



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

REHABILITACIÓN PROTÉSICA INTRAORAL EN UN
PACIENTE CON MAXILECTOMÍA TOTAL.
REPORTE DE CASO CLÍNICO.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N O D E N T I S T A

P R E S E N T A:

ARMANDO BENÍTEZ MENDOZA

TUTOR: Esp. RENÉ JIMÉNEZ CASTILLO

ASESOR: Esp. JOSÉ FEDERICO TORRES TERAN

MÉXICO, D.F.

2009



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 esta 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.

A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.

Por abrir sus puertas y permitirme ser parte de esta gran institución.

A LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA.

Por brindarme una excelente formación profesional y haber tenido la oportunidad de adquirir los conocimientos que ahora tengo.

A MIS PROFESORES.

Por compartir conmigo sus conocimientos y experiencias que serán un tesoro invaluable para mi vida profesional.

AL Esp. RÉNE JIMÉNEZ CASTILLO.

Por haberme brindado su ayuda, su tiempo, su paciencia y trato amable, sin su apoyo no hubiese sido posible esta tesina.

AL Esp. JOSÉ FEDERICO TORRES TERAN.

Por dedicar su tiempo y valiosa ayuda en la elaboración, de este trabajo.

AL SR. MARCOS.

Por ayudarme de manera afable y desinteresada durante la elaboración de esta tesina.

A MIS PADRES JOSEFINA MENDOZA ROJAS Y ARMANDO BENÍTEZ SALAZAR.

Por haberme brindado su apoyo incondicional a lo largo de la vida. Por su amor y cuidados. Por enseñarme a salir adelante y a esforzarme para lograr mis metas y ser lo que ahora soy.

LOS QUIERO MUCHO.

”MUCHAS GRACIAS POR TODO”

A MIS HERMANOS JOEL E ISMAEL.

Por compartir vida, por estar a mi lado cuando lo he necesitado y por brindarme su apoyo.

“GRACIAS HERMANOS”

A LOS FAMILIARES.

Gracias a todos aquellos presentes y ausentes (que en paz descansen) que me apoyaron siempre y de manera incondicional me alentaron para lograr mis metas.

A MIS AMIGOS.

A todos aquellos que en algún momento y lugar a través de mi vida compartieron buenos momentos conmigo.

A MI ESPOSA INGRITH GUADALUPE RUIZ GONZALES.

Por estar conmigo en todo momento, por brindarme su amor, compañía y apoyo incondicional. Por impulsarme a ser mejor cada día.

“TE AMO BIEN Y SIN CONDICIONES”

“GRACIAS A DIOS”

ÍNDICE

	Página.
I. INTRODUCCIÓN.....	6
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
III. JUSTIFICACIÓN.....	9
IV. OBJETIVOS.....	10
4.1 Objetivo General.....	10
4.2 Objetivos Específicos.....	10
Capítulo I ANTECEDENTES.....	11
Capítulo II CÁNCER.....	14
Capítulo III NEOPLASIA DEL MAXILAR.....	16
3.1 Carcinoma del paladar duro.....	17
Capítulo IV QUIMIOTERAPIA	19
4.1 Metodología de la quimioterapia..	20
4.2 Dosis.....	20
4.3 Posición del catéter arterial.....	21
4.4 Posición del catéter venoso.....	21
4.5 Citotóxicos empleados en quimioterapia.....	22
4.6 Nuevos fármacos.....	22
Capítulo V RADIOTERAPIA	23
5.1 Radioterapia en el cáncer avanzado de cabeza y cuello..	23
5.2 Indicaciones de la radioterapia.....	24
Capítulo VI MAXILECTOMÍA.....	25
6.1 Clasificación de los defectos maxilares.....	28

Capítulo VII ANATOMÍA QUIRÚRGICA DE LA MAXILA31

Capítulo VIII DISTRACCIÓN ÓSEA INTRAORAL33

8.1	Conceptos básicos.....	36
8.1.2	Fundamentos biológicos de la distracción ósea.....	38
8.2.	Fundamentos técnicos de la distracción ósea.....	39
8.2.1	Corticotomía/osteotomía.....	39
8.2.2	Periodo de latencia.....	39
8.2.3	Velocidad de distracción.....	39
8.2.4	Ritmo de distracción ósea.	40
8.2.5	Rigidez del distractor óseo.....	40
8.2.6	Periodo de consolidación.....	41

Capítulo IX OBTURADOR PALATINO. 42

9.1	Obturador quirúrgico.....	43
9.2	Obturador transicional.....	44
9.3	Obturador definitivo.....	46
9.4	Obturador tardío.....	47
9.5	Obturador rígido.....	47
9.6	Obturador flexible.....	47
9.7	Obturador parcial.....	48
9.8	Obturador completo.....	49

**Capítulo. X REHABILITACIÓN PROTÉSICA EN
MAXILECTOMÍA RETENIDAS CON IMPLANTES
OSTEOINTEGRADOS.....50**

10.1	Implantes cigomáticos.....	51
------	----------------------------	----

Capítulo. XI	CASO CLÍNICO.	53
11.1	Materiales.....	55
11.2	Método.....	56
V.	CONCLUSIONES.....	60
VI.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	61
VII.	ANEXOS	

I. INTRODUCCIÓN.

El diseño de las prótesis intraorales para pacientes con maxilectomía, representa un reto importante; porque se procura restaurar la función y la estética de las estructuras estomatognáticas de personas con daños intraorales y/o craneofaciales, que son resultado de patologías congénitas, defectos adquiridos, secuelas de tratamientos oncológicos y traumatismos severos.

Con frecuencia aquella persona que tiene alguna lesión de las antes mencionadas, presenta problemas psicológicos, ya que considera que está expuesto a la crítica social; esto determina que el paciente desarrolle una personalidad retraída y tenga una baja importante en la calidad de su vida.

Actualmente, la disciplina de las ciencias médicas que tiene la posibilidad de sustituir protesicamente estructuras de la cavidad oral y de la cara; que se han perdido por diversos motivos y que no pueden ser reconstruidos por medios quirúrgicos es la prótesis maxilofacial.

Algunos autores, definen a la prótesis maxilofacial como la especialidad odontológica que se dedica a la rehabilitación funcional y estética de las estructuras intraorales y extraorales por medios artificiales.

La prótesis maxilofacial, es una disciplina multidisciplinaria que integra el trabajo de diversas especialidades médicas y odontológicas, que se conjuntan para lograr la rehabilitación integral del paciente, de acuerdo a las necesidades particulares de su plan de tratamiento.

La finalidad de este trabajo es presentar la rehabilitación protésica intraoral de un paciente con maxilectomía, que acude a la clínica de prótesis maxilofacial de la

Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México; en la división de postgrado.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El tratamiento quirúrgico de los tumores del maxilar ofrece una cura clínica al paciente, pero, deja como secuela una mutilación de diferente magnitud que compromete al paciente de manera estética y funcional.

III. JUSTIFICACIÓN.

Las resecciones totales del maxilar generan grandes defectos bucales que determinan la necesidad de restaurar protesicamente tales defectos. La inserción temprana de un aparato protésico le permite al paciente maxilectomizado, recuperar el habla, la deglución, la masticación y la respiración mas rápidamente. Como consecuencia de esto, el paciente se recupera paulatinamente del impacto psicológico que le causa la mutilación del maxilar.

IV. OBJETIVOS.

4.1 Objetivo general.

Rehabilitar al paciente maxilectomizado por medio de un obturador palatino.

4.2 Objetivos específicos.

Reconocer la importancia de la relación que existe entre la prótesis maxilofacial con otras áreas de la odontología.

Conocer la técnica de distracción ósea en huesos maxilares.

Conocer los medios de fijación del obturador palatino, por medio de implantes zigomáticos.

Mostrar el proceso de elaboración del obturador palatino.

CAPÍTULO I.

ANTECEDENTES.

Ambroise Pare (1517-1590)

Cirujano francés del siglo XVI. Primero en describir un obturador palatino para cerrar un defecto en el paladar duro. Diseñó un obturador en el cual fijó una pieza de esponja seca a un clip, que estaba colocado en la parte superior de una placa de oro o plata, introdujo la esponja en el defecto que al estar en contacto con la secreción nasal ésta esponja se expande, sellando así el defecto palatino y que a su vez sujetaba la placa al defecto.¹ Fig. 1¹

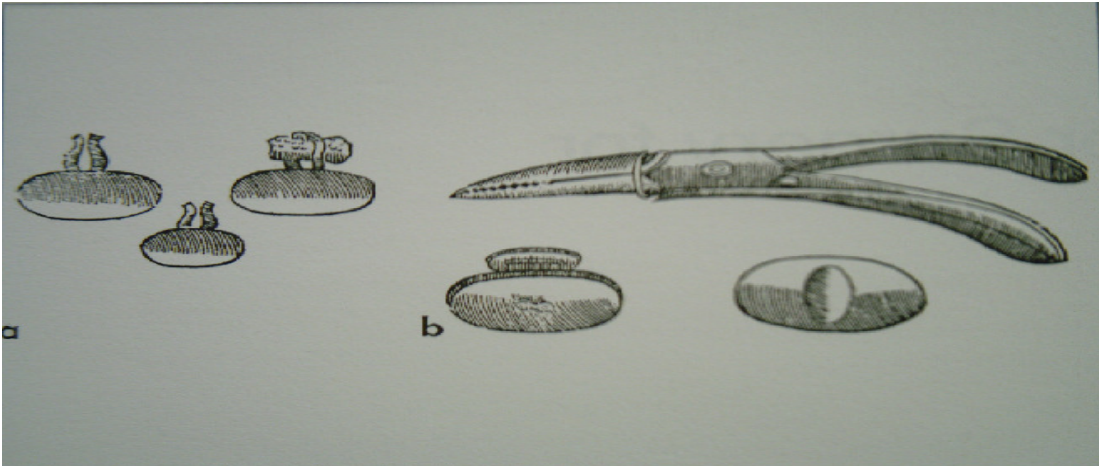


Fig1¹. Obturador de Pare

Pierre Fauchard (1678-1761)

Diseñó un obturador que tenía un ingenioso sistema mecánico que consistía en unas alas semejantes a las de una mariposa, que se abrían con una llave cuando el dispositivo se insertaba en el defecto palatino.^{1, 2.} Fig. 2.¹

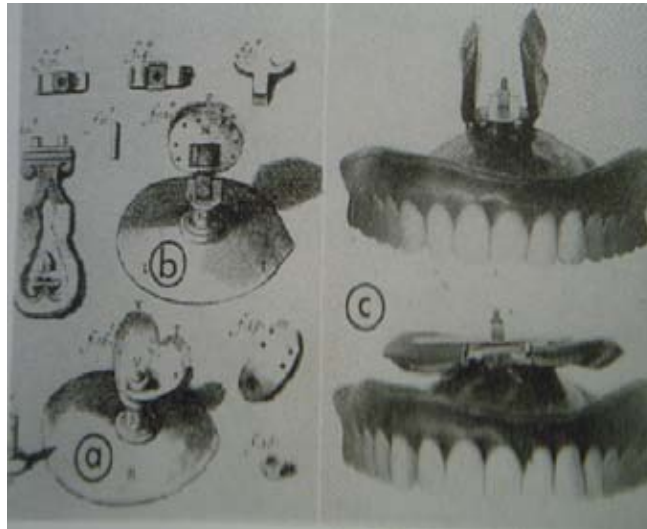


Fig. 2¹ Obturador con un sistema mecánico con forma de alas de mariposa.

En el siglo XVI el uso de la prótesis maxilofacial cobró auge, debido a las necesidades y demandas por parte de los pacientes, los cuales; en muchas ocasiones recurrían a artesanos para la elaboración de prótesis, que en la mayoría de los casos tenían poco o nulo conocimiento médico sobre el tratamiento.

Ésta situación motivó a ciertos doctores de Alemania y Francia, a discutir sobre cuál era la mejor opción en el uso de materiales para la aplicación protésica.

En 1881 Neide hace uso por primera vez el uso de la vulcanita, que es un material inestable y de mal sabor, que solo se podía utilizar pocas horas.

Surge el material termoplástico elaborado a base de cera y resina, este material es el primero en su tipo en ofrecer estabilidad al estar expuesto al calor del cuerpo.³

La primera parte del siglo XVIII fue importante en el progreso de la prótesis maxilofacial; los avances comienzan a extenderse hacia distintas regiones de Europa y Estados Unidos; aparece el celuloide, un compuesto de gelatina y glicerina, de fácil deterioro expuesto a altas temperaturas.³

Durante la segunda guerra mundial aparecen en el mercado sustancias como el látex, (líquido prevulcanizado), resinas polivinílicas (PVC) y el acrílico (polimetilmetacrilato). Estos materiales brindan la posibilidad de realizar mejores técnicas de elaboración. En particular el acrílico constituye en sí, un gran avance en el campo de la prótesis buco maxilofacial, y esto; debido a que es un material ligero, manipulable, fácil de ajustar, traslúcido, apto para pigmentar artificialmente e inerte en contacto a secreciones de la cavidad en donde se alojará protésicamente.³

Más tarde aparecen los acrílicos resilientes, los mercaptanos y las siliconas, que se utilizan en el campo de la medicina desde 1945, debido a su biocompatibilidad con el cuerpo humano.

CAPÍTULO II.

CÁNCER.

