

11211
leg.
5



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Postgrado
Hospital General de Salubridad

MENTOPLASTIA UNA VARIANTE

TESIS DE POSTGRADO

Que para obtener el Título en la Especialidad de:
CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA

Presenta el Doctor

Miguel Angel Durán del Castillo



México, D. F.

TESIS CON
FALLA DE CREDITO

1986



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INTRODUCCION:

MALFORMACIONES DEL DESARROLLO:

La maloclusión es una malformación común a varias deformidades que inciden en el desarrollo de la mandíbula. El diagnóstico de la maloclusión estriba en las relaciones que suelen tener las cúspides mesiobucales del I molar superior y las del I molar inferior, acompañadas de una apertura y mordida normales.

El prefijo mesio se refiere a la posición en la herradura dentaria más lejana de la línea media, por ejemplo, en la relación del último molar.

Mesio y Distal son; equivalentes aproximados de anterior y posterior. La mesiooclusión se refiere a los dientes de la arcada mandibular que son mesiales con respecto a sus respectivos opuestos en la maxila; distoclusión es la situación opuesta.

La clasificación de las maloclusiones más empleada es la de Angle.

Para un diagnóstico y tratamiento exacto de la mayoría de las malformaciones mandibulares, son esenciales las radiografías del cráneo, verdaderamente laterales. (cefalometrías). Son bien conocidas las técnicas radiológicas cefalométricas que utilizan un cefalómetro. Pueden emplearse estudios cefalométricos suficientes exactos para uso clínico variando la técnica y utilizando un aparato estándar.

HISTORIA:

MICROGENIA: O mentón pequeño, implica una falta en el desarrollo en el crecimiento de la mandíbula, en la región de la sínfisis mentoniana. No se debe confundir con el término de micrognatia el cual involucra varios componentes de la mandíbula.

Microgenia es a menudo vista en pacientes con aceptable interrelación dantoalveolar, así como en pacientes con grados variables de maloclusión. Frecuentemente el segmento anterior dentoalveolar está protruido, clase II de angle división I de maloclusión, la microgenia es también vista en pacientes con grados variables de hipoplasia de la mandíbula, micrognatia, y paradójicamente en prognatismo mandibular.

La interrelación nariz-mentón para realizar un perfil balanceado fue enfatizado por AUSFRICHT, en 1934, él usó una gran giba dorsal de la nariz, siendo una de las primeras maneras de aumentar el mentón. Tiras de mucoperiostio y mucopericondrio también se utilizaron en 1939, mediante una incisión submental pequeña, tratando de proyectar más el mentón.

Los injertos de cartilago, hueso, también se utilizaron con buenos y malos resultados en años posteriores, así como osteotomías del borde inferior de la sínfisis mental, son otras técnicas que se popularizaron con el fin de dar mejor contorno a la mandíbula.

En 1970 el silastic tomó gran popularidad, siendo uno de los materiales sintéticos con menor grado de reacción a cuerpo extraño con grandes ventajas debido a sus características, las cuales se analizarán más adelante.

ANATOMIA:

La mandíbula es el mayor y más grande hueso de la cara y consta de un cuerpo y dos ramas. La región situada por detrás y debajo del III molar inferior se describe como parte de las ramas o como parte del cuerpo. Esta región, que está indicada por el ángulo de la mandíbula es palpable. Su punto más prominente en sentido lateral toma el nombre de Gonión. El ángulo de la mandíbula mide unos 125° y oscila entre 110° y 140° .

CUERPO DE LA MANDÍBULA: Tiene forma de "U" y en cada mitad se distinguen una cara interna y otra externa, un borde superior o alveolar y un borde inferior o base.

La cara externa se caracteriza generalmente por una saliente media que marca la línea de fusión de las dos mitades de la mandíbula llamada sinfisis mentoniana.

Se extiende caudalmente en una elevación triangular llamada protuberancia mentoniana, la base de la cual está limitada a cada lado por un tubérculo mentoniano. Más hacia afuera con frecuencia por debajo del II premolar, puede ser visto con frecuencia el ángulo mentoniano.

