

Santafé de Bogotá, D.C. Noviembre 27 de 1.995.

SEÑOR DOCTOR

Jorge Hernando Arango.

Decano facultad de odontología.

Colegio Odontológico Colombiano.

SEÑOR DOCTOR

Carlos Castro.

Director clínica X semestre.

Presentamos a ustedes la siguiente monografía, como uno mas de los requisitos para que se nos otorge el título de ODONTOLOGOS.

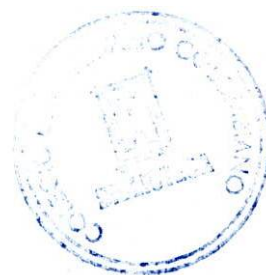
Fue para nosotros motivo de satisfacción personal, el haber podido culminar la encomiable labor, que ustedes honrozamente dirigieron, para nuestro logro obtenido.

GRACIAS

COLEGIO ODONTOLOGICO
COLOMBIANO

MONOGRAFIA DE GRADO

PACIENTES CON SOBREMORDIDA ANTERIOR QUE REQUIEREN
RESTAURACION ORAL



PRESENTADA A LOS DOCTORES:

JORGE HERNANDO ARANGO. Decano de la facultad.

CARLOS CASTRO. Director X semestre.

COLEGIO ODONTOLÓGICO
COLOMBIANO

PACIENTES CON SOBREMORDIDA
ANTERIOR QUE REQUIEREN
RESTAURACION ORAL

PRESENTADA POR LOS DOCTORES:

GERMAN GIRALDO CORRALES. CODIGO 892226.

AMANDA PATRICIA JAUREGUI. CODIGO 892233.

GILBERT AUGUSTO CASTAÑO. CODIGO 892261.

VICTORIA EUGENIA GONZALEZ. CODIGO 892262.

Santafé de Bogotá, D. C. Noviembre 27 de 1.995.

CURRICULUM DE NUESTRO DIRECTOR DE TESIS

DOCTOR LEONARDO CALVACHE.

ODONTOLOGO.

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO.

POSTGRADO EN CIRUGIA Y TRAUMATOLOGIA BUCO MAXILOFACIAL.

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE RIO DE JANEIRO.

COORDINADOR ACADEMICO

POSTGRADO DE CIRUGIA E IMPLANTOLOGIA ORAL.

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO.

CIRUJANO ORAL Y MAXILO FACIAL.

MEDISANITAS.

HOSPITAL DE BOSA SANTAFE DE BOGOTA.

HOSPITAL MADRID. (CUNDINAMARCA).

DEDICATORIA

Al culminar la compleja tarea de la presente monografía, como requisito para optar el título de odontólogos.

Permitanos agradecer a:

- Dios como máximo orientador y protector.
- Al Colegio Odontológico Colombiano por sabia y determinante orientación profesional.
- A todos y cada uno de los miembros de nuestras familias, en especial a nuestros padres, que con su ejemplo, dedicación, abnegación, amor y acertada conducción, nos permitieron alcanzar la segunda gran meta de nuestras vidas, labrando positivamente nuestro porvenir.
- A los amigos y compañeros en general que de una u otra manera estimularon el deseo y la convicción que nos ha animado siempre, respecto a ser útiles aportantes y representativos, en la noble tarea de servicio a la comunidad, que emprenderemos a través de una digna profesión:

ODONTOLOGIA

T A B L A D E C O N T E N I D O

TITULO DE MONOGRAFIA

INTRODUCCION

1. FORMULACION DEL PROBLEMA
2. JUSTIFICACION
3. OBJETIVOS
 - 3.1. GENERALES
 - 3.2. ESPECIFICOS
4. MARCO REFERENCIAL
 - 4.1. MARCO HISTORICO
 - 4.2. MARCO TEORICO
 - 4.3. MARCO CONCEPTUAL
 - 4.3.1. DEFORMIDADES DE DESARROLLO DE LOS MAXILARES
 - 4.3.2. CIRUGIA ORTOGNATICA
 - 4.3.3. MORDIDA PROFUNDA - OVER BITE
 - 4.3.4. APERTOGNACIA O MORDIDA ABIERTA ANTERIOR
 - 4.3.5. PROGNATISMO
 - 4.3.6. MICROGNASIA
 - 4.3.7. OSTEOSINTESIS

