

DR. ÁNGEL RAFAEL DELGADO MALAGÓN

Casos Clínicos
de
Cirugía Maxilofacial

SANTO DOMINGO
República Dominicana
2019

Todos los derechos reservados

Diagramación

Delsi M. Ortiz

Impresión

Editora Centenario, S. A.

Impreso en República Dominicana

Printed in Dominican Republic

Agradecimiento

Agradezco primeramente a Dios por haberme dado salud y bienestar para lograr esta meta tan importante en mi vida profesional.

A mi esposa Margarita, por su dedicación y apoyo incondicional.

A mis hijos y nietos porque siempre han estado ahí para apoyarme en cada meta que me propongo.

También a todo aquel que de alguna manera hizo que esta meta fuera posible, gracias.

Contenido

Agradecimiento.....	3
Prólogo	7
Introducción	9
Cirugías maxilofaciales	11
Hemofilia en cirugía maxilofacial	15
Fractura mandibular debida a impacto de proyectil de alto calibre	18
Reducción abierta fractura mandibular mal consolidada.....	27
Fascitis Necrotizante.....	38
Hiperplasia de Mucosa Oral	45
Quiste Dentígero	50
Quiste Dermoide región suprahioidea	58
Tercer molar inferior ectópico	62
Craneoplastía fronto temporal.....	67

Dientes Neonatales 77

Torus Mandibular 80

Miasis en cavidad oral 82

Síndrome de boca ardiente 86

Bibliografía 89

Prólogo

Tras muchos años de estudio y grandes esfuerzos, el Dr. Ángel Delgado (Tito) ha logrado plasmar toda la experiencia de su excelente y amplio ejercicio profesional en la cirugía bucomaxilofacial y como docente universitario en la siguiente colección de casos clínicos. Con estos casos clínicos el Dr. Delgado reúne todos aquellos requerimientos que los cirujanos bucomaxilofaciales, odontólogos generales, y estudiantes puedan necesitar para diagnosticar y tratar casos similares.

Espero que el lector pueda obtener las mejores de las aclaraciones que le sean necesarias y a la vez obtener criterios clínicos quirúrgicos para beneficio de sus prácticas.

DR. HÉCTOR ZORRILLA BERAS

Introducción

“Piensa más en lo común, menos en las rarezas...”

Al momento de escribir este compendio de casos clínicos, mi pensamiento oscilaba entre los casos quirúrgicos frecuentes y los de menor aparición en nuestros pacientes.

De repente llegó a mi mente, una frase imborrable de mi entrañable profesor y guía, el Dr. Alberto Verdejas Ibañez, “piensa más en lo común, menos en las rarezas”.

Esto me hizo reflexionar y enfocar, al escribir este tratado, en las rarezas quirúrgicas y mencionar algunas de las que me han tocado vivir en el ejercicio profesional.

Consideramos hacer un modesto aporte para el desarrollo de nuestra especialidad y, esperamos que sirva de estímulo para la investigación y desarrollo de la misma.

Quisiéramos que la nueva generación, haciendo uso del desarrollo tecnológico que estamos viviendo, continúe haciendo el relevo que todos esperamos.

Confío en que la lectura del mismo sirva como estímulo para seguir contribuyendo al desarrollo de nuestra especialidad.

Un justo y merecido reconocimiento a nuestra bien amada, Escuela de Odontología de la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD), que nos dio la base para iniciar la carrera, también a todo su cuerpo docente, a mis compañeros estudiantes, así como Hospital Docente Dr. Darío Contreras, donde aprendimos a ver la vida y su cara de tragedia, muchas veces no conocida, en nuestra formación odontológica.

Agradecimiento imperecedero a todas las personas del sector salud con las cuales he mantenido armoniosas relaciones y, que con su apoyo nos ha permitido crecer en lo humano y profesional para que el transitar por la vida, sea menos gravoso.

Los logros alcanzados, no son de una sola persona, sino del esfuerzo colectivo por parte de quienes me ha tocado trabajar.

DR. ÁNGEL RAFAEL DELGADO MALAGÓN

Cirugías maxilofaciales



La cirugía maxilofacial es una especialidad quirúrgica que abarca el diagnóstico, tratamiento y cirugía de lesiones y enfermedades originadas en boca, dientes, cara y cuello. Dichas condiciones pueden ser de origen, traumático, tumoral, degenerativo o por envejecimiento.

¿Cómo se realiza la formación de esta especialidad? Se asiste a un entrenamiento teórico-práctico, que puede requerir de tres a cinco años, de acuerdo a las leyes sobre

residencias médicas vigentes en cada país. Durante el desarrollo se integra en diferentes equipos, de urgencias, anestesiología, cirugía plástica, otorrinolaringología, cirugía general y oncología. Los programas suelen incluir rotaciones por centros nacionales e internacionales.

Campo de actuación. Al tratarse de un campo de acción muy complejo, la especialidad realiza intervenciones muy diversas, y aunque se trata de un territorio corporal limitado, muchas veces, el profesional decide concentrar su labor en un campo específico.

Áreas de actuación:

- Cirugía de dientes incluidos
- Cirugía de labios leporinos y fisuras palatinas
- Tratamiento quirúrgico de quistes en los maxilares y tejidos blandos faciales
- Manejo de infecciones de cabeza y cuello
- Manejo quirúrgico y no quirúrgico de los trastornos de la articulación temporo mandibular
- Manejo de enfermedades y tumores de las glándulas salivales
- Cirugía de tumores en maxilares y tejidos blandos
- Cirugía pre-protésica de los maxilares
- Manejo de traumatismos maxilofaciales (huesos, tejidos blandos, dientes) incluyendo fase aguda y secuelas de los mismos

- Manejo de anomalías congénitas de la cara
- Cirugía oncológica de los maxilares
- Cirugía ortognática
- Medicina y patología oral
- Implantología

Tratamientos relacionados con la piel de la cara

- Manejo del dolor facial
- Coordinación de equipos multidisciplinarios en el manejo de patologías complejas
- Distracción osteogénica
- Manejo de repercusiones de enfermedades generales en mucosa oral y cara
- Cierre de comunicaciones buco-sinusales

Medidas a tomar para protección cráneo facial en deportes de alto riesgo. Proteger la cara durante la práctica deportiva es una recomendación dirigida a todos los que practican deportes en los cuales la cara podría sufrir un traumatismo.

¿En qué consisten las mismas? En el uso de un casco integral que proteja el cráneo y la cara. El casco convencional solo protege el cráneo y deja descubierta la cara. Por esta razón, los expertos, recomiendan el uso del casco integral. La protección dental es un plástico flexible que se emplea en deportes de contacto, como: boxeo, fútbol, baloncesto, así como en las artes marcia-

les. Los protectores más eficaces son aquellos personalizados, hechos por odontólogos.

Los traumas de los tejidos blandos deben ser tratados tan pronto el estado general del paciente lo permita, a pesar de que los traumas en tejidos blandos y huesos rara vez son emergencias quirúrgicas, la mayoría de los casos, pueden ser tratados en un corto lapso. Su manejo debe regirse estrictamente al protocolo de manejo del trauma, elaborado por el Colegio Americano de Cirujanos. Los estudios preoperatorios son: radiografías simples, tomografía axial computarizada, ultrasonido y sialografía.

Hemofilia en Cirugía Maxilofacial

Introducción

La hemorragia constituye uno de los trastornos más engorrosos, en la cirugía Maxilofacial.

La propensión al sangrado, hace de los hemofílicos un grupo que requiere especial cuidado, para sortear las complicaciones postoperatorias.

La investigación de un trastorno hemorrágico requiere de un estudio clínico y de laboratorio muy cuidadoso.

La hemofilia es una enfermedad ligada al cromosoma X, lo que significa que el caso concreto de la hemofilia, la transmiten las mujeres (portadoras) y la padecen los hombres, debido a la dotación de dos cromosomas X (XX) de la mujer, y una dotación (XY) en el hombre.

El sistema de coagulación funciona gracias a 13 factores coagulantes que trabajan en la “cascada de la coagulación”.

Si uno de estos factores no funciona, la cascada se interrumpe y se forma más lentamente el coágulo que impide el sangrado.

Como consecuencia de esto, las lesiones o heridas sangran más tiempo del debido, pudiéndose producir hemorragias externas o internas.

Es una enfermedad no contagiosa y afecta a 1 de cada 10,000 nacidos.

En los casos más graves se puede presentar sangrado espontáneo, especialmente en rodillas, codos y tobillos.

Esta condición recibe el nombre de hemartrosis.

Existen dos tipos de hemofilia Tipo A, por ausencia del factor VIII, que es una glucoproteína, contenida en el plasma sanguíneo Tipo B, también denominada enfermedad de Christmas, esta implica la deficiencia de factor IX.

Tratamiento

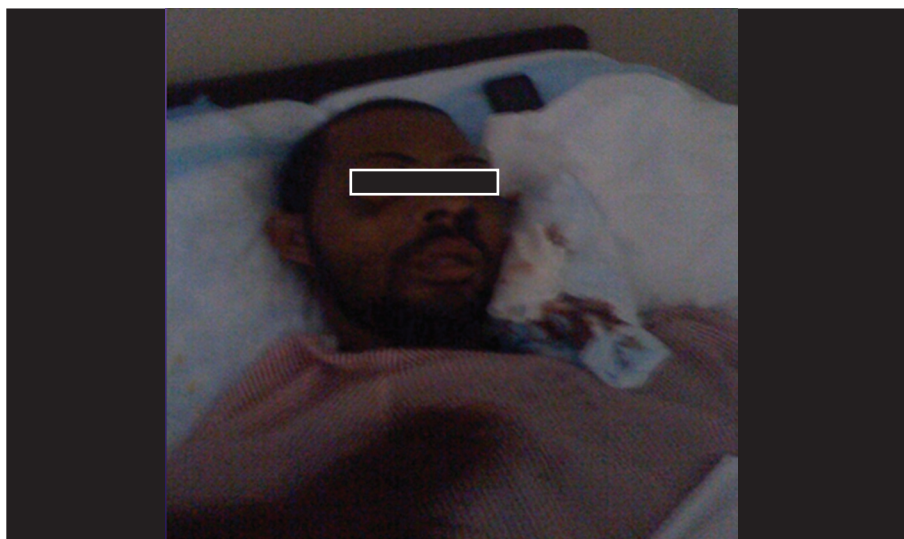
Consiste en reponer el factor ausente, a través de terapia intravenosa.

Es importante, que el cirujano esté enterado de esta situación, antes de realizar cualquier procedimiento, con la finalidad de tomar medidas preventivas, Aproximadamente, siete de cada diez personas, que sufren la enfermedad, la padecen en forma grave.

Caso clínico

Paciente masculino aproximadamente 30 años de edad, derivado vía emergencia por diagnóstico presuntivo de hemofilia, debido a hemorragia producto de exodoncia de molar inferior.

Se le realizó estudio hematológico, el cual confirmó la ausencia del factor VIII, siendo manejado por el departamento de Hematología, hasta ser estabilizado en su condición, dado de alta en condiciones generales satisfactorias.



Fractura mandibular debida a impacto con proyectil de alto calibre

Se presenta el caso de un hombre blanco de 23 años de edad, que sufrió herida por proyectil de arma de fuego en región mentoniana derecha provocada por un franco tirador con fusil AR15 con orificio de entrada sin salida, alojándose en piso de boca, con lesión mínima de piel. Fué atendido de emergencia, estabilizado y referido, para ser manejado por el servicio de cirugía Maxilo facial. Los traumatismos faciales por heridas de balas, ocurren con relativa frecuencia por la proliferación del uso de armas de fuego legales e ilegales. La severidad de lesiones por armas de fuego, dependen de dos variables fundamentalmente. La primera variable se debe al calibre del proyectil y la velocidad con que se dispara, que son dependientes del arma utilizada; la segunda variable está relacionada con la distancia a la que se realiza el disparo, que fue clasificada por Sherman y Parrish en tres tipos: tipo I, aquellos realizados más allá de 6.6 metros; tipo II, entre 6.6 metros y 2.74 metros y tipo III a menos de 2.74 metros. Las lesiones en la región Maxilofacial son de gran

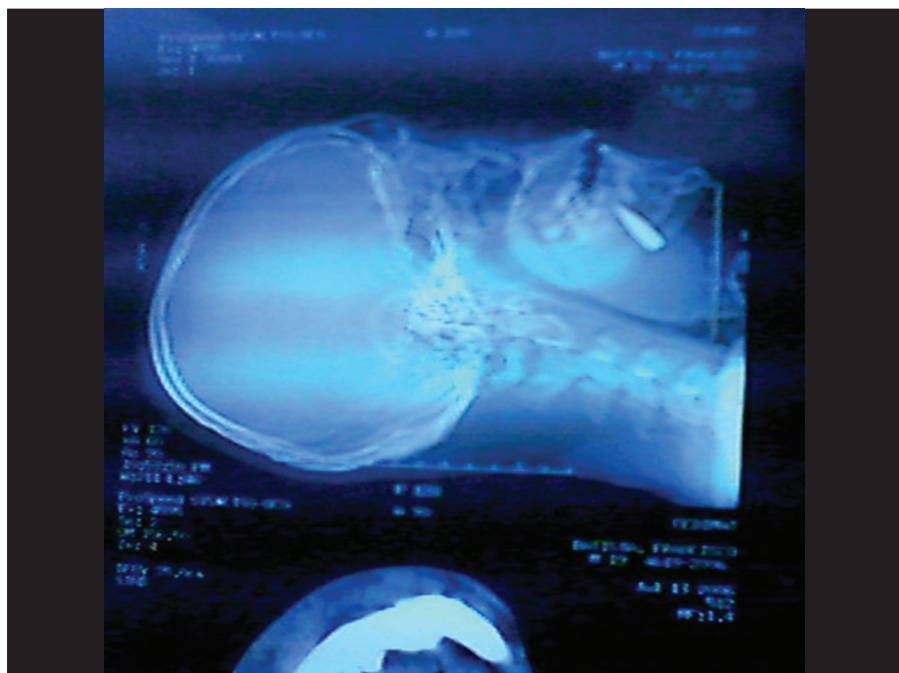
importancia, porque suelen dejar secuelas estéticas y funcionales de gran importancia y peor aún pueden causar la muerte de estos pacientes. El paciente con este tipo de lesiones debe ser evaluado siguiendo las reglas de reanimación de cualquier politraumatizado. Una vez estabilizado, pasamos a realizar una valoración integral de las lesiones provocadas por dicha arma. Limpiamos con suero fisiológico, retiramos cuerpos extraños de la zona. Nos centramos en primer lugar en las partes blandas, los tejidos que se han perdido y los que permanecen viables. Posteriormente exploramos los tejidos duros, siguiendo el mismo esquema anterior. Todo ello debe ser complementado con imágenes radiográficas, TAC 3D y demás que consideremos necesarias: Evaluación neurológica, arteriografías en caso de sangrado activo.