El nervio y los vasos emergen del agujero hacia arriba, atrás y afuera. La línea oblicua es una saliente que se dirige hacia atrás y arriba desde el tubérculo mentoniano hasta el borde anterior de la rama. El borde superior del cuerpo, es llamado porción alveolar y aloja a los dientes en hecos o alveolos. El borde de la porción alveolar es llamado arco alveolar. La porción alveolar se halla cubierta por la mucosa bucal.

El borde interior de la mandíbula es llamado también base.

La fosa digástrica es una depresión rugosa situada en la base o por detrás de ella, próxima a la sínfisis. Hacia atrás 4 cm por delante del ángulo de la mandíbula, la base puede presentar un surco por la arteria, se aprecia cuando se le comprime contra la base.

La cara interna se caracteriza por una elevación irregular, la espinia mandibular, en la parte posterior de la sínfisis. Puede estar constituida por 1 o 4 porciones, llamadas apófisis o tubérculos genianos, donde se insertan los músculos genioidios y genioglosos. Más adelante la línea miloiodea aparece como un recorde oblicuo que se dirige hacia atrás y arriba desde la zona situada por encima de la fosa digástrica hasta un punto posterior al III molar. En ella se origina el músculo miloiodeo. La fosa sublingual, situada más hacia adelante por encima de la línea miloiodea, aloja la glándula sublingual. El extremo anterior del miloiodeo viene a alcanzar el cuerpo del maxilar algo más abajo del extremo posterior de la línea miloiodea.

RAMAS MANDIBULARES: Son unas laminas oseas cuadrilateras en las que se distinguen las caras externa e interna y los bordes anterior, superior y posterior.

Las ramas y los músculos que se insertan en ellas contactan con la parte lateral de la faringe. La cara externa es plana y presta inserción al masetero. En la cara interna se halla el agujero maxilar, el cual se dirige hacia abajo y adelante en el conducto maxilar y contiene el nervio alveolar inferior y vasos. El agujero está limitado hacia adentro por una prolongación a la que se le da el nombre de lingula, donde se inserta el ligamento eseno-maxilar.

El conducto maxilar se dirige hasta el plano medio y origina en este trayecto un conducto que se abre en el agujero mentoniano. El surco milonideo se inicia dorsal a la lingula y se dirige hacia abajo y adelante a la fosa submaxilar. Contiene al nervio y vasos milonideos. Caudal y dorsal al surco milonideo, la cara interna es rugosa y proporciona inserción al pterigoideo interno. El borde superior de la rama es cóncavo y forma la escotadura maxilar. Esta se halla limitada por delante por la apofisis coronoides, en la que se inserta el temporal, la apofisis condilea limita la escotadura por detrás y comprime la cuneza y el cuello maxilar. La cabeza o condilo, cubierta de fibrocartilago se articula indirectamente con el temporal para formar la articulación temporo-mandibular. El eje mayor de la cabeza esta dirigido hacia adelante y atrás. El extremo externo del condilo maxilar puede ser apreciado facilmente en el vivo. el cuello da origen al ligamento lateral por fuera, y presta inserción al pterigoideo por delante. El borde anterior de la rama es irregular y puede ser palpado por la boca. Se continua con la linea oblicua. El borde posterior redondeado esta relacionado intimamente con la glandula parotida. En el embrión la mandibula en cada lado por el cartilago del primer arco faringeo. La fusion osea entre las mitades de la mandibula se verifica durante el primer año postnatal. Los cartilagos secundarios en la apofisis condilea son la causa de la mayor parte del crecimiento de la mandibula longitudinal.

CLASIFICACION Y ETIOLOGIA:

Las mediciones basicas relacionan maxila-mandibula-cranio entre si, asi como los distintos dientes entre sf y con su base.