- 4.3.8. CIRUGIA
- 4.3.9. OVER JET
- 4.3.10. OSTEOTOMIA
- 4.3.11. OSTECTOMIA
- 4.3.12. ASEPSIA
- 4.3.13. DESINFECCION
- 4.3.14. ODONTOSINTESIS

5. BASES DE LA TECNICA QUIRURGICA

- 5.1. OBJETIVOS DE UN BUEN CIRUJANO
- 5.2. AVANCE MANDIBULAR ANTERIOR CON
OSTECTOMIA SUBAPICAL MANDIBULAR

6. GENERALIDADES DE SOBREMORDIDA ANTERIOR

- 6.1. DEFINICION
- 6.2. TIPOS
- 6.3. CLASIFICACION
 - 6.3.1. MORDIDA PROFUNDA DENTOALVEOLAR
 - 6.3.2. MORDIDA PROFUNDA ESQUELETICA

6.4. CAUSAS

5.5. POSIBLES TRATAMIENTOS

7. RESUMEN DEL ARTICULO

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

El presente trabajo investigativo, lo hemos realizado con el fin de exponer la necesidad de los pacientes CLASE II ESQUELETICA Y MORDIDA PROFUNDA ANTERIOR, para ser restaurados con prostodoncia fija, previa a una cirugía como la realizada a la paciente del caso que desarrollamos.

La gran importancia del odontólogo general en el caso expuesto, radica en el acertado diagnóstico que debiera emitir ante un caso igual o similar y la correcta conducta a seguir para el mejoramiento de la función y por ende de la estética facial del paciente.

TRATAMIENTO IDEAL EN PACIENTES CON SOBREMORDIDA ANTERIOR QUE REQUIEREN RESTAURACION ORAL

1. FORMULACION DEL PROBLEMA

Pacientes los cuales requieren que se les realice una cirugía ortognática, debido a que presenta una sobremordida anterior, Por lo que se le va a seccionar la parte anterior del maxilar inferior de segundo premolar a segundo premolar para continuar con un descenso de ese segmento y la consiguiente vestibularización de los dientes anteriores inferiores los cuales quedarían en posición por medio de OSTEOSINTESIS.

2. JUSTIFICACION

Este tipo de tratamiento quirúrgico se debe realizar, debido a que todos los estudios hechos determinaron que era imposible corregir su anomalía con otro tipo de tratamiento menos agresivo.



3. OBJETIVOS

3.1. GENERALES

- Conocer los diferentes tipos de deformaciones en el desarrollo de los maxilares y sus principales consecuencias, para así poder determinar que tipo de tratamiento se les debe realizar de acuerdo a su anomalía.

3.2. ESPECIFICOS

- conocer a grandes rasgos cuales son las medidas de asepsia que se debe utilizar en una cirugía a nivel de quirófano, y cuales son los pasos a seguir en la realización de una cirugía ortognática.
- Devolver a la paciente su funcionalidad y estética para así crear en ella un sintoma de confianza.
- Poder sentirnos orgullosos de haber participado en la corrección del problema estético y funcional que afectaba al paciente.

4. MARCO REFERENCIAL

4.1. MARCO HISTORICO

Desde hace muchos años las deformidades de desarrollo de los maxilares, eran difíciles de resolver por parte de los odontólogos y médicos; los cuales en esa época se dedicaban a resolver problemas de malformaciones en otras partes del cuerpo, como era el caso de los pies de zambos, y cuando realizaban correcciones en los dientes y los maxilares no eran del todo muy estéticas y funcionales que pudiéramos decir. Por lo que muy pocas veces se escribió sobre el éxito de los tratamientos ortognáticos.

Otro inconveniente encontrado en las correcciones de los maxilares, eran las infecciones que de estas intervenciones quirúrgicas resultaban y los pocos conocimientos de técnicas anestésicas que existían en épocas pasadas.

Gracias a la dedicación que pusieron sobre estas anomalías de los maxilares los **DOCTORES HULLIHEN Y BLAIR**, Quienes tuvieron el conocimiento básico, la imaginación y el valor para intentar corregir todo tipo de anomalías en los maxilares, es que hoy día podemos hablar de un porcentaje alto de éxito en las cirugías ortognáticas.

