



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**REHABILITACIÓN PROTÉSICA INTRAORAL EN
PACIENTE INFANTIL CON HEMIMAXILECTOMÍA POR
FIBROMA AMELOBLÁSTICO (REPORTE DE UN CASO).**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

JORGE FRANCISCO SOLANO GARCÍA

TUTOR: Esp. RENÉ JIMÉNEZ CASTILLO

ASESOR: Esp. JOSÉ FEDERICO TORRES TERAN



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.

Agradezco a mi familia, profesores y gente querida por haberme apoyado en todo para lograr lo que me he propuesto.

A mi alma máter la Universidad Nacional Autónoma de México, por darme tanto y enseñarme todo lo que sé.

A mi mamá por haberme apoyado siempre incondicionalmente de muchas maneras, tenerme la paciencia siempre a pesar de todo, y quererme como sólo una madre sabe.

A mi papá por ayudarme y proporcionarme lo necesario cuando lo eh necesitado.

A mi abuelita Mayita por recibirme siempre con una sonrisa, haberme dado tantos consejos y tratado como un hijo más. Sé que ahora estas cuidándome donde estés.

A mi hermana por tener la paciencia necesaria para aguantarme.

Al Dr. René Jiménez por darme la oportunidad y creer en mí para realizar este trabajo, ser mi inspiración y enseñarme qué camino seguir, así como su confianza y apoyo cuando lo necesito.

Al Dr. Federico Torres por estar siempre dispuesto a ayudarme a pesar de sus ocupaciones y tener siempre un momento para escuchar.

A los Dres. Alejandro, Esperanza, Lulú y Ricardo, por haberme ayudado de diferentes formas, enseñanzas, consejos, risas, etc... Y estar siempre en la disposición de ayudar.

A Sofy por apoyarme y motivarme siempre para lograr mis metas, darme ánimos y ayudarme aun cuando tienes tantas tareas y obligaciones que cumplir, y sobre todo por estar siempre ahí para mí junto con mi kyara.

A los Dres. José Martínez Miranda y Alberto Campos Molina que en paz descansen, por proporcionarme su apoyo con el caso clínico. Muchas gracias!!

A mis colegas y compañeros de licenciatura, con los que conviví y aprendí tantas cosas.

Y sobre todo gracias a Dios, sin él nada de esto habría sido posible...

ÍNDICE

1	INTRODUCCIÓN	5
2	MARCO TEÓRICO	6
	2.1 FIBROMA AMELOBLÁSTICO.....	6
	2.2 MAXILECTOMÍA.....	8
	2.3 DEFECTOS MAXILARES	9
	2.3.1 Clasificación de Aramany.....	10
	2.3.1.1Clase I	10
	2.3.1.2Clase II	11
	2.3.1.3Clase III	11
	2.3.1.4Clase IV	12
	2.3.1.5Clase V	12
	2.3.1.6Clase VI.....	13
	2.4 OBTURADOR PALATINO EN PACIENTES PARCIALMENTE DESDENTADOS	13
	2.4.1 Definición.....	13
	2.4.2 Clasificación	14
	2.4.2.1Según el momento de su confección.....	14
	2.4.2.2Según su material	16
	2.4.2.3Según la situación dentaria del maxilar contralateral	17
	2.5 Elaboración	18
3	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	23
4	JUSTIFICACIÓN	23

5	OBJETIVO	23
6	MÉTODO	24
	6.1 Presentación del caso	24
7	CONCLUSIONES	49
8	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
9	ANEXOS	52
	9.1 ANEXO 1	52
	9.2 ANEXO 2	58

1 INTRODUCCIÓN

La resección quirúrgica de tumores, por traumatismos o defectos congénitos del maxilar, maxilectomía parcial o total, crea una comunicación entre la cavidad oral y nasal. La ausencia de un límite anatómico entre estas cavidades provoca disfunción en la fonación, deglución y masticación; ya que existe un intercambio de fluidos que impide la alimentación y nutrición adecuada; incluyendo problemas estéticos, como desviación de la comisura labial y hundimiento hemifacial.

Cuando la rehabilitación quirúrgica ya no puede ofrecer mejoras, se recurre a otro tipo de tratamiento como la rehabilitación protésica. En pacientes pediátricos la rehabilitación implica un reto aún más grande y habilidad del especialista ya que no existen normas específicas para tratar este tipo de pacientes; cuyo desarrollo craneofacial esta inconcluso, por lo que se debe cumplir con otra cualidad como la ortopedia.

En este trabajo se presenta el seguimiento de la rehabilitación de un paciente infantil a lo largo de siete años, el cual fue diagnosticado con tumor benigno, tratado con hemimaxilectomía y diversas cirugías posteriores de reconstrucción; rehabilitado protésicamente con obturadores transicionales, diseñados cada uno de acuerdo al tipo de necesidad que debía cumplir en su momento y así mismo diseñar un tratamiento de manera interdisciplinaria que le brinde mejoras en el desarrollo facial simétrico; puesto que los tratamientos empleados no han brindado una rehabilitación integral al paciente.

2 MARCO TEÓRICO

2.1 FIBROMA AMELOBLÁSTICO

Fue descrito por primera vez en 1891 por Kruse. El fibroma ameloblástico (FA) es un tumor odontogénico benigno verdadero mixto, ya que esta compuesto de tejido epitelial y mesenquimal que forman parte del proceso neoplásico. En este tipo de tumor no hay formación de tejido mineralizado.¹

Representa de 1,5 a 4,5% de todos los tumores odontogénicos. Ya que la mandíbula es afectada con mayor frecuencia que el maxilar en una relación 3:1; cerca del 70% de todos los casos se localizan principalmente en la región mandibular posterior (figura 1), asociado a dientes no erupcionados de pacientes jóvenes con una media de edad de 12-14 años, con ligero predominio en hombres (tabla 2). A veces se presenta en pacientes mayores hasta una edad de 40 años.^{1,2,3,4}

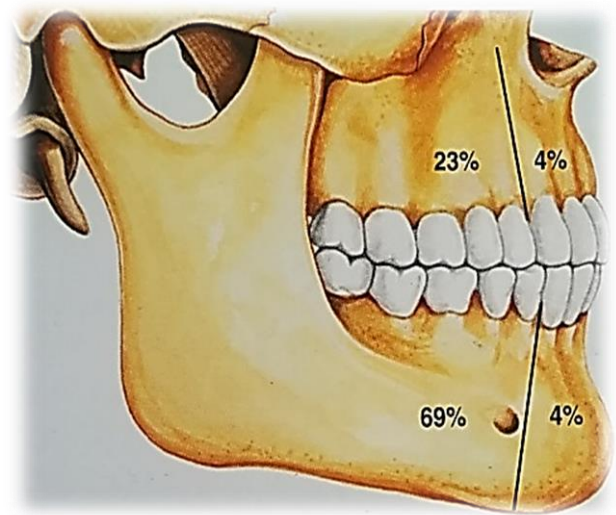


Figura 1 Distribución relativa del FA, se observa la preferencia por las zonas posteriores de maxilar y principalmente mandibular.⁴

Es detectada accidentalmente en radiografías previas a la presencia de síntomas leves en el 20% de los casos, como lesiones circunscritas radiolúcidas uniloculares (pequeñas) o multiloculares (grandes); variando entre 1 y 10 cm de diámetro. Los pacientes normalmente presentan como signos clínicos iniciales aumento de volumen, con crecimiento lento e indoloro.¹