Tratamiento quirúrgico:

Luego de realizados los pasos anteriores, debemos establecer los daños provocados, conservando todos los tejidos viables, tanto blandos como duros, que serán de utilidad para la reconstrucción y ulterior rehabilitación. Las lesiones de bajo grado de energía son las más frecuentes y fáciles de tratar por conservar abundante tejido blando y lesiones no avulsivas en tejido duro. Las heridas por armas de alta energía son provocadas por grandes proyectiles o armas colocadas a corta distancia del sujeto, así como por proyectiles explosivos.

Son lesiones bastante complejas, donde se observa gran pérdida de tejidos blandos, con tendencia a la isquemia y necrosis posterior, acompañadas además de lesión ósea con pérdida de hueso y fracturas complejas. El manejo quirúrgico de estas lesiones está dividido en tres fases:

1. Desbridamiento y estabilización de las fracturas, cierre primario;
2. Reconstrucción con ósea y cobertura de partes blandas, y
3. Corrección de las deformidades residuales y rehabilitación oral lo más completa posible.



Tomografía axial computarizada.

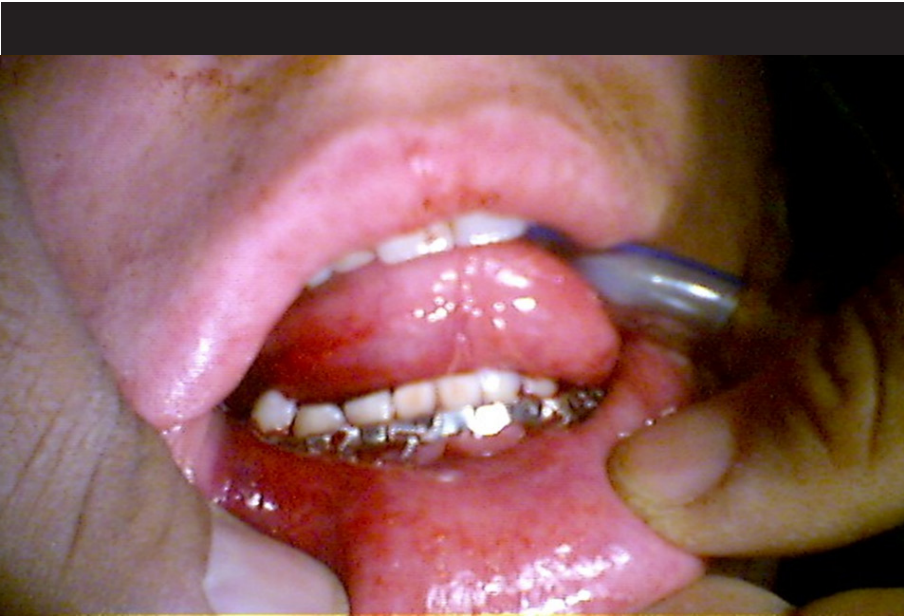


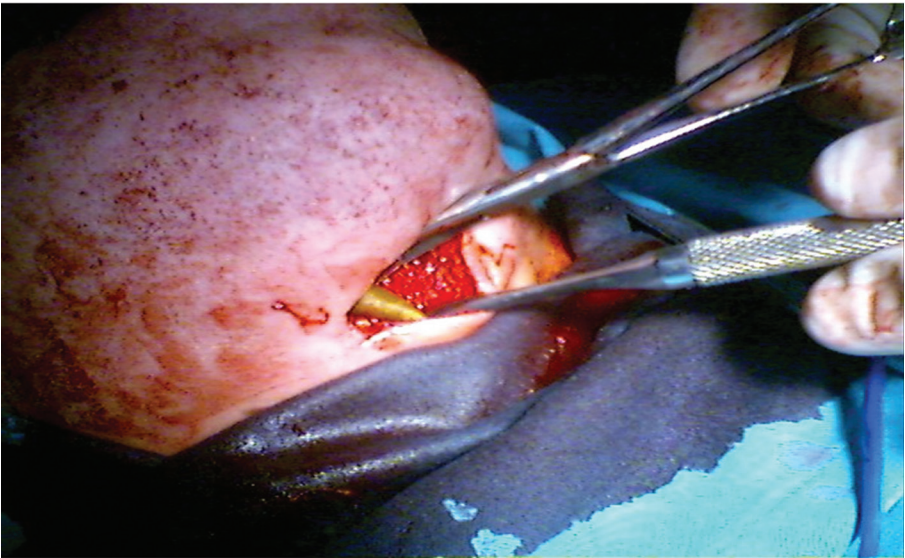
Colocación de férulas.



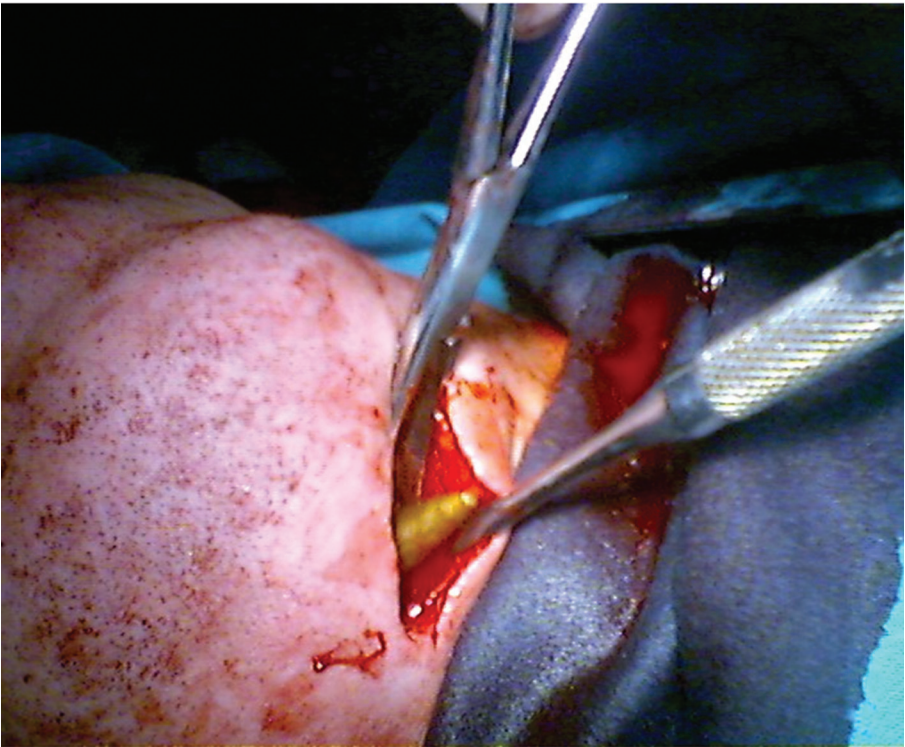


Colocación de férulas.



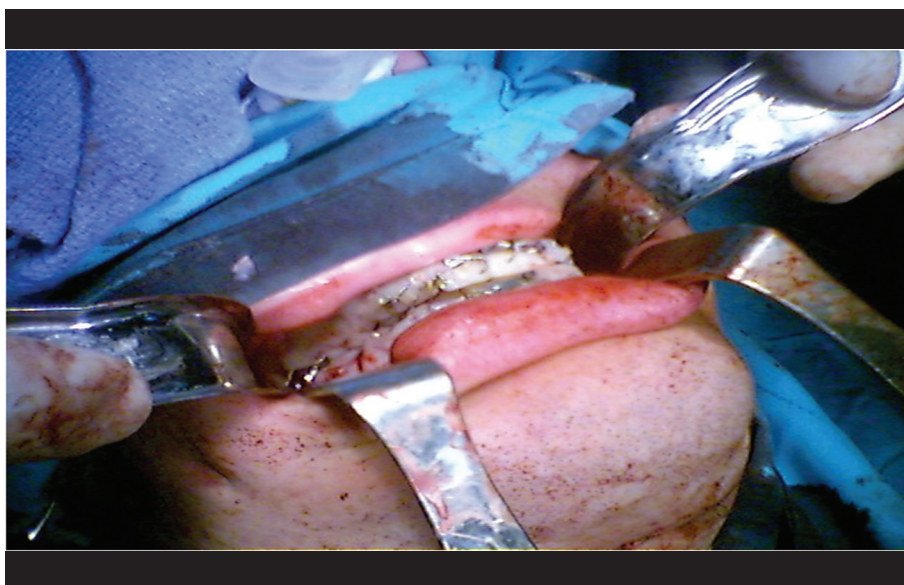


Procedimiento extracción proyectil.

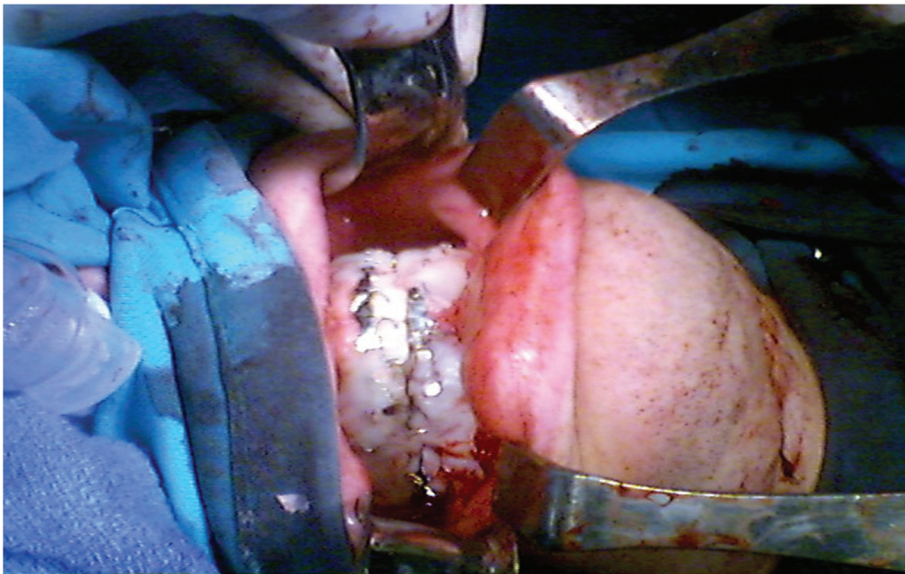




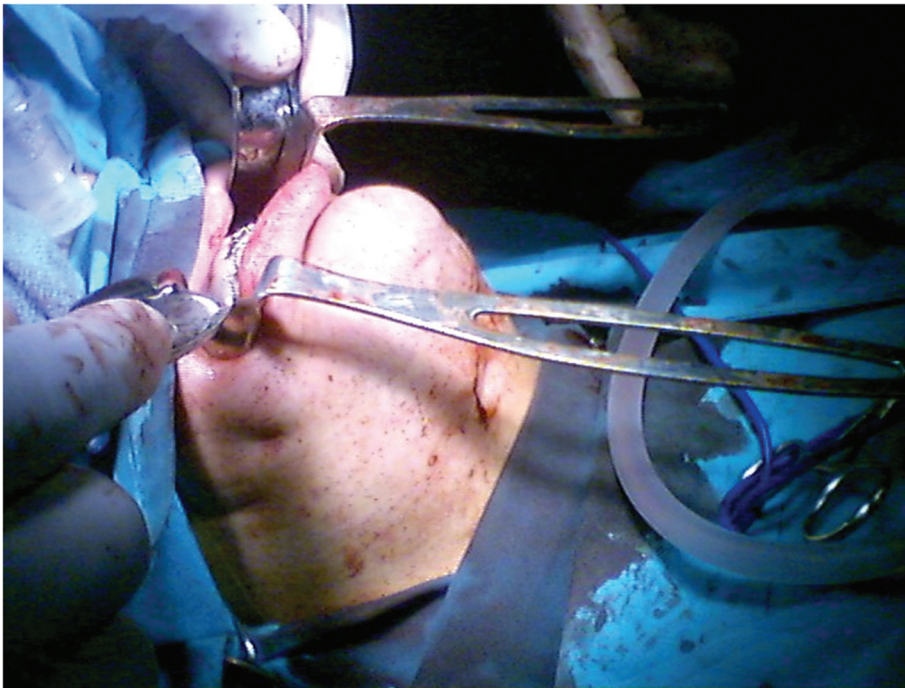
Sutura herida quirúrgica.



Fijación intermaxilar.



Colocación cera sobre los alambres.





Muestra de proyectil.



Sutura subdérmica.

Reducción abierta fractura mandibular mal consolidada

Introducción

Las fracturas mandibulares son frecuentemente atendidas en cirugía bucal y Maxilofacial.

La mandíbula es parte prominente de la cara, con funciones importantes, como el habla, masticación y deglución.

Una fractura es una solución de continuidad en el hueso. La aparición de las mismas en la cara es alta, porque la mandíbula es prominente y no tiene protección.