Las anomalias o variaciones en los angulos SNA, SNB, se relacionan directamente con el Diagnostico de prognatismo o retrognatismo mandibulares, maxilares o ambos; y son particularmente diagnosticas cuando el análisis dental anterior se halla dentro del margen normal en relación con la angulación y altura de los dientes y al contrario las inclinaciones anormales, particularmente de los dientes anteriores aumentando y disminuyendo la distancia entre los bordes de los incisivos superiores e inferiores en presencia de angulos SNA-SNB esencialmente normales, se ve en el pseudoprogatismo o la protrución bimaxilar. Es de capital importancia conocer las relaciones anatomicas que participan en éstas deformidades del desarrollo.

Una de las maloclusiones que se ve con más frecuencia son la clase II, se cita como ejemplo de hasta que punto puede variar el tratamiento. Si la maloclusión es la única deformidad presente, el tratamiento será puramente ortodontico. Cuando exista protrución maxilar, podran ser necesarias las extracciones combinadas con retrocesos quirurgicos de los segmentos afectados, si coexiste con una micrognatia suele ser necesario recurrir a una osteotomía de encaucamiento de la mandibula tomando un injerto óseo, único procedimiento capaz de restaurar la forma y la función. Además del análisis cefalometrico deben tomarse en consideracion la configuración ósea de la mandibula y el maxilar, así como el perfil de los tejidos blandos, al establecer el diagnostico de todas las deformidades del desarrollo del maxilar.

La altura de los labios con respecto a los bordes incisivos es importante al planear el tratamiento, ya que las deficiencias de longitud labial pueden ser mejoradas mediante reposición quirúrgica en el plano vertical. La mayoría de las anomalías en el crecimiento de la mandíbula susceptibles de ser corregidas quirúrgicamente se refieren siempre a malformaciones por exceso o defecto en el desarrollo. El más importante núcleo de crecimiento de la mandíbula está en el condilo, el cual tiene una osificación endocondral, que como en cualquier otra epifisis, permanece activa hasta los 18 años. Por otra parte la posición del hueso al borde posterior y su resección en el borde anterior de la rama ascendente son factores primordiales del crecimiento de la mandíbula. Las diferencias entre las fuerzas intrínsecas y extrínsecas de la mandíbula, o ambas, pueden influir en este crecimiento y conducir al establecimiento de la deformidad.

FALTA DE DESARROLLO MANDIBULAR:

La micrognatia que se caracteriza por una mandibula hipoplásica en retruccion, con los dientes en distocclusion, clase II de maloclusión, debe diferenciarse de la microgenia pura en el que el desarrollo insuficiente se halla limitado a la porcion anterior o medianiana con lo que se origina una mandibula en retruccion pero sin maloclusión. Además la micrognatia debe distinguirse tambien de la retrognatia pura, a. la que la deformidad es causada por la retruccion de una mandibula de tamaño relativamente normal.

En la micrognatia ademas de encontrarse una mandíbula hipoplásica puede existir una acentuacion marcada de la muesca antegonial, y el ángulo de la mandibula puede estar desplazado hacia atrás.

Esta deformidad puede tener un origen congénito como las deformidades del arco branquial, S. de pierre Robin, S. Tricher-Colli ns, o bien puede ser adquirida.

En raras ocasiones es causada por infección, trauma obstetrico, f fracturas, osteomielitis, artritis, raquitismo, cretinismo, radiación, etc. En la mayoría de los casos, la etiología es desconocida. Según los Hallazgos etiológicos y la duración de la malformación así serán los defectos que puedan observarse en la piel y musculatura facial; es muy frecuente que no pueda abrirse del todo la boca. Debe analizarse la posición de los labios en reposo respecto a los incisivos, por que su longitud debe en consideración al planeas cambios quirúrgicos. Con frecuencia hay que cambiar la sección horizontal con la vertical y anterior.

En teoría el tratamiento ortodoncico para nivelar el arco inferior puede conseguirlo y debería preceder a la cirugía, especialmente cuando exista una maloclusión.