El rango de recidiva de este tumor odontogénico es del 18% al 43.5% reportan Trodoahl J. N. y Zallen et. Al. Estos autores sugieren un tratamiento radical como lo es la resección en bloque en vez de métodos más conservadores como una enucleación o curetaje. La mayoría de las recidivas se atribuyen a la resección incompleta de la lesión, es debido a esto que se considera de alto potencial biológico de agresividad; existen casos de transformación maligna a Fibrosarcoma Ameloblástico en un 44%.^{5,1}

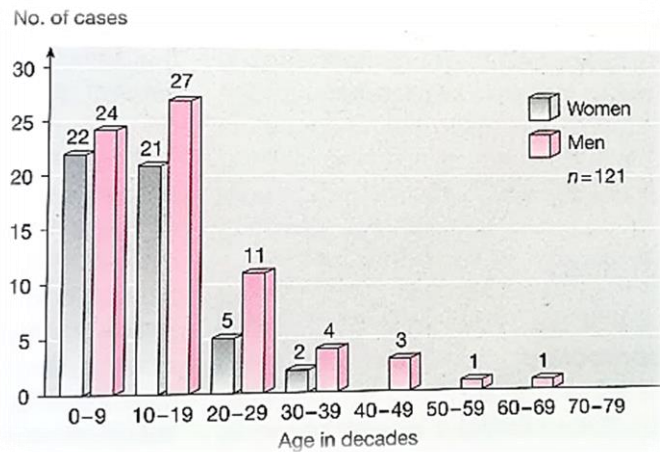


Tabla 2 Grafica que muestra la distribución de FA por edad y género, se observa preferencia por hombres entre la primera y segunda década de vida.¹

2.2 MAXILECTOMÍA

La realización de una maxilectomía es requerida si la neoplasia es maligna, invasiva o bien involucra la cavidad nasal y los senos paranasales. Si la lesión está localizada principalmente en la zona anterior, este procedimiento puede realizarse sin la división del labio reduciendo así la presencia de cicatrices externas. Si la lesión se encuentra en la zona lateral o posterior es vital cambiar el abordaje para permitir un mejor acceso al tumor.⁶

Una mayor exposición del maxilar es obtenida dividiendo el labio superior y extendiendo la incisión alrededor del ala de la nariz hacia la órbita y a lo largo de borde del párpado inferior; incisión Weber-Fergusson (figura 3).⁶



A



B

Figura 3 Incisión de Weber-Fergusson, A, trazo previo de la línea de incisión. B, colgajo desplazado, lecho quirúrgico después de la resección tumoral.⁷

Los aspectos estéticos de la resección son secundarios a la exposición quirúrgica adecuada. La incisión permite que los tejidos suaves sean desplazados de manera lateral asegurando un acceso a las estructuras óseas localizadas por debajo del párpado. Después de realizar las incisiones en la mucosa del paladar se eleva el periostio y se realiza la osteotomía (figura 4). El reborde orbital es respetado si el contenido orbital no ha sido invadido.⁶

La herida debe ser taponada con gasas y mantenerse por al menos quince o veinte días y colocar un obturador inmediato fijado con alambre al otro maxilar o cigomático, posterior a esto se retira el tapón de gasas, se impresiona el lecho quirúrgico y se realiza un obturador de transición; es en este momento cuando el paciente tiene por primera vez conciencia de la magnitud del defecto y se hace evidente la función del obturador.⁷

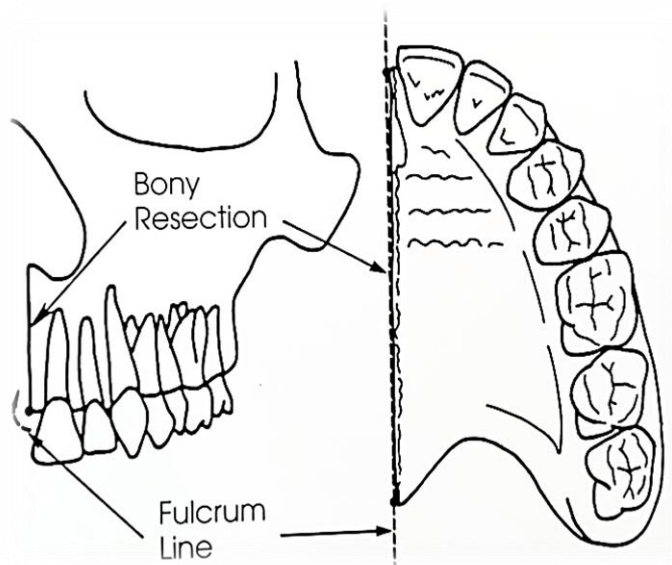


Figura 4 Diseño de hemimaxilectomía más frecuente, resección justo a la línea media del hueso del paladar duro.⁶

2.3 DEFECTOS MAXILARES

Los defectos adquiridos se presentan después del nacimiento. Su etiología se debe a factores extrínsecos como traumatismos o resecciones quirúrgicas como maxilectomía o hemimaxilectomía por neoplasias.⁸

2.3.1 Clasificación de Aramany

Debido al incremento en el número de pacientes cada vez más jóvenes sometidos a una maxilectomía parcial, así como el incremento de su esperanza de vida surgió la necesidad de una restauración diseñada para ser definitiva, para esto se creó una clasificación que fuera útil para rehabilitar a un paciente protésicamente en base al tipo de defecto adquirido que tuviera.⁹

La clasificación ha sido dividida en seis diferentes clases basadas en la relación del área del defecto con los dientes remanentes y su secuencia se relaciona con la frecuencia en que se presentan los defectos.^{9,10}

2.3.1.1 Clase I

La resección en este grupo es realizada a lo largo de la línea media de la maxila, los dientes son mantenidos en el lado que no fue seccionado. Este es el más frecuente defecto maxilar (figura 5).⁹

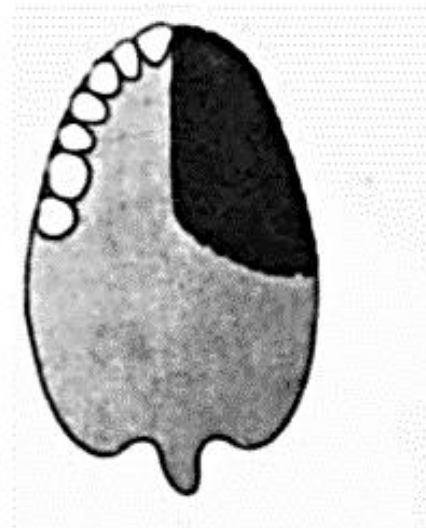


Figura 5 Defecto por resección hasta la línea media.