La epidemiología de estas varía, según la región geográfica, densidad poblacional, nivel socioeconómico, gobierno regional, nivel educacional, etc.

La ubicación y patrón de fracturas son determinados por el mecanismo y dirección de la fuerza, así como edad del paciente y presencia de dientes o no.

Pueden estar implicados, uno o varios sitios simultáneamente.

Algunos estudios, reportan que las fracturas, son más frecuentes en el cuerpo mandibular, seguido de las condíleas.

Hay varias razones para esto, y es el cambio abrupto en el ángulo mandíbular y la presencia de 3ros. molares inferiores retenidos y ser considerada esta región, como un área de palanca.

El grupo muscular suprahiodeo, en la región del ángulo, actúa como una zona de palanca y los músculos masticatorios, frecuentemente, causan el desplazamiento de los segmentos fracturados en la region del ángulo.

Según Bell, el paciente refiere:

Dolor o sensibilidad

Dificultad para masticar

Maloclusión

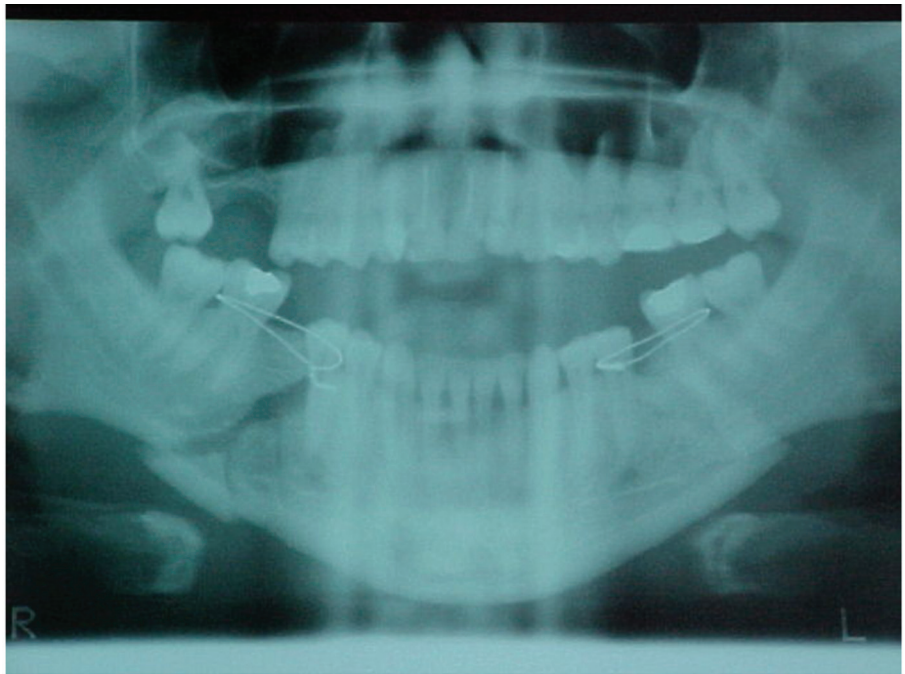
Parestesia en la distribución del nervio dentario inferior.

Estudio imagenológico

La radiografía panorámica es una buena opción, en caso no ser posible, se realizan radiografías de cara cráneo y también, resultan útiles las tomografías axiales con reconstrucción tridimensional .

Tratamiento

Depende de varios factores, como grado de desplazamiento, pérdida de tejidos, tanto blandos como duros, condiciones de los dientes remanentes, capacidad y recursos de los cirujanos, del hospital e instalaciones.



Radiografía panorámica mostrando fractura doble mandíbulas.



Diseño incisión quirúrgica.

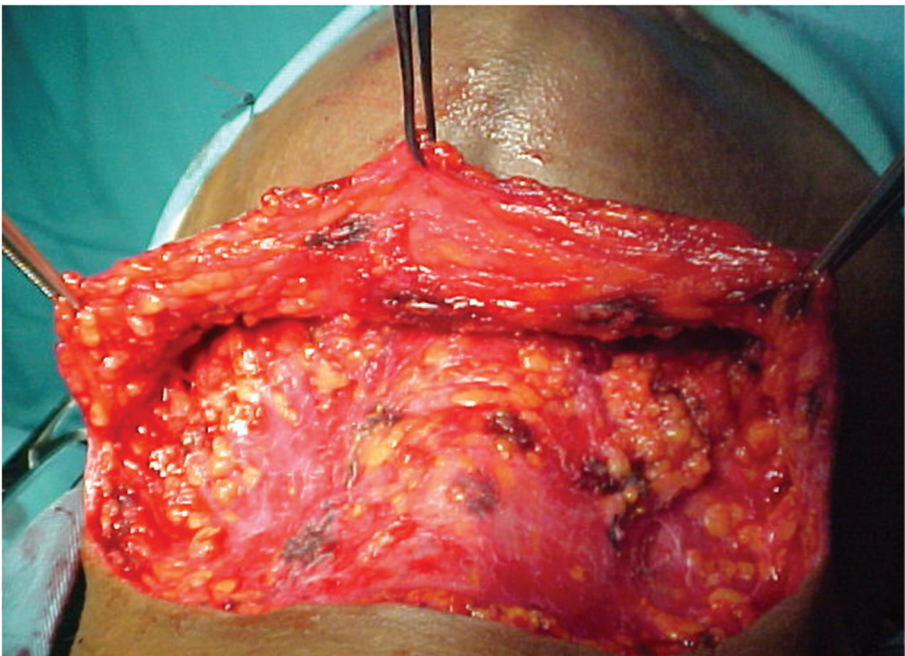


Mordida abierta post fractura doble mandibular.

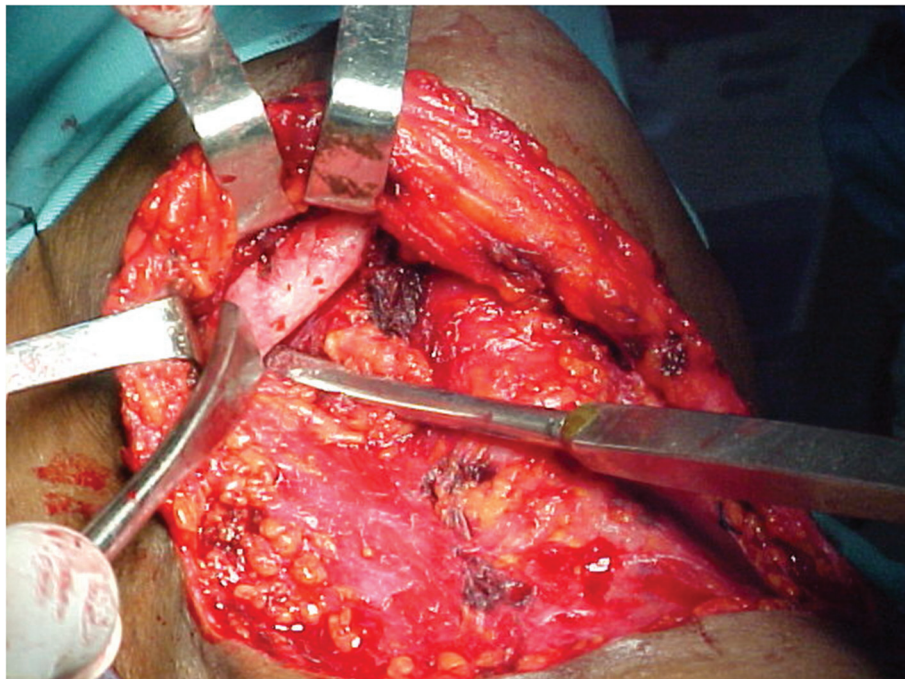




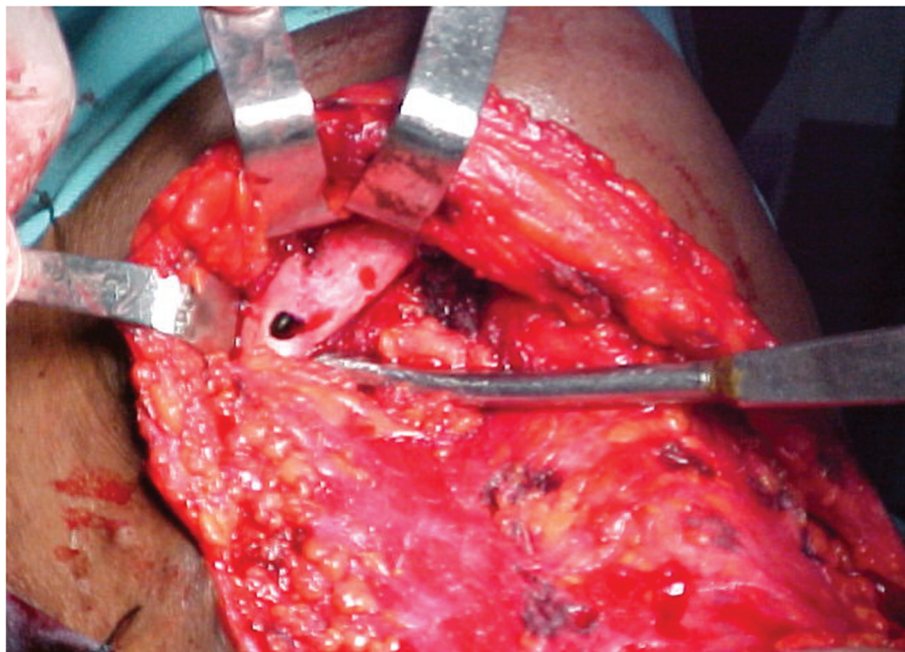
Incisión superficial.

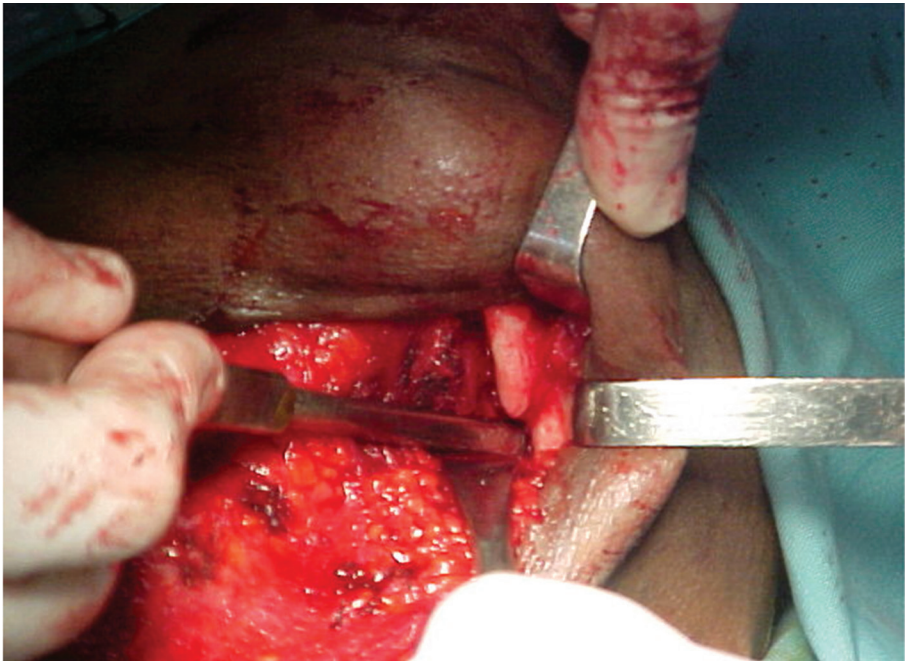


Disección muscular.



Localización foco de fractura.





Reducción abierta fractura doble mandíbula.

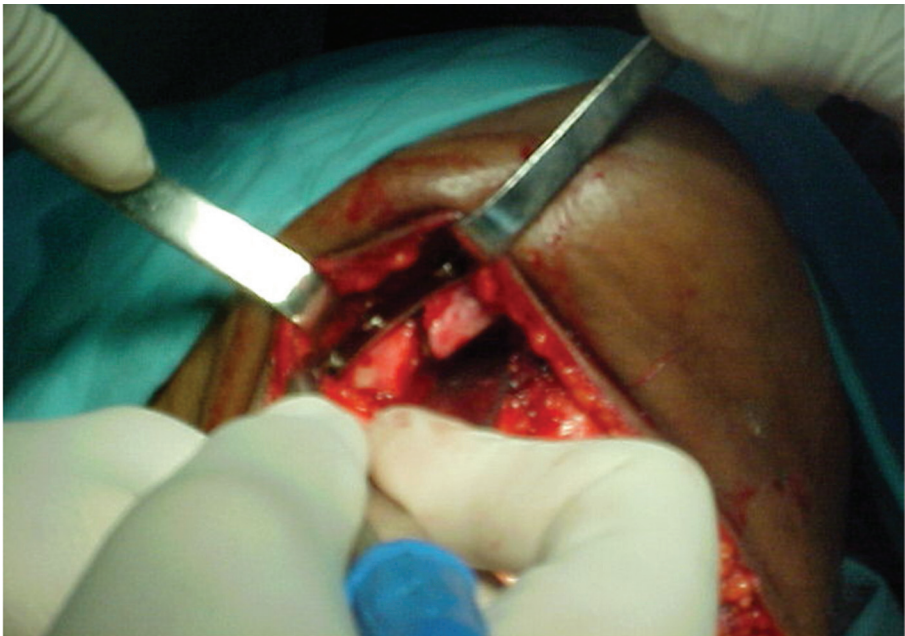


Reducción con férulas de Erick y fijación con alambre de acero.



Osteosíntesis con placas de titanio.





Osteosíntesis con placas de titanio.



Reducción con férulas de Erick y alambre de acero.



Herida suturada y colocación dren de Penrose.





Oclusión dentaria restablecida.