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS:

Dentro de los métodos diagnósticos básicos contamos con:

- 1.- Estudio clínico del paciente.
- 2.- Modelos dentarios.
- 3.- Fotografías del paciente.
- 4.- Cefalometrías.

ANÁLISIS CEFALOMÉTRICO:

SNA	82°	70°-85°.
SNB	80°	76°-84°.
ANB	2°	0°-4°.
Mp-SN	35°	30°-40°.
U1-SN	104°	100°-110°.
U1-NA.	22°	15°-29°.
L1-MP	93°	87°-99°.
L1-NB	25°	18°-32°.
U1-Na	4mm	0-8mm.
L1-NB	6mm	2-10mm.

Las radiografías cefalométricas, fotografías y modelos dentarios son procedimientos indispensables al valorar la malformación y precisar el abordaje quirúrgico de elección.

Se toman los correspondientes moldes, sobre cualquier sustancia plástica y se montan sobre un articulador. Si volvemos a alinear los dientes por maloclusión sin reposición ni sección, podríamos comprobar el grado de corrección necesaria.

La mayoría que presentara el perfil del enfermo será de los cameros en la oclusión, y puede ser pronosticado por el estudio de fotografías laterales. Puede resultar útil dla disminución preoperatoria de los dientes con el torno en los casos en los que el desarrollo de las cúspides causa gran interferencia oclusiva.

Raramente está un tratamiento quirúrgico destinado a corregir la desviación de menos de la mitad de la anchura de un bicúspide.

Cuando uno de los arcos falta dientes o está mal rotado, será una útil guía de la mandíbula en su nueva posición la construcción preoperatoria de una férula de lámina para la oclusión, que se sujetará con ayuda de la fijación intermaxilar.

MÉTODOS TERAPÉUTICOS:

Retrognatia; la mandíbula es de tamaño relativamente normal pero retruida. Suele coexistir un complemento distoclusivo. Una osteotomía de deslizamiento con fijación intermaxilar esta indicada con injerto óseo o sin ése. El lugar de la osteotomía depende de las preferencias individuales, y esta puede ser emprendida por vía extraoral, intraoral, o combinada, tanto en el cuerpo como en la rama mandibular.

Si nos hallamos ante una zona desdentada en un segmento de la arcada, debe practicarse una osteotomía en escisión, que respete el nervio alveolar inferior.

Si existe una dentadura completa, es mejor practicar en la rama mandibular una osteotomía vertical oblicua o en "C" modificada.

En todas estas osteotomías de tipo deslizante debe disponerse de un hueso para interponer, de tamaño no inferior a los 2cm.

Las ventajas de los inconvenientes entre las osteotomías del cuerpo y la rama fueron estudiados por Hinds. Puede ser de suma utilidad la consulta ortodóncica en el proyecto preoperatorio.

A menudo se planea una intervención quirúrgica conjunta y cooperativa, con el cirujano maxilofacial, particularmente cuando son necesarias osteotomías segmentarias.

OSTEOTOMIA VERTICAL OBLICUA DE LA RAMA:

Los arcos elásticos, los anillos, las bandas ortodóncicas o procedimientos paracidos a los empleados para la fijación intermaxilar se usan también en éste caso. Con el enfermo bajo anestesia gral se practica una incisión inframandibular para despejar el masetero lejos de la car lateral de la rama.

La pterigoides interna se des,rende de la rana interna, exponiendo completamente la porcion del cuerpo posterior de la rana de la mandibula. Las lineas de osteotomias se perfilan segun, con los agujeros practicados frente a frente, evita do la arteria y el nervio alveolar.

La sepración completa con un osteotomo. Los cortes de osteotomias se pueden facilitar mediante una cierra oscilante de aire comprimido, con los segmentos seprados se realizan el movimiento deseado y se procede a una fijación intermaxilar con alambre que establece la oclusión tal como fue proyectada en los moldes dentarios.

