Revista Médica de la Universidad Veracruzana

ISSN: 1870 3267

Docencia, Investigación y Servicio

- Instituto de Ciencias de la Salud
- Facultad de Medicina Xalapa
- Hospital Escuela de la U.V.

Volumen 6, Número 1
Enero - Junio 2006

Revista Médica de la Universidad Veracruzana

Volumen 6, Número 1 Enero - Junio 2006

Contenido

> EDITORIAL

Revista Médica de la Universidad Veracruzana 5
Ma. Gabriela Nachón García

> ARTICULOS ORIGINALES

Frecuencia de hipercolesterolemia en pacientes extremos del Hospital Escuela de la Universidad Veracruzana 6
Ma. Sobeida L. Blázquez Morales
Facundo Durán Martínez

Leiomiotosis del cuello del útero: presentación de un caso 11
Pedro Coronel Brizio
Jorge Olivares Nowak
Jose Luis Noguera Martinez

Utilización de los servicios de salud por los habitantes de las colonias periféricas de la ciudad de Xalapa, Ver. 15
Patricia Pavón León
Ma. del Carmen Gogeascoechea Trejo
Delia M. Namihira Gurrero
Marco A. González Rivera
Victor Landa Ortíz
Miguel Ramírez Muro

> ARTICULO DE REVISION

Prótesis máxilofacial: alternativa terapéutica para la recuperación integral del paciente con cáncer bucal 20
Ma. Gabriela Nachón García
Tomás Gerardo Hernández Parra
Miguel Ángel González García
Cynthía Vázquez Gómez
Ma. Teresa Robledo Polo
Irma Robledo Polo

> GLOSARIO 28

> COMUNICACION CIENTIFICA 29

Revista Médica de la Universidad Veracruzana

Director

Marco Antonio González Rivera -
Inst. de Ciencias de la Salud / Fac. de Medicina-Xalapa

Editor

Patricia Pavón León - Instituto de Ciencias de la Salud

Coeditor

Tomás Gerardo Hernández Parra - Hospital Escuela

Editores Asociados

Rafael Velasco Fernández
Carlos M. Contreras Pérez
Lilia Irene Durán González

Consejo Editorial

Carlos Blázquez Domínguez - Hospital Escuela
Patricia Pavón León - Instituto de Ciencias de la Salud
Irma del Carmen Osorno Estrada - Fac. de Medicina-Xalapa

Indizada:

Imbiomed
Latindex

Comité Editorial

Ángel Alberto Casillas Cruz - Fac. de Medicina-Xalapa
Armando Méndez Pérez - Fac. de Medicina-Xalapa
Berta E. Cocotle Ronzón - Fac. de Medicina-Xalapa
Carlos Alejandro Galván Peña - Hospital Escuela
Pedro Chavarría Xicotencatl - Fac. de Medicina-Xalapa
José Arenas Benhumea
Jorge Galvan Ortíz - Hospital Escuela
Juan José Martínez Meza - Hospital Escuela
J. J. Daniel López Muñoz - Hospital Escuela
Leodegario Oliva Zárate - Instituto de Ciencias de la Salud
María Gabriela Nachón García - Instituto de Ciencias de la Salud
María del Carmen Gogeascoechea Trejo - Instituto de Ciencias de la Salud
María Sobeida Leticia Blázquez Morales - Hospital Escuela
Matilde Arellano Gajón - Hospital Escuela
Nilda Alejandra Ramírez Rivera
Pedro Coronel Pérez - Instituto de Ciencias de la Salud
Pedro Guillermo Coronel Brizio - Instituto de Ciencias de la Salud
Rafael Cano Ortega - Fac. de Medicina-Xalapa
Saturnino Navarro Ramírez - Fac. de Medicina-Xalapa
Victor Landa Ortiz - Instituto de Ciencias de la Salud

Corrección de estilo

Carlomagno Sol Tlachi - Instituto de Investigación Linguistico-Literarias
Faustino Gerardo Cerdán Vargas - Becario Inst. de Inv. Linguistico-Literarias

Diseño interior

Víctor Olivares García - Instituto de Ciencias de la Salud

Diseño Portada

Xavier Cozar Angulo

Universidad Veracruzana

Rector
Raúl Arias Lovillo
Secretario Académico
Ricardo Corzo Ramírez
Secretario de Administración y Finanzas
Victor Aguilar Pizarro
Director General de Investigaciones
Víctor Manuel Alcaraz Romero

Revista Mıdica de la Universidad Veracruzana© es una publicación semestral del Instituto de Ciencias de la Salud, de la Facultad de Medicina -Xalapa y del Hospital Escuela de la Universidad Veracruzana. Todo material enviado para su publicación será propiedad de la revista. Reserva de Derecho al Uso Exclusivo del Titulo: 04-2004-063012254500-102. La originalidad de los artículos así como las opiniones expresadas serán responsabilidad de los autores. Toda la correspondencia debe dirigirse al editor de la revista a la siguiente dirección: Instituto de Ciencias de la Salud, Av. Dr. Luis Castelazo Ayala s/n Col. Industrial Ánimas, 91190, Xalapa, Veracruz, México, Tel. (228)8418925, fax 8418926, correos electrónicos: revista_medica@uv.mx, rev_meduv@hotmail.com. Página web: www.uv.mx/rm. Impresa en DIGITEX, Leona Vicario # 8, Centro, Tel. 8185472, Xalapa, Veracruz.

EDITORIAL

Revista Médica de la Universidad Veracruzana

Ma. Gabriela Nachón García

La comunicación y el hombre son indisolubles, desde que el hombre aparece sobre la tierra, busca la forma de comunicarse con los de su especie, de expresar sus sentimientos, de compartir sus dudas, sus anhelos, sus descubrimientos, y lo ha hecho a través de sonidos, danzas y representaciones plásticas rupestres que podemos ver aún en nuestros días.

La evolución de las comunicaciones va al parejo con la de los individuos, pero es a través de la escritura como los pueblos de la antigüedad, los alquimistas medievales, los grandes sabios renacentistas, los investigadores y científicos de la era moderna, nos han legado sus conocimientos. Por ella conocemos de su cosmogonía, su cultura, su religión, su ciencia, la medicina tradicional china, la farmacología egipcia, las trepanaciones mayas, el saber de Hipócrates, los conocimientos de anatomía y los inventos de Leonardo, los descubrimientos de Pasteur, de Sabin, de Fleming. Gracias a los escritos de estos grandes científicos hemos llegado a la práctica de la medicina actual y se han salvado cientos de miles de vidas.

Las diversas formas de comunicación han ido variando. En las ultimas dos décadas la humanidad ha sido testigo de avances tecnológicos inimaginables, los cuales seguirán perfeccionándose día con día. Sin embargo la escritura jamás será suplantada, perdurará en todas las culturas.

No todos somos grandes maestros en el arte de escribir ni podemos con facilidad plasmar nuestras ideas o sentimientos en un papel. Seguramente se han derramado infinidad de litros de tinta y se han roto millones de hojas de papel al intentarlo; pero conscientes de que debemos legar a la posteridad los conocimientos que hemos adquirido a través de la investigación personal, sobre todo lo relacionado a las actividades cotidianas de un hospital, en donde cada acontecimiento es una evidencia que permitirá sentar bases para establecer criterios diagnósticos y medidas terapéuticas, escribámoslo.

Es cierto que dentro de la formación profesional de un médico, no se incluye el estudio de ningún estilo literario y que tememos escribir, pero también es cierto que tenemos la obligación de aportar nuestras experiencias por escrito.

La Revista Médica de la Universidad Veracruzana, es un foro que ofrece la oportunidad de expresar las experiencias y conocimientos que la práctica profesional nos brinda. Se aprende a escribir escribiendo, debemos atrevernos a empezar, la perfección se alcanza con la práctica.

ARTÍCULO ORIGINAL

Frecuencia de hipercolesterolemia en pacientes extremos del Hospital Escuela de la Universidad Veracruzana

M. C. Ma. Sobeida L. Blázquez Morales[1], Q. C. Facundo Durán Martínez[2]

[1]*Instituto de Ciencias de la Salud*

[2]*Hospital Escuela, Laboratorio de Análisis Clínicos*

Universidad Veracruzana

Blázquez-Morales M.S, Durán-Martínez F. Frecuencia de hipercolesterolemia en pacientes extremos del Hospital Escuela de la Universidad Veracruza. Rev Med UV 2006; 6(1):6-10

RESUMEN

Introducción.- Una tercera parte de la población mexicana económicamente activa padece hipercolesterolemia, por lo que se puede estimar que aproximadamente 11 millones de personas están en riesgo de un infarto al miocardio, ya que éste es el principal factor de aterogénesis. **Objetivo.-** Determinar la frecuencia de la hipercolesterolemia en pacientes que acudieron al Hospital Escuela de la U.V. del 1º de mayo al 31 de octubre del 2004. **Material y método.-** Se analizaron a 778 pacientes que acudieron al laboratorio de análisis clínicos del Hospital Escuela de la Universidad Veracruzana, en el periodo comprendido del 1 de mayo al 31 de octubre del 2004, con una orden médica para determinación de colesterol total (CT). **Resultados.-** En la población estudiada predominó el sexo femenino con 562 pacientes (72.23 %). La frecuencia de hipercolesterolemia en la muestra fue 49.10%. Estudiando la población de acuerdo con el genero y la edad, se observó que el femenino presenta una frecuencia de hipercolesterolemia de 50.36 % (283/562), y la edad que presentó un mayor numero de casos fue la comprendida entre los 50 y 59 años, para el masculino la frecuencia de hipercolesterolemia fue de 45.83 % (99/216) y fue entre los 40 y 49 años de edad el mayor numero de casos. **Conclusión.-** Como conclusión obtuvimos que los niveles de colesterol en la población hayan aumentado en los últimos años, así como la frecuencia de hipercolesterolemia. Y específicamente en el Hospital Escuela, la frecuencia de hipercolesterolemia es de 48.19%, mayor a la estimada por la Secretaría de Salud para la población mexicana que es de 30%.

Palabras clave: hipercolesterolemia, colesterol.

SUMMARY

Introduction. A third part of the mexican population economically active suffers hypercholesterolemia, this is possible to think that approximately 11 millions persons are in risk of a heart attack to the myocardium, since this one is the atherogenesis principal factor. **Objective**. To determine the hypercholesterolemia frequency in patients who came to the School Universidad Veracruzana Hospital from May 1 to October 31, 2004. **Material and methods.-** We analyzed 778 patients who went at the analysis clinical laboratory of the School Universidad Veracruzana Hospital, from may 1st to October 31st 2004 with a medical order to a total-cholesterol determination (CT). On the studied population prevailed the females sex with 562 patients (72.23%). The hypercholesterolemia's frequency of the studied population was 49.10%. **Results.-** Studying the population in agreement to sex and the age, we observed that the women females sex presents a hypercholesterolemia's frequency of 50.36% (283/216) and the age that presented a bigger number of cases was between 50 and 59 years old, to the mane frequency of hypercholesterolemia was 45.83% (99/216) and they were between 49 years old when they presented a bigger number of cases of hypercholesterolemia. **Conclusion**.- So in conclusion we found that the cholesterol's levels in the population has been increased in the last year, as well as the hypercholesterolemia's frequency. And specifilly in the School Hospital the hypercholesterolemia's frequency is about 48.19%, bigger than the expected the Secretary ship's Health to the Mexican population which is 30%.

Key words: hypercholesterolemia, cholesterol.

Recíbido 16/03/2006 - Aceptado 18/04/2006

INTRODUCCION

En el 2004, el Dr. Abel Pavía, Presidente de la Asociación Mexicana para la Prevención de la Ateroscleroses y sus Complicaciones (AMPAC), destacó que la principal causa de las enfermedades coronarias son las sustancias grasas acumuladas en las arterias – principalmente colesterol –, lo cual, a su vez, es un reflejo de las costumbres alimenticias y el tipo de vida que lleva la mayoría de la población mexicana y del resto del mundo.