Fascitis Necrotizante

Presentación de un caso clínico

Un masculino de 45 años, se presenta con cuadro agudo de absceso submandibular derecho, post exodoncia segundo molar inferior derecho. Con signos de Celsius presentes, dolor, exudado purulento intra y extraoral de olor fétido, es ingresado vía emergencia y medicado empíricamente con: Ceftriaxona 1 gramo c/12 horas IV, Clindamicina 600 mgs cada 8 horas y Metronidazol 500 mgs cada 8 horas.

El paciente es llevado a Cirugía para drenaje, lavado quirúrgico y toma de cultivo para antibiograma.

¿Que es la fascitis necrotizante?

Es una infección fulminante y progresiva de origen polimicrobiano que afecta principalmente las regiones perineal, perianal, genital, abdominal y en menor proporción otras partes del cuerpo

El caso que describiremos se trata de esta condición presentada en región submandibular, la cual se extendió hasta el cuello.

Los patógenos que se presentan con mayor frecuencia son tanto aeróbicos, como anaerobios, y generalmente se originan a partir de la propia flora microbiana del paciente.

Los mismos son oportunistas y a menudo aprovechan un defecto epitelial adquirido para causar la infección.

Las infecciones necrosantes de los tejidos blandos son menos comunes que los abscesos subcutáneos y celulitis, pero son condiciones mucho más graves.

Síntesis histórica

Existen referencias de esta enfermedad desde la antigüedad, en descripciones hechas por Hipócrates, Galeno y Avicenas; así como Ambroise Paré, durante la Edad Media.

En 1871, el cirujano militar Joseph Jones realizó la primera referencia y la nombró como “gangrena de hospital “

En 1884, A Fournier publicó su descripción de la infección gangrenosa del periné y los genitales.

En 1918, W Pfanner la designó como “erisipela necrotizante”.

B. Wilson, en 1952 acuñó el término “fascitis necrotizante” y creó el concepto que actualmente tenemos de la misma, el cual incluye las infecciones causadas por gérmenes aeróbicos y anaeróbicos.

Patogenia

Abarca 2 entidades bacteriológicas:

Tipo 1: producida por al menos, una especie anaerobia con especies anaerobias facultativas

Tipo 2: producida por estreptococo B hemolítico del grupo A

Factores predisponentes

ENDÓGENOS

Inmunodepresión

Ancianos y neonatos

Diabéticos

Cirrosis hepática

Alcohólicos

Neoplasias

Nefropatías

Enfermedad vascular arterioesclerótica

Corticoterapia

Hipotiroidismo

Desnutrición

Drogadicción

EXÓGENOS

Traumatismo

Inyecciones

Cirugía

Cuadro clínico

Localización más frecuente: abdomen, periné y extremidades

Aparición esporádica

Asociación a cirugía mayor (ginecó-obstétrica, gastrointestinal, laparoscópica, transplantes)

Signos locales

Dolor

Edema pulmonar intenso y extenso de la piel

Áreas de anestesia cutánea por la necrosis

Ampollas y bulas con líquido color café claro

El tejido celular se despegga con facilidad de la fascia subyacente

Signos generales

Deterioro del estado de conciencia

Fiebre 38°C

Hipotensión (100% de los casos)

Taquicardia

Intranquilidad

Diagnósticos diferenciales más importantes

Gangrena gaseosa

Piomiositis (infecciones bacterianas purulentas del músculo esquelético)

Erisipela

Pronóstico

Elevada mortalidad entre 14 y 80%, depende fundamentalmente de:

Edad

Nivel inmunológico del paciente

Asociación a enfermedades crónicas tales como diabetes y arteriosclerosis

Virulencia de las cepas infectantes

Diagnóstico precoz

Tratamiento agresivo inmediato y continuo

Tratamiento

Exploración precoz de la herida, para confirmar el diagnóstico y extensión de la lesión

Si existe posibilidad de complicaciones trasladar el paciente a una Unidad de cuidados intensivos en condiciones de aislamiento, donde se implementarán algunas medidas:

Recuperación y estabilización hemodinámica, mediante soluciones electrolíticas

Terapia antimicrobiana de amplio espectro

Posibles opciones

Cefuroxima (2 a 4 gramos/24 horas)

Metronidazol (2 grs/24 horas)

Gentamicina (5 mgs/kg 24 horas)

Clindamicina 600 mgs cada 6 horas

Para infecciones anaerobias, Clindamicina, Metronidazol, cloranfenicol, vancomicina como posibles alternativas.

La terapéutica debe mantenerse al menos durante 15 días para evitar recaídas.

Intubación, oxigenación y ventilación mecánica en caso de distress respiratorio.

Diálisis en caso de insuficiencia renal aguda.

También tener una medida alternativa como la oxigenación hiperbárica.

A pesar de todas estas medidas, la fascitis necrotizante mantiene un alto grado de mortalidad dada su aparición esporádica y asociada en estados de inmunodepresión y situaciones de guerra o desastres naturales, por lo tanto esta condición debe ser divulgada por todo el personal que debe trabajar en condiciones adversas.





Paciente despues de tres meses de evolución.

Hiperplasia de Mucosa Oral

Las lesiones de la mucosa oral conforman un grupo muy amplio de alteraciones. Es importante un diagnóstico precoz de las mismas, por los diversos grados de malignidad o no, lo cual puede hacer cambiar su proyección pronóstico y por tanto su manejo terapéutico.

El tratamiento de las mismas abarca un amplio campo de enfermedades de diferentes causas, Su ejercicio está siendo manejado fundamentalmente por dermatólogos, estomatólogos y cirujanos maxilofaciales. Sin embargo debido al gran número de enfermedades sistémicas con manifestaciones en la mucosa oral, el estudio de las mismas es necesario para un gran número de especialistas clínicos como reumatólogos , alergólogos e inmunólogos.

Entre las lesiones hiperplásicas que asientan en el epitelio mucoso se encuentra la hiperplasia papilomatosa del paladar, que resulta muy frecuente en pacientes con prótesis removibles desajustadas (mucosoportadas o dentomucosoportadas).

Estas constituyen múltiples formaciones papilares, de coloración igual a la mucosa subyacente o más rojiza, de base sesil, y consistencia fibrosa.

Esta enfermedad aparece a cualquier edad durante la adultez, afecta ambos sexos por igual, y muchas veces se asocia con infección micótica.

La hiperplasia se presenta como una alteración inflamatoria constituida por un epitelio grueso, con gránulos irregulares de aspecto papilar con grandes fenómenos fibroproliferativos.

El diagnóstico de esta afección es principalmente clínico y se caracteriza por presencia de una superficie poco queratinizada, eritematosa y edematizada con áreas hiperplásicas bien delimitadas en el paladar duro.

Entre las causas que la originan figuran los componentes irritativos ocasionados por el uso continuado de la prótesis dental, desajustado y las reacciones alérgicas a los materiales de dicha prótesis.

Por otra parte, la deficiente higiene bucal estimula la formación de placa bacteriana en la superficie interna de la prótesis y este es el principal agente causal de este proceso; asimismo, los factores endógenos relacionados con enfermedades sistémicas reducen las defensas del organismo y entre estos se encuentran: inmunodeficiencias, alteraciones renales, carencias nutricionales, ingestión de medicamentos que reducen la respuesta inflamatoria e inmunológica, la cual favorece el desarrollo de hongos en la mucosa bucal.

El descenso del flujo salival, es otra causa frecuente en ancianos que ingieren varios medicamentos, esto ocasiona pérdida de capacidad antimicrobiana de la saliva.

El tratamiento fundamental es indicar al paciente, retirar la prótesis dental para que la mucosa pueda recobrar su condición normal.

Extracto

Un caso de Hiperplasia de Mucosa Palatina en un masculino de 32 años, raza negra, oficio: cortador de caña. Se describe la apariencia clínica y el tratamiento quirúrgico, así como el origen y su diagnóstico histopatológico. La hiperplasia palatina es una neoplasia no-maligna originada en el paladar duro. De acuerdo a lo expresado por Bhaskar, es una lesión asociada a una prótesis mal ajustada. Usualmente cuando se presenta en el paladar, presenta numerosas proyecciones en la mucosa palatina. Este reporte describe un caso gigantesco de hiperplasia de mucosa palatina comprometiéndolo la maxila de un paciente negro.

Palabras claves

Mucosa Palatina, Hiperplásica, prótesis mal ajustada, gigante, lengua.

Caso clínico

Un varón, de 32 años, raza negra, fue referido a nuestra clínica, para evaluación de una masa asintomática, localizada en el paladar duro, y una evolución aproximada de seis meses de duración.

Al examen clínico presentó un tejido neoplásico tan grande como la lengua.

Bajo anestesia local, se realizó una biopsia-excisión. La lesión tenía un pedículo de aproximadamente 6 mm. de diámetro. El espécimen quirúrgico era una masa rosada de superficie suave con un tamaño aproximado de 4.5 x 3.5 x 0.5 cm.

La lesión fue fijada y preparada para examen histológico de rutina. El examen microscópico reveló una lesión compuesta de tejido conectivo, infiltrado por linfocitos y plasmocitos, cubiertos por epitelio escamoso estratificado.

No se observó presencia de tejido duro como hueso o esmalte. Se hizo un diagnóstico de hiperplasia mucosa palatina.





Quiste Dentígero

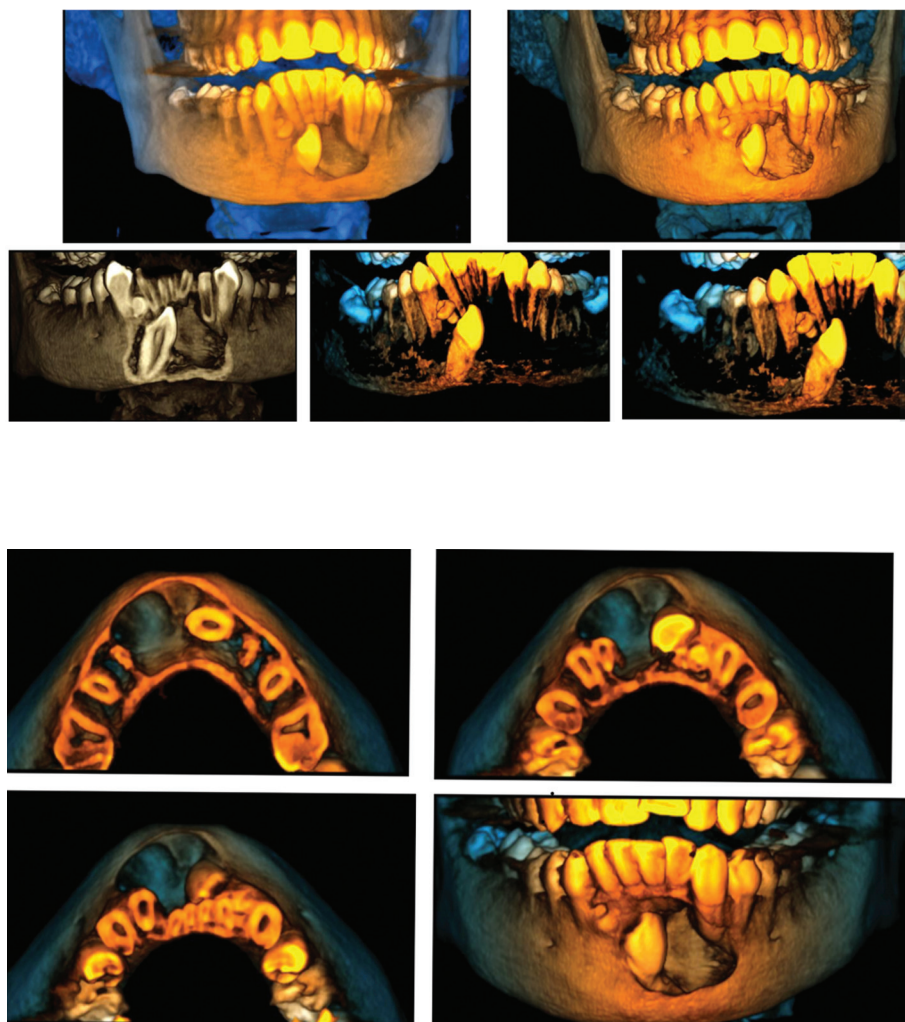
El Quiste Dentígero es el más frecuente. Generalmente se presenta rodeando la corona de un diente impactado, afecta a los caninos superiores y terceros molares inferiores, con mayor predilección en el sexo masculino, entre la segunda y tercera década de la vida.