2.3.1.2 Clase II

El defecto en este grupo es unilateral, conservando los dientes anteriores y en algunas ocasiones hasta los premolares en el lado donde se ha realizado la resección. Este tipo de resección quirúrgica es más favorable para la retención de un obturador que la realización de la hemimaxilectomía que abarca hasta la línea media.¹⁰ Figura 6

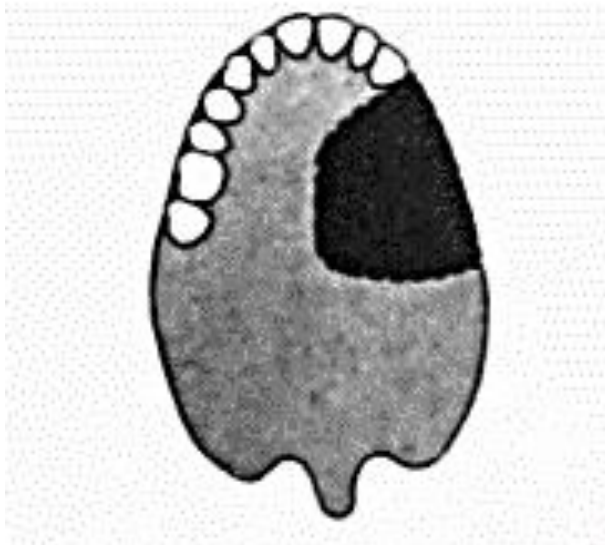


Figura 6 Resección unilateral conservando dientes anteriores del lado afectado.⁹

2.3.1.3 Clase III

Los defectos palatinos ocurren en la porción central del paladar duro y pueden involucrar parte del paladar blando, la cirugía no involucra dientes remanentes.⁹ El diseño de la prótesis, la retención y la estabilidad son favorables.¹⁰ Figura 7

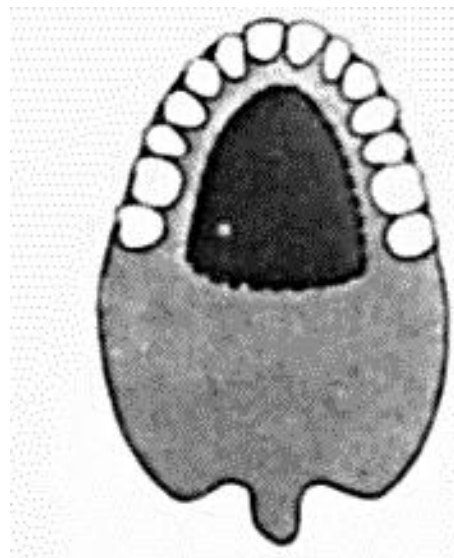


Figura 7 Resección central en paladar, sin involucrar piezas dentales.⁹

2.3.1.4 Clase IV

El defecto cruza la línea media e involucra ambos lados del maxilar. Se conservan algunos dientes remanentes situados en una línea recta en la zona posterior del maxilar remanente (figura 8).⁹

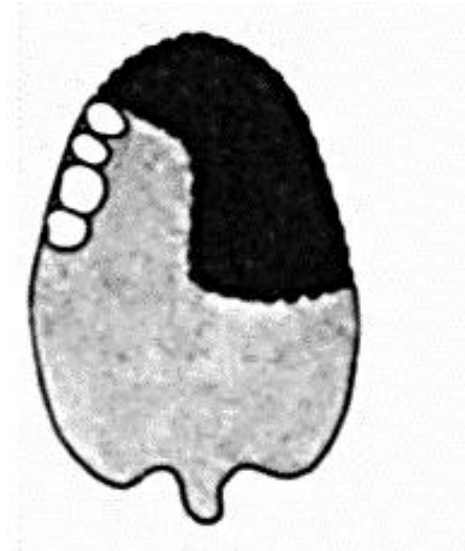


Figura 8 defecto bilateral anteroposterior, ya que el defecto cruza la línea media abarcando dientes anteriores del lado opuesto.

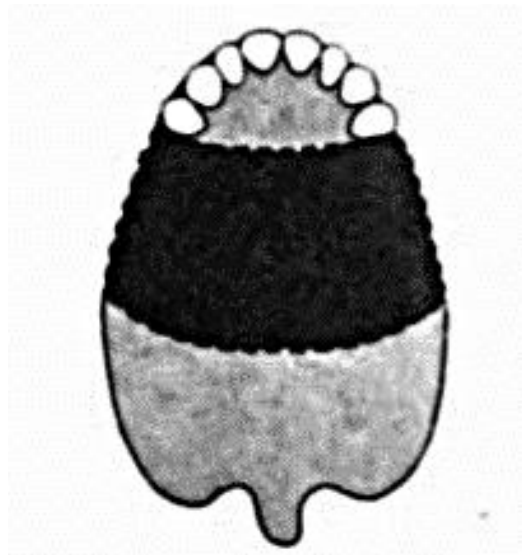


Figura 9 Resección posterior la cual no involucra dientes anteriores.

2.3.1.5 Clase V

El defecto quirúrgico es bilateral. Se sitúa posterior a los dientes remanentes de soporte, mismos que pueden requerir ferulización y a veces estabilización labial (figura 9).^{9,10}

2.3.1.6 Clase VI

El defecto se localiza anterior a los dientes remanentes; principalmente es el resultado de traumatismos y defectos congénitos y no de intervenciones quirúrgicas planeadas (figura 10).⁹

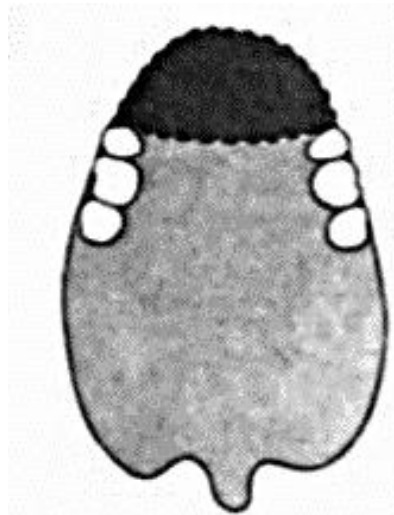


Figura 10 Defecto bilateral que involucra solo dientes anteriores hasta premolares, zona maxilar anterior.

2.4 OBTURADOR PALATINO EN PACIENTES PARCIALMENTE DESDENTADOS

La rehabilitación protésica deberá restablecer las funciones básicas perdidas en el paciente tratado con mexilectomía parcial, como la oclusión, la función y una aceptable estética para mejorar la calidad de vida.¹³

2.4.1 Definición

Indicados en los casos de comunicaciones oro-nasales, producidas por resección quirúrgica de tumores de paladar duro y/o blando, traumatismos o malformaciones congénitas; en los que existan dientes remanentes de soporte. Un obturador palatino es una prótesis parcial removible, fija o incluso sobredentadura que lleva incorporada una parte obturatriz que penetra en los bordes del defecto buscando el cierre periférico del mismo, cuya principal función es la separación anatómica y funcional de las

cavidades oral y nasal; para así poder restablecer las funciones de: deglución, fonación, masticación y respiratorias. De igual manera atenuar el compromiso estético permitiendo al paciente recuperarse del impacto psicológico tras la cirugía; todo esto respetando los principios de retención y estabilidad máxima preservando estructuras orales.^{7,11,12,13}

2.4.2 Clasificación

Existen diferentes clasificaciones, sin embargo, la más utilizada es la que se basa en el estado del paciente al momento de elaboración del obturador.

2.4.2.1 Según el momento de su confección

- Inmediato o quirúrgico.
- De transición o temporal.
- Definitivo.
- Tardío.
- Tardío ortognático (quirúrgico protésico).

- Inmediato o quirúrgico

Es aquel que se confecciona previo al acto quirúrgico y se coloca en el momento de la resección tumoral.⁷ Figura 11



Figura 11 Obturador quirúrgico, sostenido con sutura a través de orificios hechos en el acrílico para ser fijado en el lecho quirúrgico.⁸

- De transición o temporal

Se coloca después de 15 a 20 días de uso de la prótesis inmediata. Se puede utilizar el obturador inmediato para transformarlo en obturador de transición mediante su rebase con acondicionador de tejidos cada 10 días favoreciendo la cicatrización final del lecho quirúrgico (figura 12).¹⁴

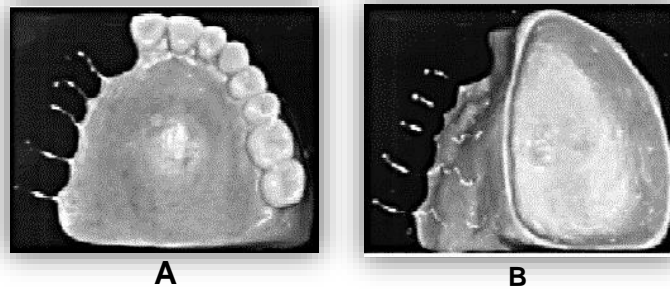


Figura 12 Obturador transicional hecho completamente de acrílico, A, con retenedores directos prefabricados y B, bulbo hueco.