La Secretaría de Salud estimó que en el 2003, en México, 30% de las personas entre los 20 y 69 años padecen de hipercolesterolemia, lo cual nos permite suponer que 11 millones de adultos están en riesgo de sufrir un infarto al miocardio a consecuencia de la obstrucción de arterias que irrigan la sangre al corazón. Esta obstrucción es ocasionada por las abundantes placas de colesterol, lo que lleva a convertir este padecimiento en una de las primeras causas de muerte. El riesgo cardiovascular comienza a ser valorable cuando el colesterol total (CT) excede los 200 mg/dl (0.52 mmol/L) aproximadamente. Los niveles de colesterol en sangre dependen, por un lado, de un perfecto equilibrio entre la ingesta y la síntesis de colesterol; y por el otro, su excreción. Si, en algún momento, todos los procesos que intervienen no están perfectamente equilibrados, puede producir un aumento indeseable de dichos niveles y, en consecuencia, la aparición, a mediano plazo, de graves problemas para el afectado.[1]

La detección oportuna de los niveles altos de colesterol tiene como objetivo principal el diagnóstico oportuno de la hipercolesterolemia, para así permitir que se inicien tratamientos que demoren o prevengan la aparición de enfermedades cardiovasculares arterioscleróticas, particularmente la enfermedad coronaria y la muerte súbita. La hipercolesterolemia familiar (HF), es una alteración congénita del metabolismo del colesterol de baja densidad (LDL) como consecuencia de un efecto cuantitativo o cualitativo de los receptores celulares de LDL, ocasionada por una mutación en el gen que codifica el receptor. De herencia monogénica, se trasmite con carácter autosómico.[2]

La cifra de colesterol se sitúa, en los primeros meses de vida, alrededor de 300 mg/dl, y en la edad adulta son valores habituales los comprendidos entre los 300 y 500 mg/dl, los cuales llegan a alcanzar, la gran mayoría de las veces, valores alrededor de 1000 mg/dl.[3]

En la hipercolesterolemia poligénica, la elevación es el resultado de la interacción entre diversos factores genéticos y ambientales, representando 80% del total de las hipercolesterolemias, y afecta de 3 a 5% de la población en general.[4]

Sus rasgos fundamentales son:

1. El aumento de colesterol es moderado, rara vez alcanza o sobrepasa los 350 mg/dl.
2. Se manifiesta a partir de los 20 años de edad; no se detecta ningún caso en la edad infantil, ni en la adolescencia.
3. La afectación de los familiares de primer grado es poco frecuente (< 20 %).
4. Aunque pueden aparecer xantelasmas y arco corneal (a edades mas avanzadas que la (HF), nunca existieron antomas.
5. La presentación de alteraciones vasculares clínicas es tardía. El riesgo vascular es proporcional al grado de aumento de colesterol y debe actuarse previamente, de acuerdo con los consensos actuales.[3]

Para detectar a los pacientes con hipercolesterolemia, existen tres posibles estrategias: campañas de criba a nivel poblacional, aconsejando a toda la población la determinación de colesterol total; campañas de tipo oportunista, determinado el colesterol de todas las personas que acuden al médico (incluyendo revisiones laborales), de las que hay que obtener una muestra de sangre por cualquier motivo; criba dirigida a sujetos con alto riesgo de presentar cardiopatía isquemica (CI) (familiares de pacientes con hiperlipemias o con enfermedad cardiovascular precoz). Las dos ultimas son las mas adecuadas para la clínica diaria, ya que tratan el problema a escala individual.[5]

En el laboratorio clínico del Hospital Escuela de la Universidad Veracruzana, se realiza la determinación de colesterol total a aquellos pacientes que acuden con una orden para su determinación. En los últimos años, en Xalapa, Veracruz, México, no se ha realizado una valoración de estos casos; esto motivó la realización de la investigación, teniendo como objetivo general conocer

la frecuencia de hipercolesterolemia en los pacientes que acudieron al laboratorio de análisis clínico del Hospital Escuela de la Universidad Veracruzana en el periodo comprendido del 1º de mayo al 31 de octubre del 2004.

METODOLOGÍA

El tipo de estudio fue descriptivo retrospectivo transversal. Los criterios para tomar en consideración a los pacientes candidatos a ingresar a este estudio fueron: cumplir con un ayuno de doce horas mínimo y máximo de catorce horas, contar con una edad de 10 años o más al momento de la toma, acudir por primera vez a realizarse la determinación de colesterol, y las determinaciones se realizaron en suero.

Se realizó una determinación de CT a 778 pacientes que acudieron al Hospital Escuela de la Universidad Veracruzana en el periodo comprendido entre el 1º de mayo al 31 de octubre del 2004; las determinaciones fueron realizadas mediante el método enzimático colorimétrico para la determinación de colesterol total, empleado por el ***sistema de química clínica Dimension,*** que es un diagnostico *in Vitro* que tiene por objeto la determinación de CT en suero.

Los datos fueron recogidos en una planilla confeccionada al efecto, donde se anotaba la edad, sexo y niveles de colesterol total. Los datos fueron procesados por métodos estadísticos, con apoyo del paquete Estatistic. Se obtuvieron los resultados de la estadística descriptiva, y una vez determinados los pacientes, se procedió a confeccionar las graficas correspondientes.

RESULTADOS

72.23 % de la población estudiada pertenece al sexo femenino y 27.27 % restante al sexo masculino (Cuadro 1). La frecuencia de hipercolesterolemia fue de 49.10 % en la población estudiada (Fig. 1).

El sexo femenino presentó mayor frecuencia de casos de hipercolesterolemia (50.36 %) (Fig. 2) que el masculino (45.83 %) (Fig. 3).

El intervalo de edad en el cual se presenta un mayor número de casos para sexo masculino fue el que comprende entre los 40 y 49 años de edad (Cuadro 2), y para el sexo femenino es en el que comprende entre los 50 y 59 años de edad (Cuadro 3).

Cuadro No.1 Población estudiada

Sexo	No de casos	%	Concentración promedio de CT (mg/dl)	Desviación estándar
Población en general	778	100.00	203	47.44
Femenino	562	72.23	205.86	48.52
Masculino	216	27.77	196.18	44.55

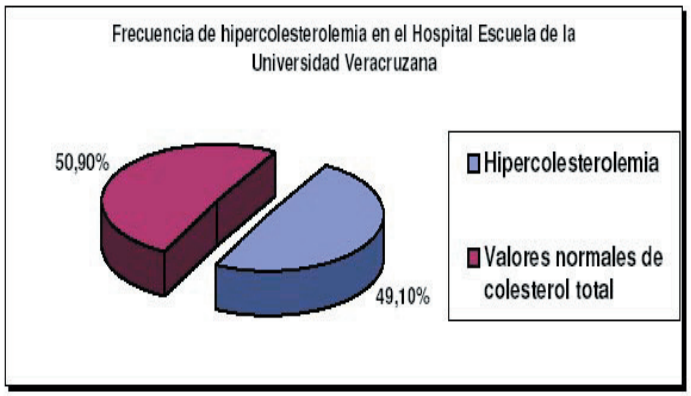


Figura No. 1 Frecuencia de hipercolesterolemia en la población estudiada

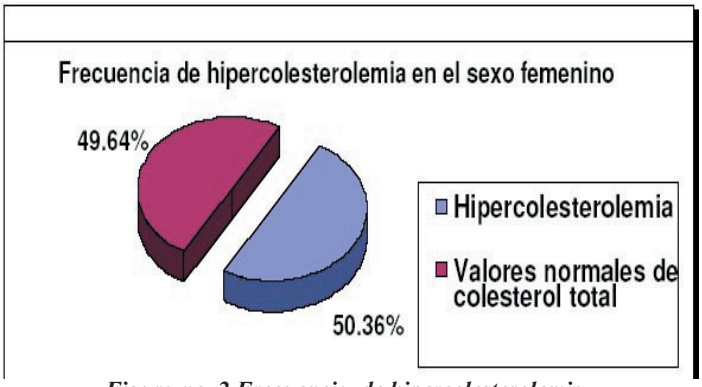


Figura no. 2 Frecuencia de hipercolesterolemia en la población femenina

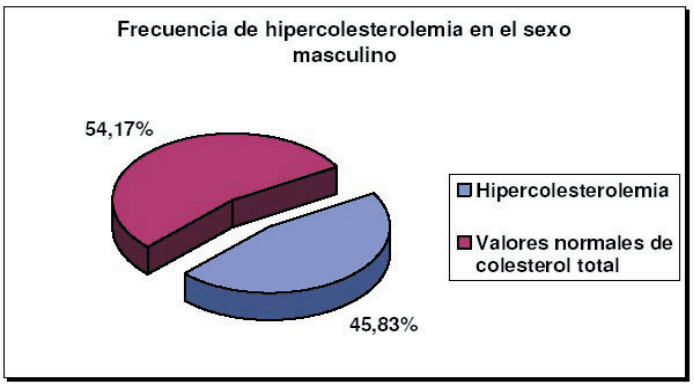


Figura no. 3 Frecuencia de hipercolesterolemia en la población masculina

Cuadro no. 2. Frecuencia de hipercolesterolemia por intervalo de edad en el sexo femenino

Intervalo de edad (años)	No. de pacientes con hipercolesterolemia (CT ≥ 200 mg/dl.)	%
10 – 19	5	1.80
20 – 29	14	4.94
30 – 39	33	11.65
40 – 49	64	22.61
50 – 59	**74**	**26.14**
60 – 69	64	22.61
70 – 79	21	7.42
80 – 89	8	2.83
total	283	100.00

Cuadro no. 3. Frecuencia de hipercolesterolemia por intervalo de edad en el sexo masculino

Intervalo de edad (años)	No. de pacientes con hipercolesterolemia (CT ≥ 200 mg/dl.)	%
10 – 19	3	3.03
20 – 29	12	12.12
30 – 39	14	14.14
40 – 49	**26**	**26.26**
50 – 59	20	20.20
60 – 69	17	17.18
70 – 79	6	6.07
80 – 89	1	1.01
Total	99	100.00

DISCUSIÓN

El aumento del promedio de vida en los países en vías de desarrollo y el consiguiente incremento de la población adulta explican el crecimiento en estos países del número de casos que padecen las complicaciones cardiovasculares.[6]

Simons y col. (1984) plantean que los factores de riesgo coronario varían considerablemente de un país a otro, y que la mortalidad cardiovascular se relaciona con los diferentes niveles de colesterol en la población.[7]

Dentro de estos factores de riesgo asociados (FRA), son bien conocidos e internacionalmente aceptados como los principales: 1) hipercolesterolemia; 2) la hipertensión; 3) la diabetes mellitus; 4) el tabaquismo; 5) la obesidad y 6) la edad.[8, 9]

Las hipercolesterolemias presentan una gran prevalencia en las sociedades occidentales, y nuestro país no es una excepción, por lo que su diagnóstico y tratamiento representan un elevadísimo costo sanitario. Todo ello para tratar una alteración analítica asintomática, que no supone de forma directa e inmediatamente un riesgo vital o un compromiso en la calidad de vida del enfermo.[10]

La encuesta nacional seroepidemiológica realizada por la Secretaria de Salud de México, de 1987 a 1988, tenia como uno de sus objetivos conocer los niveles de colesterol, reportando que la concentración promedio de CT para hombres y mujeres era de 184 y 189 mg/dl.[4]

CONCLUSIONES

1. Las concentraciones de colesterol que presentaba la población han aumentado en la última década.
2. La población perteneciente al sexo femenino presenta concentraciones mas elevadas de colesterol.
3. La hipercolesterolemia se presenta con mayor frecuencia en el sexo femenino.
4. En la población femenina, el intervalo de edad que presenta el mayor porcentaje de hipercolesterolemia es el de 50-59 años, a diferencia de la población masculina, en donde el mayor porcentaje se encuentra en el intervalo de edad de 40-49 años.
5. La frecuencia de hipercolesterolemia en el Hospital Escuela de la Universidad Veracruzana, que es de 49.10%, es mucho mayor a la estimada por la Secretaria de Salud para la población mexicana, que es de 30 %.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lozano J.A., Galindo J.D. Bioquímica para ciencias de la salud. Madrid, España, 1999: 297-298.
2. Zorrilla H.E. Hipercolesterolemia: Diagnostico y tratamiento. México; Nueva Editorial Interamericana, 2000:16-24.
3. Arder J.D. Trastornos lipidicos. Edit. Waverly Hispanic. 2003: 8-9.
4. Posadas-Romero C., Sepúlveda J. Valores de colesterol serico en la población mexicana, en Salud Pública de México. 1999; 34 (2):157-167.
5. Martínez-Navarro F. Salud Pública. Edit. Mc. Graw Hill Interamericana. Méx. D.F. 2001: 53-54.
6. Balaguer-Vintró I. Control y prevención de las enfermedades cardiovasculares en el mundo. Rev. Esp. Cardiol. 2004; 57: 487-494.
7. Estévez-Touzard M. Valor predictivo de la

determinación de lípidos hemáticos en la enfermedad aterosclerótica. Rev. Cub. de Higiene y Epidemiología 1998;6 (4): 3652-3668.