Cuando se ha obtenido el adelantamiento deseado determinado en la elaboración preoperatoria, se pasa atravez de los agujeros de cada lado de la linea de osteotomia una asa interósea de acero inoxidable de calibre 26 y se ténsa. El tubo endotraqueal se deja colocado hasta que el enfermo se despierte, el tiempo de fijacion intermaxilar depende del tamaño del defecto óseo a cada lado de la osteotomia oblicua. Si éste espacio no es muy grande, habrá que mantener la fijación de 8 a 12 semanas, para evítar la desviación del cierre incompleto de la boca.

Al quitar los alambres de fijación, el operador puede probar la solidez de la osteotomia intentando deslizar los fragmentos con los dedos.

Los estúdios radiograficos no ayuda. en la valoracion de la solda dura osea.

MICROGNATIA:

La mandibular está hipoplásica y retrufa, con una maloclusión más grave que la que se encuentra en la retrognatia. Para corregirla, suele ser necesario combinar la osteotomía con un injerto óseo que garantiza la soldadura ósea, la restauración del contorno y una oclusión aceptable. El grado de corrección queda limitado en ocasiones por las disponibilidades de los tejidos blandos, aspecto muy importante que debe tenerse en cuenta al planear la operación. Son varias las técnicas que pueden emplearse en la corrección de la micrognatia, incluyendo la técnica para la retrognatia previamente descrita, es decir, osteotomía en "C".

Teóricamente la fijación intermaxilar se obtiene con el empleo de bandas ortodóncicas que se fijan en el preoperatorio para garantizar la máxima estabilidad a los segmentos que se van a reponer. Suele abordarse por vía combinada intra y extraoral, según el tipo de malformación. Se trata de restablecer la función en el grado de este tipo de malformación, es mejor practicar la osteotomía en la rama del maxilar, e insertar en el defecto un injerto de hueso iliaco. La técnica Owegueser de deslizamiento sagital de la rama maxilar parece prometedora y destinada a evitar los injertos óseos. La incidencia de sangrado es baja.

Si no puede obtenerse la protrusión en posición normal con una osteotomía de deslizamiento, como ocurre en la cara de pagano, es preciso añadir un injerto óseo a la mejilla para mejorar el perfil. La utilización de injertos intraorales ha sido utilizada como métodos complementarios.

MICROGENIA:

Esta malformación consiste solo en la retracción del mentón, el tratamiento se basa en el aumento de la sínfisis mentoniana. el estudio preoperatorio del perfil del paciente mediante fotografías ayudará a predecir si se trata de una microgenia absoluta o relativa. En éste último caso una rinoplastia que reduzca el tamaño de la nariz puede ser innecesario el tiempo operatorio destinado a aumentar el mentón. Recíprocamente al aumentar la proyección del mentón se mejora el perfil en muchos enfermos sometidos a una rinoplastia de reducción. La corrección se lleva a cabo por medio de un implante tomado de materiales aloplásticos, autógenos u homólogos, raramente se requieren de osteotomías. Se usa solamente cuando la retracción está asociada con una acentuada elongación vertical. La injercción del injerto por vía submentoniana o intraoral ha demostrado ser el método de elección, pero es un procedimiento laborioso, acompañado en baja morbilidad, y que hoy se emplea junto con otros procedimientos destinados a mejorar el contorno mentoniano.

^E El silástico, los acrílicos, o las prótesis de ivalon, se moldean fácilmente y son bien tolerados, por lo que son usados. También en éste caso suelen colocarse por una incisión submentoniana, aunque la vía intraoral gana adeptos desde que la contaminación parece desempeñar un papel importante. Robinson ha llamado la atención sobre una complicación asociada con el uso de implantes aloplásticos firmes, principalmente acrílicos, insertados debajo del periostio. El arrastre del periostio en sentido distal determina una erosión del tipo de compresión en la parte anterior de la mandíbula que se termina con el empotramiento del implante al hueso.

Se sostiene que colocando el implante por arriba del periestio se reduce esta tendencia.