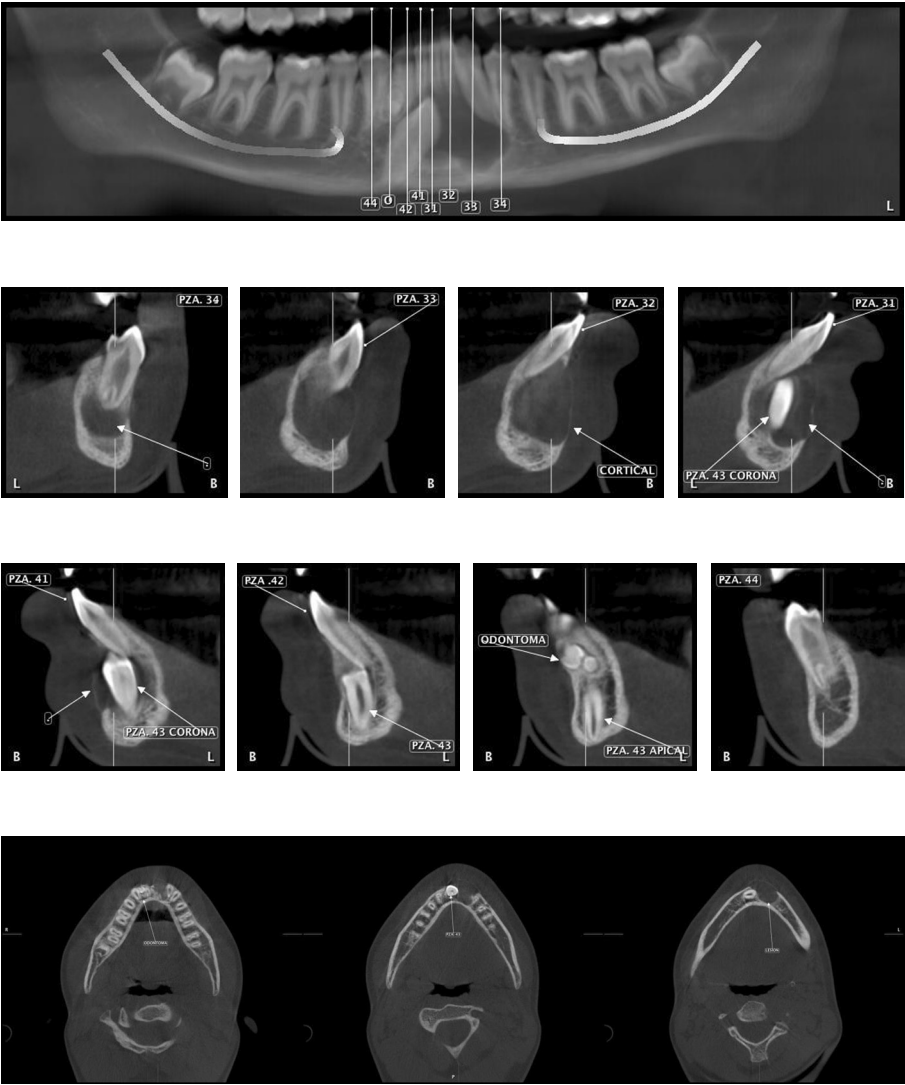
A continuación se presenta un caso clínico inusual de un quiste mandibular, el cual presentaba varios odontomas compuestos incluidos en la misma lesión.

Se trata de un masculino de 13 años, que fue llevado a quirófano, bajo anestesia general inhalatoria, realizando enucleación del mismo. Se incluyen imágenes pre y postoperatoria del mismo.

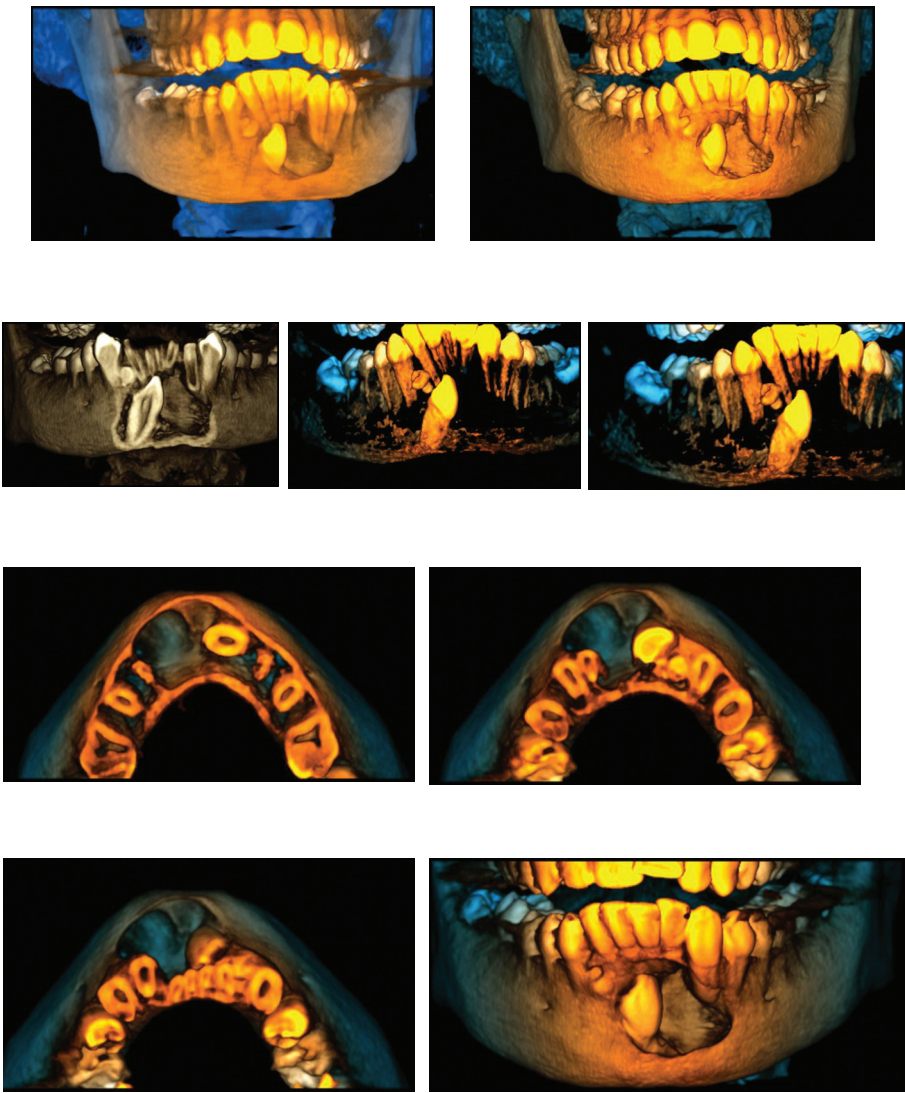
Se realizaron estudios histopatológicos de ambas lesiones, siendo confirmados los diagnósticos anteriormente mencionados.

Masculino, 13 años
Hallazgo casual de diente retenido, pieza 43
Y odontoma compuesto
Asintomáticos, sin cambios en zona
anteroinferior de mandíbula

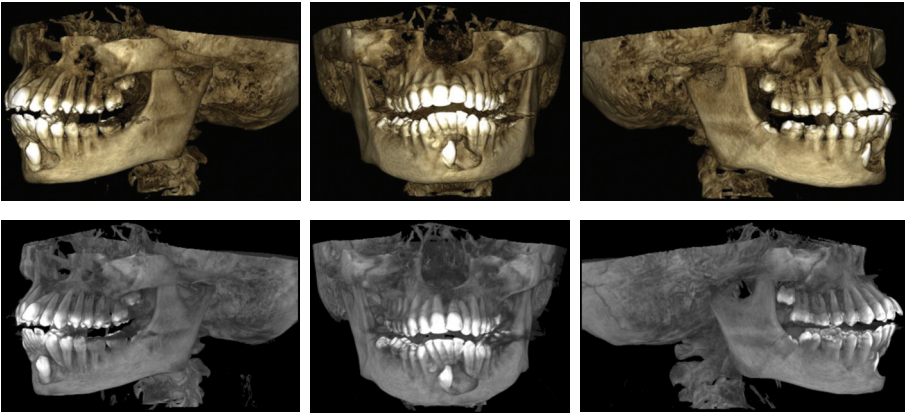




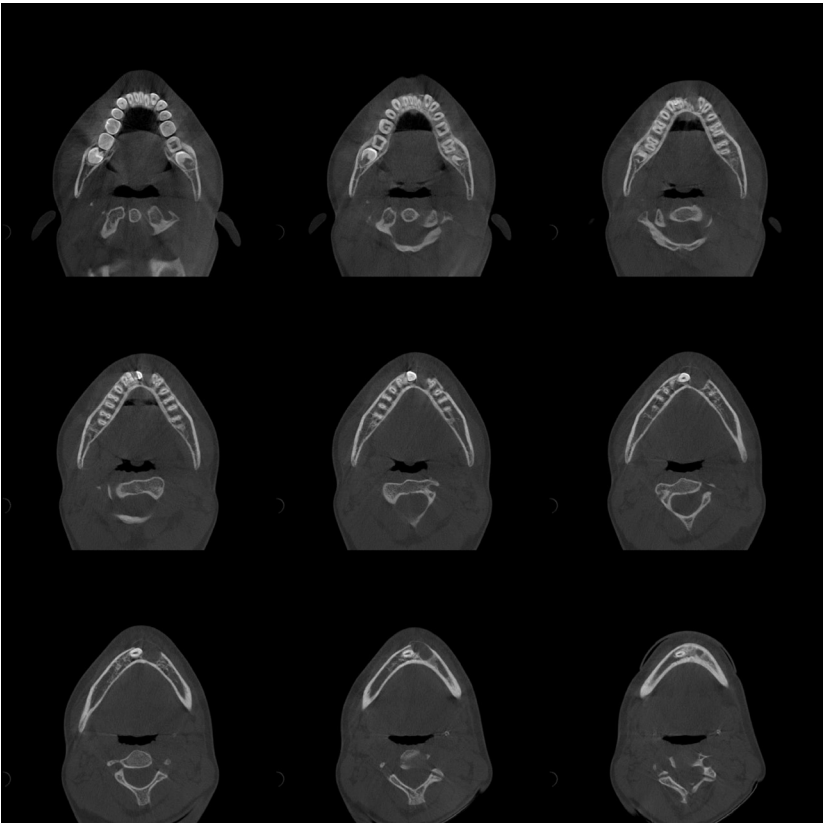
Análisis Maxilar Inferior.



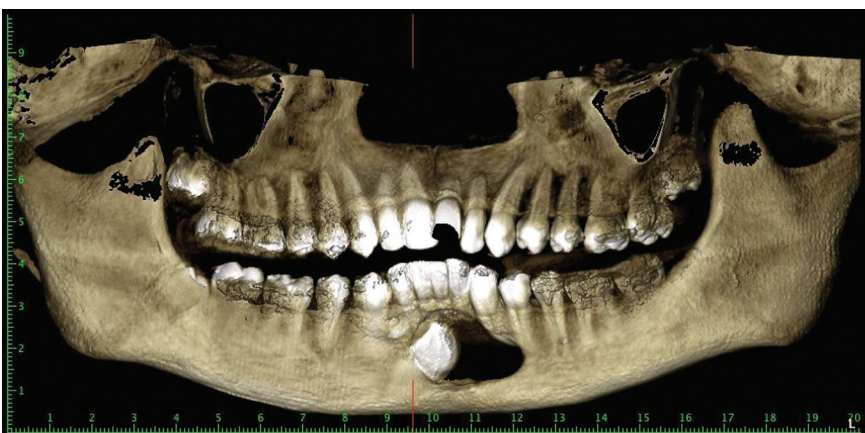
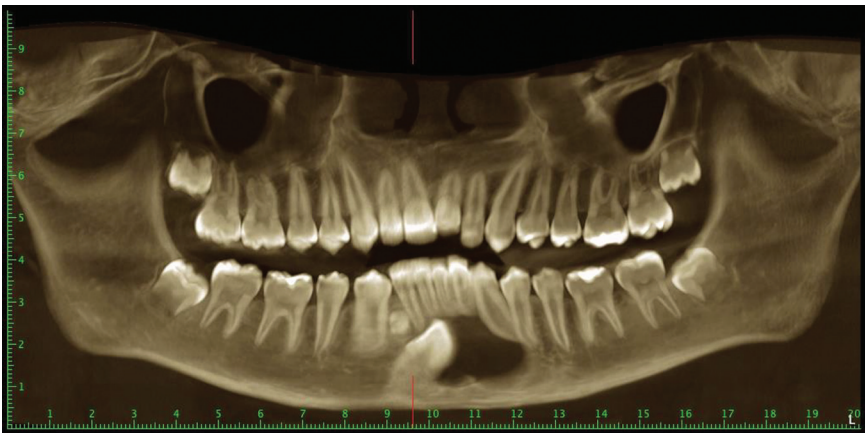
Reconstrucciones.



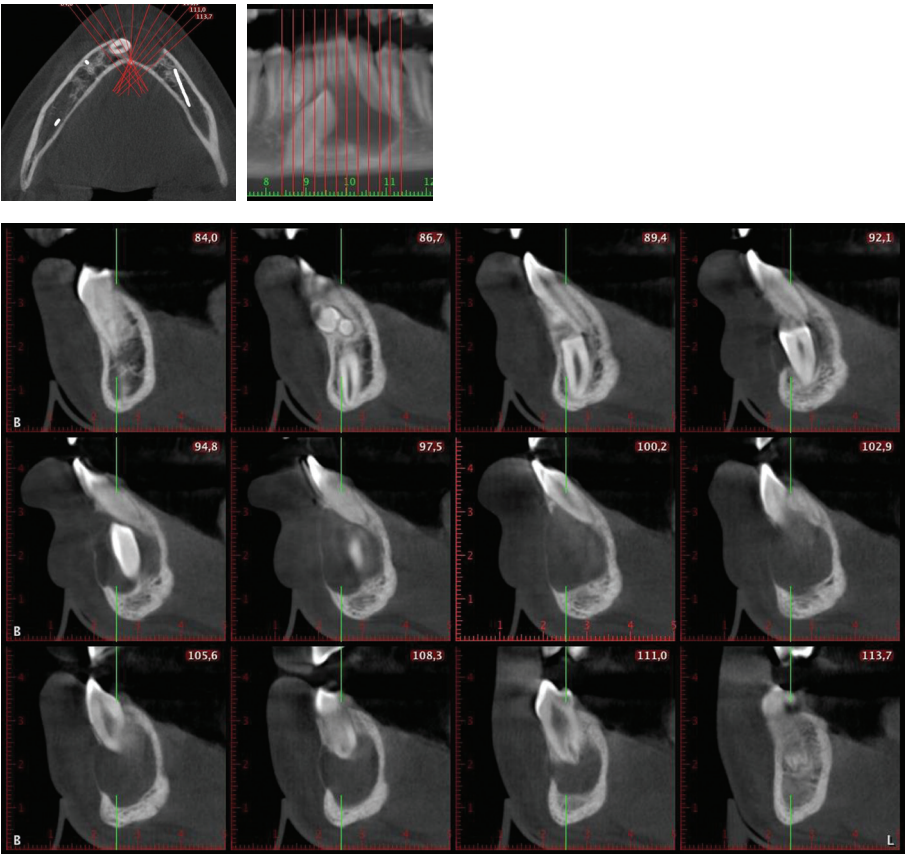
Renderizados.