Es un conjunto de enfermedades que se caracterizan por la alteración del equilibrio entre la reproducción celular y los mecanismos normales de muerte celular; esto produce una expansión de tejido que invade los lugares cercanos.⁴

Existen factores de riesgo y agentes etiológicos que determinan el desarrollo del cáncer. Los agentes etiológicos propician el desarrollo del cáncer a través de los efectos que generan los genes del cáncer, y que son de dos tipos diferentes: Genes iniciadores y genes promotores.

La carcinogénesis se basa en la interacción de diversos agentes que se conjugan a través de un tiempo variable y que producen cáncer.

Características de la carcinogénesis:

1. Los agentes iniciadores son carcinógenos que tienen la capacidad de inducir cambios físicos o estructurales en los genes.
2. El inicio ocurre en periodo corto de tiempo, de tal manera que las células hijas fijan el cambio y quedan iniciadas.
3. Los agentes promotores, inducen la proliferación celular de las células iniciadas, y esto genera una proliferación policlonal. Éste fenómeno ocurre en periodos de tiempo que pueden ser de meses o años.
4. Durante la progresión, una célula iniciada y en promoción, espontáneamente o de manera inducida por otros sucesos, adquiere otras alteraciones genéticas que le hacen adoptar el fenotipo maligno.

Los agentes carcinógenos se clasifican en exógenos y endógenos. Los exógenos son de naturaleza química, física, viral o parasitaria; y los endógenos

son congénitos o hereditarios, adquiridos, hormonales o de reparación del daño al DNA.

Características morfológicas de las neoplasias malignas.

Las células neoplásicas asumen en mayor o menor grado las características morfológicas y funcionales de las células normales del órgano en donde se originaron. La diferenciación celular de las neoplásias malignas se refiere a la semejanza morfológica y funcional de la célula neoplásica con la célula normal de la cual se origina. La diferenciación puede ser descrita por tumoraciones bien diferenciadas, mínimamente diferenciadas, con nula diferencia o como masas anaplasicas o indiferenciadas. A menor diferenciación de una neoplasia, será mayor la velocidad de proliferación celular y crecimiento tumoral. Fig. 31²⁵

Los tumores malignos se caracterizan por la capacidad que presentan para infiltrar a la estructura que origina el tumor así como también a los órganos y tejidos contiguos; otra característica sería la habilidad para diseminar las células neoplásicas a distancia (metástasis)



Fig. 31²⁵ Tumores leucoplasicos malignos en maxila

CAPÍTULO III.

NEOPLASIA DEL MAXILAR

Los procesos cancerígenos en la boca constituyen el 5% de todos los tumores malignos del organismo, aproximadamente el 60% de ellos se diagnostican en estadio avanzado.

El pronóstico de este tipo de cáncer es desfavorable ya que 1 de cada 3 pacientes fallece durante los primeros 5 años después del diagnóstico.

Esta alta incidencia de mortandad, se debe a que se fracasa en la implementación de las técnicas de examen selectivo (citología exfoliativa), el desconocimiento del problema por parte de la población en general, y la alta presencia de estos tumores en pacientes mayores de 60 años, una proporción elevada de los cuales carece de dentadura y, por consiguiente, se supone que el examen de la boca no es necesario.

El cáncer oral es más frecuente en la India que en otros países de África y Europa. El 90% de los tumores malignos de la boca son carcinomas epidermoídes o de células escamosas. Esta enfermedad predomina sobre la población masculina (8 - 10 varones por una mujer).⁵ Fig. 3²⁵

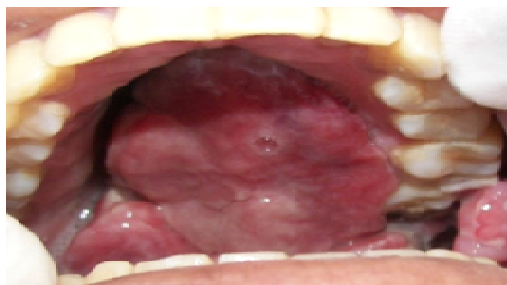


Fig. 3²⁵ Carcinoma epidermoide en maxila

Los tumores epiteliales malignos denominados carcinomas, son las neoplasias malignas más frecuentes e importantes de la cavidad oral y de la zona perioral. A través de su desarrollo infiltrante-destructor ilimitado, destruyen el tejido normal.

La metástasis, o sea la diseminación de tumores, se realiza por medio de incursiones de líquido linfático que van a desembocar primero en los ganglios linfáticos regionales (submandibulares, submentonianos), para ir incluyendo progresivamente a los grupos de ganglios linfáticos cervicales y supraclaviculares⁶

3.1 Carcinoma del paladar duro

De manera artificial el paladar se divide en paladar duro y paladar blando, considerándose la úvula y el paladar blando, como parte de la orofaringe (arco palatino), esta separación tiene un fundamento histopatológico, ya que una gran proporción de tumores del paladar duro tienen un origen mucoso a partir de una glándula salival; por cada tumor epidermoide del paladar duro existen 3 o 4 tumores glandulares, no obstante, esta preponderancia no se presenta en el paladar blando.⁵

Esta neoplasia afecta principalmente a varones en la séptima década de vida. Desde el punto de vista pronóstico, el tamaño del tumor tiene una mayor influencia que la localización anatómica.

Morfológicamente, los tumores adoptan un aspecto ulcerado o verrugoso, a menudo se encuentra rodeado por áreas de leucoplasia. Se desarrollan en la línea media o a cada uno de los lados de ella cerca de la encía superior.⁵

La invasión local de estructuras adyacentes (encía, lengua, mucosa bucal), es un signo de mal pronóstico. La supervivencia a los 5 años es del 40% en pacientes de menos de 60 años, y del 26% en pacientes mayores de 60 años. Además los varones tienen el peor pronóstico (28%) a los 5 años que las mujeres (39%). Para lesiones de tamaño inferior a los 3 cm, la supervivencia es de 50%.⁵

El estadio del tumor en el momento del diagnóstico es el factor pronóstico más importante. La selección del tratamiento debe basarse en la localización anatómica, la extensión de la lesión y la presencia de adenopatías cervicales u otros tumores primarios. La cirugía y la radioterapia logran resultados aceptables en tumores con estadios bajos, así como un buen control de la enfermedad local.

La diferenciación de células tumorales indica el grado de malignidad del proceso neoplásico. De tal manera que el grado I es el mejor diferenciado y el grado IV es el peor diferenciado.⁷

La agresividad del tumor y, por tanto, su pronóstico, se correlaciona con el grado de diferenciación y de manera general las neoplasias mejor diferenciadas son menos agresivas.

En el caso de un tumor maligno indiferenciado, en donde las técnicas convencionales no consiguen distinguir entre un carcinoma, un linfoma o un melanoma; se puede recurrir a la aplicación de marcadores específicos que ayudan a determinar el tipo de células, que al transformarse dieron origen al tumor y que perdieron las características originales.⁸

CAPÍTULO IV.

QUIMIOTERAPIA

La infusión de agentes quimioterapéuticos en los vasos sanguíneos principales que irrigan las zonas tumorales, es la forma en que se administran los medicamentos que tienen predilección por las células anaplasicas, destruyendo así a los tumores cancerígenos.

El metotrexato y el 5-fluorouracilo, son dos agentes químicos sintéticos pertenecientes al grupo de los antimetabólicos, que interfieren en el metabolismo de las células cancerosas que crecen y se dividen rápidamente.⁹

La infusión controlada del compuesto químico al torrente arterial, se establece con la determinación de causar un efecto cancericida constante, a la vez que se busca tener el menor efecto depresor sobre el sistema hematopoyético del paciente.

La administración bucal de estos agentes quimioterapéuticos después del tratamiento inicial de la infusión arterial, estará indicada si así lo determinan los resultados de recuentos hematológicos, exámenes histológicos y clínicos del sitio tumoral.

Se puede anticipar que el paciente presente síntomas como, náuseas, vómitos y malestar en general. Se produce la remisión de la actividad tumoral y el sitio, por lo general se desprende. El tratamiento de seguimiento puede ser triple y consiste en más agentes quimioterapéuticos, radiación con rayos X y la extirpación quirúrgica de un tumor más pequeño y menos agresivo.¹⁰

4.1 Metodología de la quimioterapia.

La estrategia terapéutica consiste en liberar una cantidad extremadamente alta de drogas antitumorales, directamente dentro de las arterias que vasculariza el tumor, mientras se infunde simultáneamente una droga antagonista selectiva en el sistema venoso.

El uso simultáneo de cisplatino intra arterial y su antagonista, el tiosulfato sódico, permite obtener concentraciones intratumorales calculadas de cisplatino 250 veces superiores a las obtenidas por vía venosa, la finalidad es obtener una alta concentración del quimioterapéutico intratumoral.

Su neutralización se realiza, una vez que sale del tumor y entra en contacto con el fármaco antagonista que circula en el circuito venoso.

La droga es el cisplatino y en el antagonista específico el tiosulfato sódico, que forma un quelato biológicamente inactivo casi de manera instantánea cuando se une al cisplatino.¹⁰

4.2 Dosis.

El régimen de sesiones puede ser variable en su periodicidad, pero no debe superarse la dosis de 150 /m² de cisplatino por sesión. Se diluye la concentración de 1mg de cisplatino en 1 ml de suero salino, el tiempo total de infusión del cisplatino excede los 2 minutos por sesión; es necesario para minimizar la toxicidad renal realizar un proceso de prehidratación con suero desde la noche anterior al tratamiento.¹⁰

- Con el mismo propósito se administran diversos osmóticos después del procedimiento.
- Se realiza infusión simultánea de tiosulfato intravenoso a dosis comenzando la infusión 30 segundos tiosulfato intravenoso a dosis de 9 g/m³ disueltos en 200 cc. de suero salino comenzado la infusión 30 segundos antes de cisplatino.

- Radioterapia fraccionada posterior, en el mismo día, 180 – 200 Gy/d x 35, o según los diferentes protocolos utilizables, aprovechando el efecto sensibilizador del cisplatino.¹⁰

4.3 Posición del catéter arterial.

Técnica indicada:

- El catéter se sitúa en la arteria carótida externa proximal para tumores del área faríngea y parafaríngea.
- Para tumores laríngeos, el catéter se sitúa en la lengua en la arteria tiroidea superior.
- Para tumores de la lengua y base de la lengua el catéter se sitúa en la arteria lingual.

4.4 Posición del catéter venoso.

Se precisa la colocación de un catéter venoso en una vía central, (cava superior, vena subclavia, aurícula derecha), usualmente por vía braquial, con el fin de permitir una tasa de infusión alta, de alrededor de 100 cc/mm, garantizando una rápida difusión y mezcla de la droga antagonista.

El inyectar simultáneamente cisplatino vía arterial y tiosulfato vía venosa, permite que la masa tumoral reciba la dosis completa del platino antes que el agente neutralizante (tiosulfato), y que los órganos (especialmente riñón, hígado y médula ósea), reciban el agente neutralizante antes que el agente tóxico (cisplatino); la quimioterapia intra – arterial se realiza directamente sobre los vasos que irrigan la masa tumoral.¹⁰

4.5 Citotóxicos empleados en quimioterapia.

- Metotexate.

- Bleomicina.
- Cisplatino.
- Docetaxel (fármaco de nueva generación).
- Paclitaxel (fármaco de nueva generación).
- Ciclofosnamida.
- 5 – fluorouracilo (5 – FU).
- Ifosfamida.
- Vinorelbina mitamiaina.

El cisplatino es un agente alquilante que actúa insertándose en la doble hélice del DNA, deteniendo su replicación.

El 5 – FU es un análogo de las pirimiditas.¹⁰

4.6 Nuevos fármacos.

- Los taxanos, como el paclitaxel y el docetaxel inducen la apoptosis celular (muerte celular programada), y son buenos radio sensibilizantes.

La quimioterapia basada en cisplatino, aumenta la supervivencia con respecto al tratamiento con radioterapia en el cáncer avanzado de cabeza y cuello.

Este resultado mejora al asociar taxanos, en especial el docetaxel.

La combinación de cisplatino 5 – FU – docetaxel está considerada en la actualidad la más eficaz en el tratamiento del carcinoma epidermoide del área de cabeza y cuello.¹⁰

CAPÍTULO V.

RADIOTERAPIA.

Un aspecto importante a considerar en la implementación del tratamiento de radioterapia en un tumor; es el grado de sensibilidad que presenta. Los tumores radio sensibles pueden ser tratados ventajosamente con rayos x o con emanaciones de radio solas o en combinación de la cirugía.

La radiación en el tratamiento de las neoplasias malignas, se basa en el hecho de que las células tumorales en estadios de crecimiento activo, son más susceptibles a la radiación que en las de tejido adulto. Cuanto más diferenciadas aparecen estas células histológicamente, más probabilidades hay que el tumor sea radio sensible. Cuanto más normal y adulto es el aspecto de las células, menor es su reacción a la radiación.

El modo de acción de la radiación sobre la neoplasia activa y creciente es la muerte inmediata o demorada de las células tumorales y la supresión de su reproducción.

Los agentes empleados para la radiación son los rayos X de corta longitud de onda, o los rayos gamma del radio.¹⁰

5.1 Radioterapia en el cáncer avanzado de cabeza y cuello.

El objetivo principal del tratamiento radio terapéutico en el cáncer de cabeza y cuello, es mejorar el índice terapéutico, que consiste en obtener la mayor probabilidad de control tumoral con la menor toxicidad posible, intentar evitar cirugías mutilantes considerando presentando órganos diversos.¹¹

5.2 Indicaciones de la radioterapia.

La radioterapia en el cáncer de cabeza y cuello se puede utilizar de forma postoperatoria, radical o paliativa.

