

CASO CLINICO INTERDISCIPLINARIO

X SEMESTRE

PRESENTADO A :
LOS JURADOS

PRESENTADO POR:

SANDHY LEONOR MENA P.
OLGA MESA
YOLVY MORENO.
LUZ DARY SAENZ.
CLAUDIA PATRICIA SÁNCHEZ.

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
BOGOTA D.C. OCTUBRE,
2.002

HISTORIA CLINICA: **376783.**

DATOS PERSONALES

■ NOMBRE: JAIME E. AREVALO DOVALE.

EDAD: 38 AÑOS.

OCUPACION: SEGURIDAD.

MOTIVO DE CONSULTA: **"ARREGLO GENERAL DE LA BOCA."**

ANAMNESIS

*Historia personal: paciente refiere que no sufre ningún tipo de enfermedad sistémica.

*Historia familiar: paciente refiere no tener antecedentes familiares que comprometan su salud.

EXAMEN FISICO

Peso: 75 kl.

Rh: B+.

Estatura: 1.71 cms.

Temperatura: afebril.

Presión arterial: 118-78 mm hg

Pulso: 70 ppm

INTRODUCCIÓN

Las regiones dental y maxilofacial que en conjunto forman la cara, tienen la disposición de una natural armonía que constituye la belleza.

Es natural que esta armonía pueda estar quebrada porque los elementos duros y blandos no guardan relación por esto las desarmonías de las partes que constituyen originan anomalías, en este caso anomalías DENTOMAXILOFACIALES.

Nos referimos a los términos nasia cuando hablamos del maxilar superior y mentonismo al maxilar inferior.

Existen intervenciones encaminadas a corregir estas malformaciones y proponen dos soluciones quirúrgicas :

Métodos puramente quirúrgicos que reemplaza la ortodoncia.

Procedimientos quirúrgicos que se realizan para facilitar el tratamiento ortodóntico y eso depende de la severidad de la deformación.

OBJETIVOS

Con este trabajo queremos dar un breve repaso a las diferentes áreas de la odontología y así poder llevar a cabo un correcto plan de tratamiento a realizar en nuestro paciente del caso clínico interdisciplinario con prognatismo mandibular teniendo en cuenta los factores predisponentes en determinado paciente

CLASIFICACION DE INJERTOS OSEOS

El injerto debe ser biológicamente aceptable para el huésped .

Debe ayudar en forma activa y pasiva al proceso osteogenico. El material infectado debe soportar fuerzas mecánicas que contribuyan al soporte interno de la zona.

Debe reabsorberse por completo y ser reemplazado por el del huésped.

Los injertos se clasifican en:

AUTOLOGO PARA INGERTO.

De naturaleza criologica: Enfriamiento

Congelación

Congelación y desecación ambiental.

Estos injertos son preservados por que son revascularizados, reabsorbidos y remodelados mas rápido a los injertos.

Hueso xenogenico

Injertos autólogos

Los injertos congelados y desecados de costillas divididas pueden utilizarse como recubrimiento para mejorar el ancho y el contorno de rebordes desdentados deficientes,

El injerto ideal es el de origen autólogo.

Óseo-Integración:

Es la anquilosis que funde el implante al hueso por medio de una unión directa.

Evidencia histológica de la presencia de hueso regenerado hasta la superficie del metal, respuesta tisular predecible (tejidos altamente diferenciados) sin que interfiera el tejido conectivo.

Primera Cirugía: Levantar colgajo muco periostico perforando de 8-12 milímetros con un diámetro de 3.25-5o6 milímetros. Tiempo de cicatrización de 3-4 meses.

Segunda Cirugía: incisión supracrestal, perforación con fresa piloto que va a determinar la longitud y va incrementando el diámetro, lecho con longitud y diámetro determinado, se escoge el que se va utilizar, tornillo-cesta-cilindro. * carga inmediata *se coloca prótesis inmediata *carga temprana después de tres semanas, mientras tanto se deja con un tornillo de cicatrización que evita que el hueso crezca el hueso dentro del implante.

CLASIFICACION DE LOS COLAPSOS

Según Silvi (1.992)

Clasificó los colapsos en:

Clase I : pérdida de reborde horizontal.