Cortes axiales.



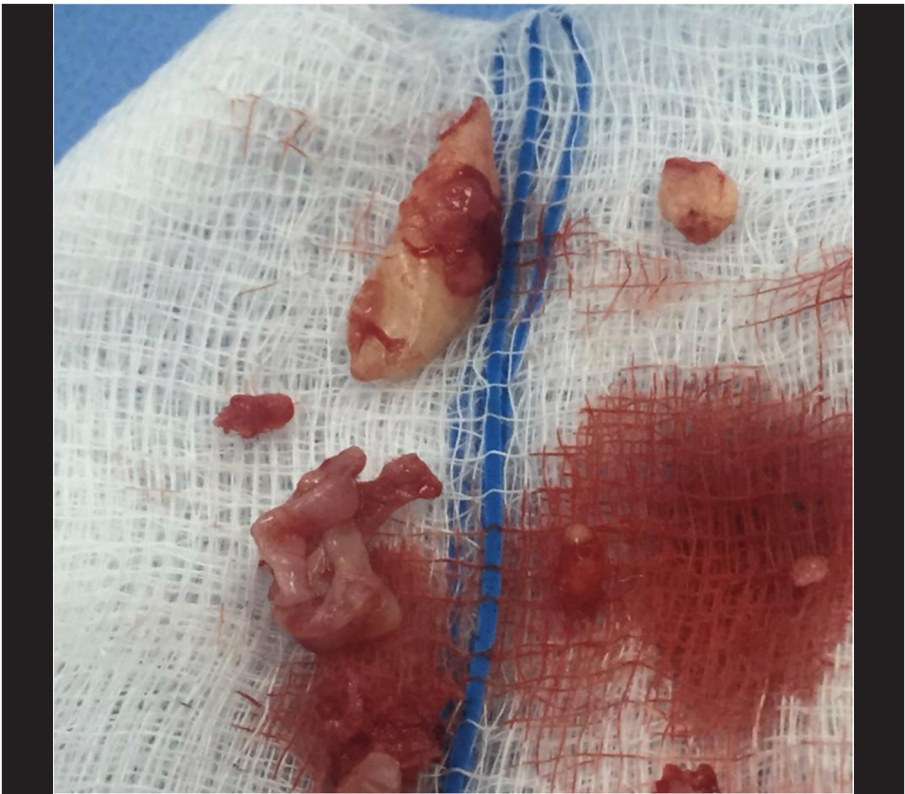
Renderizados.



Análisis transaxial de lesión.



Lecho quirúrgico, luego de extracción diente retenido, y odontomas, así como enucleación membrana quística.



Quiste dermoide región suprahioidea

Quiste dermoide suprahioideo, se presenta como una tumefacción en el cuello, por debajo o por encima del músculo milohioideo, en pleno suelo de la boca.

Estos presentan una incidencia de 1.6 hasta 6.9 en la región de cabeza y cuello.

Se reporta este caso clínico con el objetivo de enfatizar, la importancia de un manejo diagnóstico preoperatorio, para realizar un adecuado procedimiento quirúrgico en la exéresis de estas lesiones.

Se presenta el caso de un masculino de 45 años de edad, quien notaba crecimiento redondeado, indoloro, en región submentoniana, de aproximadamente 3 años de evolución, presentando dificultad al hablar y deglutir.

Una vez realizados los estudios preoperatorios, se decide la intervención, realizando una cervicotomía, para la exéresis de la lesión.

El diagnóstico histopatológico, se corresponde con quiste epidérmico.

Introducción

El quiste dermoide cervical, es un teratoma quístico, que se presenta como una tumefacción, en el cuello, situado en región suprahioidea, por debajo o encima del músculo milohiideo, en pleno suelo de la boca.

Se origina de una inclusión de restos epiteliales, en la línea media, en el momento del cierre del 1 y 11 arcos branquiales, durante la quinta semana del desarrollo embrionario.

Topográficamente en dependencia del músculo milohiideo, se subdivide en: quiste sublingual o genio-gloso, cuando está por encima de este y provoca un desplazamiento hacia arriba de la lengua.

Si se localiza en un plano inferior, se refiere a un quiste geniohiideo o submental, con desplazamiento hacia afuera de la lengua y apariencia de doble mentón.

La vía de acceso, dependerá de la ubicación anatómica. Cuando está en un plano superior al milohiideo, puede accederse por vía intrabucal, en otra situación, se aborda por cervicotomía medial.



Incisión suprahiodea.





Quiste enucleado en su integridad.



Herida suturada y dren de penrose.

Tercer molar inferior ectópico

La presencia de terceros molares inferiores retenidos se ha clasificado dentro del grupo de factores locales de tipo dentario que altera el desarrollo oclusal normal y contribuye al establecimiento de una mal oclusión o de alguna patología quística o tumoral. La prevalencia de estos dientes ectópicos, varía entre 0.1 a 3%, de ahí su importancia, en un examen radiográfico y clínico de rutina, evita y explica una serie de complicaciones: de dientes que no han erupcionado y están retrasados en su proceso eruptivo.

El plan de tratamiento consistió en extracción mediante incisión submandibular, dicho procedimiento fue realizado bajo anestesia general inhalatoria oro traqueal.

Introducción

La formula dentaria varia en el individuo según la edad, a los 18 años, aproximadamente se eleva a 32 piezas dentarias. El conteo debe incluir no solo los dientes que se ven clínicamente, sino los que se están desarrollando, o, no, dentro de los maxilares.

Las anomalías de número de la fórmula dentaria constituyen una alteración relativamente común en la población. Su diagnóstico y tratamiento adecuado repercuten en la estabilidad oclusal de los pacientes y su detección precoz es de vital importancia.

Caso clínico

Paciente femenina, mestiza, 52 años de edad, que acude a consulta externa. Antecedentes patológicos personales sin interés, la paciente refiere un aumento de volumen en región submandibular izquierda, asintomático, 4 años de evolución, periodo durante el cual fue haciendo procesos inflamatorios supurativos intraoralmente, los cuales fueron manejados con antibióticoterapia vía oral.

Examen físico general y por sistemas, dentro de los límites normales. Intraoralmente se aprecia aumento de volumen, en región submandibular izquierda.

Al examen clínico fueron reportados los siguientes hallazgos:

El primer molar inferior izquierdo no estaba presente al momento del examen.

El segundo molar inferior izquierdo tenía amplia restauración de amalgama.

El tercer molar inferior izquierdo no se visualizaba clínicamente.

La mucosa alveolar de recubrimiento sin anomalías.

El examen radiográfico presentaba los siguientes hallazgos.

El primer molar inferior izquierdo ausente al momento de la radiografía.

El segundo molar presentaba zona radio opaca amplia en corona y amplia radio lucidez apical.

El tercer molar inferior izquierdo, se visualizaba la corona a nivel del conducto mandibular y sobresaliendo de la basal mandibular.

Luego de haber realizado el examen clínico y radiográfico, concluimos con el siguiente diagnostico clínico radiográfico.

Amplia zona radio opaca en la corona del segundo molar inferior izquierdo y patología peri apical.

Tercer molar inferior izquierdo en posición ectópica.

Plan de tratamiento a seguir

Extracción quirúrgica del tercer molar inferior izquierdo ectópico, bajo anestesia general inhalatoria oro traqueal, con abordaje extra oral submandibular.

Curetaje del lecho óseo, antibioticoterapia, analgésicos, por 7 días, vía oral.

Este plan de tratamiento fue utilizado por la ubicación ectópica, además la comodidad para el paciente y operador, más la amplia seguridad con que se puede realizar dicho procedimiento.



Radiografía panorámica mostrando molar inferior ectópico.



Incisión submandibular.



Molar ectópico extraído.

Craneoplastia fronto temporal

Craneoplastia postraumática y postquirúrgica

Habitualmente los defectos craneales, son secundarios a traumas o tratamiento post quirúrgico.

Este procedimiento no suele ser inmediato, sin embargo los deseos de los familiares o el propio paciente son mandatorios para realizar dicha reconstrucción.

El material idóneo debe ser biocompatible, de fácil manipulación y estable bajo el punto de vista biomecánico.

Esta reconstrucción fue llevada a cabo con una prótesis de metilmetacrilato, diseñada mediante procedimientos similares a la la toma de impresión de una prótesis dental con algunas modificaciones.

Material y método

Presentamos este caso usando esta técnica en colaboración con el equipo de neurocirugía y protesista maxilofacial.

Resultados

No tuvimos complicaciones importantes relacionadas con infecciones, hematomas o seromas. Los resultados obtenidos fueron aceptables.

Conclusiones

Usando esta técnica, resultó efectiva, sin complicaciones y de bajo costo.

Palabras claves:

Defectos craneales, craneoplastia, reconstrucción craneal, prótesis, metilmetacrilato.

Introducción

La craneoplastia para restaurar defectos postraumáticos o postquirúrgicos utiliza materiales aloplásticos o tejidos autólogos para brindar protección al tejido intracraneal, restablecer límites entre estructuras intra y extracraneales, restaurar el contorno craneofacial, y, sirviendo de soporte para los tejidos blandos suprayacentes.

Los primeros indicios de reconstrucción fueron en Egipto, entre 3,000 y 2,500AC.

Se utilizaban placas de oro, luego injertos óseos, hasta el advenimiento de los materiales aloplásticos.

La principal complicación reportada es la infección del sitio quirúrgico y a más largo plazo, la exposición del material con el que se reconstruye el defecto

En este caso se obtuvo, una buena reconstrucción desde el punto de vista estético, no así desde el punto de vista neurológico, por la importancia de las lesiones sufridas. Solicitamos consentimiento de los familiares, a sabiendas de las limitaciones físicas que tendría que manejar y las posibles complicaciones futuras.

Conclusiones

La craneoplastia como cualquier procedimiento quirúrgico, no está exento de complicaciones y se utilizaron técnicas de impresión para prótesis Maxilofacial, sin contar con la ayuda de la estereolitografía, elemento que nos permitiría realizar dicha reconstrucción con mayor precisión y exactitud. No obstante, los resultados obtenidos, resultaron satisfactorios, desde el punto de vista estético y funcional.



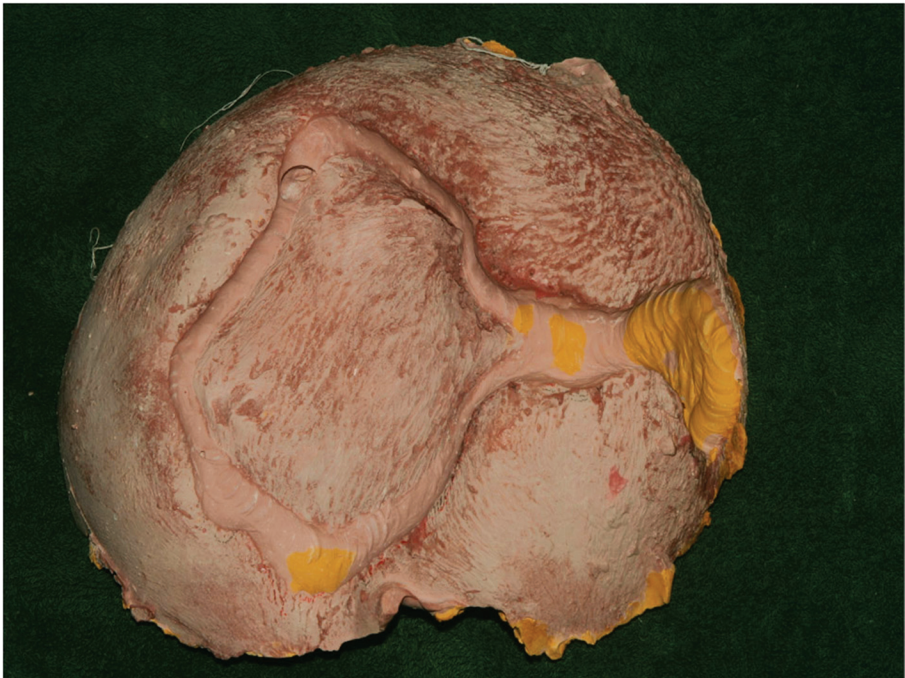
Vista fractura cráneo facial.



Modelo del defecto óseo.



Toma impresión con alginato y yeso



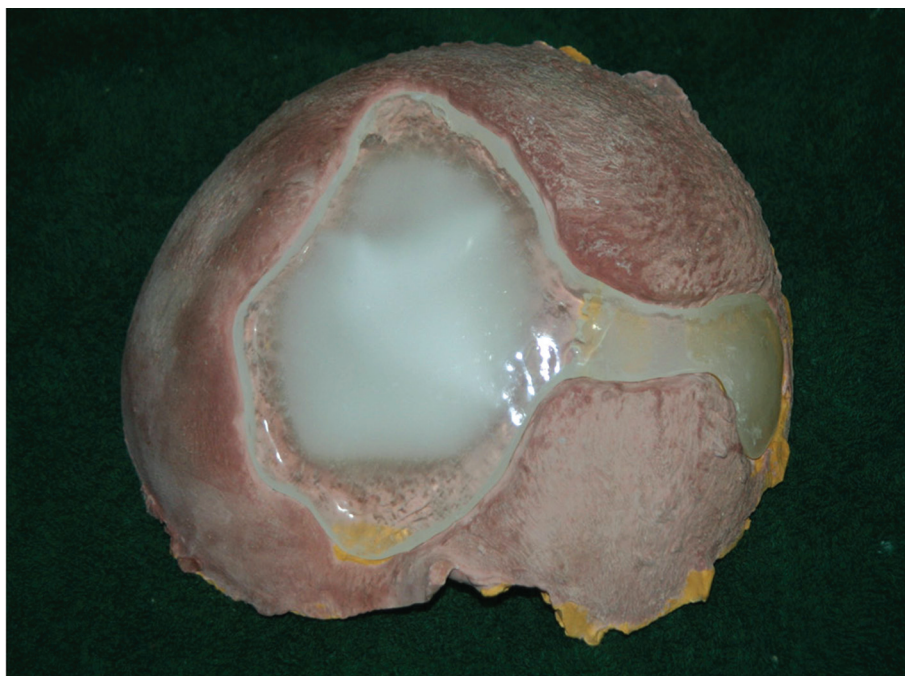
Prueba en yeso.