8. Morlans-Paz J.M. Factores de riesgo asociados a la aterosclerosis Rev. Cub. Invest. Biomed. 1998;17(2): 101-111.
9. Morlans Hernández K. Infarto agudo del miocardio en la revascularización miocárdica. Rev. Cub. Cardiol Cir Cardiovas 1999; 11(1): 5-11.
10. Moreno Esteban. "Diagnostico y tratamiento de enfermedades metabólicas" Edit. Díaz de Santos. 2000:196-203.
11. Real JT, Ascaso JF, Chaves FJ, Gonzalez C, Puig O, Armengod ME, Carmena R. Influence of plasma lipids, APOE genotype and type of LDL receptor gene mutations on myocardial infarction in subjects with familial hypercholesterolemia. Med Clin (Barc). 2002, May 18;118(18):681-685.

ARTÍCULO ORIGINAL

Leiomiotosis del cuello del útero: presentación de un caso

Dr. Pedro Coronel-Brizio[1,2], Dr. Jorge Olivares Nowak[1], Dr. Jose Luis Noguera Martinez[3]

[1] *Departamento de Ginecología. Profesor de Ginecología, Facultad de Medicina*

[2] *Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Veracruzana.*

[3] *Jefe del Departamento de Imagenología. Centro Estatal de Cancerología.*

Coronel-Brizio P., Olivares-Nowak J., Noguera-Martínez J. L.
Leiomiotosis del cuello del útero: presentación de un caso.
Rev Med UV 2006; 6(1):11-14.

RESUMEN

Mujer de 44 años de edad a la cual se le efectuó histerectomía por tumor en el cuello uterino con diagnóstico histopatológico de leiomioma istmito-cervical. Estos casos representan una dificultad técnica-quirúrgica por la localización y tamaño del tumor. Además, como sabemos, tenemos que evitar las lesiones de estructuras en el tracto urinario y vascular.

Palabras claves: histerectomía, leiomioma, tumor.

SUMMARY

A 44-year-old woman underwent a hysterectomy for a large tumor of the uterine cervix that was shown to be a isthmico-cervical leiomyoma by histologic examination. These cases represent a technico-surgical difficult, due to tumor localization and size, as well as an ample knowledge about pelvic structures, in order to avoid urinary and vascular tract lesions.

Key words: hysterectomy, leiomyoma, tumor.

INTRODUCCIÓN

El leiomioma del cuello uterino es poco común. La literatura mundial reportan una incidencia inferior a 1% de las piezas quirúrgicas de histerectomía.[1] En una serie de casos reportada en nuestro país,[2] 2.8% de los miomas se encontraban en esta localización, con una edad promedio de 42.4 años y 1.1 gestaciones, con menor incidencia y volumen del tumor en la postmenopausia, como es de esperarse, comparada con pacientes en la etapa fértil de esta patología en general.[3]

Realmente es difícil registrar la incidencia, debido a que los leiomiomas pequeños, asintomáticos del cuello uterino y concomitantes con los del cuerpo se reportan en forma general y sólo se especifican los que dan síntomas en esta localización.

Desde el punto de vista anatomopatológico, se trata de lesiones de tamaño limitado, con características similares a las de los leiomiomas del cuerpo del útero. Cuando su localización es en el cuello del útero, tienden a ulcerarse, infectarse, y cuando su crecimiento supera la capacidad de riesgo sanguíneo, se necrosan.[4]

La sintomatología es diversa y depende del tamaño del tumor, pues varía desde escaso sangrado hasta dolor

Recíbido 17/05/2006 - Aceptado 22/06/2006

pélvico por compresión de las vísceras adyacentes, flujo fétido, sangrado y salida de material purulento por vía vaginal

El tratamiento depende del deseo de preservar la capacidad reproductiva y del tamaño del leiomioma, que cuando es de gran volumen y sintomático se opta por la histerectomía, la cual conlleva un alto grado de dificultad técnica-quirúrgica relacionada con grandes tumores, pudiendo ofrecer tratamiento médico antes de la cirugía con análogos de hormonales de hormona liberadora de gonadotropinas hipofisiarias para disminuir su tamaño y facilitar la cirugía.[5] En las neoplasias de menor tamaño, se puede realizar la miomectomía, embolización de la arteria uterina o su oclusión quirúrgica.[6,7] Si el caso es la preservación de la fertilidad se puede optar por algunos de los tratamientos conservadores antes mencionados. El objetivo es presentar el diagnóstico y manejo que se estableció en este caso.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 44 años de edad, en unión libre, bajo nivel socioeconómico, menarca 11 años, inicio de vida sexual a los 22 años, 1 pareja sexual, con 5 gestaciones, 4 partos a término (fecha del último a los 40 años) y 1 legrado uterino instrumental (a los 38 años por aborto incompleto), ciclo de 20 x 10; no recuerda su fecha de última menstruación y estudio de citología cervical realizado hace 4 años, del cual ignora su resultado. Sin antecedentes familiares y personales patológicos de importancia.

Ingresa a este hospital oncológico el día 18 de octubre del 2005, referida por otra institución de segundo nivel con diagnósticos de probable cáncer del cuello uterino, desnutrición, anemia, absceso pélvico y prolapso uterino.

Tiene el antecedente de haberse practicado un ultrasonido pélvico con diagnóstico de leiomiomatosis uterina en el año 2003.

A su ingreso se observa palidez de tegumentos, regularmente hidratada, hipertermia de 38°c, sin patología cardiopulmonar y mamaria. Abdomen globoso a expensas de gran masa de consistencia dura, fija, dolorosa, que llega a 2 cm por arriba de cicatriz umbilical, sin datos de irritación peritoneal o ascItis; peristalsis presente.

Sin otras visceromegalias. A la exploración ginecológica se observa protrusión de saco hialino por vagina, acompañado de secreción purulenta muy fétida y sangre escasa (figura 1). Al tacto bimanual se corrobora gran tumor no infiltrante en cuello uterino y abdomen de dimensiones 25 x 15 cm, con gran distensión de paredes vaginales, no alcanzando a tocar los fondos de sacos vaginales. Tiene Sonda de Foley con salida de orina de características normales. Al tacto rectal mucosa lisa, sin tocar parametrios debido a su desplazamiento por la neoplasia, la cual abarca hasta las paredes pélvicas sin infiltración.

Figura 1. Degeneración hialina que protruye a través del cuello uterino

Se inició triple esquema antibiótico a base de penicilina sódica cristalina, 5 millones UI IV cada 6 hrs., gentamicina 60 mg IV cada 8 hrs. y metronidazol 500 mg IV cada 8 hrs., todos durante diez días; se remitió la hipertermia 24 hrs. después de iniciado el tratamiento.

A su ingreso se solicitaron exámenes de laboratorio; la biometría hemática reveló Hb de 4.6 y Hto de 18, el examen general de orina, la química sanguínea, TP y TPT fueron normales. Ameritó transfusión de 8 unidades de concentrado eritrocitario previo a la cirugía para mejorar condiciones.

Se realizó cultivo de secreción purulenta de vagina, lo cual reportó Proteus vulgaris. El USG abdomino-pélvico fue reportado como útero con datos indirectos sugestivos de colpocele, de grado a determinar; en el interior se observan datos en relación con piometra con algunos datos sugestivos de probable hematometra.

Posteriormente se realizó tomografía axial computarizada abdomen-pélvica, en la que se demuestra masa ocupativa de la pelvis de aproximadamente 20 x 15 cm que protruye por el introito vaginal, totalmente dependiente de útero y que comprime y desplaza hacia arriba a la vejiga urinaria.

Una vez mejoradas las condiciones generales de la paciente, es sometida a intervención quirúrgica con impresión diagnóstica de leiomiomatosis uterina con probable infección y necrosis que protruye por vagina, y se lleva a cabo histerectomía total abdominal intrafascial con salpingooforectomía bilateral, con el reporte histopatológico definitivo de la pieza quirúrgica como sigue:

Útero de 7 x 5 x 1 cm, cuello uterino de 4 x 1.5 cm, irregular, y a través de él se identifica una lesión ovalada, lobulada, café gris, que mide 15.5 x 9.5 x 14 cm; al corte, el canal endocervical mide 1.5 cm y muestra un tallo foliculado que se une a la lesión antes descrita que mide 13.5 x 12.5 cm; es irregular, blanco grisácea, de aspecto fibroso y se continúa con una segunda lesión que mide 8.5 x 5.5 cm, ovalada café rojizo; el endometrio mide 0.2 cm, es café gris, el espesor máximo del miometrio es de 1.6 cm, es trabeculado, café gris, las salpingues miden 6.5 x 3.5 cm y los ovarios miden 3.5 x 1.8 cm.

Impresión diagnóstica: leiomioma cervical con cambios degenerativos hialinos, endocervicitis quística crónica, endometrio proliferativo intermedio, leiomioma intramural, quistes simples bilaterales de ovario, alpingues sin alteraciones. (figura 2).

Destacamos que, al extirpar la pieza quirúrgica, la vagina quedó distendida, con un diámetro de aproximadamente 15 cm; sin embargo, un mes después de la cirugía, al acudir la paciente a su cita de control, el canal vaginal se encontró prácticamente con sus dimensiones normales.

COMENTARIO

Son poco frecuentes los leiomiomas del cuello uterino de estas dimensiones; la exploración ginecológica demostró una miomatosis de grandes dimensiones y se palpó en el fondo uterino una masa móvil que realmente correspondia al cuerpo uterino de dimensiones prácticamente normales.

La ecografia abdominal no fue concluyente, al igual que la tomografía, ya que ninguna de ellas se percató que el cuerpo uterino era independiente del tumor en cérvix.

Posteriormente, se solicitó al departamento de imagenología una tomografía de la pieza quirúrgica ya extirpada, donde se aprecia claramente el cuerpo uterino y su independencia de la gran masa ocupativa del cuello del útero (figura 3).

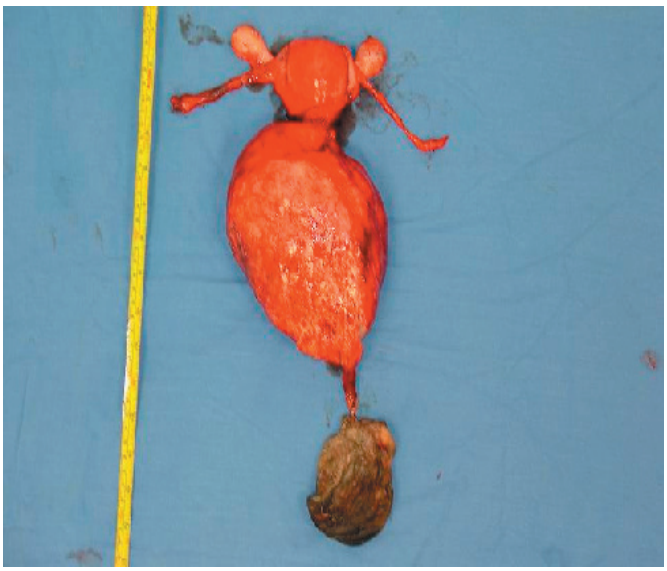


Figura 2. Leiomioma cervical con degeneración hialina

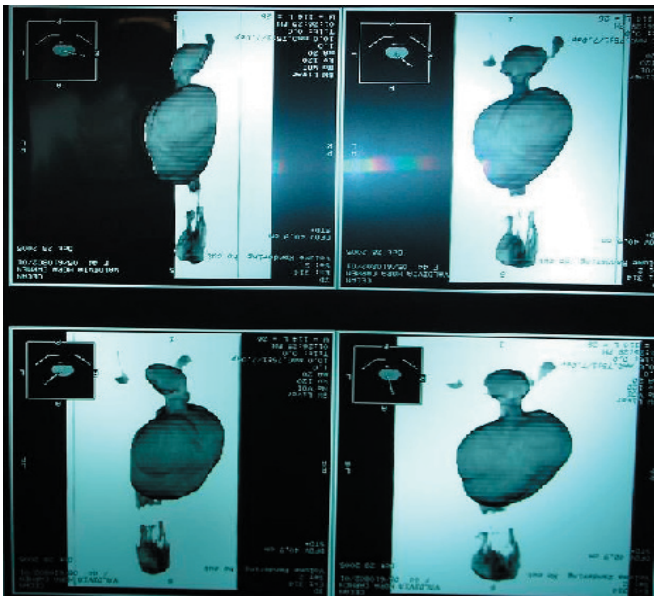


Figura 3. Tomografía de útero y con bolsa de degeneración hialina

CONCLUSIONES

La dificultad quirúrgica en tumores de estas dimensiones y localización radica desde al abordaje abdominal, ya que es fácil la lesión vesical y, por otro lado, la extirpación del cuello en donde está perdida su estructura anatómica, aunado al nulo espacio en la pelvis que dificulta las maniobras quirúrgicas, lo que deriva en un mayor tiempo de cirugía.