Muchas contribuciones originales en este campo de cirugía correctiva son la base para las operaciones estándar de nuestros días. Los refinamientos en las técnicas quirúrgicas, la mejor comprensión de la fisiología y la anatomía, y los métodos modernos de anestesia y terapéutica, han eliminado y disminuido los peligros, que eran enormes hace unos cuantos años.

El doctor WILLIAM S. HALSTED, primer profesor de cirugía en la escuela de medicina de JOHNS HOPKINS, FUE EL PRIMER CIRUJANO EN UTILIZAR GUANTES DE HULE COMO UNA MEDIDA PARA EVITAR LA INFECCION CRUZADA.

Poco tiempo después esta innovación incluyo el uso de ropa adecuada en el quirófano y el aislamiento del paciente con sabanas estériles.

4.2. MARCO TEORICO

Este tipo de corrección es necesaria hacerla ya que la paciente esta presentando problemas oclusales, estéticos y a la vez funcionales.

Por lo que se determino que la paciente debería ser sometida a tratamiento quirúrgico. Donde fue necesario restaurar su maxilar superior por medio de coronas debido al mal estado de sus dientes; Para así devolverle su funcionalidad y estética, logrando dejarla en una oclusión optima funcional.

Se realizo un estudio por medio de modelos, para poder determinar si con un tratamiento ortodontico se podría llegar a corregir su mordida profunda: llegando a la conclusión que era imposible, debido a que la paciente al cerrar la boca haría que los brackets de los dientes anteriores inferiores se descementaran.

Después de descartar la posibilidad de el tratamiento de ortodoncia, se decidió que lo mejor para la paciente seria realizarle la intervención quirúrgica y su posterior rehabilitación; logrando darle una sobremordida anterior dentro de los parámetros adecuados.

4.3. MARCO CONCEPTUAL

4.3.1. DEFORMIDADES DE DESARROLLO DE LOS MAXILARES

Son aquellas en que hay maloclusiones, relación inadecuada de las arcadas y desfiguración facial asociada. Suelen considerarse congénitas, pero pueden depender de otras causas durante la niñez.

4.3.2. CIRUGIA ORTOGNATICA

Procedimiento mediante el cual se corrigen las deformaciones dentomaxilares que pueden ser de tipo adquirido o congénito.

4.3.3. MORDIDA PROFUNDA - OVER BITE

Es cuando los dientes anteriores superiores sobrepasan mas de lo normal a los dientes anteriores inferiores, en su plano vertical.

4.3.4. APERTOGNACIA O MORDIDA ABIERTA ANTERIOR

Afección en la que hay un espacio entre los dientes anteriores superiores y anteriores inferiores.

4.3.5. PROGNATISMO

Proyección anormal hacia adelante de una o ambas arcadas.

4.3.6. MICROGNASIA

Disminución en el tamaño de las arcadas, especialmente la inferior.

4.3.7. OSTEOSINTESIS

Es la union o fijacion de dos fragmentos de hueso por medio de alambre o miniplacas, produciendo la consiguiente cicatrizacion y formaci3n del callo ose3.

4.3.8. CIRUGIA

Procedimiento por el cual se trata de salvar tejidos humanos, ya sea en parte o completamente, para salvar la vida, o la mayor parte de la anatomía teniendo muchas veces que sacrificar parte del tejido a restaurar.

4.3.9. OVER JET

Se define como el sobrepaso de los dientes anteriores superiores sobre los dientes anteriores inferiores en su plano horizontal.

4.3.10. OSTEOTOMIA

Es cuando se realiza la resección de un hueso y esta puede ser parcial o total.

4.3.11. OSTECTOMIA

Procedimiento por medio del cual corregimos defectos oseos sin resecar ningún segmento de hueso.

4.3.12 ASEPSIA

Es el procedimiento que se realiza para mantener libre de gérmenes un sitio y preservar libre de microbios el instrumental.

4.3 13. DESINFECCION

Es el procedimiento que se realiza para desinfectar el instrumental.

4.3.14. ODONTOSINTESIS

Es la union o fijación de los dientes por medio de placas o de arcos.

5. BASES DE LA TECNICA QUIRURGICA

Siempre que se realice una cirugía debemos tener en cuenta que la herida que se esta produciendo, no se contamine por una infección cruzada. Por lo que debemos realizar una muy buena desinfección del paciente y la consiguiente esterilización de los instrumentos y la ropa que vamos a usar.