- Definitivo

Alcanzada la estabilidad de cicatrización de los tejidos, se puede comenzar la confección del obturador definitivo, aproximadamente después de dos meses de la cirugía dependiendo la amplitud del defecto. Está sujeto a la variación de las condiciones bucales por lo que puede alterarse con el paso del tiempo, siendo necesaria la realización de rebases o modificaciones y finalmente la elaboración de un nuevo obturador.⁷ Figura 13



Figura 13 Prueba de esqueleto metálico vaciado para obturador definitivo.¹⁵

- Tardío
Se elaboran cuando ha transcurrido mucho tiempo después de la cirugía y nunca se colocó un obturador previo.⁷

- Quirúrgico protésico
Indicadas en casos en los que no se colocó un obturador inmediato ni se preservó en condiciones adecuadas el defecto quirúrgico, provocando retracción cicatrizal o deformación del reborde remanente.
Estos obturadores pueden expandir el maxilar mediante tornillos reduciendo el colapso por cicatrización.⁷

2.4.2.2 Según su material

- Rígida
Se emplean cuando la extensión del defecto es pequeña o mediana y el defecto no presenta retenciones anatómicas; es higiénico y su mantenimiento es más fácil que uno de material flexible.⁷

- Flexible
Indicados en pacientes con trismus y cuando la comunicación oronasal es extensa ya que el soporte protésico se ve seriamente comprometido. Este tipo de obturadores penetra en la comunicación reteniéndose en las irregularidades del defecto, obteniendo así un cierre hermético separando la vía aérea de la digestiva.⁷

2.4.2.3 Según la situación dentaria del maxilar contralateral

- Parcial

Se confecciona cuando en el maxilar remanente existen piezas dentales, ya que ésta se anclará por medio de retenedores extracoronarios a los dientes remanentes proporcionando estabilidad protésica.⁷ Figura 14

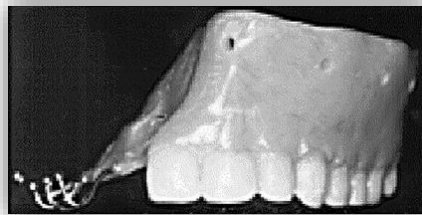


Figura 14 Obturador quirúrgico parcial, se observan las perforaciones para fijarlo con sutura.¹⁶

- Completa

Se utiliza cuando no existen dientes remanentes, presenta la misma extensión que una prótesis convencional, sellado de bordes periféricos funcionales y el obturador estará ubicado en la cara interna de la base frente al defecto. Cuando el defecto es muy extenso, está indicado colocar implantes para lograr una retención adecuada y sellado de la comunicación.⁷ Figura 15



Figura 15 Prótesis total, con obturador palatino.¹⁷

2.5 Elaboración

En el caso de un paciente infantil el tipo de obturador indicado es el de transición o temporal debido al constante cambio de la anatomía por el desarrollo facial, para la elaboración de un obturador de transición es importante realizar un examen clínico en el cual se establezca la etiología, extensión y ubicación del defecto, para elegir el tipo de material de elaboración del obturador ya sea rígido o flexible.^{7,15,16}

- Impresión primaria

Se elige la cucharilla adecuada para impresión, en caso de ser paciente dentado (perforada) o desdentado (lisa). La impresión se realiza con alginato, se utiliza una gasa embebida en este material para colocarla en la entrada del defecto y se impresiona sobre ella a fines de que el material de impresión no se exceda hacia las fosas nasales o el seno maxilar.

Con esta impresión obtendremos un modelo anatómico el cual servirá para realizar un portaimpresiones individual al igual que en una prótesis removible los dientes remanentes en el modelo se cubren con cera para hacer un espacio alrededor de estos, y permitir que el portaimpresiones esté libre de bajar, así como penetrar un poco en el defecto.^{14,16,7} Figura 16

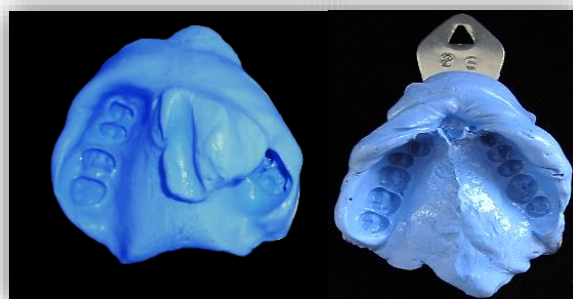


Figura 16 Impresión en alginato, debe ser nítida sin burbujas y debe imprimir el defecto sin exceder el flujo del material dentro de este.¹⁷

- Impresión fisiológica

Se utiliza portaimpresiones individual antes fabricado, y la impresión se realizará con hule de polisulfuro colocándolo en toda la superficie del portaimpresiones individual y alrededor de la zona que penetra ligeramente la comunicación oronasal, no interesa reproducir los pliegues mucosos ni surco muco-gingival, ya que la prótesis se sostendrá de los dientes del maxilar remanente.^{15,16} Figura 17



Figura 17 A,B,C y D, colocación del material de impresión en la cucharilla o portaimpresiones individual, la impresión obtenida debe ser nítida sin burbujas, se bardea con cera para su vaciado en yeso, obtención del modelo de trabajo o fisiológico.¹⁷

- Relación intermaxilar

Se confeccionara primero los gancho retenedores pueden ser de alambre de ortodoncia o vaciados, se fijan al modelo con cera; sobre ellos, se realiza la base de registro en acrílico, en la cual colocaremos rodillos para registrar relaciones interoclusales.^{7,16} Figura 18

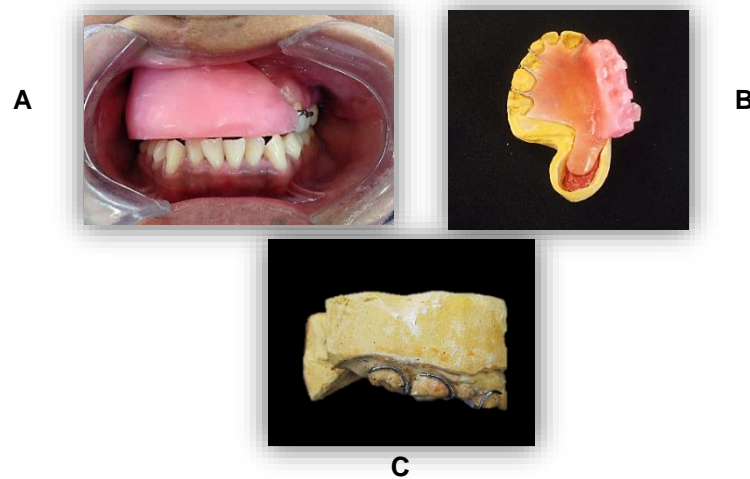


Figura 18 A, relación de mordida de dientes antagonistas para la colocación en oclusión de los dientes artificiales. B y C, se observa los ganchos prefabricados sumergidos en la base de registro.¹⁷

- Articulado y colocación de dientes

Ya teniendo el registro de mordida en el rodillo de cera, se montan los modelos en articulador utilizando el arco facial. Seleccionamos color, tamaño y forma de los dientes y se colocan dientes sobre los rodillos de cera, se prueba en paciente la oclusión.^{7,15,16} Figura 19