Importante hacer notar las condiciones críticas en que ingresó la paciente, en un estado se sepsis, desnutrición y anemia severa, y respondió favorablemente a la terapéutica empleada para ponerla en condiciones físicas adecuadas para someterla a la cirugía y su posterior recuperación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tilman AJ. Leiomiomas of the uterine cervix: a study of frecuency. Int J Gynecol Pathol. 1998; 17 (3): 231-234
2. Saleh Montalvo T, Maldonado Alvaro JD, Guitron Cantu A, Hernández Chávez MA. Miomatosis itmico-cervical. Ginecol Obstet Mex. 1991;59: 246-248.
3. Moran C, Murillo HA, de la Cruz SI, Barahona E, Carranza-Lira S. Miomatosis uterina en la mujer en la postmenopausia tardía. Ginecol Obstet Mex. 1998; 66:358-361.
4. Grases Galofre PJ. Patología ginecológica: bases para el diagnóstico morfológico. 1ª edición. Barcelona, España. MASSON, S.A. 2003.
5. Bustos LH, Miranda RJ, Kably AA, Serviere ZC, y cols. Tratamiento médico preoperatorio de leiomiomatosis uterina con análogos de hormona liberadora de gonadotropinas hipofisiarias. Ginecol Obstet Mex. 1995; 63: 356-360.
6. Lefebre G, Vilos G, Allaire C y cols. The management of uterine leiomyomas. J Obstet Gynaecol Can. 2003; 25(5):396-418.
7. Spies BJ, Myers RE, y cols. The fibroid registry: symtom and quality-of-life status 1 year after therapy. Obstet Gynecol. 2005;106 (6): 1309-1318.

ARTICULO ORIGINAL

Utilización de los servicios de salud por los habitantes de las colonias periféricas de la ciudad de Xalapa, Ver.

MASS Patricia Pavón León[1], MASS Ma. del Carmen Gogeascoechea Trejo[1], M. en C. Delia M. Namihira Gurrero[2], M. en C. Marco A. González Rivera[1], Med. Esp. Victor Landa Ortíz[1], M.C. Miguel Ramírez Muro[1]

Instituto de Ciencias de la Salud[1], Fac. de Bioanálisis [2]
Universidad Veracruzana

Pavón-León P., Gogeascoechea-Trejo M. C., Namihira-Guerrero D. M., González-Rivera M. A., Landa-Ortíz V., Ramírez-Muro M. Utilización de los servicios de salud por los habitantes de las colonias periféricas de la ciudad de Xalapa, Ver. Rev Med UV 2006; 6(1):15-19.

RESUMEN

Objetivo. Determinar la forma de utilización de los servicios de salud en caso de enfermedad, identificar la derechohabiencia y el uso de los servicios preventivos de los habitantes de las colonias periféricas de Xalapa. **Metodología**. Se realizó una encuesta en 122 colonias en el año 2003. Se diseñó una muestra de tipo probabilística, polietápica. La unidad muestral fue la vivienda y la obtención de la información fue a nivel familiar. Se aplicó un cuestionario al responsable del hogar, que incluía variables relacionadas al estado de salud de los miembros de la familia y la utilización de los servicios, y variables sociodemográficas. **Resultados**. La muestra total fue de 369 familias; 54.2% de ellas no tenían derecho a alguna institución de seguridad social. En 44% hubo por lo menos un enfermo en el último mes; de éstos el 29.3% acudió al servicio privado y 18.8% no recurrió a ningún servicio. 87.5% de las familias utilizó alguno de los programas preventivos de los servicios de salud. **Conclusiones**. La encuesta mostró que de las personas que enfermaron y tenían derecho al IMSS, un alto porcentaje no utilizó este servicio, acudiendo en su mayoría a médico particular. Asimismo, la población no asegurada utilizó en mayor proporción los servicios privados. Las principales causas que mencionaron las personas que no acudieron a instituciones de salud fueron no considerarlo necesario y falta de dinero; la conducta que siguieron en la mayoría de los casos fue automedicación. Los programas preventivos más utilizados fueron salud reproductiva e inmunizaciones.

Palabras clave: utilización, servicios de salud.

ABSTRACT

Objective. To determine the utilization of health services in case of disease, to identify the affiliation to the social security and the use of the preventive services of the inhabitants of the peripheral colonies of Xalapa. **Methodology**. A survey was performed in 122 colonies in 2003. A probability, multi-stage sample was designed. The sample unit was the housing and the obtaining of the information was at family level. A questionnaire was applied to the person in charge of the home. This questionnaire included variables related to the health of each family member the utilization of the services, as well as socio demographic variables. **Results**. The total of the sample was 369 families; 54.2% of them did not have the right to some institution of social security. 44% of them had at least a sick member in the last month; 29.3% looked for private service and 18.8% did not looked for any service. 87.5% of the families used some of the preventive programs of the health services. **Conclusions**. The survey showed that a high percentage of all the people who became ill and were affiliated to the IMSS, did not use this service. The majority looked for a private doctor. Also, the non-insured population used in greater proportion the private services. The main causes people mentioned about not going to health institutions were lack ness of money and not considering necessary. What most of the people did was to medicate themselves. The most utilized preventive program were reproductive health and immunizations.

Key words: utilization, health services.

Recibído 21/06/2005 - Aceptado 20/09/2005

INTRODUCCIÓN

El estado de salud de una población es consecuencia de una serie de determinantes interrelacionados de carácter individual, familiar y social.[1]

El conocimiento de las modalidades bajo las cuales los individuos utilizan los servicios de salud, tanto para prevenir como para resolver un problema de salud, constituye una pieza clave para el diseño de políticas y estrategias tendientes a mejorar la entrega de servicios a la población.[2]

La utilización de servicios de salud se comprende como resultado de la interacción entre las características del paciente, del proveedor de los servicios y de los atributos del sistema de atención.[3]

La interacción entre población y servicios es una variable que constituye un valioso instrumento para la elaboración de diagnósticos sobre salud pública y para la toma de decisiones en el área.[3]

El sistema de salud en México esta conformado por un gran número de instituciones prestadoras de servicios de salud. A éstas acude la población de manera selectiva. De los 102.4 millones de mexicanos estimados por el Consejo Nacional de Población (CONAPO) para 2002, 51 millones (49.8%) contaban con seguridad social, 1.1 millones (1%) con seguro privado y 50.3 millones (49.2%) de mexicanos no contaban con ningún tipo de seguro.[4]

Para el año 2000 en el Estado de Veracruz, 2.8 millones (40%) eran derechohabientes de la seguridad social, 25 mil (0.4%) contaban con seguro privado y 4.2 millones (59.6%) no estaban en la seguridad social. El municipio de Xalapa contaba con 390,590 habitantes distribuidos en aproximadamente 310 colonias y 7 congregaciones.[4] De esta población se reportó, en el Censo 2000, que 202,031 no contaban con seguridad social; el resto de la población tenía que acudir a los servicios de salud que atienden a población abierta o acudir a la atención privada.[5]

El presente trabajo forma parte del Diagnóstico de Salud y Factores de Riesgo en las colonias periféricas de la ciudad de Xalapa, con el objetivo de determinar la forma de utilización de los servicios de salud en caso de enfermedad, identificar la derechohabiencia y el uso de los servicios preventivos de la población habitante de las colonias periféricas de la ciudad de Xalapa.

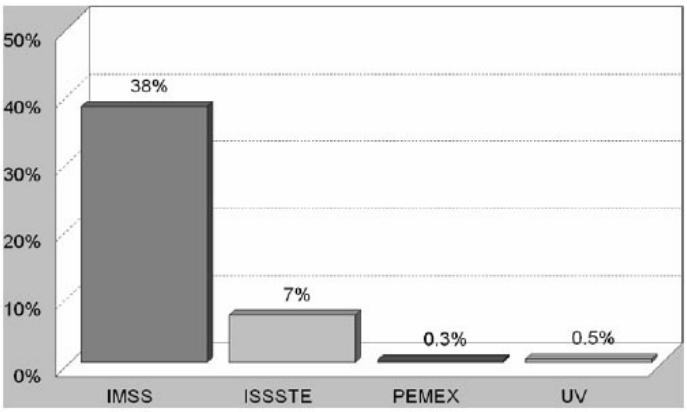
METODOLOGÍA

Se realizó una encuesta en 122 colonias clasificadas como estratos 5 y 6 en el diagnóstico de la ciudad de Xalapa, Ver.,[6] en el año 2003. El diseño de la muestra fue de tipo probabilístico, polietápico. El primer estrato fueron las cuatro delegaciones en que está dividida la ciudad de Xalapa para su administración. El segundo las colonias y el tercero las manzanas mismas. La unidad muestral fue la vivienda y la obtención de la información fue a nivel familiar; ésta se obtuvo mediante un cuestionario aplicado al responsable del hogar o persona mayor de 18 años integrante de la familia que residía en el lugar. La muestra fue de 369 familias. El instrumento incluyó, además de las variables relacionadas al estado de salud de los miembros de la familia y la utilización de los servicios, variables sociodemográficas y relacionadas con las condiciones de vivienda.

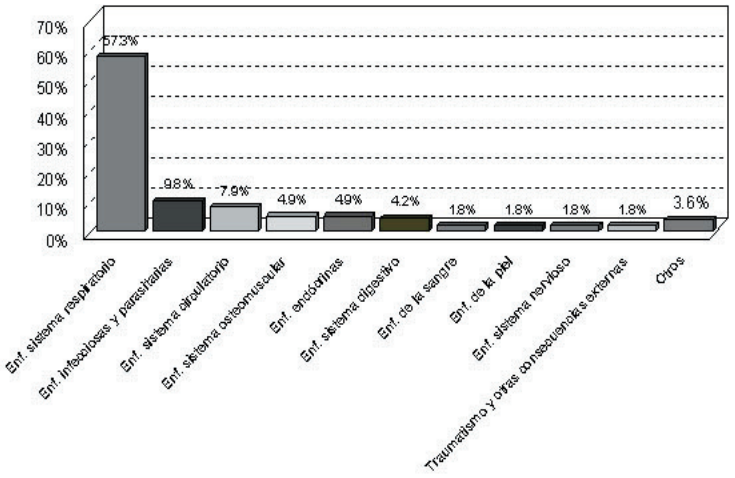
Para este trabajo, se consideró la derechohabiencia a institución de seguridad social, si el jefe o cónyuge estaban afiliados a alguna. Las variables de estudio fueron: adscripción de la familia a la seguridad social, morbilidad de los integrantes en el último mes, percepción de la gravedad de la enfermedad, grupo de edad y sexo del integrante afectado, tipo de acción al problema incluyendo motivo de la no actuación y uso de los programas preventivos.

RESULTADOS

La muestra total fue de 369 familias; de éstas, 202 (54.2%) no tenían acceso a alguna institución de seguridad social. El resto, 139 (38%), declararon ser derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), 25 (7%) del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y un porcentaje mínimo a otras instituciones. (Gráfica 1). En el último mes, 164 familias (44%) tuvieron por lo menos un enfermo; las mujeres enfermaron más (58.6%), siendo el grupo de 15 a 64 años (27.5%) el más afectado, seguido por el grupo de menores de 5 años con 12.8%. En cuanto a los hombres que enfermaron (41.4%), la mayoría se encontraba en el grupo de menores de 5 años con 14.6%, seguido del grupo de 6 a 14 años con 12.8% (Cuadro 1).