Todo esto se debe hacer con mucho cuidado, al igual que el cirujano deberá lavarse las manos antes de ingresar al quirófano y empezar la operación.

El paciente deberá ser cubierto con sabanas estériles.

5.1 OBJETIVOS DE UN BUEN CIRUJANO

- Técnicas atraumáticas.
- Control de la hemorragia.
- Manejo cuidadoso de los tejidos.
- Asepsia quirúrgica.
- Mantener libres las vías respiratorias y la oxigenación necesaria.

5.2. AVANCE MANDIBULAR ANTERIOR CON OSTECTOMIA SUBAPICAL MANDIBULAR

La cirugía se realizó con el doctor LEONARDO CALVACHE, en la clínica andina a una paciente de 53 años y consistió en hacer dos cortes en la parte anterior de la mandíbula, uno horizontal y dos verticales a nivel de los premolares inferiores teniendo cuidado de no seccionar el nervio mentonero; estos cortes se realizaron previamente en un modelo prequirúrgico que se obtuvo de la paciente, y determinar si es necesario un tratamiento postquirúrgico a la cirugía.

La cirugía se inicia con la preparación del paciente que consistió en que ella debería estar en ayunas y sin consumir ningún tipo de alimentos durante el día. A las 4:30 minutos de la tarde la paciente ingresa al quirófano para la consiguiente aplicación de anestesia, tanto inhalada como infiltrativa en la zona.

Despues se procedio a realizar la consiguiente asepsia de la paciente.

Despues de que la paciente estuvo preparada se utilizó AZUL DE METILENO para demarcar los cortes necesarios en mucosa que consistieron en la sindesmotomia de toda la encia y mucosa vestibular.

Continuando con la demarcacion en hueso de la linea media y los sitios donde se deberia hacer la ostectomia, despues de realizados todos los cortes se le retiró alrededor de 2 mm de hueso para poder descender y vestibularizar el segmento y poder realizar la osteosintesis con miniplacas y tornillos.

La paciente salio del quirófano a las 9:30 minutos de la noche, con la boca cerclada con alambre la cual deberá mantener en posición por medio de una férula acrílica de mordida que se le realizó en el quirófano, y durante sesenta días deberá continuar con dieta liquida.

La paciente volvera a ser examinada a los 15 días para revisar el cerclaje y evitar las posibles lesiones que pueda estar causando en los tejidos circunvecinos.

Luego se deberán hacer tres controles:

En el primer control se observara la oclusión y se instruirá a la paciente sobre las técnicas de higiene oral.

En el segundo control se le volverá revisar la oclusión y se evaluará el estado de la mordida de la paciente con respecto al arco superior y los dientes adyacentes a la osteotomía, este control se efectuará dos días después de haberse impartido las técnicas de higiene.

6. GENERALIDADES DE SOBREMORDIDA ANTERIOR

6.1. DEFINICION:

La sobremordida anterior se conoce como mordida profunda cuando los incisivos superiores se superponen en mas de la mitad del plano anterior. Y se define como una displasia ya que se ve afectado el hueso presentándose un crecimiento excesivo del mismo en su plano vertical.

6.2. TIPOS:

- De tipo adquirida.
- De tipo congénito.

6.3. CLASIFICACION:

6.3.1. MORDIDA PROFUNDA DENTOALVEOLAR

- Supraerupcion de los dientes anteriores.
- Infraerupcion de los dientes laterales.

6.3.2. MORDIDA PROFUNDA ESQUELETICA-

- Crecimiento horizontal.
- Retroinclinación de la base del maxilar superior.

6.4. CAUSAS:

- Perdida prematura de la dentición temporal.
- Falta de estimulación muscular durante la alimentación y la lactancia.
- Crecimiento excesivo de la cresta alveolar.
- Crecimiento excesivo de las coronas de los dientes anteriores superiores.
- Falta de crecimiento de los maxilares.
- Compresión lingual lateral.

6.5. POSIBLES TRATAMIENTOS

El tratamiento dependerá del análisis, pronóstico y factor económico del paciente.

El tipo de tratamiento a realizar dependerá de si la anomalía está clasificada como DENTOALVEOLAR con un pronóstico favorable y OSEA con un pronóstico desfavorable.

El tratamiento también se debe tener en cuenta la edad del paciente para que le pueda realizar una extrusión temprana de los molares o la consiguiente estimulación del crecimiento de los mismos con aparatos funcionales de ortopedia maxilar.