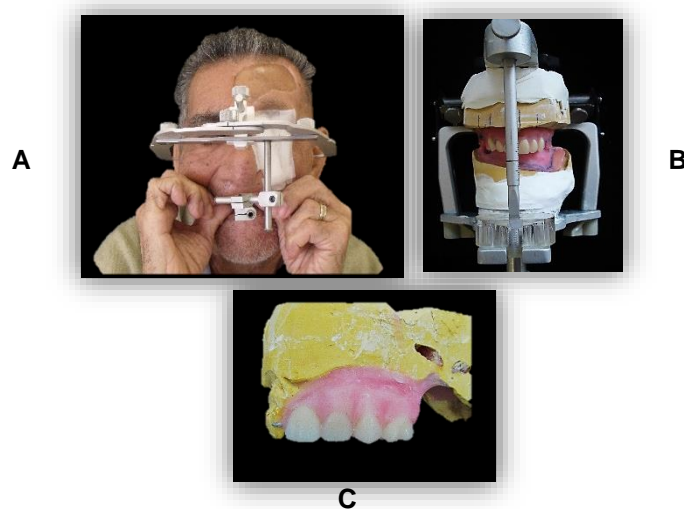


Figura 19 A, colocación de arco facial para transportar el modelo superior al articulador. B, articulado de modelos y C, colocación terminada de dientes en cera.¹⁷

- Procesado de laboratorio

El acrílico que este en contacto directo con el defecto puede ser transparente, el acrílico vestibular y en las demás zonas mucosas rosa. El obturador debe quedar hueco al final, para así disminuir su peso.^{7,15,16} Figura 20

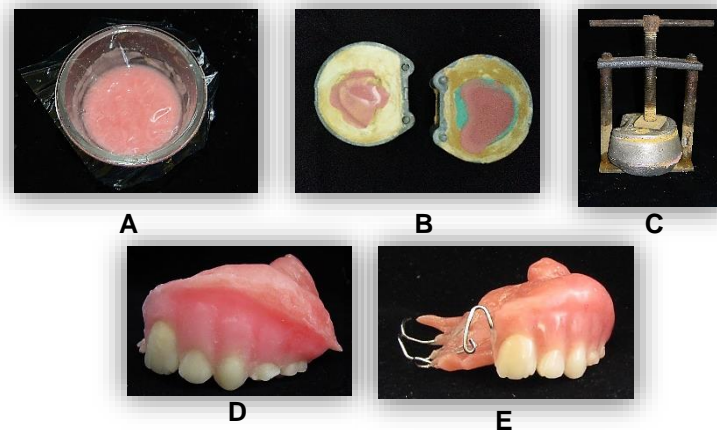


Figura 20 A,B,C,D y E, el acrilizado y procesado es similar al de una prótesis removible. Se coloca el acrílico en la mufla previamente desencerada, se prensa y se termocura. Se rescata la prótesis de la mufla, se recorta y se pule al alto birlo.¹⁷

- Colocación

Se verifica que haya un sellado perfecto del defecto, de no ser así, en el momento de su instalación será necesario un rebase con acondicionador de tejidos en la periferia del obturador para lograr un sello hermético da la comunicación.^{7,16} Figura 21

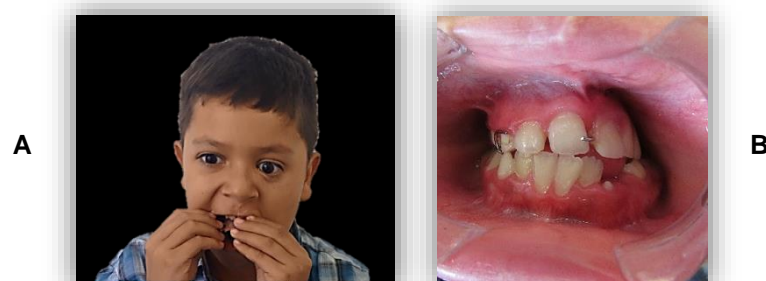


Figura 21 A, colocación por el paciente. B, se verifica que la prótesis entre y salga libremente y en un solo movimiento, esto para evitar que este activa.¹⁷

- **Mantenimiento**

Se le indican a paciente medidas de higiene bucal como de la prótesis. Ya que se ha hecho un rebase con acondicionador de tejidos en el momento de su colocación la prótesis necesitará un rebase definitivo con acrílico así como rebases periódicos cuando la prótesis pierda ajuste, ya que se va modificando la anatomía con el tiempo.

El rebase de una prótesis realiza por la cara interna; se comprueba la correcta oclusión, y se acondiciona la prótesis por toda la cara interna. Una vez hecho esto el obturador servirá como portaimpresiones sobre la que se colocará huele de polisulfúro y se impresionará como impresión fisiológica, se le pide al paciente que muerda y se espera a que el material vulcanice. Se enmufla y se vacía con acrílico⁷.

3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Existen un gran número de trabajos encaminados a rehabilitar pacientes adultos, y muy pocos en pacientes pediátricos en los que se presentan tratamientos enfocados a rehabilitar funciones estéticas dentales, sin tratar las necesidades de su desarrollo craneofacial de manera integral.

4 JUSTIFICACIÓN

Al no existir un protocolo de tratamiento multidisciplinario que trate de manera integral en pacientes infantiles con hemimaxilectomía parcial o completa, es necesario proponer alternativas que puedan cumplir con las condiciones que demanda un paciente en pleno desarrollo.

5 OBJETIVO

Proponer un protocolo de rehabilitación y seguimiento multidisciplinario en pacientes infantiles que han sufrido la eliminación quirúrgica parcial o total del maxilar.

6 MÉTODO

6.1 Presentación del caso

Se presenta a la Clínica de Prótesis Maxilofacial de la División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México:

Paciente infantil masculino de 11 años 4 meses de edad.

Fecha de nacimiento: 21 de Octubre del 2003.

Lugar de Nacimiento: Jojutla, Morelos, México.

Residencia: Tlaquitenango Morelos, México.

Antecedentes Perinatales

- Producto de la primera gestación de madre a los 18 años de edad.
- Gestación de 38 semanas con controles prenatales.
- Parto distócico por decisión de la madre.
- Niega ingesta de fármacos, alcoholismo, drogadicción o caídas durante el embarazo.
- Se desconoce la edad de Sostén cefálico, sedestación o bipedestación.

Antecedentes personales no patológicos

Habita en casa propia de adobe, con tres habitaciones y una letrina externa; cuenta con energía eléctrica, agua potable y fosa séptica. Higiene corporal cada tercer día, con cambio de ropa diariamente, higiene oral una vez al día (sólo cepillado), alimentación tres veces al día, fauna domestica positivo (dos pericos y gallinas).

Antecedentes heredofamiliares

- Madre: 29 años de edad con adenopatías en seno materno.
- Padre: Finado en el año 2008 por linfoma de Hodking.
- Hermanos (2): 7 años de edad- Aparentemente sano.
10 meses de edad-Aparentemente sano.
- Abuelo Paterno: Vivo, 64 años de edad, aparentemente sano.
- Abuela Paterna: Viva, 73 años de edad padece Diabetes Mellitus tipo 2.
- Abuelo Materno: Vivo, se desconoce su edad.
- Abuela Materna: Viva, se desconoce su edad.

Antecedentes personales patológicos

- Fibroma Ameloblástico en lado izquierdo del maxilar a los 4 años de edad.
- Hemimaxilectomía a la edad de 4 años.
- Palatoplastía y Blefaroplastia con injerto de Calota a los 8 años de edad.
- Cierre de fistula palatina a los 10 años de edad.