Gráfica 1. Distribución de familias según condición de derechohabiencia



Gráfica 2. Distribución de la morbilidad referida por la población en el último mes

Cuadro 1. Grupos de edad de los hombres y mujeres que enfermaron en el último mes.

GRUPO DE EDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
0 – 5 años	14.6	12.8	27.4
6 –14 años	12.8	7.9	20.7
15 – 64 años	11.6	27.5	39.1
> 65 años	2.4	10.4	12.8
TOTAL	41.4	58.6	100

Con respecto a la morbilidad notificada, 57.3% reportó enfermedad del aparato respiratorio (resfriado común, faringitis, amigdalitis y bronquitis aguda). Las enfermedades infecciosas y parasitarias (infecciones intestinales, varicela, herpes zoster y hepatitis aguda tipo B) ocuparon el segundo lugar con 9.8%. Las enfermedades del sistema circulatorio, el tercer lugar con 7.9%, incluyendo hipertensión arterial. Las enfermedades del sistema osteomuscular (artritis y dorsalgias) y las enfermedades del sistema endocrino (donde se ubica la diabetes tipo 2) tuvieron un porcentaje de 4.9%. Las enfermedades del sistema digestivo (gastritis, apendicitis y pancreatitis aguda) se reportaron en 4.2%, seguidas por las anemias, enfermedades de la piel, enfermedades del sistema nervioso y traumatismos con 1.8%. (Gráfica 2).

Con relación a la opinión sobre la gravedad de la enfermedad padecida por el integrante afectado, 49% la consideró como ligera o poco grave, 34% la consideró moderadamente grave y 17% grave.

Del total de pacientes que enfermaron, 7.3% requirió hospitalización para tratarse. El lugar de atención cuando consideraron la enfermedad como grave fue el mismo porcentaje (6.7%) tanto para los servicios médicos privados como para los servicios de seguridad social (Cuadro 2).

Dentro de las causas mencionadas para no acudir a una institución de salud, 57.9% mencionó no considerarlo necesario, 28.9% por falta de dinero, 7.9% refirió que el tiempo de espera era prolongado, 2.6% consideró que el centro de atención era muy lejano y a un porcentaje semejante la atención le pareció cara. La conducta adoptada por las personas que no solicitaron atención en los servicios de salud fue la automedicación en 51.6%, 34.5% no hizo nada y 12.9% acudió a la farmacia.

Cuadro 2. Lugar donde acudió el enfermo según la percepción de la gravedad de la enfermedad

GRAVEDAD	IMSS	ISSSTE	PEMEX	SSA	CRUZ ROJA	DIF	PRIVADO	TRADI-CIONAL	NINGUNO	TOTAL
GRAVE	5.5	1.2	0	3.7	0	0	6.7	0	0	17.1
MODERADAMENTE GRAVE	8.0	1.8	0	6.7	0	2.4	11	0.6	3.0	33.5
LIGERA	6.0	0.6	0.6	9.8	0.6	0	11.6	4.3	15.8	49.3
TOTAL	19.5	3.6	0.6	20.2	0.6	2.4	29.3	4.9	18.8	100

31.6% de las personas que enfermaron tenían derecho a la atención en el IMSS; sin embargo, sólo 19.5% utilizó este servicio, 4.9% acudió a los servicios privados, 4.8% a ninguno y con el mismo porcentaje (1.2%) acudieron a los servicios de la SSA o a la medicina tradicional.

La población no asegurada (63.5%) acudió en mayor proporción (24.4%) a los servicios privados, y a la SSA 18.4%. 14% no utilizó servicio alguno (Cuadro 3).

A la pregunta: ¿la familia acudió a alguno de los programas preventivos que ofertan los servicios de salud?, la respuesta fue positiva en 87.5% de las familias. De éstas, 172 (46.7%) acudieron al programa de Salud Reproductiva que incluye Detección Oportuna de Cáncer (DOC), Detección de Cáncer de Mama y Planificación Familiar. 101 (27.4%) utilizaron dos programas preventivos, el de Salud Reproductiva y el de Inmunizaciones. 40 (10.8%) de las familias utilizó únicamente el Programa de Inmunizaciones y 10 (2.7%) el de Control del Diabético.

Cuadro 3. Correspondencia entre la condición de aseguramiento y la utilización de los servicios de salud en la población que se enfermó en el último mes.

CONDICIÓN DE ASEGURA-MIENTO	IMSS	ISSSTE	PEMEX	SSA	CRUZ ROJA	DIF	PRIVADO	TRADI CIONAL	NINGUNO	TOTAL
IMSS	19.5	0	0	1.2	0	0	4.9	1.2	4.8	31.6
ISSSTE	0	3.6	0	0.6	0	0	0	0	0	4.2
PEMEX	0	0	0.6	0	0	0	0	0	0	0.6
NO ASEGURADOS	0	0	0	18.4	0.6	2.4	24.4	3.7	14.0	63.5
TOTAL	19.5	3.6	0.6	20.2	0.6	2.4	29.3	4.9	18.8	100

DISCUSIÓN

La utilización de los servicios de salud es un tema que se ha abordado desde diferentes perspectivas y en diversos sistemas de salud.[7] México, con un esquema de atención a la salud de tipo mixto en donde coexisten la atención privada, la seguridad social y la atención a población abierta, presenta patrones de utilización particulares, conjuntando la medicina oficial con la no formal o llamada "alternativa", así como la automedicación.[8] A pesar de esta gama de servicios , las familias de escasos recursos, en particular, sufren eventos de salud que representan un gasto que no pueden cubrir, y como consecuencia no son atendidos.[9]

Los resultados de este estudio son acordes a lo ya reportado en investigaciones previas.[10-11] Este trabajo, se realizó en la población habitante de las colonias periféricas de la ciudad de Xalapa, particularmente en aquellas colonias que carecen de uno o más servicios básicos tales como pavimentación, drenaje, banquetas, guarniciones, entre otros, esto aunado a la falta de unidades de atención; por lo tanto, los resultados no pueden dar un panorama general de lo que ocurre en toda la población urbana de esta ciudad.[12]

De la encuesta se derivó que casi la mitad de las familias tuvo algún enfermo en el último mes, lo cual coincide con la literatura mundial.[13] También se encontró que la mujeres enfermaron más. Diversos estudios han demostrado cómo los hombres y mujeres mueren y enferman de manera diferente, y la relación socioeconómica está en estrecha correlación con la morbilidad y la mortalidad.[14,15] Los riesgos de pobreza son mucho mayores para las mujeres que para los hombres, pues en cada uno de los estratos sociales las mujeres controlan menos recursos que los hombres.[16]

La causa principal de morbilidad fueron las enfermedades respiratorias, casi con 60%, patologías que son la primera causa de atención a nivel nacional y local.[17] Existió un diferencial de 10% entre quienes dijeron tener acceso a la seguridad social y la atención que se recibió en esta institución. Esto probablemente significa que el porcentaje reportado para la atención en esta institución fue sobreestimado.

Es notorio el alto porcentaje de personas que dijeron haber acudido a los servicios privados; incluso de las personas que enfermaron y tenían derecho al IMSS, un alto porcentaje no utilizó este servicio y acudió en su gran mayoría a médico particular. De igual manera, la población no asegurada utilizó en mayor proporción los servicios privados, lo cual sería de interés conocer por qué fue así.

Las principales causas mencionadas por las personas que no acudieron a instituciones de salud fueron no considerarlo necesario y la falta de dinero; la conducta seguida en la mayoría de los casos fue la automedicación.

Los programas preventivos más utilizados fueron salud reproductiva e inmunizaciones.

Los anteriores hallazgos encontrados tienen gran importancia en los diagnósticos comunitarios pues describen la forma de utilización de los servicios desde el punto de vista de la población ante ciertas necesidades específicas de salud, por lo que se hace indispensable la ejecución de este tipo de estudios para formular políticas alternativas y permitir así la adecuación de los recursos disponibles a la demanda real, conocer los programas de atención subutilizados, y la participación del sector privado en la atención a la salud de la población.

Atender las preocupaciones de los usuarios (aunque éstas no sean necesariamente prioritarias a juicio del servicio) requiere tomar como punto de partida las necesidades reales. La experiencia demuestra también que, en todo el mundo, un servicio accesible y eficaz es apreciado por la población, ya se trate de un médico de familia o de un centro de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. *The world health report: Bridging the gaps*. WHO, Genova. 1995.
2. Bronfman M, Castro R, Zúñiga E, Miranda C, Oviedo J. Del "cuánto" al "por qué": la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios. *Salud Pública Mex* 1997;39(5): 442-450.
3. Leyva-Flores R, Erviti-Erice J, Kageyama-Escobar L, Gallardo-Diaz E, Lara-Rodríguez F. Utilización de servicios de salud por febriles en un área de transmisión de paludismo en México. *Salud Pública Mex* 1995;37(5): 400-407.
4. Secretaría de Salud. "Síntesis ejecutiva. Poblaciones de las Instituciones prestadoras de Servicios de Salud de México: Definición y Construcción". Coordinación General de Planeación Estratégica. México, D.F.
5. CENSO Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2001 – 2006. México, D.F. SSA, 2001.
6. H. Ayuntamiento de Xalapa. *Diagnóstico de Salud y Factores de Riesgo para el Municipio de Xalapa.* 1998.
7. Hulka B, Wheat J. Patterns of utilization the patient perspective. *Med Care* 1985; 23(5): 438-46.
8. Miranda OR, Salvatierra IB, Vivanco CB, Álvarez LC, Lezana FM. Inequidad de los servicios de salud a población abierta en México. *Salud Publica Mex* 1993; 35(6): 576-584.
9. Arredondo A, Meléndez V. Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: revisión y análisis. *Salud Pública Mex* 1992;34(1): 36-49.
10. Najera-Aguilar P, Ramírez-Sánchez T, Cantoral-Uriza L. Cobertura de las instituciones de salud en el Estado de México. Análisis comparativo entre la población asegurada y la no asegurada. *Salud Pública Mex* 1995; 37(1): 4-11.
11. Díaz NJ, Ávila DM. Morbilidad percibida y utilización de servicios de salud. *Rev Cubana Gen Integr* 1996; 12(3):
12. Feinstein JS. The relationship between socioeconomic status and health. A review of literature. *The Milbank Quart*: 1993; 71(2): 279-322.
13. Ramírez ST, Nájera AP, Bobadilla FJ. Cobertura de cuatro programas de salud para preescolares en áreas urbanas marginales de la Ciudad de México. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1992;49(7): 404-411.
14. Lamas M. La antropología feminista y la categoría de "género". *Nueva Antropología* 1986; 8 (39):172-198.
15. Davis A. Sick and tired of being sick and tired: The politics of black women's health En: White E, ed. The black women's health book. Seattle; Scal, 1990:18-26.
16. Frenk J. El concepto y medición de la accesibililidad. *Salud Pública Méx* 1985. 438-53.

ARTICULO DE REVISION

Prótesis máxilofacial: alternativa terapéutica para la recuperación integral del paciente con cáncer bucal

Ma. Gabriela Nachón García[1], Tomás Gerardo Hernández Parra[2], Miguel Ángel Sánchez Juárez[3], Cynthía Vázquez Gómez[3], Ma. Teresa Robledo Polo[3], Irma Robledo Polo[3]

Instituto de Ciencias de la Salud[1], Hospital Escuela de la U.V.[2], Alumnos de la Carrera Técnico Protesico Dental de la Fac. de Odonotología Xalapa[3]

Nachón-García M. G., Hernández-Parra T. G., Sánchez-Juárez M. A., Váquez-Gómez C., Robledo-Polo M. T., Robledo-Polo I. Prótesis máxilofacial: alternativa terapéutica para la recuperación integral del paciente con cáncer bucal. Rev Med UV 2006; 6(1):20-27.

RESUMEN

Los defectos presentados en la región maxilofacial, pueden tener tres orígenes básicos: neoplasia, alteración genética y traumatismo. Algunos estudios realizados en el estado de Veracruz demuestran que las neoplasias bucales tienen una alta taza de mortalidad. Dentro de la terapéutica de esta neoplasia, en la mayoría de los casos es necesario hacer una recesión quirúrgica del tumor. Cuando la extirpación del tumor es realizada, suele dejar deformaciones faciales posteriores a la cirugía, causando graves problemas de personalidad y de adaptación para el ser humano que lo padece. La prótesis bucomaxilofacial, es una alternativa terapéutica para la reincorporación integral del paciente.