Prueba en cera.

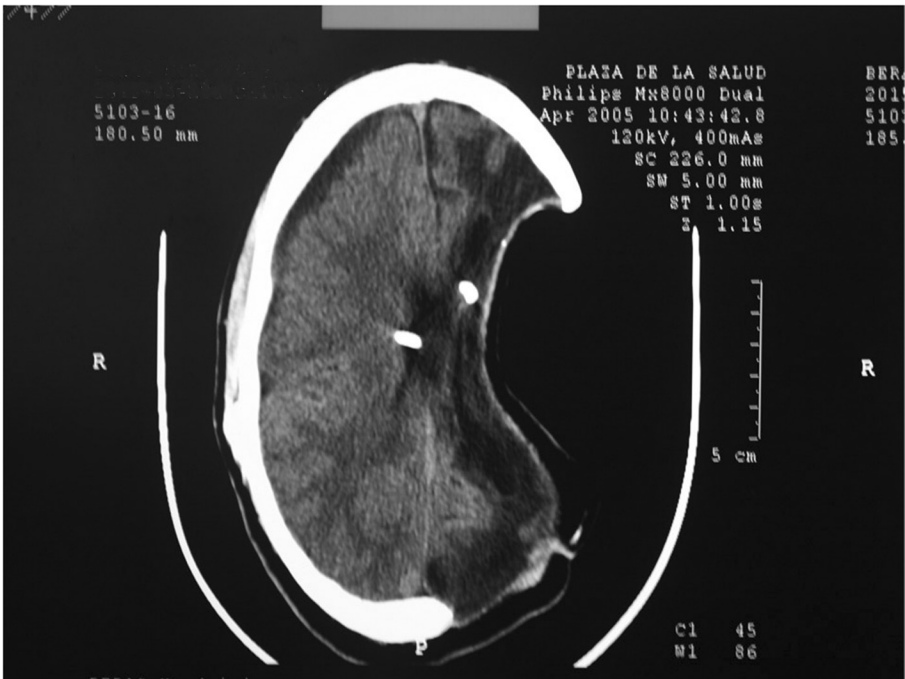


Prueba en cera.

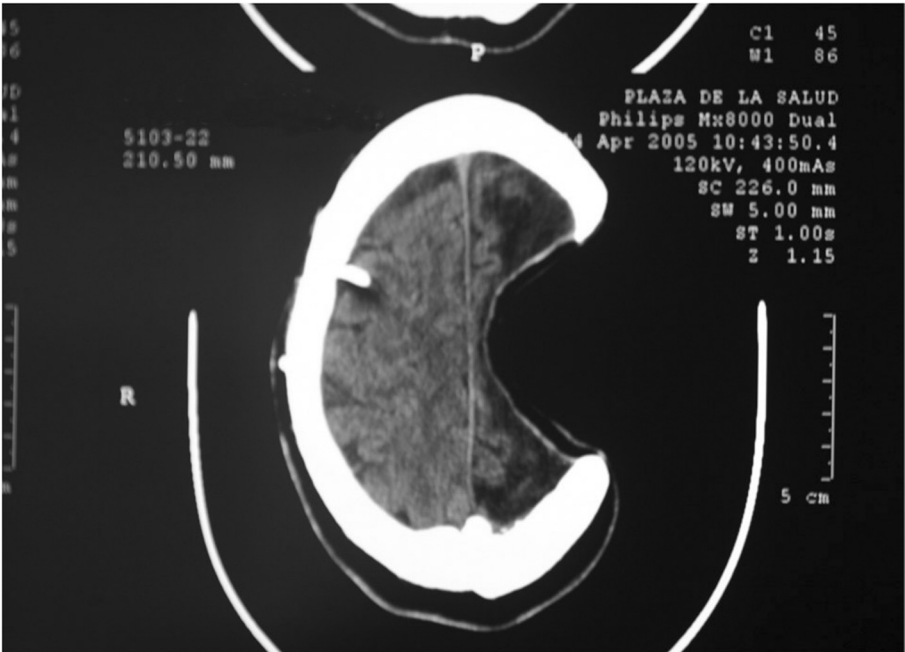




Prótesis en metacrilato.



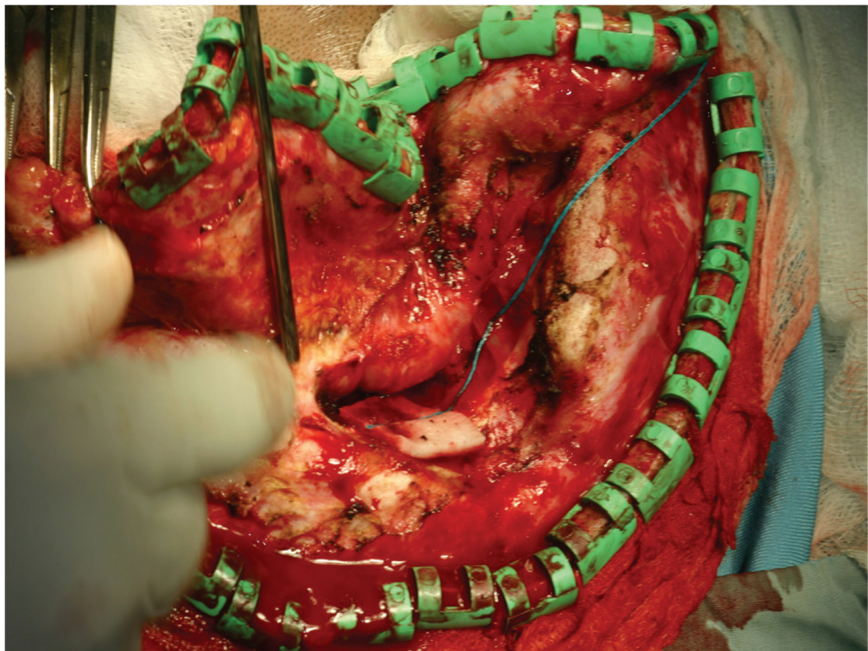
Vista defecto.



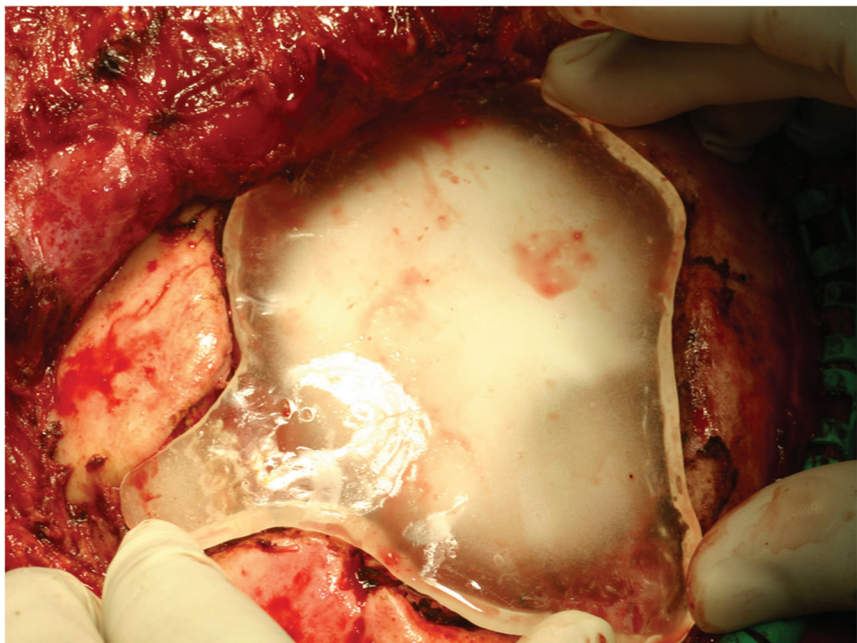
Vista defecto.



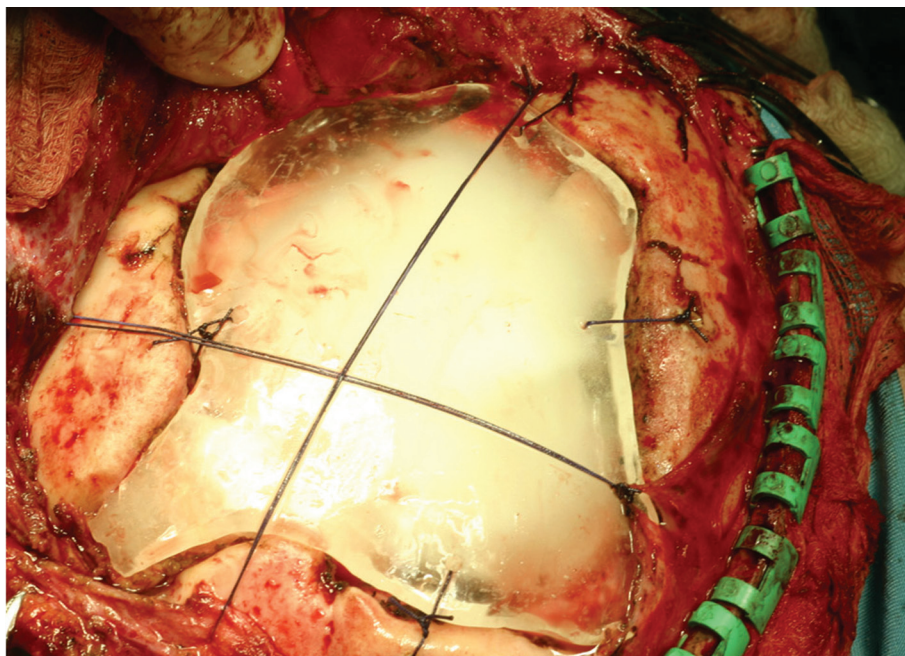
Vista preoperatoria.



Vista campo quirúrgico.



Prueba prótesis.



Fijación con seda.



Herida suturada.

Dientes Neonatales

Resumen

Los dientes neonatales, son anomalías raras en los recién nacidos. Los mismos pueden producir trastornos en la alimentación, úlceras traumáticas y riesgos de aspiración. Aparecen en la cavidad oral, en el momento del nacimiento.

El objetivo de este artículo, es presentar los aspectos más relevantes de los mismos y un caso clínico, donde el tratamiento aplicado fue la extracción.

Palabras claves

Dientes neonatales, bebés, anomalías dentarias.

Introducción

El desarrollo del sistema estomatognático de los niños, está directamente relacionado con el desarrollo de otros sistemas, por lo que es de suma importancia conocer, la normalidad y alteraciones clínicas que pueden ocurrir, esta fase de la vida.

Una de estas condiciones, está relacionada con la erupción de los incisivos inferiores deciduos, que son los primeros dientes, que aparecen en la cavidad oral, aproximadamente a los seis meses de vida del niño.

Sin embargo, hay casos de niños que nacen con dientes erupcionados.

Los factores etiológicos más comunes son, posición superficial del germen del diente en desarrollo, hereditariiedad, síndromes congénitos y fisura labiopalatina.

La región más afectada es la anterior de la mandíbula y los incisivos inferiores los más comúnmente afectados.

Estos dientes pueden presentar hipermovilidad, con riesgo de aspiración o deglución.

Otras complicaciones son mordidas en el pezón materno o las úlceras de Riga-Fede en la base de la lengua.

La finalidad de este trabajo es presentar un caso clínico y una revisión de las características y tratamiento a seguir.

Caso clínico

Recién nacido, con presencia de dientes neonatales, en región anterior de la mandíbula.

Nos encontrábamos en quirófano contiguo al del recién nacido y fuimos contactados por un médico residente de pediatría , para valorar dicha condición.

En vista de la hipermovilidad de los dientes, procedimos a realizar la exodoncia de los mismos, ante la posibilidad de aspiración o deglución de los mismos. No hubo ninguna eventualidad después del procedimiento.



Dientes neonatales.



Torus Mandibular

Es un crecimiento óseo anormal, en la cara interna de la mandíbula, es decir la cercana a la lengua.

Generalmente se presentan cerca de los premolares inferiores, sobre la unión del músculo milohiideo.

En el 90% de los casos, se presentan en forma bilateral, en ocasiones son de mucha molestia para el movimiento de la lengua.

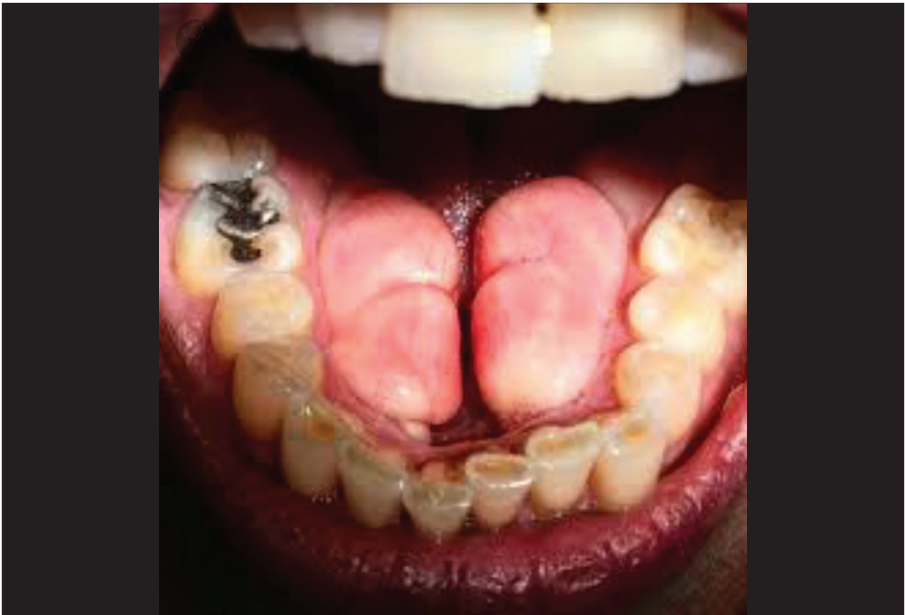
Son menos frecuentes que los que se presentan en el paladar.