En la radioterapia postoperatoria se utiliza dosis de 50 a los 5 G y; esto depende de los márgenes de la resección y la afectación ganglionar.

Las indicaciones de radioterapia postoperatoria son:

- Márgenes quirúrgicos inadecuados.
- Tumores de gran tamaño aunque tengan márgenes libres.
- Ausencia de vaciamiento ganglionar estando indicado.
- Rotura de cápsula ganglionar.
- Presencia de permeación (vascular linfática y/o perineal).

Se integra quimioterapia postoperatoria a pacientes menores de 70 años en los que exista rotura capsular.¹¹

CAPÍTULO VI.

MAXILECTOMÍA.

El seno maxilar es el sitio más común en donde se presenta el carcinoma epidermoide; muy pocas veces el tumor se encuentra confinado solamente a las paredes del hueso del seno maxilar. A principios del siglo XX, la extensión del tumor que se manifestaba hasta por detrás del seno maxilar, solamente se podía tratar por medio de radioterapia y cauterización, lo que se traducía, que los resultados fueran poco alentadores. Con el advenimiento de la anestesia endotraqueal, los antibióticos, la diálisis y la prótesis maxilofacial, los tratamientos ahora son más positivos.

La resección del tumor por medio de la maxilectomía y estructuras adyacentes, si fuese necesario (ptérigoideo, paladar suave, nasofaringe, etmoides y estructuras peri orbitarias), junto con la radioterapia posquirúrgica, han resultado ser los tratamientos más efectivos contra este tipo de neoplasia.

La determinante para realizar la maxilectomía, está basada en el estudio histopatológico del tumor, la extensión de la lesión, la presencia de metástasis en cadenas ganglionares regionales, metástasis a distancia y las condiciones físicas del paciente.¹²

Cada paciente representa un problema distinto de acuerdo a la localización, sitio y tamaño del defecto, así como la histología y grado de diferenciación del tumor, la terapia coadyuvante y el estado dental previo a la intervención quirúrgica oncológica. Fig. 4²⁵



Fig. 4²⁵ Incisión quirúrgica para maxilectomía.

Cuando estos defectos son pequeños, pueden cerrarse con injertos cutáneos, pero al ser más extensos y no poderse corregir con un injerto, ni rotar el colgajo; la reconstrucción del maxilar involucra al protesista maxilofacial, siendo necesaria la rehabilitación con un obturador palatino.³ Fig. 5²⁵



Fig. 5²⁵ Desplazamiento del colgajo.

La evaluación dental cuidadosa preoperatoria es indispensable. Cuando se altera la integridad y función del paladar, la fonación y deglución también se afectan, y por ello, debe considerarse su rehabilitación (fig. 6) ²⁵ Además existe una pérdida adicional de la habilidad para hablar, comer, controlar los líquidos orales, así como los defectos cosméticos en la forma de la cara. ¹³

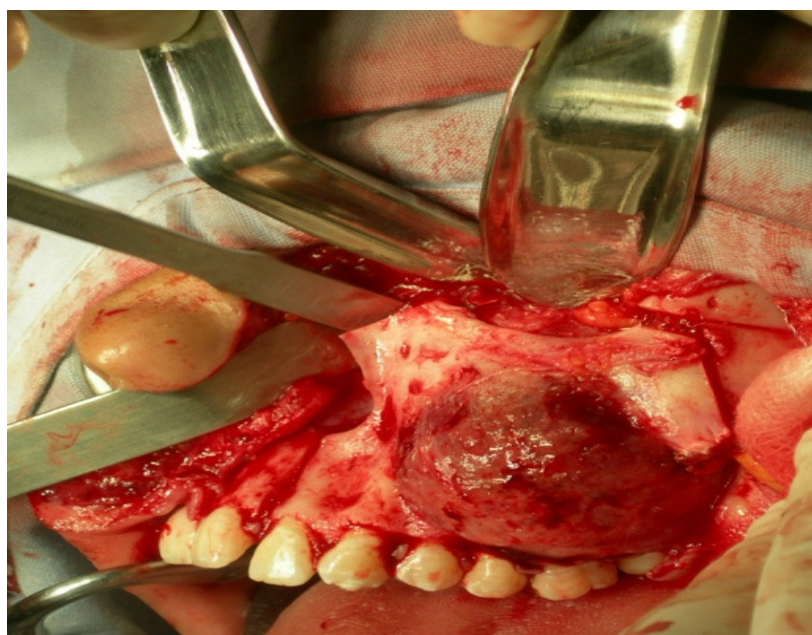


Fig. 6²⁵ Limite de la resección.

6.1 Clasificación de los defectos maxilares.

Aramany realizó una clasificación de defectos maxilares, basada en la relación del área del defecto y el remanente de órganos dentarios.

Clase I.

La resección en este grupo se realiza a lo largo de la línea media del maxilar; los dientes son mantenidos en un lado de la arcada. Éste es el defecto maxilar más frecuente, y la mayoría de los pacientes lo presentan. Fig. 7²⁵

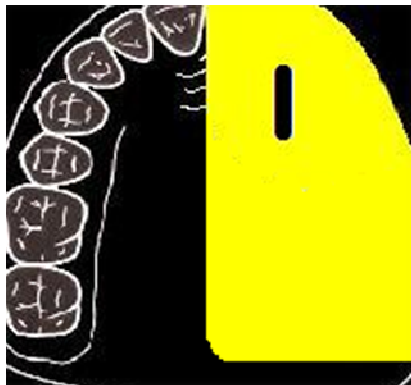


Fig. 7²⁵ Clase I de Aramany.

Clase II.

El defecto en este grupo es unilateral, se mantienen los órganos dentales anteriores del lado contrario. El diseño recomendado es similar al diseño de la clasificación II de Kennedy. Fig. 8²⁵

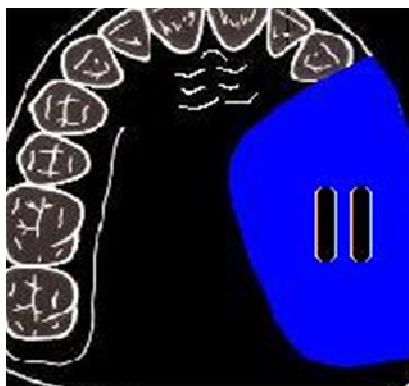


Fig. 8²⁵ Clase II de Aramany.

Clase III.

El defecto palatino ocurre en la porción central del paladar duro y puede involucrar parte del paladar blando. La cirugía no involucra el remanente de órganos dentales. Fig. 9²⁵



Fig.9²⁵ Clase III de Aramany.

Clase IV.

El defecto cruza la línea media e involucra ambos lados del maxilar. Son pocos los órganos dentarios remanentes que quedan en la línea, los cuales crean un diseño similar al diseño unilateral de la prótesis parcial removible. Fig.10²⁵



Fig.10²⁵ Clase IV de Aramany.

Clase V.

El defecto quirúrgico en este caso es bilateral y se localiza posterior a los órganos dentales remanentes. Fig. 11²⁵



Fig. 11¹⁴ Clase de Aramany.

Clase VI.

Es un defecto maxilar adquirido anterior, es raro que se presente, éste ocurre generalmente en traumatismos o defectos **congénitos**. Fig. 12²⁵



Fig. 12²⁵ Clase VI de Aramany.

CAPÍTULO VII.

ANATOMÍA QUIRÚRGICA DE LA MAXILA.

La resección del maxilar superior está reservada casi exclusivamente para las intervenciones oncológicas; Esta operación tiene por objeto resecar un bloque óseo formado por el maxilar superior. La porción horizontal del palatino, la concha inferior y una porción del malar. Este bloque forma parte del macizo facial. Fig. 13¹⁶.

Este bloque se encuentra unido al resto del esqueleto facial por cuatro puntos, los que requieren ser cortados en el orden siguiente: ¹⁵

- La articulación del malar con el vértice de la apófisis piramidal.
- La apófisis ascendente del maxilar en su articulación con el hueso propio de la nariz.
- La apófisis palatina del maxilar.
- La porción horizontal del maxilar.



fig. 13¹⁶ Estructuras anatómicas óseas de la maxila.

Nueve músculos se insertan en éste bloque:

- Cara orbitaria del maxilar.
- Oblicuo menor del ojo, en cara externa y en la apófisis ascendente.
- El orbicular de los párpados.
- El elevador común del ala de nariz y del labio superior.
- El elevador propio del labio superior.
- El buccinador.
- El canino.
- El transverso de la nariz.
- El dilatador del ala de la nariz.
- El masetero.

Estas inserciones tienen que desprenderse para poder ser resecado el maxilar.

CAPITULO VIII.

DISTRACCION ÓSEA INTRAORAL.

La distracción es una técnica de alargamiento óseo que utiliza los mecanismos naturales de curación ósea para generar hueso nuevo.

El espacio creado es inicialmente relleno principalmente, con fibras de colágeno, organizadas paralelas al vector de la fuerza de distracción; que durante el periodo de consolidación da lugar a la osificación de la matriz ósea y su remodelación.

El producto obtenido de la distracción osteogénica, es la neoformación de tejidos con características idénticas en arquitectura y composición histológica a los tejidos originales; lo que representa la mayor ventaja en el momento de la reconstrucción.

Tras la realización de una osteotomía, se coloca un dispositivo, denominado distractor, que permite extender lentamente el hueso (1 mm. Al día aproximadamente) hasta alcanzar las nuevas dimensiones óseas deseadas, mientras los mecanismos naturales de osificación producen nuevo hueso en el lugar de la distracción. Fig. 14¹⁷.

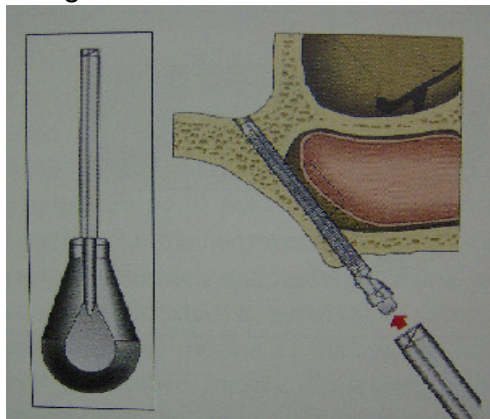


fig. 14¹⁷ Distractor óseo.

La primera descripción técnica de distracción ósea en la literatura médica fue hecha por Codvilla para el alargamiento de las extremidades inferiores.

En las primeras décadas del siglo XX, varios cirujanos introdujeron modificaciones en la técnica buscando disminuir, sin éxito, las complicaciones de mal alineamiento de los fragmentos óseos, la no unión de los mismos y la osteomielitis, que presentaban muchos de los primeros pacientes.

En 1949, Gabriel O. Ilizarov comenzó a tratar con esta técnica en Siberia, a muchos de los veteranos rusos con problemas de osteomielitis y pseudoartrosis por heridas sufridas en la segunda guerra mundial. Durante 30 años el cirujano Ruso perfecciono la distracción ósea de las extremidades, describiendo la utilización de una corticotomía con preservación de la vascularización periostica y medular del hueso, y la distracción lenta de los segmentos óseos (1 mm. Al día). Tras un periodo de latencia de 5 a 7 días. Fig. 15¹⁷

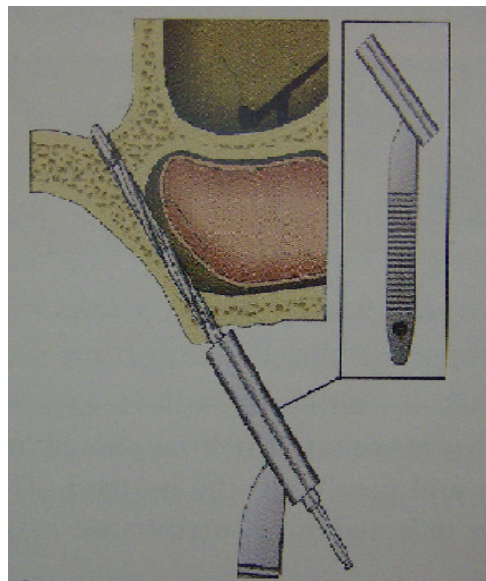


Fig. 15¹⁷ colocación del distractor.

La primera descripción de la aplicación clínica de estos principios,

para tratar una deformidad facial, aparece en la literatura médica en 1992, cuando McCarthy describe una corta serie de casos de distracción mandibular unidireccional en pacientes con microsomía cráneo facial y síndrome de Nager.

Desde entonces a aparecido un numero creciente de sucesivas modificaciones técnica, extendiéndose la aplicación de esta técnica al tratamiento de otros huesos faciales hipoplásicos.

8.1 Conceptos básicos.

Un cirujano ortopedista, el Dr. Gabriel O. Illizarov, de Kugan, Rusia, y sus colaboradores son los más reconocidos y asociados con la técnica, por sus estudios histológicos y clínicos en relación al ritmo, intervalo de distracción y respuesta fisiológica de los tejidos en huesos largos bajo distracción osteogenica.

Los pioneros de la técnica estudiaron los parámetros fisiológicos asociados con la expansión lenta y progresiva del tejido óseo.

Estos axiomas básicos son comúnmente llamados los principios Ilizarov.

El distractor fue utilizado al momento de la cirugía y no fue activado por el periodo de latencia de 5 días post-cirugía, para dar lugar al proceso de cicatrización preliminar. Los segmentos del hueso fueron distraídos a 1mm. por día.