PALABRAS CLAVES: Cáncer bucal, prótesis maxilofacial, deformaciones faciales

ABSTRACT

The defects presented in maxillofacial region, can have three Basic origins: neoplasia, genetic alteration and traumatism. Some studies made in the estate of Veracruz demonstrate that oral neoplasia has a high rate of mortality. Within neoplasia therapeutic in most of the cases a surgical removal of the tumour it is necessary to be performed. Once of the tumour extirpation is completed, postsurgical face deformations are present, causing serious problems of personality and adaptation to the human being who undergoes such surgical treatments. The oralmaxillofacial prothesis is a therapeutic alternative to the patient integral recovery.

KEY WORDS: Oral cancer, oralmaxillofacial prothesis, faces defects.

Recibído 25/10/2005 - Aceptado 18/01/2006

INTRODUCCIÓN

El cáncer es una enfermedad caracterizada por la presencia de tejido constituido por células que proliferan con autonomía, es decir, células que crecen y se multiplican desordenadamente, sin obedecer las leyes que controlan el crecimiento celular normal.

El cáncer de cavidad bucal y bucofaríngea es una neoplasia que constituye 3% de los tumores malignos,[1-3] se encuentra dentro de las 10 primeras localizaciones de incidencia del cáncer en el mundo, incluyendo nuestro país, las tasas más altas han sido reportadas en Canadá y Australia; las más bajas en la India, Japón y poblaciones negras de los Estados Unidos.[4,5] Veracruz es considerado uno de los Estados con mayor mortalidad por cáncer bucal en México, como lo refiere el análisis de mortalidad que realizaron Goméz y Gómez en la Universidad Nacional Autónoma de México durante la década 1989-1998.[6,7]

Frecuentemente se requiere como tratamiento resecciones quirúrgicas que suelen ser extensas.[8] Además de las reconstrucciones, que utilizan material antólogo para el cierre de defectos de la región facial, existen ocasiones en las que ya sea por la edad del paciente, característica o tipos de tumor, es imposible cerrar el defecto mediante la utilización de tejidos locales.

Esto da lugar a que se presenten una serie de desperfectos faciales dificultando la interacción del individuo con la sociedad, dado que esta región influye directamente sobre la capacidad de comunicación con el exterior.

La eficacia del tratamiento de cáncer bucomaxilofacial depende en gran medida de su evolución. La cirugía y la radioterapia son los tratamientos de elección; el beneficio terapéutico de la quimioterapia es limitado para este padecimiento.

Las deformaciones faciales posteriores a la extirpación quirúrgica del tumor, suelen ser importantes, por lo que se requiere de una opción que permita al paciente reincorporarlo a sus actividades.

La prótesis facial ofrece una alternativa a la rehabilitación cuando la reconstrucción estética agota sin éxito sus recursos o es preferida por el paciente. Las prótesis se crean por un equipo interdisciplinario de rehabilitación cráneo-facial.

No se han realizado estudios sobre la importancia de la reconstrucción facial para mejorar la calidad de vida de los pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas extensas a través de prótesis maxilo-faciales, que permitan su reincorporación a una vida social y productiva. Es por esto, que el objetivo fundamental de este trabajo es describir la importancia de la rehabilitación a través de la prótesis bucomáxilofacial como tratamiento alternativo de lesiones de tipo cancerígeno, brinden una mejor calidad de vida en el paciente.

Esto adquiere mayor importancia al considerar que los defectos que se presentan en la región máxilo facial, además del origen neoplásico puede ser: congénitos y traumáticos, aumentando el número de casos de pacientes con estos defectos.[1, 9-11]

ANTECEDENTES

El cáncer se define como una proliferación incontrolable de las células que trae como consecuencia la morbilidad y mortalidad de las personas que lo padecen. Esta proliferación acelerada ocasiona que las células doblen su número en menor tiempo en comparación con las células normales, por lo que llega un punto en el que pone en peligro la integridad de un órgano y más si origina una metástasis que afecte a otro órgano.[2]

El cáncer en la cavidad bucal se incluye en la clasificación internacional de enfermedades publicada por la OMS en 1998. De igual manera que otros tipos de cáncer, su incidencia es alta entre los adultos mayores con un promedio de edad diagnóstica de 45 años, que se considera como una edad productiva. Esta incidencia ha decrecido con respecto a la edad en que se han encontrado alteraciones morfológicas de las células de la mucosa bucal en personas de alrededor de 35 años de edad.[12]

El cáncer bucal es el nombre aplicado a las neoplasias por tumores malignos originada en el revestimiento mucoso de la cavidad bucal. Entre estas lesiones, el 90% de los casos corresponde a carcinoma epidermoide del tipo de células escamosas.[9,13]

Los sitios de alto riesgo para la aparición de cáncer de boca incluyen: la superficie ventrolateral de la lengua, la parte anterior del piso de la boca, las encías, los labios, principalmente la comisura y el paladar blando. [9-15] siendo

los carcinomas de células escamosas del labio y lengua las lesiones más frecuentes. En conjunto, estos dos carcinomas representan casi 50% de todos los tumores malignos de la boca.[12]

ETIOLOGÍA DE CÁNCER DE LA BOCA

La causa del cáncer bucal se desconoce, sin embargo, se reconocen algunos factores asociados, como la exposición a sustancias carcinogénicas como el tabaco y el alcohol.[5,15.] Fraumeni y col. citados por Bueno-Cardoso y col., mencionan de la existencia de cáncer de la mucosa bucal en sujetos que tienen como único antecedente el consumo crónico del alcohol.[15] El cáncer de labios es frecuente en especial entre los fumadores de pipa y puros aunque también en quienes fuman cigarrillos [5,9,15]

Por otro lado, Lynch establece como factores causales la irritación crónica por prótesis mal adaptadas o malos hábitos bucales, así como la radiación solar, coincidiendo con otros autores[9] en donde, incluyen el papel de la susceptibilidad inmunológica, hábitos nutricionales, ocupación del sujeto, uso de irritantes dentoperiodontales e infecciones virales[16.]

ESTADIOS DEL CÁNCER BUCAL

Así como la Clasificación Internacional de Enfermedades de Oncología[17] establece como estadios o etapas del cáncer una clasificación perfectamente descrita, dentro del cáncer bucal se considera los siguientes estadios:[9]

1. Etapa 1. Menos de 1cm.
2. Etapa 2. De 1 a 2.5cm de diámetro, sin rebasar límites anatómicos fijos como lengua, paladar, piso de la boca, etc.
3. Etapa 3. De 2.5 a 4cm en su mayor dimensión
4. Etapa 4. Más de 4cm.

La metástasis de cualquier cáncer se divide en los siguientes grados.

O:No hay metástasis

A:Un solo ganglio, fácil de mover.

B:Dos o tres ganglios vecinos que conservan su movilidad

C:Ganglios bilaterales o ganglios unilaterales múltiples

D:Masas fijas de ganglios

E:Metástasis viscerales

CARACTERÍSTICAS DE LA LESIÓN CANCEROSA.

La lesión se inicia como una costra o ulcera que no cicatriza. Los síntomas que aparecen son mínimos y no suelen doler. Pueden aparecer síntomas en caso de infección, la lesión se extiende con rapidez a los ganglios linfáticos del cuello que aumentan de tamaño y forman adenopatías.

Esto indica que las células malignas se han extendido a otros tejidos.[15]

De acuerdo a la descripción realizada por Linch[9], los focos de origen más frecuente de los distintos tipos de cáncer en la boca son:

- **Labio**: La lesión puede iniciarse en cualquier zona del labio inferior. Suele presentarse en la unión de los tercios medio y externo.
- **Paladar**:

  a). Carcinoma de las células escamosas: La mayor parte de carcinomas de células escamosas del paladar se presentan en el paladar blando.

  b). Tumor mixto: Es tan frecuente en el paladar duro como en el blando.

  c). Adenocarcinoma: Se distribuye en forma bastante homogénea entre los paladares duro y blando.
- **Encías**: El cáncer gingival es más frecuente en el maxilar inferior. La lesión molar constituye el foco de origen más común. Estas lesiones nacen a veces de la región del canino. La parte anterior puede ser asiento de un cáncer de la encía, este caso es poco frecuente.
- **Superficies bucales**: El carcinoma de la superficie bucal puede presentarse en cualquier lugar, desde la comisura de la boca hasta los limites posteriores, y desde el pliegue gingivobucal superior hasta el inferior. El lugar más afectado se encuentra cerca de la línea de oclusión, a nivel del segundo premolar y del primero y segundo molares.}
- **Piso de la boca**: El cáncer del piso de la boca nace exactamente a un lado de la línea media, cerca de las papilas de Wharton. El cáncer del piso de la boca puede surgir en región más posterior, y así lo hace a veces.

- Lengua: El cáncer de la lengua es mas frecuente en la porción bucal del órgano. Cuando está afectada la región bucal, el foco mas común corresponde a los bordes. Rara vez el cáncer afecta el dorso de la lengua, salvo en caso de degeneración maligna de una leucoplasia

OTROS TUMORES MALIGNOS RELACIONADOS CON LA CAVIDAD BUCAL

El carcinoma epidermoide de células escamosas es la lesión más peligrosa en la cavidad bucal, de no ser por éste, no existiría ningún problema canceroso grave en relación con la cavidad bucal.[9,15]

Los demás tumores malignos son el ameloblastoma (adamantinoma o adantoblastoma), el fibrosarcoma, sarcoma osteogénico, tumor de Ewing, mieloma múltiple o aislado, sarcoma neurógeno y metástasis de cánceres primarios alejados.[9]

Estos cánceres siempre ocasionan cambios óseos reconocibles en las radiografías, en una etapa en la cual los enfermos acuden a consulta.

El carcinoma epidermoide difiere mucho de los anteriores los cambios óseos debidos al tumor maligno son muy tardíos. Una radiografía negativa no significa nada en un caso de carcinoma epidermoide, salvo que la lesión probablemente todavía no alcanza el hueso.[1,9]

Los tumores malignos del seno maxilar pueden invadir la cavidad bucal, dando la impresión de un cáncer originado en el paladar o en el fondo de saco gingivobucal.

MANEJO DE LOS DIENTES EN LOS TUMORES MALIGNOS DE LA BOCA

Cuando se requieren maniobras quirúrgicas radicales para combatir una neoplasia maligna, es necesario extirpar el maxilar superior o inferior, o segmentos de ellos, es evidente que los dientes en el foco canceroso y en los límites de la resección deben formar parte de la muestra quirúrgica. Es importante un estudio y tratamiento preoperatorio de los dientes, para dejar al paciente en las mejores condiciones antes de la intervención.[9]

El tratamiento prequirúrgico de los dientes comprende normalmente:

1. tratamiento de las inflamaciones periodontales y gingivales
2. supresión de las infecciones más importantes, extirpando los dientes muy lesionados.
3. debe diferirse la extirpación de las raíces residuales expuestas.
4. se extirpan los dientes con lesiones periapicales que no pueden ser restaurados.
5. se restauran en forma provisional las caries muy avanzadas.
6. se debe aplicar terapéutica endodóntica, para conservar dientes que puedan requerirse para fines específicos.
7. en condiciones especiales, se preservarán ciertos dientes (que normalmente debería extirparse) para facilitar las maniobras de rehabilitación.