Padecimiento actual

- Defecto palatino izquierdo Clase I de Aramany.
- Depresión facial izquierda.
- Comunicación oroantral izquierda.

Relato del caso

En 2007 a la edad de 4 años acude al Hospital del Niño y el Adolescente Morelense, Emiliano Zapata, Morelos México por aumento de volumen en la región facial izquierda. Al a exploración se observó tumoración intra y extra oral en zona maxilar izquierda (figura 22). La radiografía inicial (figura 23) muestra una zona radiolúcida esclerótica unilocular asociada a un molar temporal no erupcionado, en la tomografía computarizada se observa una zona osteolítica que abarca desde zona molar hasta el reborde infraorbitario (figura 24). Al realizar estudio histopatológico el diagnóstico fue Fibroma Ameloblástico localizado en el maxilar izquierdo.



Figura 22 Fotografía inicial, se observa una tumefacción en la zona maxilar izquierda a nivel de molares temporales.¹⁸

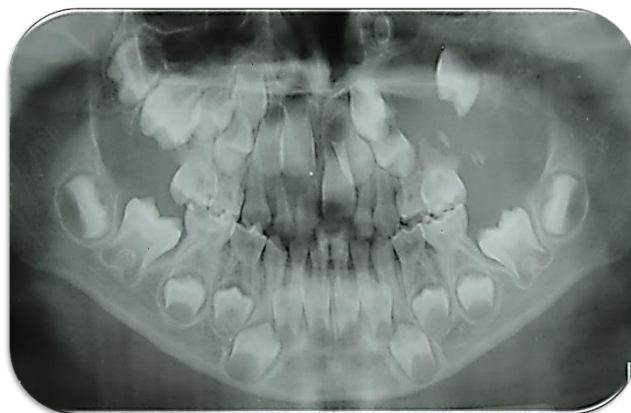
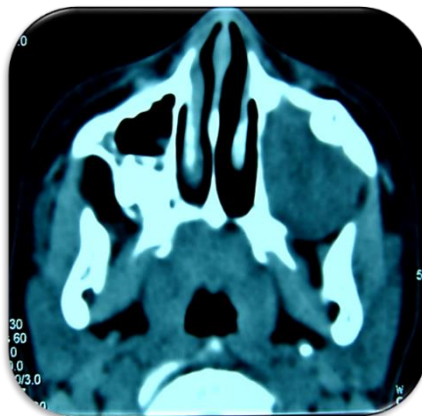


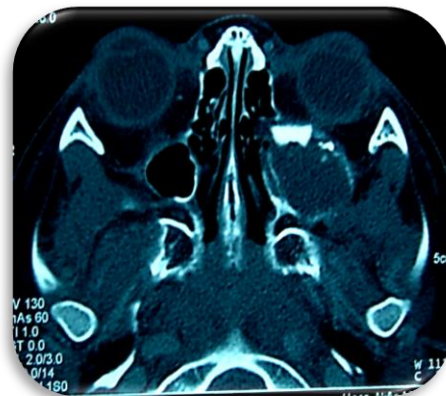
Figura 23 Ortopantomografía inicial, se observa una zona radio lucida asociada a un diente retenido en zona maxilar izquierda, con ausencia de gérmenes dentarios permanentes.¹⁸



A



B



C

Figura 24 Imágenes de la tomografía computarizada. A, reconstrucción 3D de tomografía computarizada, se nota la destrucción ósea desde el reborde dental hasta el borde infraorbitario del lado izquierdo. B y C, cortes axiales de TC donde se observa una lesión osteolítica de tamaño considerable a diferentes profundidades en el maxilar izquierdo.¹⁸

El tratamiento decidido fue someter al paciente a cirugía parcial del maxilar, que consistió en la resección tumoral en bloque por medio de hemaxilectomía izquierda con abordaje Weber-Fergusson (figuras 25,26) bajo anestesia general, la cual fue realizada sin complicaciones en el departamento de Cirugía Maxilofacial Pediátrica y Craneofacial del Hospital del Niño y el Adolescente Morelense, Emiliano Zapata, Morelos México.

Se colocó una sonda que drenara la glándula lagrimal hacia la cavidad oral; ya que el detritus depositado incrementa la inflamación, puede provocar ceromas y dehiscencia de puntos (figura 27).

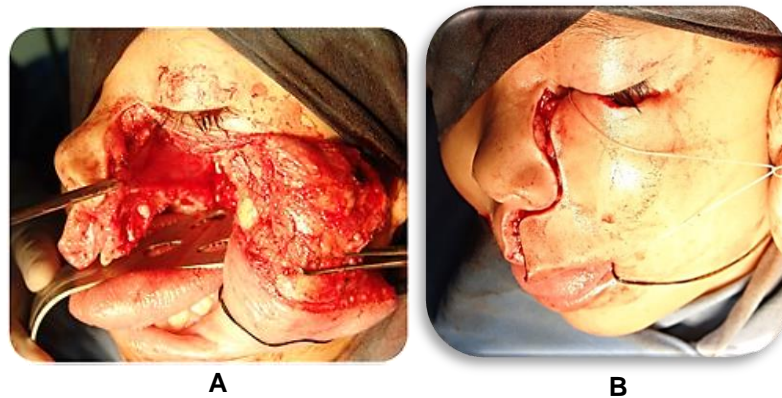


Figura 25 Colgajo Weber-Fergusson, A, lecho quirúrgico después de haber hecho la resección del tumor. B, afrontamiento de bordes del colgajo para suturar.¹⁸



Figura 26 Muestra de la resección en bloque del hemimaxilar izquierdo.¹⁸

La cirugía dejó secuelas de depresión hemifacial, ectropión del párpado izquierdo, comunicación oronasal y defecto Clase I de Aramany (figura 29). La cicatrización intra y extra oral fue satisfactoria.



Figura 27 Sutura de la zona quirúrgica con colocación de sonda lagrimal que drenará en cavidad oral.¹⁸



Figura 28 Fotografía de control a los 20 días de la cirugía, se aprecia aún inflamación y depresión palpebral izquierda.¹⁸



Figura 29 Fotografía de seguimiento a los 15 días de la operación, se observa un adecuado proceso de cicatrización del defecto postquirúrgico.¹⁸

En 2011 es remitido a la clínica de Prótesis Maxilofacial de la DEPEI de la Facultad de Odontología de la UNAM, para rehabilitación protésica. A la exploración intraoral se observaron los tejidos con condiciones de cicatrización adecuada para realizar el obturador (figuras 30,32).



Figura 30 Fotografía intraoral inicial, se observa tejidos en condiciones adecuadas para realizar el obturador transicional.¹⁷



Figura 31 Se realizó toma de impresión con alginato para obtención de modelo de estudio.¹⁷



A



B

Figura 32 Fotografías laterales donde se observa dentición mixta y apiñamiento dental, A, se observa el defecto. B, presencia de coronas metálicas.¹⁷

Puesto que no se realizó obturador quirúrgico la primera prótesis que se elaboró fue un obturador de transición. El propósito principal de esta fue el de devolver las funciones de masticación, deglución y la estética la cual ayudaría al estado anímico después de la cirugía (figura 33).