7. RESUMEN DEL ARTICULO ENCONTRADO EN MEDLINE 1/95 - 8/95

AUTOR: Hans - MG; Kishiyama - C; Parker - SH; Wolf - GR;
Noachtar - R.

Fecha de publicación 1.994.

**EVALUACION CEFALOMETRICA PARA DOS ESTRATEGIAS
DE TRATAMIENTO EN PACIENTES,
PARA LA CORRECCION DE MORDIDAS PROFUNDAS**

Este estudio comparo los cambios cefalometricos encontrados usando aparatos fijos contra aparatos removibles, en la corrección de mordidas de este tipo, en los pacientes, 45 pacientes tratados con mecanismos de tracción extraoral, 50 pacientes tratados con aparatología removible o bionator, comparados con 95 sujetos de control, utilizando el índice de BOLTON, las diferencias de tratamientos fueron determinados usando análisis cefalometrico y observando los cambios verticales, en la sobremordida y utilizando 6 variables;

- Cambios esqueléticos en el maxilar.
- Tipos de incisivos superiores.
- Movimiento de cuerpos sobre los incisivos superiores.
- Cambios esqueléticos de la mandíbula o maxilar inferior.
- Movimiento de los incisivos inferiores.
- Movimiento de cuerpo de incisivos inferiores.

Interacción del tipo de tratamiento de tipo facial, fue solamente examinado en el grupo de tracción extraoral, la sobremordida fue corregida con la combinación de intrusión de los incisivos superiores y un incremento en el cambio del cuerpo mandibular.

El tratamiento con el bionator resulto en una corrección de la sobremordida, con una relativa intrusión de los incisivos superiores e inferiores y un incremento en el cuerpo mandibular, esto no significa una interacción en cuanto al tipo facial y el grupo que uso la tracción extraoral.

El ángulo gonial en el grupo del bionator, tuvo una baja influencia y el cambio facial, también fue bajo. Estos resultados demuestran que tanto la aparatología fija como la removible producen cambios cualitativos y cuantitativos en el tratamiento que se estaba haciendo.

Muchos estudios tratan de crear una decisión racional sobre la aparatología o uso clínico y las diferencias entre el diagnóstico y tratamiento de las sobremordidas.

CONCLUSIONES

- Con el presente trabajo aprendimos algo más acerca de las técnicas de investigación, y la forma de recolección de información en los diferentes archivos competentes.
- Conocimos los diferentes pasos a seguir en la presentación escrita de cualquier tipo de investigación.
- Con la sustentación de está adquirimos mejor manejo de auditorio.
- Gracias a esta investigación tuvimos la gran oportunidad de asistir a un quirófano, y aprender acerca del manejo de un paciente en este tipo de cirugías, lo cual es de suma importancia para la prestación de nuestro SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO y a la vez poder dejar aún más en alto el nombre de nuestra prestigiosa universidad.

B I B L I O G R A F I A

- Casko, John. Tratament of a dental deep bite in a patient with vertical excess and exessive gingival display. A.I.O. 96 (1): 1 - 7. 1.989.
- Roulton, Donals. Corrections of extreme deep overbite with orthodontics and orthognatic surgery. A.I.O. 96 (4): 275 - 280. 1.989.
- Bell, W. Proffit, W. " Surgical correction of dentofacial deformities" . Vol.I. Ed. Saunders 1.980. P.p. 232 - 441.
- Epker, B. Fish,L. " Dentofacial deformities" . Vol I. Ed. Mosby 1.986. P.p. 162 - 429.
- Proffit R. William white Jr. Raymad. " Surgical ortodontic. P: 76.
- Burket, Lester W. Cirugia Bucal. Diagnostico y Tratamiento. Mexico, 1.954. Ed. Interamericana.
- Enlow, Donald H. Crecimiento maxilofacial. Segunda Edición. Mexico, 1.984. Ed. Interamericana.
- Echeverry Guzmán Enrique. Gisela Sancherman Kevalski. Neurofisiología de la Oclusión. Monserrate. 1.984.
- Rakosi Thomas. Irmtrud Jonas. Atlas de Ortopedia Maxilar: DIAGNOSTICO. Masson - Salvat Odontologia.1.992. Pag. 38, 48, 59, 81, 132, 185, 203, 204.