Clase II : pérdida de reborde vertical.

Clase III : pérdida de reborde vertical y horizontal.

INGENIERIA TISULAR

Regeneración tisular periodontal guiada

Reparación: Dentro de un defecto se forma un epitelio largo de unión, pero no formación de nuevas estructuras.

Regeneración: Cuando se coloca sobre el defecto una membrana que impide que las células del epitelio migren dentro de la herida y de lo contrario las células del ligamento periodontal tengan la capacidad de poblar coronalmente el área, y si estas células del ligamento periodontal forman el área específica, el cemento

tiene nueva capacidad de formar nuevo cemento, y diferenciarse , formar hueso y al formarse esas tres estructuras en lo que era del defecto periodontal vamos a tener REGENERACION (formación de fibras)

Regeneración ósea guiada: cuando hay rebordes residuales colapsados o vamos a colocar implantes, lo que hacemos es guiar la formación ósea, en sentido horizontal y vertical por medio de la utilización de factores de crecimiento combinado con membranas de hueso autólogo combinado con membranas o injerto combinado con membrana.

PROCEDIMIENTO.

INCISIÓN: Se realiza una incisión Intrasurcular para conservar un máximo de tejido.

COLGAJO: Mucoperiostico para luego cubrir el injerto o la membrana.

LIMPIAR: Detoxificar (perfecta asepsia) es la clave del éxito.

ELECCIÓN DEL HUESO: Biofilizado, el tamaño ideal de las partículas debe ser de 500-700 micrones, porque si es menor el tamaño de la partícula se reabsorbe y si es mayor se encapsula.

PREPARACIÓN: En un vaso dappen estéril se agregan de 5 a 6 gotas de solución salina para hidratarlo hasta que quede una masilla compacta.

CONDENSACIÓN: con porta-amalgama o con gasa húmeda se condensa milimetro a milimetro.

COLOCACIÓN DE MEMBRANA: que puede ser absorbible o no reabsorbible, la cual para ser retirada debe realizar una insición de 1 cmt, levantar un colgajo de 2 a 3 milímetros y retirarla con una pinza algodonerá

SUTURAR.

OSTEOTOMIA SAGITAL INTRAORAL

Las operaciones para la corrección de una amplia variedad de deformidades faciales y maxilares a menudo están indicadas y son deseables.

Obwegeser, describió un método de división de la rama vertical de la mandíbula en sentido sagital, él modificaba quirúrgicamente las condiciones que había notado en algunas fracturas traumáticas de la rama vertical. Este método agregó muchos mejoramientos a las operaciones previamente propuestas por Moose, Schuchardt y Kazangian. Dal Pont agregó mas tarde modificaciones a las que Obwegeser adhirió como mejoramientos definidos de la técnica original. Las modificaciones de Dal Pont aseguraban una superficie de contacto óseo mas amplia y el mejoramiento estético del ángulo goniaco. Bell y Schendel han recomendado una modificación adicional de la operación de la rama sagital (Obwegeser- Dal Pont) que elimina la amplia separación del periostio y de la inserciones de los músculos masetero y pterigoideo interno para reducir la cantidad de isquemia vascular inducida en el fragmento proximal de la mandíbula cuando es operada por el método original.

TÉCNICA OSTEOTOMIA SAGITAL INTRAORAL

Procedimiento descrito por Obwegeser y modificado por Dal Pont es el siguiente:

