

CASO CLINICO INTERDISCIPLINARIO

**PRESENTADO A
DRA. DIANA GUZMÁN**

**ELABORADO POR:
AGNELIS MARTINEZ COD. 981077
ANA LUISA FAJARDO COD. 982131
CAROLINA RODRÍGUEZ COD. 992310
ERIKA SALAZAR COD. 992380
CONSTANZA MAHECHA COD. 992390**

**COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
BOGOTA, ABRIL 2003**

INTRODUCCIÓN

El caso clínico mostrado a continuación es un paciente que fue sometido a una evaluación quirúrgica ya que presenta paladar hendido y problemas en la inserción de sus frenillos.

Los criterios clínicos y tratamientos a realizar fueron asesorados por la Dra. Liliana Ramos, Oncóloga C.O.C.

OBJETIVOS

- Devolver la funcionalidad y estética al paciente
- Discutir sobre las posibles cambios sugeridos al tratamiento
- Exponer una alternativa de tratamiento para pacientes con paladar hendido

CASO CLINICO

INFORMACIÓN GENERAL

Apellidos y Nombres del Paciente	FRANCISCO JAVIER MARTINEZ
Cédula de Ciudadanía No.	3.243.090 Villeta
Edad	57 años
Historia Clínica	441457
Estado Civil	Casado
Motivo de consulta	"Quiero que me hagan las cajas"

EXAMEN FISICO GENERAL

Aspecto General	El paciente llego a la consulta por sus propios medios, aparenta un buen estado fisico.
Peso	65 Kg.
Estatura	1.65 cms
Tipo de Sangre	"O" RH +
Temperatura	37°C
Presión Arterial	122/87 mm/hg
Frecuencia Cardiaca	60 pul/min

ANAMNESIS

Historia Médica Familiar	El paciente reporta que la madre murió de infarto al miocardio.
Historia Médica Personal	El paciente no refiere ninguna enfermedad sistémica.

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS

El paciente ha recibido anestésia local sin presentar complicaciones

El paciente ha sido sometido a múltiples exodoncias y no reporta hemorragias.

ATENCIÓN RECIBIDA

Periodoncia

Cirugía

Actitud ante tratamientos realizados Muestra conformidad

Actitud ante este tratamiento Muestra expectativa

Transferencia y contratransferencia Positiva

HISTORIA ESTOMATOLOGICA

Dolor en músculos masticadores	(-)
Dolor ATM	(-)
Ruido ATM	(-)
Alteración en el movimiento	(-)
Desarmonia oclusales	(+)
Hábitos	(-)
Odontalgia	(-)
Dolor y ardor en tejidos blandos	(-)
Sensibilidad dentaria	(-)
Sangrado gingival	(-)
Halitosis	(-)

EXAMEN FISICO ORAL

Labios	Normal
Carrillos	Normales
Surco vestibular	Normal
Gíngiva	Anormal
Reborde alveolar	Anormal
Lengua	Normal
Piso de boca	Normal
Frenillo	Anormal
Paladar duro	Anormal,
Paladar blando	Anormal
Amígdalas y orofaringe	Normal
Glandulas salivares	Normales

OBSERVACIONES

Hipotónico, evertido, muestra leve resequedad

Paladar hendido

Frenillo vestibular superior e inferior hipo insertado

Evaluación dinámica (Datos tomados en base a tejidos blandos "encia")

Apertura 53 mm

Lateralidad izquierda 5 mm

Lateralidad derecha 5 mm

Protrusion 3 mm

Ausencias dentarias 11 - 13 - 14 - 15 - 16 18 - 21 - 22 - 24 - 25 26
27 - 28 - 31 - 32 - 33 - 34 - 35 - 36 - 37 - 38-
41 - 42 - 43 - 44 - 45 - 46 - 47 - 48

ODONTOGRAMA

17 Sano

12 Resto radicular

23 Resto radicular

Forma del arco superior: Triangular

Forma del arco inferior: Ovalado

DIAGNOSTICOS:

