
Auricular	0	0	0	0	0	0	0	0	3	12,00	1	6,25	4	6,78
Nasal	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4,00	2	12,50	3	5,08
Maxilar	0	0	0	0	0	0	0	0	3	12,00	2	12,50	5	8,47
Mandibular	0	0	0	0	0	0	1	8,33	2	8,00	1	6,25	4	6,78
Craneal	0	0	0	0	0	0	1	8,33	1	4,00	1	6,25	3	5,08
Compleja	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	12,50	2	3,39
Total	1	1,69	2	3,39	3	5,08	12	20,34	25	42,37	16	27,12	59	100

La incidencia de defectos bucomaxilofaciales fue mayor entre los pacientes de sexo masculino (71,19%); el sexo femenino representó sólo 28,81 % de la muestra (Tabla No.3).

Tabla No.3. Necesidades de prótesis bucomaxilofaciales según tipos de lesiones y sexos de los pacientes. Municipio Ciego de Ávila, 2015-2016.

Tipo de lesión	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Ocular	22	52,38	13	76,47	35	59,32
Orbital	3	7,14	0	0	3	5,08
Auricular	3	7,14	1	5,88	4	6,78
Nasal	3	7,14	0	0	3	5,08
Maxilar	4	9,52	1	5,88	5	8,47
Mandibular	4	9,52	0	0	4	6,78
Craneal	2	4,76	1	5,88	3	5,08
Compleja	1	2,38	1	5,88	2	3,39
Total	42	71,19	17	28,81	59	100

De acuerdo al color de la piel, los pacientes más afectados fueron de tez blanca (49,15 %); les siguieron en orden decreciente los de piel mestiza con 32,20 % y negra con 18,64 % (Tabla No.4).

Tabla No.4. Necesidades de prótesis bucomaxilofaciales según tipos de lesiones y colores de la piel de los pacientes. Municipio Ciego de Ávila, 2015-2016.

Tipo de lesión	Color de la piel						Total	
	Blanco		Negro		Mestizo			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Ocular	19	65,52	5	45,45	11	57,89	35	59,32
Orbital	0	0	1	9,09	2	10,53	3	5,08
Auricular	0	0	3	27,27	1	5,26	4	6,78
Nasal	3	10,34	0	0	0	0	3	5,08
Maxilar	3	10,34	1	9,09	1	5,26	5	8,47
Mandibular	2	6,90	0	0	2	10,53	4	6,78
Craneal	2	6,90	0	0	1	5,26	3	5,08
Compleja	0	0	1	9,09	1	5,26	2	3,39
Total	29	49,15	11	18,64	19	32,20	59	100

Las principales causas de pérdida de estructuras fueron los traumatismos de diversos tipos (49,15 % de los casos) y las lesiones de etiología oncológica (28,81%). En menor medida, los defectos se debieron a condiciones morbosas (16,95%) y congénitas (5,08%) (Tabla No.5).

Tabla No.5. Necesidades de prótesis bucomaxilofaciales según tipos de lesiones y sus etiologías. Municipio Ciego de Ávila, 2015-2016.

Tipo de lesión	Etiología								Total	
	Congénita		Traumática		Oncológica		Condiciones morbosas			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Ocular	2	66,67	18	62,07	5	29,41	10	100	35	59,32
Orbital	0	0	3	10,34	0	0	0	0	3	5,08
Auricular	0	0	2	6,90	2	11,76	0	0	4	6,78
Nasal	0	0	0	0	3	17,65	0	0	3	5,08
Maxilar	0	0	1	3,45	4	23,53	0	0	5	8,47
Mandibular	1	33,33	0	0	3	17,65	0	0	4	6,78
Craneal	0	0	3	10,34	0	0	0	0	3	5,08
Compleja	0	0	2	6,90	0	0	0	0	2	3,39
Total	3	5,08	29	49,15	17	28,81	10	16,95	59	100