Distraer los segmentos de hueso muy lentamente, origina una osificación prematura mientras que si se realiza más rápido da lugar a una formación con una calidad pobre de hueso. Fig.16^{24*}

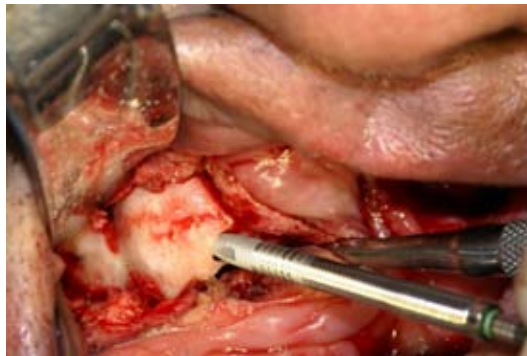


fig.16^{24*} Ritmo de distracción ósea.

Idealmente la aplicación de la fuerza de distracción al hueso debe ser continua con un ritmo de reparación de los segmentos de dos a tres veces al día, invitando a la mejor adaptación muscular posible a ese estiramiento óseo. Una vez que el nuevo hueso es formado, se espera que se realice el proceso de osificación dejando al distractor en posición.

Esta técnica fue descrita en primer lugar para el alargamiento de las extremidades inferiores, y es descrita actualmente también; para las estructuras del esqueleto craneofacial. Debido a la diferencia de irrigación sanguínea en el área craneofacial y las extremidades inferiores, los principios de la técnica original del Dr. Ilizarov han sido adaptados a la región. Fig.17^{24*}



Fig. 17^{24*} Radiografía de la distracción ósea.

8.1.2 Fundamentos biológicos de la distracción ósea.

En los huesos membranosos de la cara, se produce una curación ósea del foco de distracción por inducción mesenquimal de células osteoprogenitoras. Esta unión ósea es diferente del proceso de cicatrización de una fractura y del mecanismo, por el que se produce la curación ósea indirecta del foco de distracción en los huesos largos de las extremidades (osificación endocondral, donde primero se forma cartílago y luego hueso).

Simultáneamente a la elongación ósea hay un aumento en las partes blandas asociadas. Clínicamente, este efecto es beneficioso, especialmente en el tratamiento de regiones faciales congénitamente hipoplásicas.

8.2 Fundamentos técnicos de la distracción ósea.

8.2.1 Corticotomía/osteotomía.

Se realiza una incisión intraoral y una exposición subperiostica del hueso hipoplásico. Mediante una sierra reciprocante o una fresa quirúrgica se realiza una osteotomía/corticotomía, teniendo en cuenta el vector de distracción deseado. Si la distracción fuese bi-direccional, será necesario realizar una segunda corticotomía con un vector diferente. Se coloca el distractor intraoral o extra oral, y se activa ligeramente.

Una elección incorrecta del vector de distracción puede conducir a obtener resultados inadecuados.

8.2.2 Periodo de latencia.

Ilizarov recomendó esperar de 5 a 7 días desde la cirugía hasta el comienzo de la distracción. Estudios de experimentación animal demostraron que un periodo de latencia más corto puede producir una pobre respuesta osteogénica, con bascularización disminuida, mientras que un periodo de latencia largo puede conducir a una osificación prematura de los segmentos óseos.

8.2.3 Velocidad de distracción.

Ilizarov recomendó una velocidad de distracción de 1 mm al día. Estudios de experimentación animal demostraron que cuando se utiliza una velocidad de 0.5 mm al día se produce una osificación prematura de los segmentos óseos mientras que una velocidad de 2 mm diarios conduce a un relleno de la zona de osificación por tejido fibroso en lugar de hueso.

8.2.4 Ritmo de distracción ósea.

El ritmo de distracción es el número de veces que se distrae el hueso al día, 1mm de distracción al día puede ser aplicado desde una sola vez a dos veces al día (0.5 mm cada vez), en 4 veces al día (0.25 mm en cada vez). Ilizarov encontró en estudios experimentales que los mejores resultados se obtenían con una fuerza de distracción continua aplicada por un auto distractor. Desgraciadamente, ninguno de los diseños actuales, permiten un ritmo continuo de distracción.

La medición de 0.5 mm aplicada 2 veces al día es el ritmo de distracción ósea, que es considerada actualmente como clínicamente aceptable.

8.2.5 Rigidez del distractor óseo.

El distractor debe estabilizar el espacio de distracción hasta que se forme en el hueso nuevo, impidiendo movimientos de cizalla que lesionen los canales basculares neo formados o las micro columnas de hueso en formación. En la actualidad, los distractores disponibles en el mercado se catalogan en distractores rígidos y distractores semirrígidos. Los distractores rígidos conservan su forma durante el periodo de distracción permitiendo una remodelación ósea rectilínea. Los distractores semirrígidos se van deformando por las cargas funcionales que reciben, generando así un alargamiento óseo curvilíneo.

8.2.6 Periodo de consolidación.

Tras la elongación del hueso hipoplasico, hasta alcanzar las dimensiones deseadas, se debe mantener el distractor colocado para permitir la maduración ósea. El tiempo necesario para la curación ósea varia en relación a la edad del paciente y a la cantidad de hueso elongado, la maduración ósea es más rápida en pacientes jóvenes que en adultos. El método más utilizado para determinar el momento en el que se puede retirar el distractor es la visualización de una cortical ósea en el tramo óseo elongado.

CAPÍTULO IX.

OBTURADOR PALATINO.

Cuando hay pérdida del soporte óseo por cirugía, los tejidos blandos de la cara y la cavidad oral; se sostienen estéticamente por medio de una prótesis y los dientes faltantes se remplazan para ayudar en la función masticatoria.

La forma del defecto causado por la recesión indica el tipo de obturador palatino que usara el paciente.

El obturador debe cumplir los siguientes principios:

- Colocación pasiva.
- Retención.
- Estabilidad.
- Abrazar los pilares dentales.
- Soporte dental.
- Movimiento reducidos, evitando las fuerzas de torque a las piezas dentales pilares.
- Permite diseñar el obturador con las características propias del defecto, para su retención mecánica y anatómica.

Partes del obturador palatino.

La prótesis obturadora tiene dos partes:

- El obturador, que va a dejar el vacío dejado por la cirugía dejando la vía digestiva de la respiratoria
- La otra parte restaura el contorno del paladar, repone el volumen del reborde alveolar faltante y dientes ausentes para establecer la oclusión.

Existen diferentes tipos de obturadores.

De acuerdo al momento en que se confecciona, el obturador puede ser:

9.1 Obturador quirúrgico.

Este aparato se confecciona previo a la cirugía y se coloca en el mismo acto quirúrgico de resección tumoral. Cuando el cirujano extirpa el tumor, el protesista maxilo - facial, instala el obturador palatino y el cirujano procede a la sutura del paciente.

El obturador quirúrgico debe ser removido de siete a diez días después de la cirugía. Fig. 18¹⁸

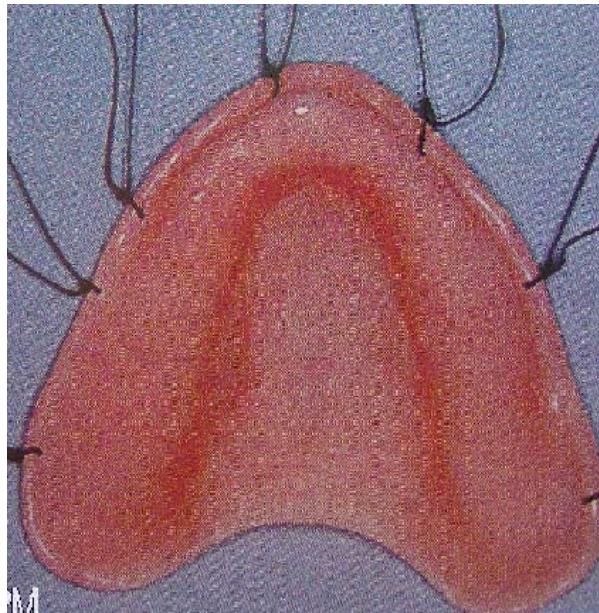


Fig. 18¹⁸ obturador quirúrgico.

Es necesario preparar con anticipación la cavidad oral, restaurando las piezas dentales que puedan dar soporte a la prótesis. Se fabrica a partir de las impresiones prequirúrgicas, donde el cirujano tiene que estimar la extensión de la resección quirúrgica.

Ventajas:

- El paciente pueda alimentarse de forma casi habitual sin depender de una sonda naso gástrica u oro gástrica.
- Se mantiene el control del lecho quirúrgico durante el proceso de cicatrización.
- Se previene para que los tejidos cicatricen adecuadamente.
- Reduce la contaminación oral durante el período posquirúrgico.
- Reduce la incidencia de una infección local.
- Proporciona una mejor habla al reproducir el contorno palatino y cerrar el defecto.
- Disminuye el impacto psicológico del paciente.
- Disminuye el período de hospitalización.

9.2 Obturador transicional.

Esta prótesis es aquella que se colocó en el acto quirúrgico de la resección tumoral, y esta conteniendo un tapón de gasa que ayuda al proceso de cicatrización.

A los 15 días de realizada la cirugía, se retira la gasa y se rebasa la prótesis con acondicionador de tejidos lo que permite un mejor ajuste y cierre de la comunicación y también la óptima cicatrización final del lecho quirúrgico.

La prótesis debe ser rebasada cada 10 días a la espera de la cicatrización final y así poder elaborar la prótesis definitiva. Fig.19¹⁸

Ventajas:

- ▶ Mantener el control del lecho quirúrgico durante la cicatrización.
- ▶ Mejorar la deglución.
- ▶ Mejorar la fonación del paciente.



Fig. 19¹⁸ obturadores de transición

El paciente es valorado cada dos semanas, debido a los cambios rápidos de los tejidos durante la organización tisular de la cicatrización.

9.3 Obturador definitivo.

Esta prótesis se realiza después de que se alcanzó una óptima cicatrización del lecho quirúrgico. Si el paciente recibió tratamiento de radioterapia entonces se tiene que esperar varios meses para elaborar la prótesis.

Debido a que las condiciones bucales varían constantemente, la prótesis requiere rebasases y modificaciones también; esto determina que la prótesis nunca sea definitiva y se tenga que confeccionar nuevas prótesis.

Es posible que el obturador definitivo pueda conectarse a prótesis faciales, en el caso de que la lesión haya involucrado partes del rostro. Siempre en estos casos se realiza primero la rehabilitación bucal lo que da soporte adecuado a labios y mejillas, y después se procede a la rehabilitación facial que podrá estar conectada al obturador definitivo o no. Fig. 20¹⁸

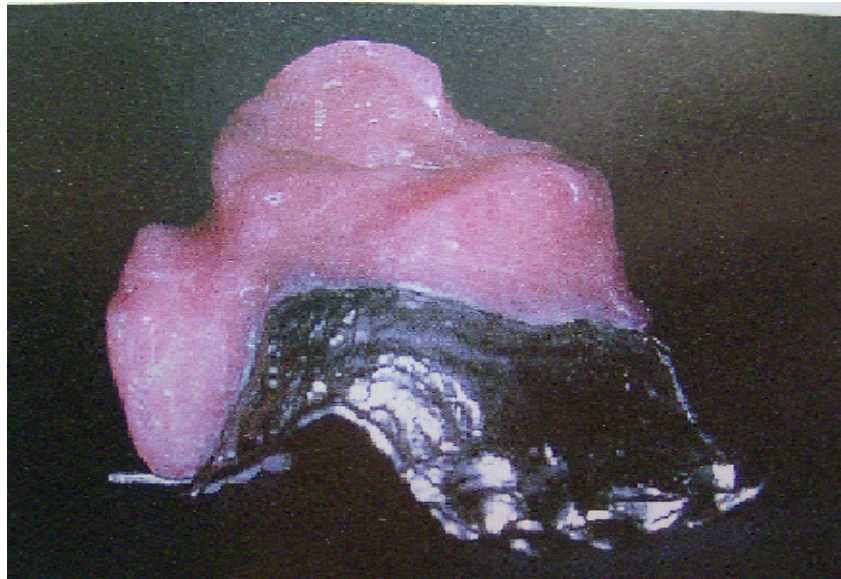


Fig.20¹⁸ obturador definitivo.

9.4 Obturador tardío.

Es aquella que se coloca en el paciente, al cuál después de haber sido intervenido quirúrgicamente no se le confecciona alguna prótesis obturadora.

Según el material del obturador este puede ser:

- Rígido.
- Flexible.

9.5 Obturador rígido.

Este tipo de prótesis esta indicada cuando la extensión de la comunicación es pequeña y el defecto no presenta retenciones anatómicas.

El obturador se realiza con materiales rígidos y tiene la ventaja de ser higiénico; es frecuente su uso en pacientes adultos con fisura palatina y en pacientes con comunicaciones buco-nasales que se encuentran en el centro del paladar.

9.6 Obturador flexible.

Se utiliza cuando la comunicación buco-nasal es muy extensa y el paciente carece de dientes en el resto del maxilar. Esto complica la retención del obturador.

La mejor opción en este caso, es fabricar el obturador flexible que va separado de la base de la prótesis. El obturador flexible penetra dentro de la comunicación en busca de retención en la topografía del defecto, y así; se garantiza el cierre hermético y la separación de las vías digestiva y aérea.

Según la situación dentaria del maxilar el obturador puede ser:

- Parcial.
- Completo.

9.7 Obturador parcial.

Si en el maxilar remanente existen órganos dentales óptimos, entonces la prótesis se sujetará a ellos por medio de retenedores extracoronarios, ataches o broches.