1. Generales: Paciente sin compromiso sistémico
2. Craneomandibulares: Anomalía de crecimiento y desarrollo de tipo adquirido
3. Tejidos duros y blandos: Paladar hendido
4. Periodontales: Periodontitis crónica localizada del 17
5. Dentales: ausencias dentarias del 11- 13 - 14- 15 - 16 - 18
21 - 22 - 24 - 25 - 26 - 27 - 28 - 31 - 32 - 33 -
34 - 35 - 36 - 37 - 38 - 41 - 42 - 43 - 44 - 45 -
46 - 47 - 48

ETIOLOGÍA

1. Ninguno
2. Ausencias dentarias
3. Congénito
4. Asociado a mala higiene oral
5. Multifactorial

EXAMEN RADIOGRÁFICO

Radiografía Panorámica:

Se observan los procesos palatinos sin fusionar, la rama ascendente mandibular en aparente normalidad al igual que el cuerpo y tamaño de los condilos, se observa en el maxilar superior imágenes radiolúcidas posibles restos radiculares

ANÁLISIS FACIAL

Tercio superior	47 cm
Tercio medio	47 cm
Tercio inferior	43 cm

PLAN DE TRATAMIENTO IDEAL

Cirugía de tejidos blandos para cerrar la comunicación oro antral.

Cirugía de fenillos vestibular superior e inferior y lateral inferior

Cirugía método cerrado del 12 y 23 (restos radiculares)

Cirugía método cerrado del 17

Prótesis total superior

Prótesis total inferior

PLAN DE TRATAMIENTO A REALIZAR

Frenillectomia vestibular superior

Frenillectomia vestibular inferior

Frenillectomia lateral inferior

Cirugía método cerrado del 17

Cirugía método cerrado de restos radiculares 12 y 23

Prótesis total superior

Prótesis total inferior.

ANOMALIAS DE LOS TEJIDOS BLANDOS

Frenectomía labial:

Concepto: Borde de tejido fibromucoso que se inserta entre la cara alveolar y el labio superior. En el paciente edentulo pueden aparecer molestias y ulceraciones.

Excisión Romboidal: Tras infiltrar con anestesia local se colocan dos pinzas mosquito que sujetan el frenillo, una desde arriba y otra desde abajo. A continuación con el bisturí se secciona el frenillo siguiendo las ramas de las pinzas mosquito, el sector superior de la herida resultante se cierra de la forma habitual mientras que el sector inferior se cierra para cicatrizar por segunda intención. Tras infiltración con anestesia local se incide verticalmente el frenillo practicando dos (2) inserciones laterales oblicuas que forman un triángulo, se sutura en la forma habitual.

Plástica en V - Y, infiltración con anestesia local y punto de tracción en el labio superior, incisión triangular en V y exeresis de la banda fibrosa, cierre de la herida en forma de Y, permite un aumento de la longitud del vestíbulo labial.

FORMACIÓN DE PALADAR

El paladar será el encargado de separar la cavidad bucal de las fosas nasales para que se lleve a cabo entre la sexta y décima semana, el nuevo tabique se sitúa por detrás del paladar anterior y se originan los procesos palatinos que son prolongaciones de los mamelones maxilares superiores.

Durante la sexta semana, la cavidad buconasal presenta en su porción superior un tabique medio nasal. En éste se origina el cartílago hialino rodeado por tejido mesenquimático.

MECANISMOS DE HORIZONTALIZACION DE LOS PROCESOS PALATINOS

Por estar situada entre los dos procesos palatinos la lengua actúa como un impedimento mecánico para que ellos puedan tener su posición horizontal, este hecho es la causa de un descenso lingual aparente, los procesos palatinos ahora pueden dirigirse hacia la línea media y adoptar la posición horizontal necesaria para formar el paladar posterior.

SOLDADURA DE LOS PROCESOS PALATINOS

Al enfrentarse la línea media los procesos palatinos sufren una mesodermización, recordemos que el paladar anterior se encuentra por delante de ellos, primero los procesos palatinos se soldan entre sí a nivel del tercio anterior y los dos tercios posteriores.

La osificación del paladar puede comenzar antes de haberse completado el cierre, la porción posterior no se osifica y se extiende por detrás del tabique nasal para formar el paladar blando y la úvula.