- 1) Se hace una incisión intraoral sobre el borde anterior de la rama vertical de la mandíbula y la línea oblicua externa a través de la mucosa y del periostio, desde 1 cm por encima de las profundidades de la curva en el borde anterior hasta la zona que está por fuera del segundo premolar. Se tiene cuidado de impedir una separación externa excesiva de los tejidos vestibulares, lo que podría provocar dificultades en el cierre final. Los separadores especialmente diseñados por Obwegeser del tipo Ejército-Armada pero con brazos separadores más largos, son los mejores instrumentos a utilizar en este punto.
- 2) El periostio que está por fuera de la mandíbula se despega con un periostótomo agudo de hoja ancha hasta el borde inferior y hacia atrás hasta el borde posterior de la rama ascendente. Se inserta un separador de hoja larga de Obwegeser profundamente en el espacio que está entre el periostio y el hueso para separar el colgajo lateral.
- 3) Los tejidos internos que están por encima del agujero dentario inferior en la cara interna de la rama ascendente se separan también con un periostótomo de hoja ancha. Hay que tener cuidado para evitar el daño del nervio dentario inferior, la arteria y la vena que lo acompañan. Por esta razón, la disección se realiza inicialmente hacia arriba hasta la escotadura sigmoidea. Cuando se ha localizado este reparo, se hace la disección hacia atrás y ligeramente hacia abajo hasta el borde posterior de la rama vertical.
- 4) Cuando se ha separado de la cara interna suficiente periostio, se inserta un separador acanalado del tipo recomendado por Obwegeser con cuidado de proteger el paquete vasculonervioso dentario inferior. En este momento una separación excesiva hacia adentro puede provocar el daño al nervio y a los vasos, ya que son estirados sobre los bordes agudos del agujero dentario inferior. La técnica para la colocación del separador acanalado se asemeja mucho a la que se emplea para la separación del periostio; se lo inserta

hacia la escotadura sigmoidea, luego ligeramente hacia abajo hacia el borde posterior de la rama ascendente.

- 5) A continuación el periostio que esta por fuera de la mandibula se eleva de la zona que está entre la escotadura sigmoidea y el segundo premolar. Los tejidos remanentes adheridos a los bordes operación e inferior de la mandibula son separados por un operación□mo de corte lateral, con una curva adecuada, propuesto por Obwegesser La separación completa de estos tejidos es fundamental para el logro exitoso de la operación .
- 6) Se realiza la incisión osea interna obteniendo primero una mejor visión de la zona por medio de la realización de un surco poco profundo en el extremo anterior del corte que se piensa hacer son una fresa de hall se hace un corte horizontal con una fresa a nivel inferior como para tomar la porción más gruesa de la rama en esta zona y lo suficientemente alta como para evitar al paquete vasculonervioso dentario inferior, este corte se hace desde el borde posterior hasta el borde anterior a una profundidad igual a la mitad del espesor lateral de la rama en esa zona. Una fuente lumínica adicional es ideal para una mejor visualización del campo operatorio.
- 7) La realización de la incisión ósea en la cortical externa se hace ahora en la zona recomendada por Dal Pont en su modificación de la operación original de Obwegeser. La configuración anatómica de la mandíbula por fuera de los molares es la clava para ubica el corte lateral , el ancho de la zona de molares y la línea oblicua externa es la que indica si la osteotomía sagital es quirúrgicamente factible. La incisión ósea externa se hace perpendicularmente, al borde inferior de la mandíbula, hacia abajo hasta el hueso sangrante, desde la línea oblicua externa hasta el verdadero borde inferior. Cuanto más anterior es el corte, más fácil es la técnica de división

- 8) Se unen ahora los Cortes interno y externo a lo largo del borde anterior de la rama con una fresa N'700. El corte angosto prepara la zona para una verdadera acción de división realizada por los osteòtomos.
- 9) Se divide ahora la mandíbula con el uso de osteòtomos anchos y gruesos, a los que se les aplica un golpe seco con un martillo quirúrgico. El osteòtomo debe dirigirse paralelo a la cortical externa de la rama Se completa la división girando uno o dos osteòtomos de Obwegeser al mismo tiempo. Los escoplos ortopédicos que se usan habitualmente, aunque son lo suficientemente grandes, no tienen mangos que faciliten la acción necesaria.
- 10) Generalmente se visualiza en este momento el contenido del conducto dentario interior. Hay que tener cuidado para asegurar que no este adherido al fragmento proximal. Los pasos precedentes se repiten del otro lado.
- 11) Se retira entonces el empaquetamiento de la garganta y se fijan los dientes en la oclusión predeterminada por la fijación intermaxilar. Se ubica a continuación el fragmento proximal y se establece su longitud adecuada en el caso de la operación de prognatismo, o simplemente se ubica correctamente en el caso de Una operación por un retrognatismo. Se coloca un alambre llamado de límite superior por detrás del segundo molar de ambos lados, cuidando que el cóndilo mandibular esté en la cavidad glenoidea.
- 12) Se coloca un catéter de succión por fuera la mandíbula, a lo largo de toda la longitud del hueso expuesto y se lo hace salir por la herida a través de una incisión punzante en el *surco* vestibular por delante del extremo distal de la incisión. Luego se cierra la herida con una sutura continua horizontal de colchonero. No se emplean apósitos a presión. Se prescriben antibióticos y corticoesteroides de rutina tales como la dexametasona (decadron) .