La mayoría de los pacientes (77,97%) estaban rehabilitados de forma satisfactoria, con prótesis en óptimas condiciones; sólo 13 pacientes (22,03%) no estaban rehabilitados. El análisis del estado de rehabilitación de los pacientes según la tipología de las lesiones permitió conocer que todos los casos con defectos nasales, maxilares, craneales y complejos estaban rehabilitados; respecto de otros tipos de defectos, estaban rehabilitados 77,14% de los pacientes con lesiones oculares, 75% con mandibulares, 66,67% con orbitales y 25% con auriculares. Los casos no rehabilitados se debieron al estado de los pacientes: ocho se encontraban en procesos de cicatrización y recuperación de intervenciones quirúrgicas para posterior colocación de las prótesis, tres plantearon imposibilidad de traslado a otras provincias para recibir tratamiento y dos no asumieron la rehabilitación como una necesidad porque no sintieron comprometido su equilibrio psicosocial por la magnitud del daño (Tabla No.6).

Tabla No.6. Necesidades de prótesis bucomaxilofaciales según tipos de lesiones y estado de rehabilitación protésica de los pacientes. Municipio Ciego de Ávila, 2015-2016.

Tipo de Lesión	Ciego de Ávila					
	Sí		No		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Ocular	27	58,70	8	61,54	35	59,32
Orbital	2	4,35	1	7,69	3	5,08
Auricular	1	2,17	3	23,08	4	6,78
Nasal	3	6,52	0	0	3	5,08
Maxilar	5	10,87	0	0	5	8,47
Mandibular	3	6,52	1	7,69	4	6,78
Craneal	3	6,52	0	0	3	5,08
Compleja	2	4,35	0	0	2	3,39
Total	46	77,97	13	22,03	59	100

DISCUSIÓN

La comparación de la prevalencia de defectos bucomaxilofaciones en la población del municipio Ciego de Ávila con respecto a otras enfermedades (caries dental, parodontopatías, maloclusiones, hipertensión arterial, diabetes mellitus) puede hacer pensar que éstos no son problemas graves. Sin embargo, estas afecciones tienen una gran repercusión psicosocial para los afectados y sus familiares, porque la pérdida de cualquier parte del cuerpo humano nunca se acepta y menos si afecta al rostro. La no aceptación de estos defectos por quienes los sufren se debe a elementales razones de estética facial y al hecho cierto que son motivo de miradas y críticas por parte de otras personas, lo que provoca sentimientos de inferioridad, depresión y disminución de la autoestima en los afectados^(1,2,6).

Los defectos oculares, tal como expone la literatura, son los más frecuentemente vistos en la práctica médica, quizá debido a que no existen procedimientos quirúrgicos rehabilitadores que reemplacen el ojo; el procedimiento quirúrgico sólo implica la enucleación o evisceración del globo ocular (con o sin muñón ocular) y el único modo de corregir el defecto es el empleo de prótesis ocular. Los resultados de los estudios de Ramos Gómez y cols.⁽⁵⁾ y Puig Capote y cols.⁽⁶⁾ apoyan los de esta investigación en cuanto a la prevalencia de defectos oculares en los pacientes.

Por otra parte, el aumento de defectos bucomaxilofaciales en la población es proporcional a la edad, tendencia que se puede explicar por el envejecimiento poblacional en el país. El progresivo deterioro de las funciones biológicas, característico de edades avanzadas, propicia el desarrollo de infecciones a la par que se ralentizan los procesos de cicatrización, disminuyen las capacidades de adaptación y empeora el estado general del paciente; por otra parte en estas edades son frecuentes los accidentes en el hogar. No obstante, las personas en el rango de edades de 35-59 años son las más vulnerables a los accidentes de trabajo y de tránsito (estos últimos son la principal causa de discapacidad en la provincia Ciego de Ávila)⁽⁷⁻⁹⁾.

La mayoría de los afectados son de sexo masculino, lo que se asocia a la participación de los hombres en actividades más riesgosas desde la infancia: los juegos infantiles de los varones suelen ser más fuertes y agresivos que los de las niñas, la mayoría de los choferes profesionales y

practicantes de deportes violentos son hombres, y las peleas y riñas son más comunes entre individuos de sexo masculino⁽⁷⁻⁹⁾.