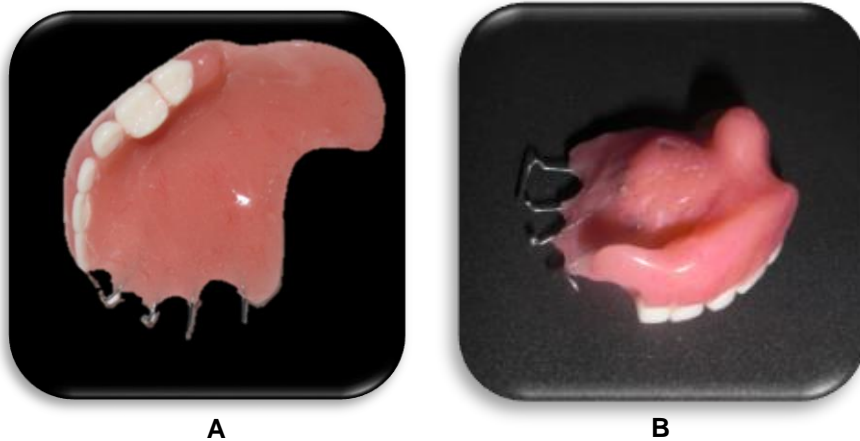


Figura 33 A, vista inferior de la prótesis se usaron retenedores elaborados con alambre de ortodoncia. B, vista superior se aprecia el bulbo que sella el defecto.¹⁷

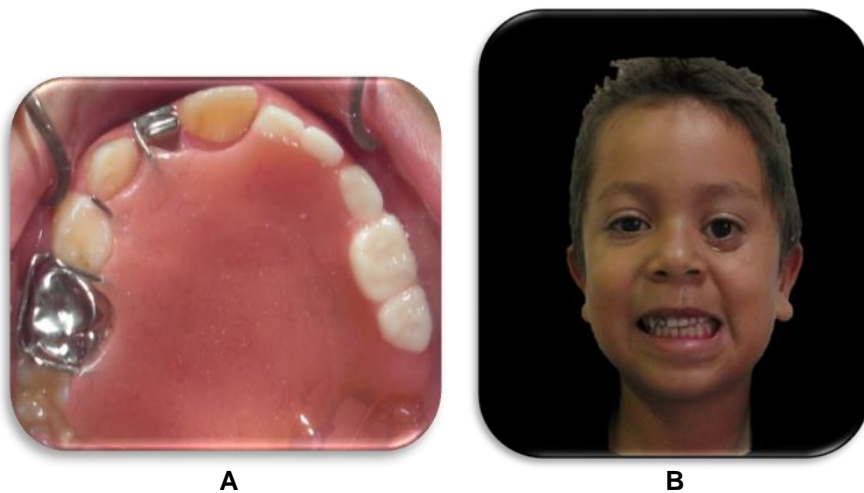


Figura 34 Prótesis colocada. A, fotografía intraoral. B, fotografía extraoral.¹⁷

En Septiembre del 2012 fue sometido a una segunda intervención quirúrgica bajo anestesia general, que consistió en la realización de Palatoplastía la cual remodelaría tejidos blandos del defecto dejándolos en condiciones para una cirugía posterior de cierre completo; y Blefaroplastia con autoinjerto de calota, tomado del hueso temporal (figura 35) y membrana de colágeno (figura 36) para la reconstrucción de reborde infraorbitario izquierdo (figura 37).



Figura 35 Zona del h. temporal donadora del autoinjerto óseo.¹⁸

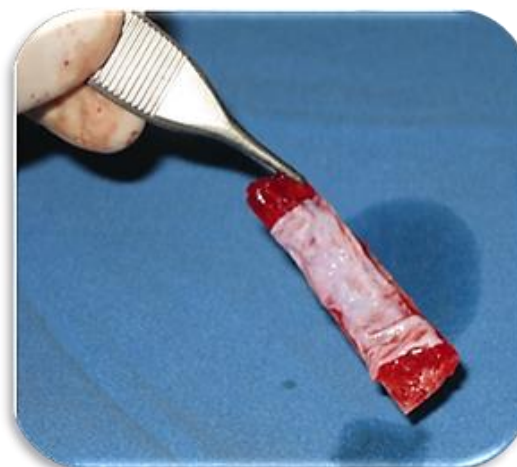
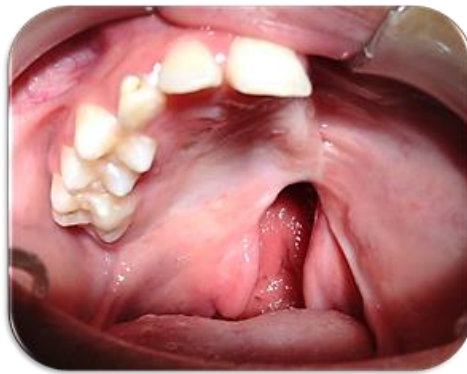


Figura 36 Muestra del injerto de calota cubierto por membrana de colágena.¹⁸



Figura 37 Colocación y fijación del injerto en reborde infraorbitario.¹⁸



A



B

Figura 38 Fotografía de seguimiento a los 20 días de la intervención quirúrgica, A, cicatrización normal de tejidos sometidos a palatoplastia. B, fotografía de cicatrización del párpado inferior izquierdo, se nota mejoría de la posición del párpado y poca inflamación.¹⁸

La intervención quirúrgica por palatoplastia dejó un defecto (fistula palatina) más pequeño que el original, ya que su propósito fue remodelar los tejidos blandos y dejarlos en condiciones adecuadas para poder realizar posteriormente el cierre completo de la fistula palatina.

Fue evidente que la modificación del defecto implicaría una prótesis nueva, por lo que una vez cicatrizada la zona quirúrgica, se rediseñó y fabricó un obturador de transición nuevo, buscando una adaptación mejor al defecto y esperando una mejoría en la masticación y deglución. Los retenedores igual fueron hechos con alambre doblado, modificando el diseño del retenedor del incisivo central (figuras 40,41).

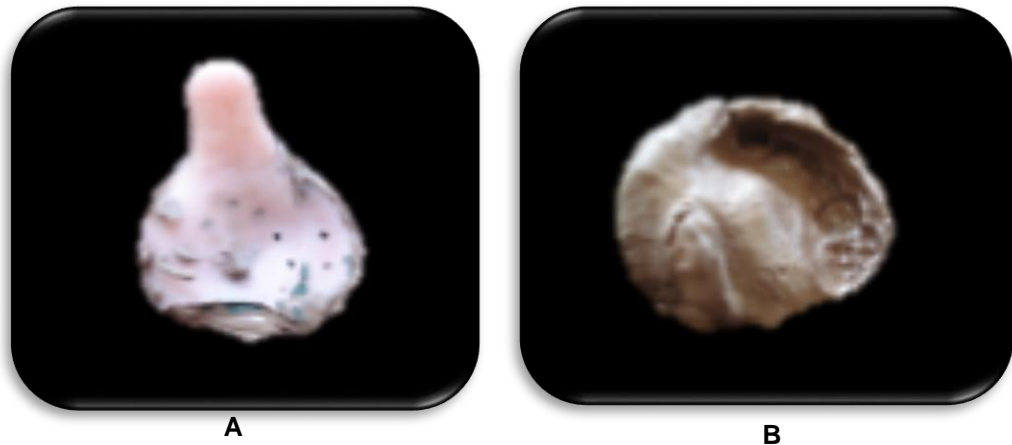


Figura 39 Toma de impresión fisiológica con hule de polisulfuro. A, cucharilla individual de acrílico, con perforaciones para que el material fluya. B, impresión fisiológica se nótese la zona del defecto registrada.¹⁷