PRÓTESIS FACIAL

El término Prótesis Buco Máxilo Facial describe el arte y la ciencia de restaurar una parte malformada o ausente de: la boca, los maxilares o el rostro a través de un medio artificial conocido como prótesis. Un Odontólogo Especialista en Prótesis Buco-Máxilo-Facial es el miembro del equipo de salud interdisciplinario que proporciona el tratamiento protético idóneo a los pacientes con un defecto facial y eventualmente en el resto del cuerpo como resultado de la enfermedad, trauma, o anomalías del nacimiento.[10,11]

Esta especialidad, es conocida también con otras denominaciones como Anaplastología o Somatoprótesis y exige al profesional tener, el dominio y entrenamiento en la anatomía, el arte y la ciencia de los materiales empleados. En Prótesis Buco Máxilo Facial los miembros de la salud, trabajan interdisciplinariamente en equipo proporcionando varios tipos de prótesis que incluyen aparatos dentales, aparatos terapéuticos y prótesis ocular.[10,17, 19]

La cirugía de los tumores y malformaciones congénitas o adquiridas del rostro, ha avanzado considerablemente en los últimos tiempos, alcanzando resultados admirables. Es cada vez más audaz, al punto que muchos tumores malignos que antes se consideraban inoperables, pueden ser extirpados hoy en día, porque los medios técnicos y los recursos quirúrgicos, permiten esperar una sobrevida prolongada. Sin embargo, la prótesis

facial ofrece una alternativa a la rehabilitación cuando la reconstrucción quirúrgica no lo puede lograr.[19]

Este tipo de prótesis, tiene un campo de acción muy amplio; según los casos puede ser provisional, cuando se confecciona para que el paciente la use durante el período de espera de la reparación quirúrgica, o definitiva, cuando la rehabilitación por medio de la cirugía plástica, como se mencionó, agota sin éxito sus recursos.[19]

HISTORIA DE LAS PRÓTESIS FACIALES

La idea de utilizar prótesis faciales se remonta a épocas antiquísimas, desde el desarrollo de la civilización egipcia, 3200 años antes de Cristo.[20,21] Posteriormente documentos romanos mencionan la sustitución de ojos como alternativa de mejoramiento estético, a pesar de los rudimentos técnicos de la época.

Pierre Fauchard, Delabarre, Claude Martin, Little y Gilberty posteriormente Kansanjian y Converse [22] han sido los autores intelectuales de los trabajos contemporáneos.

Entre los primeros materiales utilizados, se encontraban el celuloide o goma vulcanizada, con el inconveniente de la dificultad en su preparación, su aspecto poco convincente y la fácil combustibilidad; después se utilizó un compuesto basado en gelatina y glicerina[23], el que presentó un fácil deterioro y su incompatibilidad con la temperatura ambiental, derritiéndose ante una temperatura elevada. Fue durante la Segunda Guerra Mundial cuando aparecen en el mercado sustancias como el látex líquido prevulcanizado, las resinas poli vinílicas (PVC) y particularmente el acrílico, que brindaron la posibilidad de realizar prótesis faciales para sustituir la pérdida de grandes zonas de la cara, logrando resultados satisfactorios tanto estéticos como funcionales. [24]

Chalian y colaboradores hacen notar el extraordinario desarrollo de las técnicas y materiales. [25] en ese período, aparecen los acrílicos y posteriormente los mercaptanos y siliconas. [26-35]

Los silicones se han usado en medicina desde 1945.[22] Son considerados dentro de los biomateriales que cumplen con estrictos requisitos, como la biocompatibilidad, considerada como el grado de tolerancia del material por parte de la materia viva, simulando de una manera casi perfecta el funcionamiento de los órganos o tejidos que está reemplazando.[33] Siendo ésta la razón por la que tienen esta historia tan prolongada en el uso de la medicina, ya que son preciadas como sustancias seguras e idealmente biocompatible que inducen una respuesta apropiada a la situación y altamente beneficiosa en el cuerpo.[22]

En la actualidad, las prótesis faciales están realizadas en (elastómeros no acuosos) siliconas de uso médico, caracterizándose por un teñido que simula la pigmentación de la piel, elasticidad, y transparencia de cada individuo. Debe de ser de alta pureza y con una viscosidad de 300 cetistokes.[10,22] Los silicones tendrán que resistir la descomposición química, incluso en condiciones adversas como sería en contacto con los ácidos gástricos.

Hoy en día, los silicones son los materiales más ampliamente empleados en la fabricación de marcapasos, articulaciones artificiales, drenajes para cirugía, derivaciones para hidrocefalia y glaucoma y numerosos productos para cirugía plástica. Los datos de los estudios clínicos demuestran que los silicones no son cancerígenos. La evidencia de los estudios clínicos también demuestra que no existe conexión entre los implantes de silicón y los trastornos de tejido conectivo.[22]

El tratamiento protésico de los tejidos perdidos puede efectuarse independientemente que la causa sea de origen traumático o neoplásico, aunque en este último caso se debe tener en cuenta si el paciente ha sido o será irradiado; sin embargo, los de origen congénitos presentan diferencias en cuanto al estado de los tejidos, adaptación física, funcional y psíquica de los pacientes.[10]

Existen lineamientos técnicos protésicos comunes en la rehabilitación facial a los establecidos en las prótesis estomatológicas convencionales.[10] Estos lineamientos establecen la necesidad de tener conocimientos, habilidades y experiencias en prótesis estomatológica; aplicación de determinados principios y procedimientos básicos de la prótesis maxilar; ingenio para encontrar la solución precisa y disponibilidad de materiales para efectuar la rehabilitación. [34,35]

Uno de los principios generales fundamentales para establecer el plan de tratamiento es poder contar con un equipo multidisciplinario, en el cual todos los integrantes puedan aportar, desde el comienzo, sus criterios, lo que permitirá un complemento integral de modo que cada uno

sea capaz de nutrirse de la capacidad técnico-científica e interpretativa de los demás.[36]

El equipo multidisciplinario debe estar integrado idealmente por: un cirujano oncólogo-máxilofacial, odontólogo, especialista en prótesis máxilo facial y oncología; laboratorista dental, radiólogo, psicólogo, asistente social, fonoaudiólogo y personal paramédico.[10]

Aunque una prótesis facial puede lograr un aspecto muy realista, hay limitaciones en su uso. Pueden engañar al observador casual en los encuentros sociales cotidianos como, caminar en la calle, viajar en ómnibus, o ir de compras. Puede ayudar a menudo a aliviar la ansiedad asociada a un encuentro social casual. Por consiguiente el compromiso del protesista es conseguir resultados estéticos óptimos a través de sus habilidades como especialista.

Los medios de fijación o retención constituyen un aspecto trascendental, ya que existe la posibilidad de desalojo de la rehabilitación por su tamaño, alto peso y el encontrarse en zonas de mucha movilidad.[37] Ciertas situaciones, como la humedad, piel aceitosa o el sudar, pueden atentar contra la adhesión de la prótesis, desalojándose en un momento inoportuno.[10] En la mayoría de los casos se retiene en el lugar a través de: la intermediación de anteojos o la aplicación de un adhesivo, de calidad médica, a la parte posterior de la prótesis y a la piel. Los cuidados que la prótesis debe recibir en caso de que sea removible, incluyen el retiro por la noche y su limpieza, incluyendo la piel subyacente

La posibilidad de un desalojo, determina la desconfianza del individuo en este sistema por lo que se ha optado por métodos mas seguro para retener una prótesis facial a través de uso de implantes craneales. Este proceso, conocido como óseo-integración, normalmente requiere dos cirugías menores. La primera, consiste en implantar un pequeño tornillo de titanio en el hueso. Los implantes quedan por un período de tres meses, mientras el hueso crece alrededor de ellos, para sostenerlos firmemente en el lugar. La segunda cirugía se utiliza para extender los implantes sobre la superficie de la piel usando una extensión de titanio intermedia llamada estribo, (a veces pueden realizarse ambas en un procedimiento único).

Los estribos sostienen una barra de oro para que la prótesis, a su vez, pueda sujetarse en ésta. Pueden usarse imanes como opción a los estribos.

La óseo-integración refuerza la retención de una prótesis, obteniéndose muy buenos resultados.

Desgraciadamente, no todos los individuos con la necesidad de una prótesis facial pueden ser candidatos para el proceso de óseo- integración. Las opciones deben discutirse por un equipo interdisciplinario experimentado de rehabilitación cráneo facial.

En este sentido, se debe tener presente que la magnitud de los defectos que enfrentan estos tratamientos hacen que la aparatología protésica sea muy voluminosa y poco confortable por lo que se hace necesario la realización de técnicas que contribuyan a disminuir su peso.

Existen otras condiciones desfavorables que conspiran estéticamente con la rehabilitación como son: la disimulación de los bordes de la prótesis con los tejidos de soporte, así como la estabilidad del color. Por todo ello y por constituir el rostro un medio de comunicación constante entre las personas, es necesario recurrir a todo recurso de enmascaramiento que permita brindar naturalidad a la rehabilitación.

CONCLUSIONES

El solo hecho de que una persona este conciente de padecer algún tipo de neoplasia, independientemente de su estirpe histológica, produce un impacto severo en sus expectativas de vida. Este impacto es mayor aun, cuando se trata de una afección en cara. Inclusive, en caso de tumores benignos su resección puede demandar amplios márgenes quirúrgicos, provocando afectaciones extensas, que son en su mayoría estéticamente desagradables. Esta situación limita en gran medida la interacción del paciente en el medio familiar, laboral y social.

Ninguna parte del ser humano revela el carácter en igual proporción que el rostro. Ninguna es capaz de expresar las sensaciones, sentimientos y emociones del hombre, como lo hace la cara.[10]

El que padece lesiones en esta zona del cuerpo, siente limitaciones psíquicas y se considera expuesto a la crítica de todo el que le rodea, lo que motiva una disminución en su autoestima.

No debemos pasar por alto la afectación psicológica y socio - económica de este tipo de secuela y el compromiso

moral de todo aquel que se relacione con la especialidad, para devolver al paciente a la sociedad, así como abordar de forma multidisciplinaria la condición del tratamiento de manera que podamos lograr mejores resultados.

Toda persona tiene una imagen, concepto y valoración de sí mismo que en gran parte regula y dirige su conducta actual y sus planes y proyectos futuros.[10]

El manejo de este padecimiento, debe realizarse por un equipo multidisciplinario, responsable, conciente y respetuoso de las necesidades físicas y emocionales.

BIBLIOGRAFIA

1. Herrera-Gómez A. Martín Granados-García M. González M. Manual de Oncología "Procedimientos médico–quirúrgico. Instituto Nacional de Cancerología (INCAN) Editorial: Macgraw – Hill Interamericana. Marzo 2002.México, DF. Capítulo 25 – 30, Págs. 184 – 225.
2. Mckeigeue Pm, Karma G. Alcohol consuptiom and tabacco and their relevante to oral cancer control amongst people from minority ethnic communities in the south Thames health region, England. Cancer 2000;25:214-223
3. Kahan Gc, Wynder E. Type the alcohol beverage and oral cancer. Int. J Cancer 2000;11:1219-1240
4. Who control of oral cancer in developing countries: a who meeting. Full World Health Organ 1984;62(6):817-830.
5. Cancer, ocurrence and control in Lyon. Stific publication 1990; 100:52-55.
6. Gómez-García R., Gómez-Clavel J.f, León-Zamudio A**.** Mortalidad pror Cáncer bucal en México, 1989-1998 MO4 UNAM Itztacala. www.odontologia.com.mx
7. Secretaria de Salud. Dirección General de Epidemiologia InforCompendio de Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas en México 1993-1997. http://www.dgepi.salud.gob.mx/publicaciones/mvcom1993.htm.
8. Mora-Alpízar M. C. Montenegro-Valera I., Tamara-Pérez M. Y Alberto Luis Rodríguez-Hernández A.l. Programa de pesquisaje del cáncer bucal. Su impacto en un área de salud Rev Cubana Med Gen Integr 2001;17(3):240-243.
9. Hammer III JE Cáncer Bucal capitulo 32 Lynch MA. Medicina bucal de Burket . Diagnostico y tratamiento, Novena Edición, Editorial: Macgraw – Hill Interamericana 562 – 621
10. Russo C. Rehabilitación Intra Oral y del Rostro Combinada. Salud Militar 2004; 26 (1).
11 Salyer KE et. al Función interrelacionada de la rama de prótesis maxilo facial y cirugía reconstructiva. AMER Journ Surg 1973;126:456-501.
12. Moreno J K, De Stefani E, Boyd NM. Hard liquior drinking is associated with higher risk of cancer the oral cavity and pharynx than wine drinking. A case control study in Uruguay. Oral Oncol 2000; 34:99-129.
13. Winder P, Diehlg, Laskarid V, Duglas P. Factor associated with delay in the diagnosis of oral cancer. Lung Cancer 2002; 16:192-202
14. Kabat Gc, Wynder EL. Type the alcohol beverage and oral cancer. J Cáncer 1998;43: 190-209.
15. Bueno-Cardozo A, Gutiérrez-Salinas J, Morales-González JA El consumo de etanol incrementa los riesgos de cáncer bucal. Med Int Mex 2004; 20: 221-226
16. Boffetta P, Mashberg A, Winkelmann R, Garfinkel L. Carcinogenic effect of tobacco smoking and alcohol drinking on anatomic sites of the oral cavity and orapharynx. Int J Cancer 1999; 52: 530-45.
17. Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología (CIE-O). Tercera edición. *Rev Cubana Salud Pública*, 2004; 30(2).
18. Rezende, JRV, Piras De Oliveira JA, Prótesis Buco Maxilo Facial, conceptos básicos y practicas de laboratorio. Savier Brasil, Sao Pablo 1986; 1:31-68.
19. Rahn, B. Prótesis Maxilo Facial. Principios y conceptos. Ed Toray S.A. Barcelona 1973;1:125-142.