Aunque pocos autores mencionan la variable color de la piel en la literatura revisada, en el presente estudio se incluyó porque en los casos de lesiones de etiología oncológica los individuos de piel blanca y ojos claros presentan mayores riesgos de padecerlas; el estudio de esta variable puede contribuir además a la adecuada selección y compra de pigmentos, tonalidades de acrílicos y otros materiales que se emplean en la confección de prótesis faciales, con vistas a conseguir resultados estéticos satisfactorios para los pacientes. El que la mayoría de los afectados fuesen de tez blanca se explica por las características de la población avileña, en la que predominan los colores de piel blanco y mestizo.

En Cuba los accidentes son la cuarta causa de muerte en individuos de todas las edades, mayoritariamente de sexo masculino. Según las estadísticas 78% de las víctimas de accidentes de tránsito sufren traumas faciales, lo que hace de estos accidentes una verdadera "epidemia oculta"^(4,8).

A diferencia de los riesgos profesionales, los accidentes de trabajo –que ocasionan lesiones personales, daños materiales y conflictos familiares– generalmente son evitables puesto que se relacionan directamente con el no empleo o uso inadecuado de los medios de protección laboral. Los accidentes en el hogar y sus alrededores por lo común consisten en caídas, heridas, luxaciones, fracturas y lesiones producidas por diversos agentes (electricidad, armas de fuego, animales domésticos, juguetes) o por la práctica deportiva⁽⁸⁾.

La asociación de los defectos maxilares, mandibulares y nasales con el desarrollo de procesos morbosos oncológicos puede deberse a que con frecuencia los tumores malignos bucales invaden los maxilares. La alta incidencia de dolencias oncológicas y su tardía detección (por lo general en etapas avanzadas o con metástasis) debido a su localización y características, inciden en que sólo la mitad de los pacientes sobrevivan a los cinco años de diagnosticados; la mandíbula es la zona más afectada en comparación con el maxilar (son comunes las metástasis en los huesos maxilar y mandibular). La extensión de las lesiones provoca la apertura de grandes comunicaciones buconasales, no tratables mediante intervención quirúrgica, por lo que se impone la rehabilitación protésica⁽²⁾.

La mayoría de los pacientes estudiados estaban rehabilitados con las correspondientes prótesis, dato coincidente con los resultados de otras investigaciones. En los casos de defectos en los maxilares, las funciones de masticación, deglución, fonación y comunicación se afectan gravemente; las intervenciones quirúrgicas, necesarias para lograr que los pacientes sobrevivan, por lo general provocan desfiguraciones considerables y sólo el empleo de prótesis puede solucionar los defectos estéticos resultantes^(10,11). La prótesis ocular no requiere medios de fijación externa, se inserta en la cavidad ocular y queda protegida por los párpados; sus resultados estéticos son inmediatos y muy ventajosos para el paciente, que recupera su fisonomía (debe tenerse en cuenta que la lesión o pérdida de un ojo o de un párpado, además de ser muy antiestética, también puede acarrear grandes trastornos emocionales)⁽⁵⁾.

En el presente estudio, como en otros consultados, los casos de lesiones auriculares no rehabilitadas se debieron a que los pacientes las aceptaron normalmente, y no como defectos. En ocasiones estas lesiones son susceptibles de enmascaramiento, sobre todo en las mujeres, por su ubicación lateral y muy próximas al nacimiento del cabello; en algunos casos los defectos son secuelas de traumatismos o tratamientos quirúrgicos oncológicos, pero los daños son reducidos y los pacientes no desean rehabilitación protésica^(10,11).

Es importante tener en cuenta las necesidades de todos los pacientes con defectos bucomaxilofaciales (rehabilitados o no) susceptibles a emplear prótesis, ya que ningún aparato se considera definitivo, a pesar de que en el momento de su colocación satisfaga con excelencia los requerimientos estéticos y funcionales del paciente. Los procesos de crecimiento y desarrollo de los individuos, así como, las modificaciones que se producen en las prótesis por su empleo, condicionan las necesidades de confeccionar nuevas prótesis. Una prótesis facial degradada por el tiempo pierde su valor estético como elemento rehabilitador; la propia grasa del cuerpo y la luz

ultravioleta lentamente tornan más amarillo el color de la prótesis facial y contribuyen a su deterioro, por lo que se requiere rehacerla cada dos años aproximadamente^(10,11).