TECNICA QUIRURGICA:

Probablemente la via mas empleada es la extraoral, mediante una incision corta practicada en la region submentoniana, previa al anestesia local, al crear la bolsa subperiostica se tendra cuidado en elevar la capa muscular hasta un nivel distinto al de la incision cutanea, con el fin de proporcionar un cierre perfecto.

El uso de silicon elastico preformado, fijados profundamente, al rafe medio es el procedimiento actualmente mas utilizado.

Para evitar movimiento es necesario un cierre en tres capas con un vendaje compresivo adecuado. En el postoperatorio, la mayoria de los cirujanos administra antibioticos en forma sistematica.

MENTOPLASTIA. UNA VARIANTE:

Una de las principales complicaciones más frecuente en la colocación de implantes en el mentón es la movilización o desplazamiento del implante. El presente trabajo está encaminado a evitar esta complicación.

OBJETIVO:

El objetivo principal es la correcta colocación, del implante, basados en una muesca realizada en la porción media de la región posterior, que nos sirve de guía para colocar el implante en la sínfisis mentoniana.

Mediante un análisis clínico radiológico se corroborará la interrelación silástico mentón.

A. TECEDER, TMS:

La microgenia implica falta de desarrollo y crecimiento de la mandíbula. La microgenia es a menudo vista en pacientes con grados variables de maloclusión y en pacientes con grados variables de hipoplasia de la mandíbula. La interrelación nariz mentón para obtener un perfil balanceado ha sido enfatizada por varios autores como Ausfricht, Converse, etc, desde 1934.

Existen varios procedimientos para corregir la microgenia, solo hare referencia a uno, el uso de implantes.

En la literatura se refieren varios procedimientos para la corrección de la microgenia tales como el uso de :

- 1.- Mucoperiostio.
- 2.- Mucopericondrio.
- 3.- Hueso.
- 4 - Dacron, Teflon, Polietileno, Acrílicos, Silastic., Proplasto.
etc.

el más comunemente usado en la actualidad, debido a sus características y ventaja que tiene sobre los demás materiales es el silastic.

VENTAJAS:

- 1.- Facilidad de modelado para adaptarlo a las variaciones individuales .
- 2.- Fácil esterilización.

3.- Su graduación manufacturada para fines de implantación.

Como mencione anteriormente una de las complicaciones en la colocación de implantes de silastic en el mentón es la movilización o desplazamiento de éste, ya sea por mala técnica o la creación de la bolsa o mala relación del implante con la sínfisis mentoniana con la consiguiente mala posición, rotación, o desplazamiento del implante y en algunas ocasiones exposición del mismo.

MATERIAL Y METODO:

Mediante una analisis clinico radiológico se investigó la relación implante-sinusitis maxilar, lo cual se facilitó por una muesca creada en la región media de la porción posterior, y en la región media de la porción anterior..

El implante se realizó con un molde el cual se diseñó en el servicio y que puede ser de los tipos :

- 1.- Manual.
- 2.- Mecanico.

MANUAL: Consiste en un mango de 10 cm de largo por 2 cm de diametro, en union con un molde que tiene forma de media luna, con una muesca en la región media de la región posterior y otra en la región media de la porción anterior.

Se diseñaron 3 tamaños diferentes de moldes;

- 1.- 3 cm de largo x 2 cm de alto x 1 cm de ancho.
- 2.- 4 cm de largo x 2 cm de alto x 1 cm de ancho.
- 3.- 5 cm de largo x 2 cm de alto x 1 cm de ancho.

El molde tiene el filo suficiente para poder cortar facilmente la barra de silastic.

El material con el que se fabricó es acero inoxidable.

MECANICO: Consiste en :

- 1.- Un gato hidráulico.
- 2.- Una base metálica.

3.- Molde de los maxilares.

4.- Plancha metálica superior.

Se seleccionaron 10 pacientes en los cuales se diagnosticó microgenia y en los que se indicó la colocación de una prótesis de silástico en el mentón.

Los pacientes fueron 5 hombres y 5 mujeres, con edades que oscilaron entre 16 y 32 años con una media de 20 años.