No existen preferencias para su aparición, ni en género o raza.

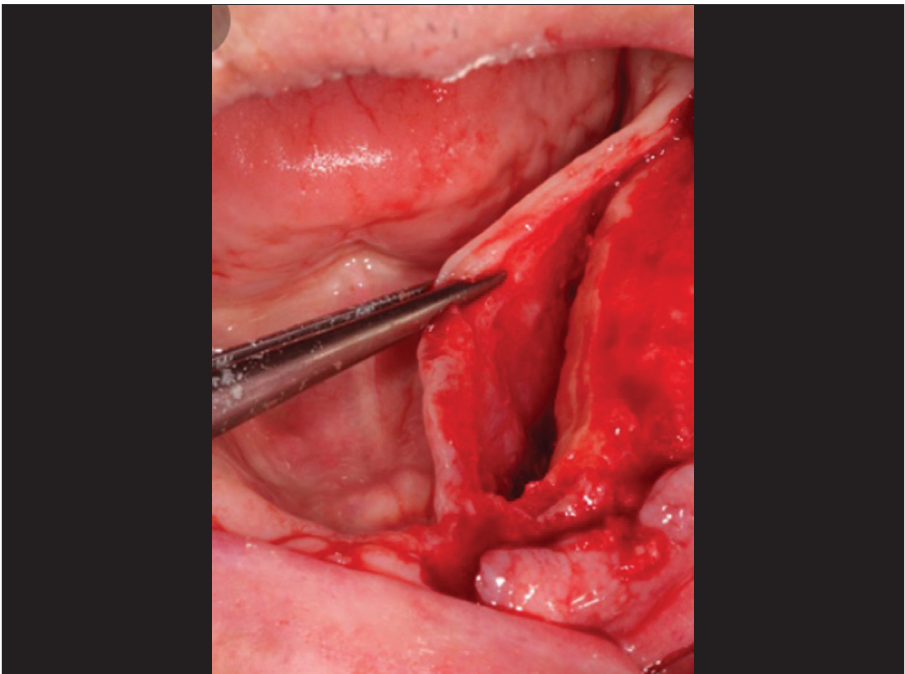
Los torus carecen de importancia clínica, ya que su crecimiento es lento y no causan síntomas.

Raras veces causan molestias y no hay riesgo de malignidad. En ocasiones pueden interferir con las prótesis o implantes, siendo necesario su remoción.

Se desconoce la causa de su formación, aunque se cree que podría tener carácter hereditario.



Torus Mandibular.



Cirugía Torus Mandibular.

Miasis en cavidad oral

A propósito de un caso

Miasis deriva del griego “myia” que significa mosca, se refiere a la invasión de los tejidos del cuerpo o cavidades, que se alimentan de tejidos vivos o necróticos .

La miasis oral es una condición rara.

El diagnóstico, se basa en el cuadro clínico y pruebas de laboratorio.

El tratamiento consiste en la remoción de las larvas , y la administración de quimioterápicos.

Introducción

Miasis es la infestación por larvas de dípteros. Se conocen aproximadamente 80 especies de ellos.

Las moscas ponen aproximadamente 500 huevos, que maduran en una semana y completan su ciclo en 2 semanas.

Las mismas se infiltran y cavan túneles , separando el mucoperiostio del hueso, causando severa destrucción.

Se presenta más frecuente en sujetos mal nutridos, con mala higiene bucal

El tratamiento más frecuente consiste en la remoción de las larvas, utilizando éter , irrigación de la zona con solución salina y antihelmenticos (ivermectina), así como antibióticos de amplio espectro

Foruncular, cavitaria, superficial u orgánica

La afectación en humanos y demás especies, es de distribución mundial, con predominio en zona tropical y subtropical

Las larvas afectan inicialmente la piel, pero pueden migrar a diferentes tejidos y órganos, genitourinario, auditivo y Oftalmólogo.

Las larvas en los humanos, producen síntomas de acuerdo con el sitio en el que se localizan.

Pueden infectar tejidos necroticos o vivos en diversos lugares: piel, ojos, oídos, orificios nasales o los conductos auditivos, en ocasiones pueden penetrar el tracto gastrointestinal y producir miasis enterica.

Tratamiento

En la miasis de piel, se puede eliminar la larva mediante presión o extracción directa.

Para facilitar la extracción se ocluye la entrada a la lesión con vaselina u otro agente impermeable para asfixiar a la larva o aplicando un insecticida en forma local, hasta provocar la muerte de las mismas.

Posteriormente la lesión debe ser desinfectada y liberada del tejido necrotico, y puede requerir el uso de antibióticos.



Miasis craneofacial.



Miasis oral.



Síndrome de boca ardiente

Es la forma de llamar a una sensación de ardor constante en la boca, sin una causa aparente

Dicha molestia puede abarcar, la lengua, encía, labios, el paladar duro, o áreas generalizadas de toda la boca.

Aparece repentinamente o en forma gradual

Desafortunadamente, muchas veces no se puede determinar la causa, esto hace a veces el tratamiento, más complicado.

Síntomas

Sensación de ardor en partes, o en toda la boca

Sensación de sequedad y sed

Sabor metálico

Pérdida del gusto

Puede ocurrir todos los días y aparece o desaparece, en ocasiones.

A veces no produce ningún cambio notable, en la boca.

En ocasiones, una enfermedad no diagnosticada, puede producir esta condición.

Entre estas podríamos citar deficiencias nutricionales, alergias, uso de dentaduras postizas, medicamentos, diabetes, hipotiroidismo, factores psicológicos, liquen plano.

Uso de medicamentos psicotropos, analgésicos, cardiovasculares, diuréticos.

Factores de riesgo

Mujer, Post menopausia, mayor de 50 años.

Complicaciones

Dificultad para comer, depresión, ansiedad, insomnio.

Hiposalivación

Discusión

Los mecanismos de producción todavía son desconocidos, se considera multifactorial, y la aplicación de capsaicina, en forma tópica, obteniendo resultados satisfactorios, pero todavía quedan muchos aspectos que se desconocen.



Bibliografía

Niños con hemofilia y su atención odontológica por estomatología pediátrica. Universidad nacional de Colombia. Bogotá.

Issues in the measurement of quality of life in hemophilia. Revista brasileira de Hematología y hemoterapia.

Tratamiento odontológico en niños con trastornos de la hemostasia. ALG Ramírez. Universidad Odontológica 2016.

Comité odontológico de la Federación Mundial de Hemofilia. Directrices para el tratamiento odontológico de pacientes con trastornos de la coagulación. A Brewer ME corre.

Fracturas mandibulares conminutadas por impacto de proyectil balístico. Propuesta de tratamiento inicial mediante método de fijación alternativo.

M Mardones- Muñoz. R. Bravo International Journal. 2018 scielo.

Maxillofacial gunshot trauma in a pediatric patient. Report of a case. J Martín Montero C Peñaranda Torres. Medigraphic. Com.

Herida facial por proyectil de arma de fuego: Revisión de la literatura y estudio clínico DE Palacios Vivar. Revista odontológica.

Characteristics of mandibular injuries by bullets and improvised explosive devices.

SYH Bede WK Ismael. Journal of oral and maxillofacial surgery 2017.

Manejo quirúrgico de las fracturas de ángulo mandibular mediante Osteosíntesis con Miniplacas versus cerclaje con alambres. RC. Castillo López. 2016 repositorio.unan.edu.ni.

Manejo de las fracturas pan faciales. Revisión bibliográfica. Morales Ramírez. Repositorio.usfq.edu.ec

Cirugía de las fracturas faciales: características, tratamientos y resultados de los pacientes tratados en el Hospital La Paz entre 2008 y 2014. Garcia Molina repositorio.uam.esp

Traumatismos faciales, Hernandez – DE GUARDIA academia.edu. Lewis RT. Soft tissue infections. World J Surg. 1998;22 (2):146-51.

Fascitis necrotizante. Cheung J, Fung B, Tang W, Ip W. A review of necrotizing fasciitis in the extremities. Hong Kong Med J. 2009; 15 (1): 44-9

- Sáenz D, Monzón S, Murillo I, Rivas M. Utilidad de los parámetros analíticos en el diagnóstico precoz de las infecciones necrosantes de tejidos blandos. *Emergencias*. 2012; 24 (2): 156-61.
- Fernández F, Casteleiro P, Comellas M, Martelo F, Gago B, Pineda A. Fascitis necrotizante bilateral: a propósito de un caso. *Cir Plást Iberolatinoam*. 2011;37(2):165-
- Aas, E.: Hyperplasia gingivae diphenyl-hydantoinea: a clinical, histological and biochemical study. *Act. Odont. Scand*. 21, 1963.
- Santana Garay Julio C. Atlas de patología del complejo bucal. Editorial Científico-Técnica, La Habana.1985
- Suárez, B.: Agrandamiento gingival. *Rev. Cub. Est*. 3, 1976.
- Borrello, E. D.: Algunos aspectos de las llamadas lesiones precancerosas de la mucosa bucal. *Rev. Asoc. Odont. Argent*. 57, 1969.
- Philip SJ, Eversole L, Wysocki G. Patología oral y maxilofacial contemporánea. Madrid: Mosby-Elsevier; 2005. pp. 42-43.
- Neville B, Damm D, Allen C, Bouquot J. Oral & maxilofacial pathology. Philadelphia, W: B Saunders Company; 2002. pp. 590-593.
- Hupp J, Ellis E, Tucker M. Cirugía Oral y Maxilofacial Contemporánea. Barcelona: Elsevier; 2014. pp. 448-468

Mosqueda TA, Irigoyen ME, Díaz MA, Torres MA. Quistes odontogénicos. Análisis de 856 casos. *Medicina Oral*. 2002; 7: 89-96.

Meyer I. Dermoid Cysts (dermoids) of the floor of the mouth. *Oral Surg* 1955; 8:1149.

Bloom D, Carvalho D, Edmonds J, Magit A. Neonatal dermoid cyst of the floor of the mouth extending to the midline neck. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2002; 128:68.

Seward H. Dermoid cysts of the floor of the mouth. *Br J Oral Surg* 1965;3:36.

Gibson W, Fenton N. Congenital sublingual dermoid cyst. *Arch Otolaryngol* 1982;108:745. [Links]

Rodríguez M. *Cirugía Bucal. Patología y técnica*. 2a edición. Ed Masson. Madrid, 1998.

Keros J, Susic M. Heterotopia of the mandibular third molar: a case report. *Quintessence Int* 1997; 28: 753-4.

Pathol 1991;71:522-3.

Chongruk C. Asymptomatic ectopic impacted mandibular third molar. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1991;71:520.

Brown Id. The unpredictable lower third molar. A case report. *Br dent J* 1974;19:155-6.

- Echeverría y Pérez E., Priego Blancas R.B., Díaz Aguirre, C.M., y col. Diferentes aplicaciones de los implantes aloplásticos elaborados por metilmetacrilato y silicón. *Rev Cir Plástica*. 2009;19 (1-3):51-56.
- Reddy S., Khalifian S., Flores J.M., et al. Clinical outcomes in craneoplasty: Risk factors and choice of reconstructive material. *Plast Reconstr Surg*. 2014;133(4):864-873.
- Van Gool A.V. Preformed polymethylmethacrylate cranioplasties. Report of 45 cases. *J Maxillofac Surg* 1985;13(1):2-8.
- Jaberi J., Gambrell K., Tiwana P., et al. Long-term clinical outcome analysis of poly-methyl-methacrylate cranioplasty for large skull defects. *J Oral Maxillofac Surg*. 2013;71(2):e81-e88.
- MAZZOTINI, R., SOTTOVIA, A.D. Miíase bucal em paciente especial: relato de caso. *Revista Brasileira de Cirurgia e Implantodontia*. 2002; 9: 187-190.
- LEAL, J.L.F., OLIVEIRA, M.A.M., REGO, R.A., GONÇALVES, R.B.S. Miíase orofacial: relato de um caso. *Revista da Faculdade de Odontologia da UFBA*. 2001; 22: 95-99.
- ERFAN, F. Gingival myiasis caused by Díptera (*Sarcophaga*). *Oral Surg*. 1980; 49: 148-150.
- SHINAHARA, E.H.S. Treatment of oral myiasis with ivermectin. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2003; 41: 421-422.

Petruzzi M, Lauritano D, De Benedittis M, Baldoni M, Serpico R. Systemic capsaicin for burning mouth syndrome: short-term results of a pilot study. *J Oral Pathol Med* 2004;33:111-4.

Marques Soares M. Estudio Clínico de Pacientes con Síndrome de boca Ardiente: xerostomía, flujo salival, medicamentos, ansiedad y depresión. Tesis doctoral. Universidad de Barcelona 2002. p. 37-53.

Hugosson A, Thorstensson B. Vitamin B status and response to replacement therapy in patients with burning mouth syndrome. *Acta Odontol Scand* 1991;49:367-75.

Rojo L, Silvestre FJ, Bagan JV, De Vicente T. Prevalence of psychopathology in burning mouth syndrome. A comparative study among patients with and without psychiatric disorders and controls. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1994;78:312-6.

Este libro se terminó de imprimir
en el mes de abril de 2019
en los talleres gráficos de
Editora Centenario, S. A.
Santo Domingo, República Dominicana