CONCLUSIONES

Aún cuando la prevalencia de los defectos bucomaxilofaciales es numéricamente baja, su repercusión psicosocial en los afectados es alta, de ahí la importancia de la atención multidisciplinaria para su rehabilitación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González Arocha B, Pieri Silva K, Castillo Betancourt EE. Rehabilitación estética y funcional en un niño con linfangioma gigante de cara y cuello. Rev. Finlay [Internet]. Sep 2015 [citado 21 Nov 2015];5(3):204-9. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rf/v5n3/rf08305.pdf>
2. Álvarez AV, Capín Quintero E, Sorhegui Rodríguez A, Morena Amaro A, Martínez Escobar F, Barnet Izquierdo RA. Prótesis bucomaxilofacial. Procedimientos clínicos [Internet]. 3ra ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2013 [citado 21 Nov 2015]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/protesis_%20bucomax_%20proced_clinicos_3raed/protesis_bucomax_proc_clin_completo.pdf
3. Nápoles Rodríguez NC, Ávila Chiong G, Santos Medina SJ, Castellano Montoro Y. Caracterización de pacientes con necesidades de prótesis bucomaxilofacial en el municipio de Las Tunas. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta [Internet]. Jun 2014 [citado 21 Nov 2015];39(6):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/download/229/415>
4. Cordero García S. Morbilidad por defectos bucomaxilofaciales en las provincias orientales durante el período 2000-2013. MEDISAN [Internet]. Jun 2014 [citado 21 Nov 2015];18(6):825-32. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v18n6/san12614.pdf>
5. Ramos Gómez EA, Linares Guerra M, Quintero Busutil M. Rehabilitación en pacientes con trauma ocular. Rev Cubana Oftalmol [Internet]. 2012 [citado 21 Nov 2015];25 Supl 2:600-5. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/oft/v25s2/oft12412.pdf>
6. Puig Capote E, Nápoles González IJ, Díaz Gómez SM, Rodríguez Alpízar R. Urgencias de prótesis bucomaxilofacial en el municipio Camagüey. AMC [Internet]. Jun 2009 [citado 8 Oct 2015];13(3):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v13n3/amc14309.pdf>
7. Rodríguez Pimienta EM, Barreto Ortega MA, Rodríguez Betancourt MC, Medinilla Izquierdo G. Características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con lesiones deformantes bucomaxilofaciales en la población espirituana. Gac Méd Espirit [Internet]. Dic 2015 [citado 12 Dic 2015];17(3):39-47. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gme/v17n3/GME07315.pdf>
8. Otero Baxter Y, Seguí Ulloa A. Las afecciones estéticas: un problema para prevenir. Rev Cubana Estomatol [Internet]. Ago 2001 [citado 23 Oct 2015];38(2):83-9. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/est/v38n2/est02201.pdf>
9. Martínez Escobar FE. Morbilidad por defectos bucomaxilofaciales. Servicio de Prótesis Bucomaxilofacial. Hospital General Universitario VI Lenin. Holguín, 2008-2014. En: Ministerio de Salud Pública (Cuba). Congreso Internacional de Estomatología 2015 [Internet]. La Habana: MINSAP; 2015. [aprox. 26 p.]. [citado 22 Ene 2016]. Disponible en: <http://estomatologia2015.sld.cu/index.php/estomatologia/nov2015/paper/download/1224/187>
10. Sánchez González Y, Álvarez Rivero A, Rodríguez Calzadilla O. Necesidad de prótesis bucomaxilofacial. Medimay [Internet]. 2007 [citado 17 Nov 2015];13(1):39-50. Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/download/247/447>
11. Álvarez Rivero A, Capín Quintero E, García Alfonso G. Necesidades de prótesis buco-máxilo-facial en la provincia Ciudad de la Habana, Cuba (2001-2004) [Internet]. La Habana: Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas; 2005. [citado 8 Oct 2013]. Disponible en:

http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/protesis/necesidades_c_de_la_habana.pdf

Recibido: 29 de abril de 2016

Aprobado: 4 de mayo de 2016

Dr. René Santana Delgado
Clínica Estomatológica Docente "Dr. Luis Páez Alfonso"
Calle Independencia No.305, e/4ta. y Carretera Central. Ciego de Ávila, Cuba. CP.65100
Correo electrónico: renesantana@majagua.cav.sld.cu