A todos los pacientes se le realizaron cefalometrías para conocer el grado de alteración.

La determinación del implante requerido fue en base a las características clínicas del paciente. La colocación del implante se realizó mediante una incisión submental, por vía externa de 2.5 cm de longitud, descendiendo por planos hasta la sínfisis mentoniana, realizándose una copia de acuerdo al tamaño del implante por desajo del periostio.

Se tuvo especial cuidado en la relación implante-sínfisis mentoniana, para lo cual la muesca hecha en la porción media de la región posterior nos sirvió de guía exacta para su colocación sobre la sínfisis mentoniana. Se cerró por planos sellando bien la cavidad. La comprobación de la relación muesca del implante con la sínfisis mentoniana se realizó con una placa radiográfica del mentón.

RESULTADOS:

Los resultados obtenidos fueron:

- 1.- Una buena relación de la parte media del implante con la sínfisis mentoniana. Lo cual se logró en base a la muesca creada, tanto en la porción anterior como posterior. Corroborándose mediante el estudio radiológico, el cual mostró una buena relación.
- 2.- No se observó movilización o desplazamiento del implante. Debido a que se puso especial cuidado en la confección y realización de la bolsa creada en el mentón, así como la colocación por debajo del periostio, se pudo lograr un buen cierre, tratando de cerrar y sellar bien por planos.
- 3.- Se obtuvo una mejor utilización de la barra de silastic. Lo anterior es de vital importancia, ya que con los métodos convencionales de corte y tallado del silastic, el desperdicio es muy significativo, lo que reditua en un ahorro económico.
- 4.- La diferencia en costo de los implantes tomados con los moldes en relación con los prefabricados es significativa.
- 5.- Facilidad en la realización del implante y en su colocación.

CONCLUSIONES:

En conclusión diremos; que la mejor utilización de la barra de silastic, mediante el uso de moldes que facilita la toma de implantes para mentón, así como la creación de una muesca en la porción media de la región posterior, y en la porción media de la región anterior que nos sirve de guía para una buena relación implante-sinfisis mentoniana, redujera en ahorro de tiempo, dinero y esfuerzo, tanto para el paciente como para el cirujano.

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Angle. E.H: Clasification of malocclusion. Dental Cosmos. 41:248-1899.
- 2.- Bean, L.R. Kramer. J.R. and Khaw.F. A simplified. metod For taking radiografics for cefalometrcs analisis. J. oral Surg, 28:675.1970.
- 3.- Hinds.S.:Surgical tratment of developmetal Jew Deformitis. Mosby. 1972.
- 4.- Salzman J. Practice of ortodontics. Phliadelphia and Mon trea; Limpicott. 1966. 403.
- 5.- Sarnat. B?G. and Robinson Surgery of mandibule. Plastic. and recos t. surgery. 17-27.1956.
- 6.- Cadwell J.B. Mandibular. micrognatia correctid by vertical osteotomi in de ramy and iliac bone graft. J. Surg.18:3,1960
- 7.- Cadwell. J.B. Correction of retrognatia, by vertical "L" osteotomy. A naw tecnica. J. oral 26:259. 1968.
- 8.- Convesse. J.M. micrognatia.Brit. J.Plast. 16:197. 1963.
- 9.- Owegueser. H. The indications for studios for surgical correccion mandibular deformitid by the sagital spliting tecnica. Surg. Britis J. 1:157, 1964.
- 10.- Robinson M. bone resoption under plastic chin impla.ts. J. Surg. 27: 116, 1969..

BIBLIOGRAFIA:

- 11.- DEL VECCHYO. C.C. Mentoplastia. Comunicaccon personal.
Hosp. general de Mex. 1936.
- 12.- MARGARIT. G.E. Mentoplastia. Comunicacón personal
Hosp. General de Mex. 1936.

SUPERVISOR:

DR. CARLOS DEL VECCHYO CALCANEO

JEFE DEL CURSO:



DR. ENRIQUE MARGARIT GARCIA.