Existe una gran variedad de diseños posibles que se pueden aplicar a la retención de la prótesis, pero el gancho continuo vestibular que desde distal, llega al vestíbulo en el fondo del surco y baja en cada uno de los dientes buscando el anclaje en los cuellos dentinarios. Fig. 21²⁰

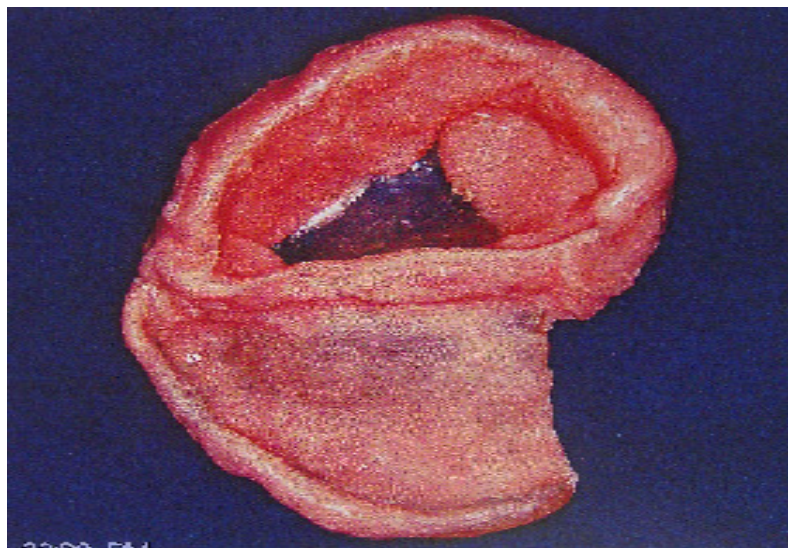


Fig. 21²⁰ Obturador Parcial.

9.8 Obturador completo.

Si el maxilar remanente esta totalmente desdentado, la prótesis tendrá la misma extensión que una prótesis convencional, sellado periférico para obtener bordes funcionales y se buscara también el sellado postdam como si fuese un maxilar completo. En obturador se ubicará en la cara interna de la base, frente al defecto. Fig. 22²⁰

Si el defecto es demasiado grande, es conveniente colocar implantes de óseo integración para lograr la retención adecuada y el cierre hermético de la comunicación buco-nasal.

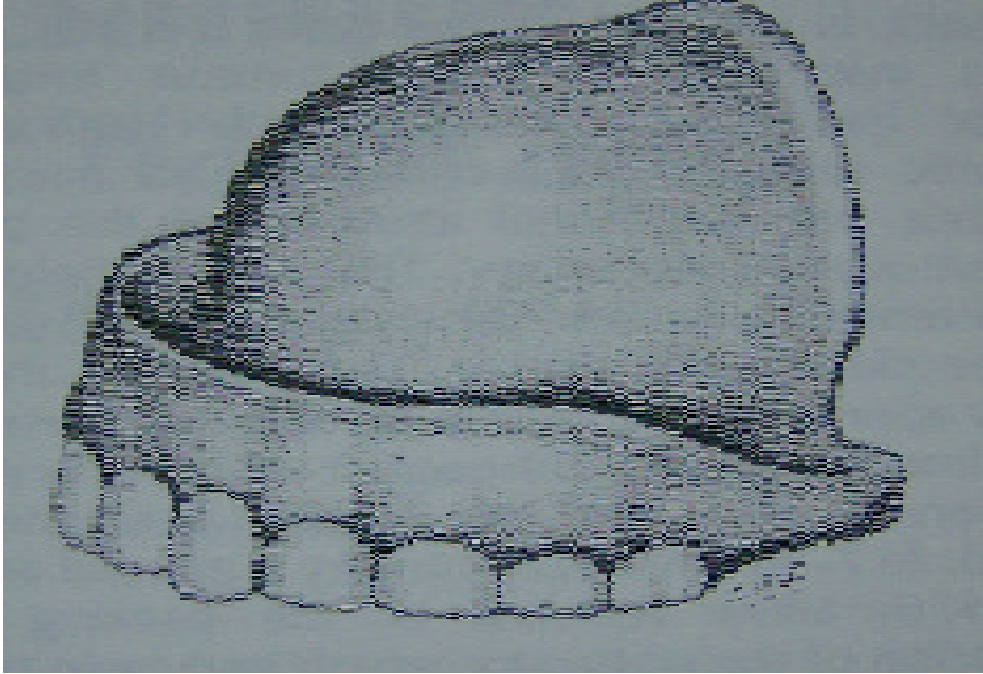


Fig. 22²⁰ obturador completo

CAPÍTULO X.

REHABILITACIÓN PROTÉSICA EN MAXILECTOMÍAS RETENIDAS CON IMPLANTES OSTEOINTEGRADOS.

La rehabilitación oral a través de implantes osteointegrados emergió gradualmente; y fue ampliamente incorporado al tratamiento protésico de pacientes con alteraciones buco-maxilo-faciales, como en los defectos palatinos, representando actualmente una alternativa eficaz, incluso para los casos de complejidad extrema.

Los implantes van a proporcionar retención, soporte y mejor estabilidad de la prótesis.

La masticación, fonación y deglución se realizan con mayor eficacia. La adaptación a la prótesis es más fácil para el paciente.

Diámetro, longitud y número.

Se deben utilizar implantes de un diámetro mayor en razón de lo posible (espesor y calidad de hueso), lo que implica una serie de ventajas, las cuales, son una mayor superficie para la osteointegración y mayor estabilidad del implante.

La longitud de los implantes debe valorarse en base a las características individuales del paciente, entre los que se encuentran la situación ósea (cantidad y calidad de hueso), y tipo de prótesis que va a soportar.

El sitio de colocación los implantes está determinado por la naturaleza del defecto, el sitio disponible y el volumen y densidad de hueso.

10.1 Implantes cigomáticos.

El tratamiento quirúrgico de tumores localizados en el maxilar, por ejemplo, maxilectomías totales y parciales, frecuentemente crea defectos buco-sinusales y/o buco nasales que alteran significativamente la calidad de vida de los pacientes²¹. En relación a la extensión quirúrgica y a la pérdida frecuente de dientes en este tratamiento, las posibilidades de retención para la estabilización de una prótesis obturadora resultan bastante reducidas.

Fig 23^{24*}



Fig. 23^{24*} Lecho Quirúrgico.

Una alternativa para estos casos sería la utilización de implantes cigomáticos anclados en el hueso cigomático²². Esta técnica de rehabilitación fue introducida por el profesor P.I. Bränemark en 1989, como una alternativa para la rehabilitación del paciente desdentado total con avanzada reabsorción de la región posterior del maxilar, y se pueden utilizar en la rehabilitación de pacientes maxilectomizados haciendo todas las consideraciones clínicas necesarias para evitar riesgos subsecuentes²⁴.

Se trata de implantes de longitud superior a la norma (30-55 mm), que son anclados al proceso alveolar residual del maxilar superior y al hueso cigomático, pasando a través del seno maxilar.

La parte de el cigoma involucrada, es la pared lateral de la órbita (inicio del proceso frontal del hueso cigomático y el inicio del proceso temporal de cigoma).

Fig. 24^{24*}

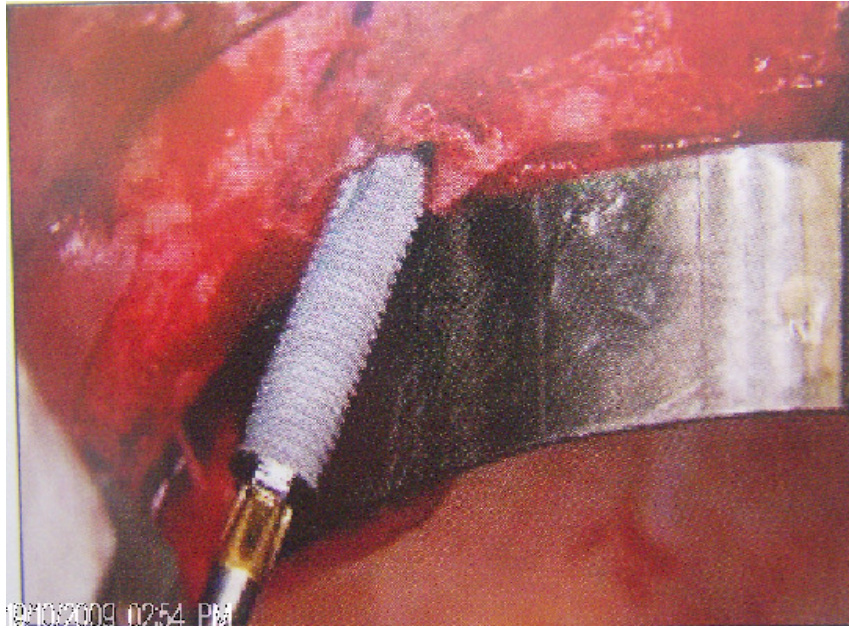


Fig. 24^{24*} Implante cigomático.

CAPÍTULO XI

CASO CLÍNICO.

Paciente masculino de 65 años de edad, se observa con colapso facial del tercio medio de la cara, a la anamnesis el paciente refiere antecedentes de carcinoma referenciado en cavidad oral (Fig. 25) ^{24*}, hipertensión arterial, diabetes tipo II y gastritis, bajo tratamiento médico. Es diagnosticado en 1992 con la neoplasia maligna carcinoma epidermoide indiferenciado.



Fig. 25 ^{24*} Colapso facial del tercio medio de la cara.

Le realizan amputación quirúrgica de la falange distal del dedo meñique de la mano derecha.

En 1995, presenta resección quirúrgica por cirugía oncológica del maxilar superior, por lo cual, recibe tratamiento posquirúrgico a base de quimioterapia por un período de cinco años.

Le realizan cirugía reconstructiva y pre-protésica para cerrar senos para nasales y colocarle distractores e implantes óseos.

En la exploración clínica se observa con resección quirúrgica de huesos nasales y ausencia total de órganos dentales.

Después de realizar la historia clínica del paciente y reconocer sus antecedentes y necesidades particulares, se establece el plan de tratamiento que consiste en el diseño y elaboración de un obturador palatino.

11.1 Materiales.

Materiales que se utilizan en la elaboración de un obturador palatino:

- Cera toda estación.
- Cucharillas de aluminio para impresión total superior e inferior.
- Alginato.
- Gasas estériles.
- Monómero y polímetro auto curable.
- Yeso tipo II.
- Lámpara de alcohol.
- Tijeras para oro.
- Modélica en barra.
- Vaselina.
- Tazón de hule.
- Espátula para alginato.
- Muflas metálicas.
- Yeso tipo 1.
- Tijeras.
- Monómero y polímero termocurable.
- Separador de acrílico.
- Tablillas de dientes de resina.
- Espátula para yeso.
- Goteros.
- Compás.
- Piedras y pulimentos.

11.2 Método.

Elaboración del obturador palatino.

Impresión primaria

Su elaboración consiste en una impresión con alginato, procurando colocar una gasa en la bóveda del defecto maxilar con la finalidad de evitar que los excesos de material se alojen en las fosas nasales o al seno maxilar. Para obtener el negativo correspondiente se debe utilizar yeso tipo 2, con el negativo se elabora un portaimpresiones individual, el cual debe incluir la bóveda palatina y delimitar a los tejidos remanentes del maxilar que estarán involucrados en la rehabilitación protésica.

Impresión fisiológica y modelo de trabajo.

El portaimpresiones debe llegar un milímetro antes del fondo del saco con la finalidad de dejar lugar al material de rectificación de bordes y sellado periférico (modelina de baja fusión), el material indicado para realizar la impresión fisiológica es el hule de polisulfuró. Fig. 26^{24*}



Fig.26 ^{24*} Modelo de trabajo.

Relaciones intermaxilares.

La placa de registro abarca toda la zona desdentada con la misma extensión que de una prótesis completa, y en la zona del defecto va a penetrar levemente en esta, y llevará un rodillo de cera para registrar la relación céntrica.

Una vez obtenido las relaciones intermaxilares (Fig.27) ^{24*}, los modelos se transfieren a un articulador. Se realiza el encerado de dientes. Por último se realiza la prueba en boca. Fig. 28^{24*}



Relaciones intermaxilares.



Fig.
27
24*

Fig. 28^{24*} Modelos transportados al articulador.

Procesado.

El procedimiento para obtener el obturador palatino, se realiza con la técnica del enmuflado y cera perdida; es importante dejar el obturador hueco para que la prótesis sea más ligera. La porción que se inserta en la cavidad es preferible realizarlo con acrílico transparente. La pared vestibular y encía palatina se elaboran con monómero y polímetro termocurable de color rosa.

Colocación del obturador.

Se orienta al paciente sobre el uso, cuidado e higiene de la prótesis. Cuando la prótesis no logra un cierre perfecto del defecto, ésta es rebasada con acondicionador de tejidos, el cuál es colocándolo periféricamente al rededor de la garganta del obturador para que el cierre sea mas hermético, y poder realizar posteriormente un rebase definitivo de la prótesis.

Control de mantenimiento de la prótesis.

Se informa al paciente de la importancia de llevar un control periódico para poder realizar los rebases que sean necesarios; y así poder mantener el ajuste la prótesis. Fig. 29, 30 ^{24*}



Fig. 29^{24*} obturador palatino



Fig. 30^{24*} fase de revisión.

Rebases.