Ritmo cardiaco: rítmico

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS

Anestesia local: si, ninguna complicación

Anestesia general: no

Hemorragia post Exodoncia: no

Tratamientos recibidos: Periodoncia, operatoria, cirugía oral,
Prostodoncia y endodoncia.

EXAMEN FISICO CRANEOMANDIBULAR

*examen facial: asimétrico

*relación tercios de la cara: tercio inferior, ligeramente aumentado.

*competencia labial: presente

*posición labial: retroquelia superior

*proyección nasal: disminuida.

*perfil: cóncavo.

*hábitos: ninguno.

EXAMEN INTRAORAL

clasificación de angle: no aplicable.

clasificación canina: no aplicable

overjet: no aplicable

obervite: no aplicable

mordida cruzada: 13y 43

mordida abierta: anterior inferior.

*rotaciones:24,34,35,45.

*dientes ausentes: 16,14,12,11,21,22,23,26 y 36.

*configuración de arco: superior – cuadrado.

inferior – oval.

DIAGNOSTICOS

GENERALES: paciente sistemicamente sano

ESQUELETICO: prognatismo mandibular

retrognatismo maxilar.

clase iii esquelética.

ORALES TEJIDOS OSEOS: colapso de reborde alveolar tipo iii, a nivel de sextantes 1,2,3.(silvi)

PERIODONTALES: gingivitis asociada a placa bacteriana periodontitis cronica, hiperplasia gingival diente 28

DENTALES: caries activa de: 28 (od). caries recurrente de: 17 (o), 35 (0), 45 (o),47(o), 48 (o),

restos radiculares:36, 46.

ENDODONTICOS: 15 periodontitis apical crónica no supurativa, pulpitis irreversible 28, 47.

PLAN DE TRATAMIENTO IDEAL

- PERIODONCIA:

*TERAPIA BASICA:

motivación al paciente, control de pb, enseñanza de higiene oral, eliminación de focos infecciosos y retentivos, raspaje y alisado radicular, profilaxis.

*gingivectomia: 28.

- ORTODONCIA PREQUIRURGICA
- CIRUGIA
 - metodo abierto: 36
- RETROCESO MANDIBULAR.
- PROTRACCION MAXILAR. Y REGENERACIÓN ÓSEA GUIADA.
- IMPLANTES OSEO-INTEGRADOS

- ORTODONCIA POSQUIRURGICA: ETAPA DE FINALIZACION.

- ENDODONCIA:

tcc 28, 47, retratamiento convencional de conductos de diente 15.

- OPERATORIA:

obturaciones en amalgama de:

28 (od), 17(o), 15(o), 18 (o), 35(o), 45(o), 47(o) y 48(o).

- PROSTODONCIA:

ccc diente 16, 14, 26, ppf de 12 a 23. (sobre implantes)

- PERIODONCIA:

terapia periodontal de soporte.

TRATAMIENTO A REALIZAR

- PERIODONCIA:

motivacion del paciente, control de pb, enseñanza higiene oral, eliminacion de focos infecciosos y retentivos, raspaje alisado radicular, profilaxis.

- CIRUGIA:

exodoncia metodo abierto 36

- ENDODONCIA:

retratamiento convencional de conductos de diente 15, tcc 28, 47

OPERATORIA:

28 (od), 17(o), 15(o), 18 (o), 35(o), 45(o), 47(o) y 48(o).

- **PROSTODONCIA:**

ppf de 17 a 27

- **PERIODONCIA:**

terapia de soporte periodontal

BIBLIOGRAFIA

***CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL**, Deformidades del desarrollo de los maxilares, Págs 480- 487.