20. Ring ME. et al. The history of maxilo-facial prosthetics plastic and recons. surg. 1991;87 (1): 174-184.
21. Von Armin Hh, Schwensen N. Y Veigel W. Tratamientos de los defectos faciales post-quirúrgicos por medio de prótesis maxilo facial. Acta Odont. Venezolana Año XVI (1):Enero- Abril 1978.
22. Silastic. Medical adhesive silicone. Medical products Dow Corning Corporation. Midland Michigan 48640 Bolletin: 51-217 date: May 1980.
23. La Escuela Odontológica Alemana. Edit Labor Tomo III :1037, 1940
24. Armin RH, Schewenzer, Veigel W. Tratamiento de los defectos faciales post-quirúrgicos por medio de prótesis maxilo facial. Acta Odontológica Venezolana. Año XVI (1) 1978.
25. Nucci P. Reconstruzioni, protesiche di gravi mutilazioni del vizo. Minerva Chirurgica 1967;22 (15): 589-594.
26. Kulzer Palamed. Resin for epitheses. Consideraciones técnicas
27. Parel JM. Dependencia cada vez menor de los adhesivos para la retención de las prótesis faciales. J.Prost Dent. 1980;43 (5): 552-560.
28. Rommerdale EH. Maxilofacial reconstruction technique part II. Coloring and processing the prosthesis Trend & Techniques 1990; 7 (6): 24 – 28.
29. Rommerdale EH. Maxilofacial reconstruction technique, part.III. Extrinsic tinting and delivery of the prosthesis. Trend & Techniques 1990;7 (7): 34 -37.
30. Seels RR. Fabrication of facial prosthesis by appling the osseointegration concept for retention. J.Prost Dent. 1989;61(6):712-716.
31. Seels RR. Microware techniques for fabrication of provisional facial prosthesis.J. Prost Dent. 1989; 62(3):327 - 331.
32. Shimodaira K et al. Tecnique for superimposine a colo slide onto a facial cast to sculps a facial prótesis.J. Prot Dent. 1989; 62(2): 212 – 213.
33. Galeno Da Vargas Ds. Caracterización de biomateriales por tecnicas de microscopia: películas de dlc sobre titanio depositada por cvd para valvulas artificiales de corazón. Profesores Universidad Nacional de Colombia No.13 abril 2005
34. Cantor R. et al. Methods for evaluating prosthetic facial materials J. Prost. Dent 1969;21(3): 324-332.
35. Gomez Rivero V, Alvarez Rivero A, Robaina Ruiz JM. Aspectos Básicos de la Prótesis Maxilo Facial. Rev. Cub. Estom. 1987; 24(3): 259-268
36. Parr GR, Goldman BM, Rahn AQ. Maxillofacial prosthetics principles in the surgical planning for facial defects. J. Prost Dent. 1981; 46 (3): 323-329.
37. Rommerdale EH. Maxilofacial technology part. I. Introduction to facial impressions. Trend & Tecniques. 1990; 7(6): 36-39

Glosario

Facial. Que pertenece a la cara.
Factor. Una o varias substancias o actividades que son necesarias para producir un resultado (ej. factor de coagulación).
Faecal. Perteneciente o de naturaleza fecal.
Feces. Excremento descargado de los intestinos, secreciones, deshechos hepáticos y una pequeña cantidad de residuos de comida.
Fasciculation. Contracción muscular local pequeña, visible a través de la piel, representando una descarga espontánea de un número de fibras inervadas por un filamento de nervio motor.
Fatal. Mortal, letal.
Febrile. Perteneciente o caracterizado por fiebre.
Feedback . Retroalimentación.
Femoral. Perteneciante al femur.
Fermentation. Conversion enzimática anaerobia de components orgánicos, especialmente carbohidratos, a compuestos simples, especialmente a etil-alcohol.
Ferriprive. Caracterizado por deficiencia de hierro.
Fertility. Capacidad de concebir o inducer concepción.
Fibrillation. una pequeña contracción muscular local e involuntaria.
Fibrin. Proteína insoluble, formada de fibrinógeno por la acción proteolítica de la trombina.
Fibrinolytic. perteneciente a, caracterizado por o que causa la disolución de fibrina por acción enzimática.
Fibrosis. formación de tejido fibroso.
Filtration. paso de un líquido a través de un filtro.
Fistula. comunicación anormal, usualmente entre órganos internos.
Fixation. acto de tomar, suturar ó colocar en una posición fija. 2. término psiquiátrico aplicado a quien adopta una personalidad de una etapa particular o el parecerse a otra persona.
Flaccid. laxo y suave.
Flatulence. presencia de cantidades excesivas de aire en el estómago o intestinos.
Flegmon *or* phlegmon. reacción inflamatoria difusa extensión de una infección, o un absceso. .
Fluor albus. leucorrea.
Flush. enrojecimiento episódico, transitorio de la cara y nuca, de diversas etiologías.
Flutter. Vibración o pulsación rápida.
Foetal. que pertenece a un feto.
Foetoplacental. que pertenece al feto y placenta.
Foetotoxic. Tóxico al feto in utero.
Folliculitis. inflamación de un folículo, usualmente en referencia al folículo piloso.
Fontanelle. Fontanela.
Fraction. en química, uno de los constituyentes separables de una substancia.
Fracture. ruptura de un hueso.
Frequency. número de ocurrencias de un proceso periódico o recurrente por unidad de tiempo.
Frigidity. frialdad, especialmente falta de respuesta sexual en la mujer.
Function. actividad fisiológica normal de un órgano o parte.
Fungicide. Agente que destruye hongos.
Fungistatic. que inhibe el crecimiento de los hongos.
Fungus. Término usado generalmente para denotar un grupo de protistas eucariocíticos.
Furunculosis. Ocurrencia secuencial y persistente de forúnculos.

COMUNICACIÓN CIENTÍFICA
Instrucciones para los autores

La Revista Médica de la Universidad Veracruzana es el órgano oficial de Instituto de Ciencias de la Salud, Hospital Escuela y Facultad de Medicina-Xalapa, es un foro abierto a científicos, médicos, investigadores, académicos, estudiantes y otros profesionales de la salud que deseen expresar y compartir experiencias en temas desarrollados por esta comunidad de científicos. Se edita semestralmente e incluye: editoriales, artículos originales, especiales, de revisión bibliográfica, comunicaciones breves, comentarios, cartas al editor, reportes de casos clínicos, reporte de artículos publicados, una sección de historia de la medicina, arte y medicina y un vocabulario ingles-español de términos médicos. Debido a lo multidisciplinario de estos temas, se cubre una amplia gama de actividades médicas, procedimientos de laboratorio y actividades desarrolladas en las facultades y hospitales. Los editoriales solo se consideraran por invitación.

La aceptación de publicar un trabajo es decisión exclusiva del comité editorial. Los manuscritos deben acompañarse de una carta cediendo los derechos editoriales a la revista, mencionando que no han sido publicados en otras revistas y ninguna publicación parcial o total del material enviado puede ser publicada o empleada en otro sitio sin autorización expresa de la revista. Los artículos en inglés deben ser previamente revisados por un corrector de estilo que tenga experiencia en el campo médico y/o biológico; en caso necesario en la oficina de la Revista se pueden obtener nombre y dirección de algunos expertos.

Toda correspondencia o escrito debe dirigirse a:

Revista Médica de la Universidad Veracruzana
Instituto de Ciencias de la Salud
Av. Dr. Luis Caztelazo Ayala s/n
Col. Industrial las Ánimas
C. P. 91190, Xalapa, Veracruz, México
Tel. (228)8418925, fax (228)8418926
Correos electrónicos: revista_medica@uv.mx
rev_meduv@hotmail.com

Todos los manuscritos deberán enviarse en original y dos copias, acompañados de un disquete o CD que contenga la versión original en Microsoft Word, con letra Times New Roman 11, a doble espacio, en papel blanco tamaño carta por una sola cara; y las figuras en archivos JPG.

Cada sección o componente del manuscrito debe iniciar en una nueva página siguiendo la siguiente secuencia: (1) página del título, (2) resumen y palabras clave (3) texto (4) agradecimientos, (5) referencias (6) cuadros (cada uno en una página con su título y pies por separado en otra hoja) y (7) pies de figuras. Todas las páginas deben ir numeradas, incluyendo la página del título, cuadros, figuras y referencias. Deben incluirse los permisos para reproducir material publicado previamente o para ilustraciones que puedan identificarse a alguna persona.

Página del título

El titulo deberá escribirse en español e inglés. En esta sección debe incluirse los nombres completos de los autores, grados académicos sin abreviaturas, la institución a la que pertenecen y fuentes de apoyo recibido. En la parte inferior debe señalarse nombre, dirección, apartado postal y teléfono y correo electrónico del autor responsable a quien se le enviará cualquier notificación, pruebas de galeras y solicitud de sobretiros.

Resumen y palabras clave

Artículos originales: El resumen y el abstract deben ser menores de 250 palabras y deberán estructurarse con los subtítulos: introducción, objetivos, material y métodos, resultados y conclusiones. Al final debe incluirse una lista de tres a cinco palabras consideradas como clave para la publicación.

Artículo de revisión: El resumen y el abstract deben ser menores de 250 palabras. Al final debe incluirse una lista de tres a cinco palabras consideradas como clave para la publicación.

Texto

Cada parte debe iniciar en una página por separado manteniendo el siguiente orden: introducción, materiales y métodos, ética, resultados, discusión y, cuando sea necesario, conclusiones y recomendaciones. Hacemos un llamado para evitar la jerga exagerada de la especialidad, así como el abuso de las iniciales. Las instrucciones se presentan de acuerdo con el International Commitee of Medical Journal Editors que se publicó en el Ann Intern Med. 1982; 96 766-71 y en el Br Med J. 1877-70, 1982; 284. Los nombres de equipo y fármacos deben hacer referencia a la compañía con su nombre completo. En caso de medicamentos, los nombres genéricos deben ir seguidos del nombre comercial entre paréntesis.

Bibliografía

Las referencias bibliográficas deben numerarse en el orden que fueron citadas en el texto y usar para su identificación números arábigos como superíndices. La lista de referencias también debe ir a doble espacio. Cuando haya más de 4 autores, se escribirá solo el nombre del primero seguido por: y col. Apegarse a las normas del Index Medicus http://www.encolombia.com/medicina/infectologia/infectologia4100sup-requisitos3.htm como es el caso de las abreviaturas de revistas. Las comunicaciones personales y los resultados no publicados deben incorporarse al texto y no como referencias.

Cuadros

Deben contener los resultados más importantes. Sus títulos y pies deben ir en página aparte.

Figuras

Las figuras e ilustraciones deben ir en papel ilustración, papel albanene o equivalente. Las fotografías deben ser impresas en alto contraste, en blanco y negro y ser de tamaño postal (127 x 173 mm). Todas las figuras y fotos deben ir debidamente identificadas en su parte posterior con una etiqueta adherible, no escribir directamente sobre las figuras o fotografías. Toda figura debe ir acompañada de su texto o pie en hoja aparte.

Los artículos aceptados serán sometidos a una revisión editorial que puede incluir, en caso necesario, la condensación del texto, la corrección del estilo y la supresión o adición de cuadros, ilustraciones y anexos, sin modificarse el sentido del artículo.

La aceptación de los artículos será comunicada por escrito a los autores en un periodo no mayor a un mes desde la fecha de recepción. Para ello, deberán indicar claramente la dirección, teléfono, fax, correo electrónico y domicilio donde laboren los autores principales.