Se debe prestar atención al realizar el rebase para no modificar la oclusión existente. Está debe ser correcta, o corregirse mediante un desgaste selectivo de las interferencias. La prótesis completa tiene propiedades periféricas funcionales, lo que determina que cuando se presente un desajuste originado por cambios dimensionales en las estructuras orales remanentes, se eliminan las retenciones para funcionales en la prótesis, con la finalidad de crear el espacio suficiente para el material del sellado periférico; y de esta manera se rebasa toda la cara interna de la prótesis.

Una correcta oclusión mantendrá en posición a la prótesis hasta que el material de impresión complete su vulcanización. Se coloca en una mufla como para un rebasado convencional, teniendo la precaución de rellenar el obturador para que no penetre el acrílico en su interior durante el prensado. El yeso de impresión es efectivo por su fácil retiro luego del curador del acrílico.

V. CONCLUSIONES.

La rehabilitación protésica del paciente con resección maxilar total bilateral implica desafíos importantes para el protesista maxilofacial; desafíos que debe de resolver con: profesionalismo, empatía, habilidad, ingenio y creatividad.

Para llevar a cabo lo anterior, es necesario que el protesista maxilofacial realice un trabajo multidisciplinario que integre a diversas ramas medicas y odontológicas, con el objetivo principal de brindar una mejor calidad de vida a los pacientes con padecimientos bucomaxilares.

La implementación de nuevas tecnologías y materiales, en el tratamiento del paciente, determina que el paciente obtenga resultados alentadores al finalizar el tratamiento.

V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- 1.- William, Carl. Cancer and the oral cavity. Editorial Quintessence publishing Co. Chicago Illinois. P.p. 191-192.
- 2.- Ring, Malvin E. Historia ilustrada de la odontología. Editorial Doyma. Barcelona, España. P.p. 160, 181,262.
- 3.- Jankielewicz, Isabel. Prótesis buco-maxilo-facial. España. Editorial Quintessence. 2003. P.p. 37-45; 419-429; 473-496.
- 4.- Instituto Nacional de Cancerología. Manual de Oncología, Procedimientos Médico Quirúrgicos. Segunda edición.2003. Editorial Mc.Graw-Hill Interamericana. México, D.F. P.p.3-38.
- 5.- Raspal, Guillermo. Tumores de cara, boca, cabeza y cuello. Atlas clínico. Segunda edición. Madrid, España. Editorial Masson, P.p. 47-50.
- 6.- Strassburg, Manfred. Mucosa Oral, Atlas a color de enfermedades. Tercera edición. Editorial Marban libros, 1996. P.p. 376 – 381.
- 7.- Brad W. Neville, DDS. Oral and Maxillofacial Phathology. Third edition.
- 8.- Donald G. Mc Quarrie, M.D., PhD. Head and Neck Cáncer Clinical Decisions and management principles. Yearbook Medical Publishers, Inc. Chicago Illinois. P.p. 311 -315.
- 9.- Gustavo O. Kruger. Cirugía Buco – Maxilofacial. 59 edición. Editorial Médica panamericana. México. D.F. P.p 584 – 556.
- 10.- Navarro, Vila. Carlos, Profesor. Tratado de cirugía oral y maxilofacial. 3 tomos. 2ª edición. ARA´N editores, 2009. Madrid, España. P.p. 1385 – 1399.
- 11.- Wise, Robert A. Cirugía de Cabeza y Cuello. Tercera edición Editorial Internacional. P.p 154 – 156.
- 12.- Keith, David. A. Atlas of oral and maxilofacial surgery. Editorial, W.B. Saunders Company, Harcourt Brace. P.p. 251 – 256.
- 13.- Loré, John. M. (h) Cirugía de cabeza y cuello, atlas. Editorial Médica Panamericana. tercera edición. 1990. P.p 157 – 167.

- 14.- Aramany. M.A.: Basic principles of obturator design for partially edentulous patients. Part I: Clasificación. J. Prosthet Dent. 86 – 559, 2001.
- 15.- Palacio Gómez, Alberto. Técnicas quirúrgicas de cabeza y cuello. Editorial Interamericana S.A. México D.F. 1967 primera edición P.p. 249 – 253.
- 16.- Orle T. Jensen. The sinus bone graft. Second edition, 2006 quintessence publishing Co, Inc., Pp.307,308,309,317
- 17.- Thomas D. Taylor. DDS, MSD, Clinical maxilofacial prosthetics. Editorial. Quintessence Publishing Co, Inc., 2000 Carol Stream, Illinois. Pp. 89, 91, 95, 105,106.
- 18.- Robert A. Ord, DDS, MD, MS and Remy H. Blanchaert, Jr, MD, DDS. Oral cancer (the dentist's Role in Diagnosis, Management, Rehabilitation, and Prevention). Editorial. Quintessence Publishing Co, Inc, Carol Stream, Illinois. 2000, P.p.178, 179.
- 19.- Rob and smith`s, operative surgery, general editors hugh Dudley, david carter and R.C.G. Russell, head and neck part 2 fourth edition 1992, P.p.566, 567, 568, 569, 577, 579,
- 20.- Jean – François Gaudí, atlas de anatomía implantològica, ed. Elsevier Masson Doyma Barcelona España 2008, pp. 117, 127,131,
- 21.- Chow j, Hui e, Lee PKM. Zygomatic implants – protocol for immediate occlusal loading: a preliminary report. Oral maxillofacial surg 2006; 64, 804, 811,
- 22.- Ferrara ED, Stella JP; Restoration of the edentulous maxilla: the case for the zygomatic implants. J oral maxillofac surg. 2004; pp. 62,1418, 1422.
- 23.- Kato y, kisu y, Tonogi M, et al. Interna structure of the zygomatic bone related to zygomatic fixture. J oral maxillofac surg. 2005; pp. 63, 1325,132
- 24.- Fuente directa * proporcionadas por el departamento de cirugía maxilofacial del DEP.el.
- 25.- Proporcionadas por el Cd. José Federico Torres Teran de su archivo Personal

V. ANEXOS



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA, UNAM

Especialidad de Prótesis Maxilofacial



FECHA: 13 / 11 / 07

HISTORIA CLÍNICA

EXPEDIENTE No. 271

- 1.- NOMBRE: Fernando Rangel Perez
- 2.- SEXO: M. 3.- EDAD: 65 4.- OCUPACIÓN: Taxista
- 5.- DOMICILIO: San Luis Potosí # 142 int. 8 Col. Roma Del Cuahutemo 06700
- 6.- TELÉFONO: 5531978795 7.- EDO CIVIL: Separado.
- 8.- ORIGINARIO DE: Distrito Federal
- 9.- REFERIDO POR: Dentista Particular.
- 10.- MOTIVO DE LA CONSULTA: El paciente refiere que tenía una bolita en el paladar.
- 11.- ES PACIENTE DE 1 VEZ: 1) SI 2) ☒
- 12.- SI ES PACIENTE SUBSECUENTE, CUANTO TIEMPO TIENE VINIENDO O DURANTE CUANTO TIEMPO SE HA ATENDIDO EN ESTA CLÍNICA: 9 años. desde 1998.
- 13.- PADECIMIENTO ACTUAL: _____
- 14.- HA PADÉCIDO ALGUNA ENFERMEDAD EN LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS: Diabetes.
- 15.- HA ESTADO HOSPITALIZADO EN LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS: 1) SI 2) ☒ MOTIVO: _____
- 16.- PADECE: 1) DIABETES, 2) ASMA, 3) FIEBRE REUMÁTICA, 4) HEPATITIS, 5) CONVULSIONES, 6) TENSION ARTERIAL, 7) ALTA O BAJA, 8) ENFERMEDADES DEL CORAZÓN O 9) ALGUNA OTRA ENFERMEDAD:
2) Diabetes
- 17.- EN ESTE MOMENTO SE ENCUENTRA BAJO TRATAMIENTO MÉDICO O TOMANDO ALGUN MEDICAMENTO: 1) ☒ 2) NO. CUALES: Glibenclamida, Bezafibrato, Captopril, Metformina
- 18.- PADECE DE ALERGIA A ALGUN MEDICAMENTO O ALGUNA SUSTANCIA: 1) SI 2) ☒ CUALES: _____
- 19.- ALGUNA VEZ HA SIDO INTERVENIDO QUIRÚRGICAMENTE: 1) ☒ 2) NO. DE QUE: 4 implantes maxilofaciales
- 20.- OBSERVACIONES EN CUANTO A LA SALUD GENERAL DEL PACIENTE: _____



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA, UNAM

Especialidad de Prótesis Maxilofacial



21.- TIPO DE PRÓTESIS A REALIZAR:

- 1) OCULAR UNILATERAL 2) OCULAR BILATERAL 3) NASAL 4) AURICULAR UNILATERAL 5) AURICULAR BILATERAL 6) FACIAL 7) ORBITOFACIAL 8) INTRAORAL 9) COMBINADA (INTRAORAL Y EXTRAORAL) 10) IMPLANTO SOPORTADAS 11) UTILIZA SU PRÓTESIS CON ADHESIVOS

22.- QUE TAN COMODO SE SIENTE CON SU PRÓTESIS:

- ☒ MUY BIEN 2) BIEN 3) NI BIEN NI MAL 4) MAL 5) MUY MAL

23.- CUALES SON SUS EXPECTATIVAS DEL TRATAMIENTO

- ☒ MUY BUENAS 2) BUENAS 3) MALAS 4) MUY MALAS

24.- COMO SE SINTIO AL SABER QUE PODIA UTILIZAR UNA PRÓTESIS:

muy bien

25.- HA RECIBIDO RT? 1) SI 2) ☒ NO CUANTAS SESIONES

26.- HA RECIBIDO QT? 1) ☒ SI 2) NO CUANTAS SESIONES

Aproximadamente 6 años

27.- SE HA SOMETIDO A CÁMARA DE OXÍGENO, HIPERBÁRICO? 1) SI 2) ☒ NO A CUANTAS SESIONES:

28.- DIAGNOSTICO:

29.- TRATAMIENTO:

30.- OBSERVACIONES EN CUANTO A LA PRÓTESIS A REALIZAR:

31.- NOMBRE Y FIRMA DEL RESIDENTE A CARGO:

32.- NOMBRE Y FIRMA DEL FACULTATIVO A CARGO:

33.- NOMBRE Y FIRMA PACIENTE, PADRE O TUTOR:



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA, UNAM

Especialidad de Prótesis Maxilofacial



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR PROCEDIMIENTOS DE PROTESIS MAXILOFACIAL

NOMBRE: Fernando Rangel Perez

FECHA: 13-Nov-07

DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO: _____

CIRUGIA Y/O PROCEDIMIENTO PROTESICO PLANEADO: _____

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana 168-SSA-1998. Del expediente Clínico Médico publicado el lunes 14 de diciembre de 1998, en su capítulo 10.1.1 es presentando este documento escrito y firmado por el paciente, persona responsable o tutor, mediante el cual acepta, bajo la debida información de los riesgos y los beneficios esperados del procedimiento quirúrgico a realizar. Por consiguiente y en calidad de paciente:

DECLARO

- 1.- Que cuento con la información suficiente sobre los riesgos y beneficios durante mi procedimiento protésico-quirúrgico y que puede cambiar de acuerdo a lo inherente del procedimiento protésico-quirúrgico.
- 2.- Entiendo que el procedimiento a realizar, los riesgos que implica y la posibilidad de complicaciones, me han sido explicados por el facultativo a cargo y comprendo perfectamente la naturaleza y consecuencias del procedimiento.
- 3.- Que no se me ha garantizado ni dado seguridad alguna acerca de los resultados que se podrán obtener.
- 4.- Que no puedo requerir tratamientos complementarios a los mencionados.
- 5.- Que se me ha informado, que el personal del departamento de Prótesis Maxilofacial, cuenta con experiencia y con el equipo necesario para mi procedimiento quirúrgico y aun así, no me exime de presentar complicaciones.
- 6.- Consiento para que se me administre anestesia local bajo la supervisión del facultativo a cargo.
- 7.- Autorizo a la DEPEL de la FO de la UNAM para que preserve con fines científicos o didácticos de aquellos tejidos, partes u órganos dentales como resultado de los procedimientos quirúrgicos.
- 8.- Consiento para que me tomen fotografías, películas sobre mi caso, y en caso de que necesiten ser publicadas, doy la autorización para que se publiquen.
- 9.- Y que soy responsable de comunicar mi decisión y lo antes informado a mi familia.

En virtud de lo anterior, doy mi consentimiento por escrito para que los residentes de la especialidad de Prótesis Maxilofacial y Cirugía Maxilofacial, bajo la asesoría del facultativo a cargo, lleven a cabo los procedimientos que consideren necesarios para realizar el o los tratamientos que he decidido someterme, en el entendido que si ocurren complicaciones en la aplicación de la técnica quirúrgica, no existe conducta dolosa.

ACEPTO

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE, PADRE O TUTOR

NOMBRE Y FIRMA DEL FACULTATIVO A CARGO



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
CLÍNICA DE RECEPCIÓN, EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO, DEPEI
HISTORIA CLÍNICA

1.- FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: Rangel Pérez Fernando
Apellido Paterno: Rangel Apellido Materno: Pérez Nombre (S): Fernando
San Luis Potosí No 142 Int B. Ca. Ranga del Cuartieros 06700
Domicilio Calle No. Colonia Delegación o Estado Código postal

Número de teléfono: 5531938795 Nombre de quien lo remite:

Fecha: 09.09.2008 Edad: 66 Género: Var Estado civil: Sequido Ocupación: Cochero
Escolaridad: Preparatoria Lugar de nacimiento: D.F.

Interrogatorio: ☒ Directo ☐ Indirecto ☐ Papá ☐ Mamá ☐ Otro

2. PADECIMIENTO BUCAL ACTUAL

Caricadura epidérmica interferencia
Neoplasia maligna carcinoma no diferenciado del paladar 1992

3. MOTIVO DE LA CONSULTA

Revisión	Rehabilitación ☒	Limpieza	Movilidad dental	Pérdida de dientes
Dientes en mal oclusión	Caries	Dolor dental	Dolor ATM	Trismus
Dolor de mucosa bucal	Traumatismo bucal	Sangrado gingival	Aumento de volumen	Halitosis
Mal sabor de boca	Continuar tratamiento	Otro		

4. DESCRIPCIÓN DE LA LESIÓN PRESENTE

(en caso de que exista (forma, tamaño, color, consistencia))

5. TIEMPO DE EVOLUCIÓN

6. ¿HA PADECIDO ALGUNA ENFERMEDAD EN LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS?

Diabetes Mellitus 2 (Insulina), Hipertensión arterial, Asma

7. ¿PADECE O PADECIÓ ALGUNA (S) DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES? (anotar tiempo de evolución)

Hipertensión arterial	Hipotensión arterial	Diabetes mellitus	VIH o SIDA	Fiebre reumática
Gastritis	Úlcera péptica	Colitis nerviosa	Anemia	Hemofilia
Púrpura	Agranulocitosis	Leucemia	Linfoma	Endocarditis bacteriana
Soplo cardíaco	Angina de pecho	Taquicardia	Arritmia	Hipertiroidismo
Infarto al miocardio	Embolia cerebral	Cáncer	Obesidad	Hipotiroidismo
Colecterol alto	Asma	Rinitis alérgica	Amiguitis crónica	Depresión
Artritis reumatoide	Osteoartritis	Osteoporosis	Migraña	Cálculos
Vitiligo	Dermatitis atópica	Hiperuricemia	Infección de vías urinarias	Alzheimer
Sífilis	Insuficiencia renal	Cardiopatía isquémica	Parkinson	Epilepsia
Esteatosis	Cirrosis	Ninguna	Otro: <u>Quimioterapia durante 5 años</u>	

8. ¿ESTA TOMANDO ALGÚN (OS) MEDICAMENTO (S) (anotar el nombre del fármaco)

Aspirina	Anticéptico	Antiaritmico	Antibiótico	Anticoagulante
Anticonceptivo	Anticonvulsivo	Antidepresivo	Antidiarreico	Antihipertensivo
Antihistamínico	Antimigrasoso	Antineoplásico	Antiparkinsoniano	Antipsicótico
Broncodilatador	Corticosteroide	Digitalico	Hipnótico	Hipoglucemiante
Hormona tiroidea	Hormonas otras	Otro	Ninguno	

Dosis: Elipencilamina y Difenhidramina Entaprel Salbutamol
10mg 3 al día 2ml de 100mg 10mg 1 día 1 día

9. ¿ES ALÉRGICO A ALGUNOS DE ESTOS PRODUCTOS?

Penicilina	Cefalosporinas	Sulfas	Pirasonas	Aspirina
Acetaminofén	Sedantes	Anestésico local	Alimentos	Polen
Pelo animal	Pluma de aves	Lana	Metales	Látex
Al frío	Al sol	Aerosoles	Detergentes	Cloro
Ninguno ☒	Otro			

10. ¿HA ESTADO HOSPITALIZADO LOS ÚLTIMOS TRES AÑOS?

Si, cirugía

11. ¿ALGUNA VEZ HA SIDO INTERVENIDO QUIRÚRGICAMENTE?

Si ☒ No ☐ Motivo: Amputación de dedo

de mano izquierda (acarriacchi), cerrar heridas porquias, districiones, Retiramiento de quistes, y

12. ¿HA TENIDO CIRUGIAS O TRAUMATISMOS COMO? implantes en el hueso

Extracciones dentales	Amigdalectomía	Apendicectomía	Colecistomía	Esplenectomía
Cirugía de corazón	Cirugía ocular	Golpes	Fracturas	Quemaduras
Cesáreas	Histerectomía	Heridas	Ninguna	Otro ☒
Procedimiento				

13. ¿HA RECIBIDO TRANSFUSIONES, TRANSPLANTES, INJERTOS O IMPLANTES?

Si ☒	No ☐	Sangre	Plasma	Plaquetas	Entrocitos	Suero ☒
Médula ósea	Córnea	Riñón	Válvulas cardíacas	Marcapasos	Implantes dentales	Implante mamario
Hígado	Piel	Piercing	Perforaciones	Tatuajes	Botox	Otro <u>tipicines</u>

RANGEL PÉREZ FERNANDO

014857-08

66 AÑOS

DEPEI

MASC

UNAM



9 Abril 2008
CRED

14. ¿QUÉ ENFERMEDADES PADECIDO?

Cardiopatías	Amigdalitis	Hemorragias	Hepatitis A, B o C	Anemia
Parotiditis	Variola	Rubéola	Sarampión	Escarlatina
Parotiditis	Fiebre Reumática	Tuberculosis	Sífilis	Gonorrea
Úlcera péptica	Gastritis	Infarto al miocardio	Embolia cerebral	Cáncer
Neumotórax	Neumococo	Rotavirus	Ninguna	Otra

15. ¿CONSUME ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SUSTANCIAS?

Alcohol	Tabaco	Marihuana	Cocaína	Heroína
Estasis	Artemisininas	Benzoacepinas	Solventes	Crack
Alivia	Ninguna	Otra		

16. ACTUALMENTE TIENE ALGUN SÍNTOMA COMO:

Anorexia	Dulmia	Neurosis	Vómitos	Diarrea
Dolor abdominal	Pérdida de peso	Poliuria	Polidipsia	Disuria
Sequedad bucal	Poliuria	Nicturia	Disgeusia	Erucción
Flatulencia	Distensión Abdominal	Coluria	Hematuria	Melena
Dolor precordial	Palpitaciones	Edema	Mareo/vertigo	Fatiga
Desmayos	Fiebre	Cefalea	Otalgia	Parestesia
Parosia	Nerviosismo	Temblores	Dislalia	Acufenos
Hipoxemia	Pirrosis	Epiplasia	Prurito	Erupción cutánea
Cambios de color de la piel	Maculas	Pápulas	Vesículas	Amplias
Ronchas	Úlceras	Caida del pelo y vello	Descamación cutánea	Deformidad de uñas
Acne	Peloculosis	Equimosis	Oculofagia	Dialoresis
Intolerancia al frío	Intolerancia al calor	Tos	Expectoración	Rinorrea
Diarrea	Disosia	Hemoptisis	Dolor torácico	Estreñimiento
Hipocupia	Fosfores	Convulsiones	Hirsutismo	Incontinencia urinaria
Isquemia	Asenia	Adinamia	Escatostoma	Delirio
Tinitus	Distonia	Hematomas	Lipotimia	Prurito anal
Obstrucción o prurito nasal	Insomnio	Angustia	Depresión	Expulsión de cálculos
Sangrado anal	Adenomegalia	Artralgia	Hematomas	Escurreimiento uretral
Intolerancia a los alimentos	Ninguna	Otros		

17. PREFERENCIA SEXUAL

HETEROSSEXUAL	HOMOSSEXUAL	BISEXUAL
---------------	-------------	----------

18. SOLO PARA EL GÉNERO FEMENINO

Embarazo	sem	No. de embarazos	No. de hijos	No. de abortos	Eclampsia/Preclampsia
Períodos gestacional		Gingivitis	Hijos con bajo peso al nacer	Hijos macrosómicos	Lactancia
Menopausia		Amenorrea	Sangrado anormal	Actividad sexual	Papiloma virus
Papanicolaou		Quistes ováricos	Mastopatía fibroquística	Histerectomía	Salpingoclasia
Cesárea no.		FUR	Prurito vaginal	Fugo o leucorrea	Dismenorrea
Momas		Diabetes gestacional	Ninguna	Otro	

19. ¿QUÉ VACUNAS HA RECIBIDO?

Poliomielitis	Tuberculosis	Triple viral	Pentavalente	DPT
Hepatitis B	Influenza	Neumococo	Sarampión	Refuerzos
NO SABE	Otra			

20. ¿ALGÚN FAMILIAR TIENE O TUVO ALGUNA(S) ENFERMEDAD (ES) COMO LAS SIGUIENTE (Anoto delante de la enfermedad al familiar)

Hipertensión arterial	Hipotensión arterial	Diabetes mellitus	VIIH + SIDA	Fiebre reumática
Gastritis	Úlcera péptica	Colitis nerviosa	Epilepsia	Anemia
Púrpura	Agranulocitosis	Leucemia	Linfoma	Hemofilia
Síntip cardíaco	Angina de pecho	Taquicardia	Arritmia	Endocarditis bacteriana
Infarto al miocardio	Embolia	Cáncer	Obesidad	Hipertiroidismo
Colecterol alto	Asma	Rinitis alérgica	Bronquitis crónica	Hipotiroidismo
Artritis reumatoide	Osteoartritis	Osteoporosis	Myofia	Depresión
Vitiligo	Dermatitis atópica	Hiperuricemia	Sífilis	Cálculos
Insuficiencia renal	Cardiopatía isquémica	Parkinson	Alzheimer	Alcoholismo
Adicción a drogas	Desnutrición	Ninguna	Otra	

1. Padre	2. Madre	3. Abuelo paterno	4. Abuela paterna	5. Abuelo materno
6. Abuela materna	7. Hermano	8. Hija	9. Hijo	10. Conyuge
11. Tíos paternos	12. Tíos maternos	13. Sobrinos	14. Otros	

21. HABITACIÓN

Material	Cuartos	Habitantes	Par x cuarto	Servicios	No. de veces por semana	No. de comidas por día	No. de veces por semana
Concreto	1	Solo	Solo	Agua	Leche	1	Baño
Adobe	2	2	2	Drainaje	Huevo	1	Ropa
Madera	3	3	3	No tiene	Came	2	BUCAL No de veces por día
Lámina	4	4	4	Ventilación	Papas	3	Cepillado
Otro	5	5	5	Buena	Verduras	4	Hilo dental
	6-8	6-8	6-8	Regular	Leguminosas	5	Enjuague
	+8	+8	+8	Mala	Cereales	7	Ninguna

22. ALIMENTACIÓN

23. HIGIENE

24. DIAGNÓSTICO PRESUNCIONAL SISTÉMICO Paciente con antecedentes de cardiopatía hipertensión arterial y diabetes. Sistema nervioso normal.

25. ASA I ASA II ASA III

26. EXPLORACIÓN DE CABEZA Y CUELLO

Signos vitales	Pulso x	FR x	TABO 120/080	TABI 120/080	Peso	Estatura
					60 Kg	1.67 m

14. ¿QUÉ ENFERMEDADES PADECIDO?

Cardiopatías	Amigdalitis	Hemorragias	Hepatitis A, B o C	Anemia
Poliomielitis	Varicela	Rubeola	Sarampión	Escarlatina
Parotiditis	Fiebre Reumática	Tuberculosis	Sífilis	Gonorrea
Úlcera péptica	Gastritis	Infarto al miocardio	Embolia cerebral	Cáncer
Neumococo	Roseola	Rotavirus	Ninguna	Otra

15. ¿CONSUME ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SUSTANCIAS?

Alcohol	Tabaco	Mariguana	Cocaína	Heroína
Éxtasis	Anfetaminas	Benzodiacepinas	Solventes	Crack
Activo	Ninguno	Otra		

16. ACTUALMENTE TIENE ALGUN SÍNTOMA COMO:

Anorexia	Bulimia	Nauseas	Vómitos	Diarrea
Dolor abdominal	Pérdida de peso	Polidipsia	Polidipsia	Disuria
Sequedad bucal	Poliuria	Nicturia	Disgeusia	Eruetos
Fatiga	Distensión Abdominal	Coluria	Hematuria	Melena
Dolor precordial	Palpitaciones	Edema	Mareo/vertigo	Fatiga
Desmayos	Fiebre	Cefalea	Otalgia	Parestesia
Paresia	Nerviosismo	Temblores	Diplopia	Acufenos
Hiporexia	Pirosis	Epistaxis	Prurito	Erupción cutánea
Cambios de color de la piel	Máculas	Pápulas	Vesículas	Ampollas
Ronchas	Úlceras	Calda del pelo y vello	Descamación cutánea	Deformidad de uñas
Acne	Petequias	Equimosis	Odinofagia	Diaforesis
Intolerancia al frío	Intolerancia al calor	Tos	Expectoración	Rinorrea
Disnea	Cianosis	Hemoptisis	Dolor torácico	Estreñimiento
Hipocausia	Fosfenos	Convulsiones	Hirsutismo	Incontinencia urinaria
Ictericia	Asíntoma	Adinamia	Escalofríos	Delirio
Tinitus	Distonia	Hematomas	Lipotimia	Prurito anal
Obstrucción o prurito nasal	Insomnio	Angustia	Depresión	Expulsión de cálculos
Sangrado anal	Adenomegalia	Artralgia	Hematomas	Escurrimiento uretral
Intolerancia a los alimentos	Ninguno	Otros		

17. PREFERENCIA SEXUAL

HETEROSEXUAL	HOMOSEXUAL	BISEXUAL
--------------	------------	----------

18. SOLO PARA EL GÉNERO FEMENINO

Embarazo sem	No. de embarazos	No. de hijos	No. de abortos	Eclamsia/Preclamsia
Períodontitis gestacional	Gingivitis	Hijos con bajo peso al nacer	Hijos macrosómicos	Lactancia
Menopausia	Amenorrea	Sangrado anormal	Actividad sexual	Papiloma virus
Papanicolaou	Quistes ováricos	Mastopatía fibroquística	Histerectomía	Salpingoclasia
Cesárea no.	FUR	Prurito vaginal	Flujo o leucorrea	Dismenorrea
Miomas	Diabetes gestacional	Ninguno	Otro	

19. ¿QUÉ VACUNAS HA RECIBIDO?

Poliomielitis	Tuberculosis	Triple viral	Pentavalente	DPT
Hepatitis B	Influenza	Neumococo	Sarampión	Refuerzos
NO SABE	Otra			

20. ¿ALGÚN FAMILIAR TIENE O TUVO ALGUNA(S) ENFERMEDAD (ES) COMO LAS SIGUIENTE (Anotar delante de la enfermedad al familiar)

Hipertensión arterial	Hipotensión arterial	Diabetes mellitus	VIH + ó SIDA	Fiebre reumática
Gastritis	Úlcera péptica	Colitis nerviosa	Epilepsia	Anemia
Púrpura	Agranulocitosis	Leucemia	Linfoma	Hemofilia
Soplo cardíaco	Angina de pecho	Taquicardia	Arritmia	Endocarditis bacteriana
Infarto al miocardio	Embolia	Cáncer	Obesidad	Hipertiroidismo
Colesterol alto	Asma	Rinitis alérgica	Bronquitis crónica	Hipotiroidismo
Artritis reumatoide	Osteoartritis	Osteoporosis	Migraña	Depresión
Vitiligo	Dermatitis atópica	Hiperuricemia	Sífilis	Cálculos
Insuficiencia renal	Cardiopatía isquémica	Parkinson	Alzheimer	Alcoholismo
Adicción a drogas	Desnutrición	Ninguna	Otra	

1. Padre	2. Madre	3. Abuelo paterno	4. Abuela paterna	5. Abuelo materno
6. Abuela materna	7. Hermano	8. Hijo	9. Hija	10. Conyuge
11. Tíos paternos	12. Tíos maternos	13. Sobrinos	14. Otro	

21. HABITACIÓN

Material	Cuartos	Habitantes	Per x cuarto	Servicios	No. de veces por semana	No. de comidas por día	No. de veces por semana
Concreto	1	Solo	Solo	Agua	Leche	4	Baño
Adobe	2	2	2	Drenaje	Huevo	1	Ropa
Madera	3	3	3	No tiene	Came	2	BUCAL No de veces por día
Lámina	4	4	4	Ventilación	Frutas	3	Cepillado
Otro	5	5	5	Buena	Verduras	4	Hilo dental
	6-8	6-8	6-8	Regular	Leguminosas	5	Enjuague
	+9	+9	+9	Mala	Cereales	7	Ninguna

22. ALIMENTACIÓN

23. HIGIENE

24. DIAGNÓSTICO PRESUNCIONAL SISTÉMICO

25. ASA I ASA II ASA III

26. EXPLORACIÓN DE CABEZA Y CUELLO

Signos vitales

Pulso x	FR X	TABD 120/080	TABI 120/080	Peso	Estatura
				50 Kg	1.67 m

INSPECCIÓN GENERAL

Marcha	Movimientos anormales	Facies	Complexión	Posición	Cuidado personal
Normal	Ninguno	Ninguna	Robusta	Libre	Pulcro
Atáxica	Temblo	Mongoloid	Media	Forzada	Regular
Espástica	Correa	Asombro	Delgada	Cambiante	Descuidado
Hemipléjica	Contorsión	Cushinoid	Otra	Otra	Otra
Parkinsoniana	Tics	Parkinsoniana			
Claudicante	Otra	Otra			
Otra					

CABEZA Y CUELLO

Cráneo	Cara	Ojos	Nariz	Oídos	Cuello
Normal	Normal	Normales	Normal	Normales	Normal
Pequeño	Palidez	Ptois	Deformidad	Implantación baja	Corto
Grande	Ictericia	Exoftalmos	Úlcera/ Nódulo	Deformidad	Bocio
Exostosis	Cianosis	Epicanto	Eritema marip.	Úlceras cutáneas	Nódulo tiroideo
Hundimientos	Asimetría	Parálisis ocular	Angiomas	Tofos	Ganglios palpables
Forma anormal	Edema	Pterigión	Perforación de tabique	Secreción	Torticolis
Imp. Baja del cabello	Verrugas	Enro. conjuntiva	Hiperplasia de cornetes	Eritema de pabellón	Ingurgitación yugular
Pelo seco	Acné	Secreción	Pólipos	Microtia	Aumento parotideo
Alopecia	Cloasma	Chalazión	Secreción	Apéndices	
Otro	Otro	Otro	Otro	Otro	Otro



ALTERACIONES DE MAXILAR Y MANDÍBULA

CONDICIONES DE TEJIDOS BLANDOS

Agnesia	Micrognasia	Labio fisurado	Macroglosia	Anquilosis
Macroglosia	Hipertrofia hemifacial	Labio doble	Microglosia	Lengua bífida
Atrofia hemifacial	Paladar fisurado	Foveolas labiales y onmisurales	Lengua fisurada	Glositis migratoria benigna
Torus palatino	Torus mandibular	Nave blanco esponjoso	Lengua pilosa	Varices linguales
Defecto osteoporótico de la médula ósea	Papila retrocuspidada	Leucoedema	Apéndice del frenillo	Nódulo tiroideo lingual
		Gránulos de Fordyce	Amígdala bucal	

LESIONES DE MUCOSA, PIEL, PIGMENTADAS, INFECCIOSAS, NEOPLÁSICAS BENIGNAS Y MALIGNAS

Liquen plano	Carcinoma epidermoide	Nevo azul
Reacciones liquenoides	Carcinoma verrucoso	Pigmentación por exposición solar
Cicatriz queloid	Carcinoma basocelular	Cloasma
Eritema multiforme	Fibroma osificante periférico	Léntigo
Lupus eritematoso sistémico o discoide	Granuloma periférico de células gigantes	Efélides
Estomatitis aftosa menor	Pénfigo vulgar	Melanosis del fumador
Estomatitis aftosa mayor	Épulis fissuratum	Satelitosis
Estomatitis por contacto	Fibrosis gingival hereditaria	Aumento de pigmentación
Estomatitis herpética	Hiperplasia fibrosa inflamatoria	Pigmentaciones exógenas
Angioedema	Hiperplasia gingival por fármacos	Por metales pesados
Quelitis angular	Granuloma piógeno	Por medicamentos
Quelitis granulomatosa	Neuroma traumático	Melanoma bucal
Papiloma	Neurileioma	Melanoma cutáneo
Queratoacantoma	Neurofibroma	Lentigo maligno
Hiperplasia epitelial multifocal	Schwannoma maligno	Sífilis
Hiperqueratosis	Neuralgia del trigémico	Herpes simple
Acantosis	Hemangioma	Herpes zoster
Leucoplasia verrucosa	Linfangioma	Mononucleosis infecciosa
Displasia epitelial	Nevos	Candidosis pseudomembranosa
Eritroplasia	Nevo intramucoso	Candidosis eritematosa
Otra		

1. Labios	2. Mucosa labial	3. Fondo de saco	4. Paladar duro	5. Paladar blando	6. Pilares amigdalinos
7. Lengua	a) Borde lateral	b) Dorso	c) Punta	8. Cara ventral lengua	9. Piso de boca
10. Encía	11. Rebordo alveolar	12. Frenillo labial	13. Frenillo lingual	14. Mucosa yugal	
	D. Derecho	L. Izquierdo	Sup. Superior	Inf. Inferior	

Microdoncia	M doncia	Geminación	Fusión	Concrescencia	Dilaceración
Cúspide espolonada	Dens in dent	Raíces supernumerarias	Pera del esmalte	Taurodontismo	Anodoncia
Hipodoncia	Paramolares	Mesiodent	Distomolar	Dientes preprimarios	Paramolares
Canino incluido	Dentición postpermanente	Amelogenésis imperfecta	Dentinogénesis imperfecta	Otro	

Enfermedades infecciosas	Periodontitis apical crónica	Granuloma periapical	Celulitis
Absceso periapical	Osteomielitis aguda	Osteomielitis crónica	Quiste periapical
Osteoma osteoide	Osteoblastoma	Quiste periapical	Quiste dentífero
Queratoquiste odontogénico	Quiste periodontal lateral	Quiste gingival del adulto	Quiste paradental
Quiste del conducto nasopalatino	Quiste nasolabial	Quiste del conducto tirogloso	Quiste linfocelular bucal/cervical
Quiste dermoide	Quiste epidermoide	Ameloblastoma	Tumor odontogénico calcificante
Tumor odontogénico adenomatoide	Mixoma odontogénico	Cementoblastoma	Quiste odontogénico calcificante
Fibroma odontogénico periférico	Fibroma odontogénico central	Granuloma central de cel. gigantes	Otro

Mucocela/Ránula	Sialolitiasis	Sialadenitis esclerosante crónica	Sialometaplasia necrotizante
Parotiditis aguda	Parotiditis vírica	Sialadenitis bacteriana	Adenoma pleomorfo
Adenoma monomorfo	Cistadenoma papilar	Oncocitoma	Carcinoma mucoepidermoide
Carcinoma adenoideo quístico	Carcinoma de células acinares	Adenocarcinoma polimorfo de bajo grado	
Otro			

Dento alveolar	Oclusal	Ortopantomografía	Otra
Lesión Radio-lúcida Radio-opaca Mixta	Bordes Bien definidos Irregulares	Características Unilobular Multilobular	

Familiar con enfermedad articular	Dificultad al abrir	Dificultad al cerrar	Dificultad al bostezar	Dificultad al morder cosas duras
Dificultad al masticar	Ruidos en la ATM	Chasquido	Crepitación	Dificultad al hablar
Mastica lado Derecho Izquierdo	Dolor Derecho Izquierdo	Se ha quedado con la boca abierta	Incapacidad para abrir la boca	Dolor/espasmo Temporal Masetero

<u>DIENTE</u> <u>PERMANENTE</u> <u>CORONA / RAÍZ</u>		<u>DIENTE</u> <u>PRIMARIO</u> <u>CORONA</u>	<u>Diagnóstico</u>
☐	☒	☐	
0	0	(A)	SANO
1	1	(B)	CARIADO
2	2	(C)	OBTURADO CON CARIES
3	3	(D)	OBTURADO SIN CARIES
4	-	(E)	PERDIDO POR CARIES
5	-	-	PERDIDO POR OTRAS CAUSAS
6	-	(F)	FISURA OBTURADA
7	7	(G)	SOPORTE DE PUENTE, CORONA ESPECIAL O FUNDA / IMPLANTE
8	8	-	DIENTE SIN ERUPCIONAR
9	9	-	NO APLICABLE

[illegible]

$C = \quad + e = \quad + O = \quad$ $CEO = \quad$ $C = \quad + O = \quad + P = 28$ $COP = 28$

0 SIN PLACA, SIN MANCHAS
1 RESIDUOS BLANDOS QUE CUBREN
MENOS DE UN TERCIO DE LA
SUPEFICIE
2 RESIDUOS BLANDOS QUE CUBREN
MÁS DE UN TERCIO Y MENOS DE DOS

X	X	X
X	X	X
17 - 16	11 - 21	26 - 27
47 - 46	41 - 31	36 - 37
X	X	X
X	X	X

- 0 NO HAY CÁLCULO SUPRAGINGIVAL
- 1 CÁLCULO SUPRAGINGIVAL QUE CUBRE MENOS DE UN TERCIO DE LA SUPERFICIE
- 2 CÁLCULO QUE CUBRE ENTRE UN TERCIO Y DOS TERCIOS DE LA SUPERFICIE
- 3 CÁLCULO CUBRIENDO MÁS DE DOS TERCIOS DE LA SUPERFICIE

ÍNDICE PLACA = ÍNDICE CÁLCULO = IHOS =

Índice PSR y Código *

1. ATRICIÓN	2. ABRASIÓN	3. ABFRACCIÓN	4. EROSIÓN
5. PIGMENTACIONES EXÓGENAS	6. PIGMENTACIÓN ENDÓGENA	7. FLUOROSIS	

ÓRGANOS DENTARIOS
Anomalías dentales en
Dentición permanente

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

[illegible]

DIASTEMAS	CLASE	ANGLE	I	II	III	DER	IZQ	CLASE	CANINA	DER	IZQ
	TRASLAPE HORIZONTAL							TRASLAPE VERTICAL			

	Anterior	Posterior
Mordida abierta		
Mordida cruzada		

Forma		☐	☐	☐
Sup.				
Inf.				

		Normal	Comprimido	Expandido
Estado	Sup.			
	Inf.			

Recto	Convexo	Cóncavo
-------	---------	---------

CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL	CLÍNICA DEL DOLOR	ENDODONCIA	FISIOLOGÍA
IMPLANTOLOGÍA	ODONTOPEDIATRÍA	ORTODONCIA	PATOLOGÍA BUCAL
PERIODONCIA	PRÓTESIS	PROSTODONCIA	PRÓTESIS MAXILOFACIAL

TRATAMIENTO EN LA FACULTAD	OCLUSIÓN	OPERATORIA	PREVENTIVA	PERIODONCIA
PRÓTESIS				

Nombre del Profesor: Dr. Carolina Vazquez Nombre del Alumno: Susana Escalante R.

Fernando RIVERA
Nombre del Paciente o Tutor


Firma del Profesor


Firma del Alumno


Firma o Huella del Paciente
y/o del Tutor