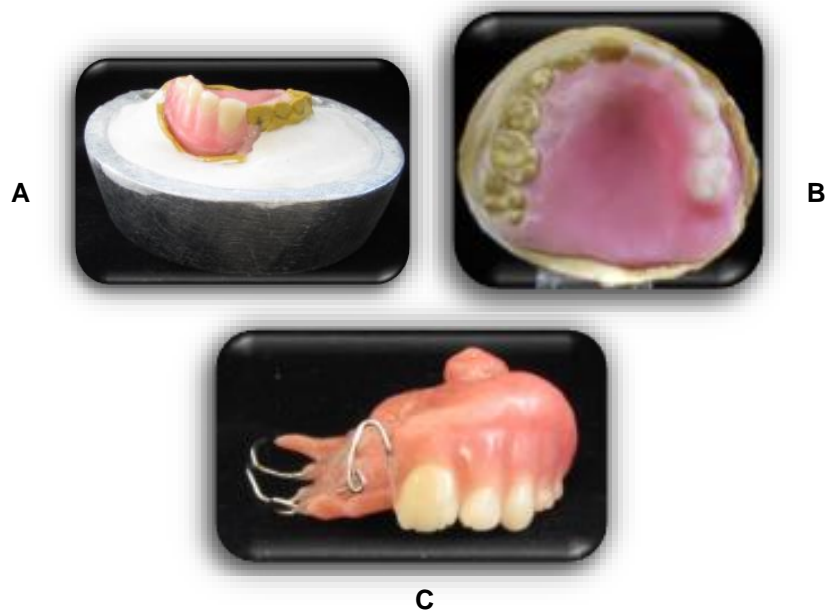


Figura 40 A, vista frontal del procesado en mufla ya terminado. B, modelo vista superior de la prótesis sobre el modelo recuperado de la mufla, es necesario romper el modelo para no dañar la prótesis, debido a lo retentivo del defecto. C, prótesis terminada recortada y pulida, se observa el gancho retenedor vestibular.¹⁷

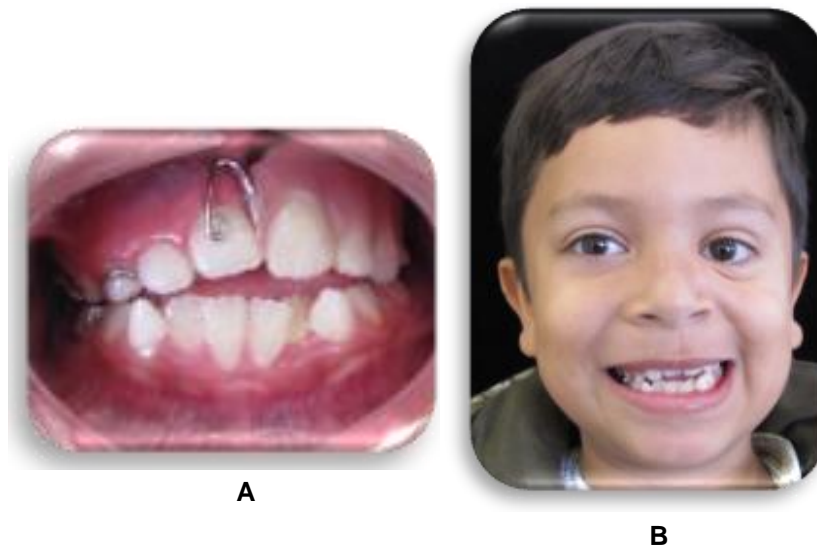


Figura 41 A, prótesis colocada se observa retenedor vestibular en incisivo central derecho, mordida abierta y apiñamiento dental. B, fotografía extraoral se nota una asimetría hemifacial de lado afectado más marcada.¹⁷

Se realizó un tercer obturador transicional en 2013, ya que es necesaria la adaptación de las prótesis al crecimiento facial. Se observa migración de la línea media debido a la asimetría facial del lado izquierdo provocado por la cicatrización de los tejidos tras la cirugía. Se observa una desarmonía dental mayor (figura 42).

La prótesis al igual que las anteriores cumple con mejorar funciones de masticación y deglución, aunque no se han visto mejoras satisfactorias en la fonación.

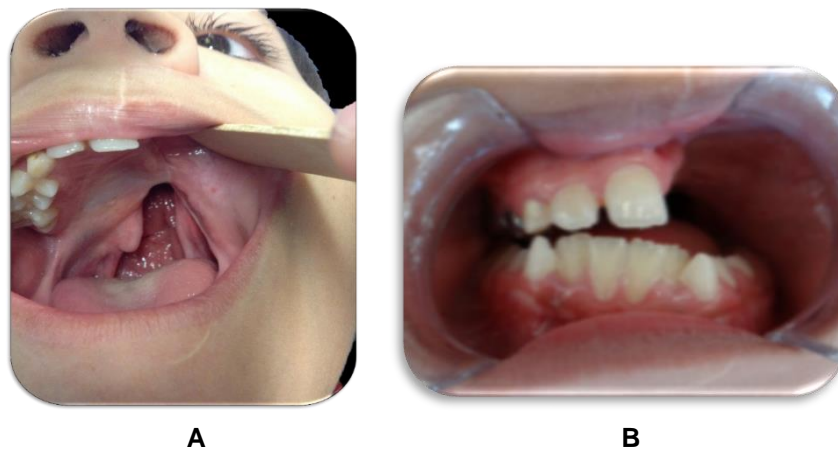


Figura 42 Fotografías intraorales previas a la realización de la prótesis. A, fotografía del defecto palatino. B, fotografía frontal donde se nota la migración de la arcada superior hacia el lado afectado, apiñamiento dental y mordida abierta anterior.¹⁷

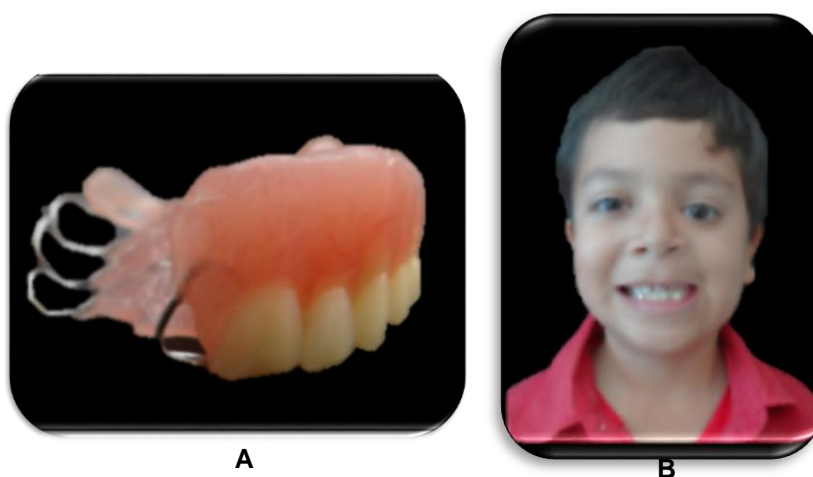


Figura 43 A, fotografía de la prótesis terminada. B, fotografía extraoral del obturador colocado en el paciente.¹⁷

A finales del mismo año se elabora una nueva prótesis ya que se reporta que el obturador no ajustaba al paciente, al hacer la exploración clínica se observa pérdida de dientes deciduos, los cuales servían de soporte para retenedores directos, una migración de la hemiarcada superior hacia la línea media y mordida abierta anterior más marcada (figura 44). Se decide realizar un nuevo obturador con prolongación a paladar blando con el fin de dar tonicidad a este y mejorar funciones de fonación y deglución (figuras 45, 46). El habla siguió sin mejoría notable.



Figura 44 A, se observa desarmonía oclusal mayor con una marcada desviación, hacia el lado colapsado, de la hemiarcada superior. B, imagen del defecto, se aprecian tejidos en condiciones para realizar la nueva prótesis.¹⁷

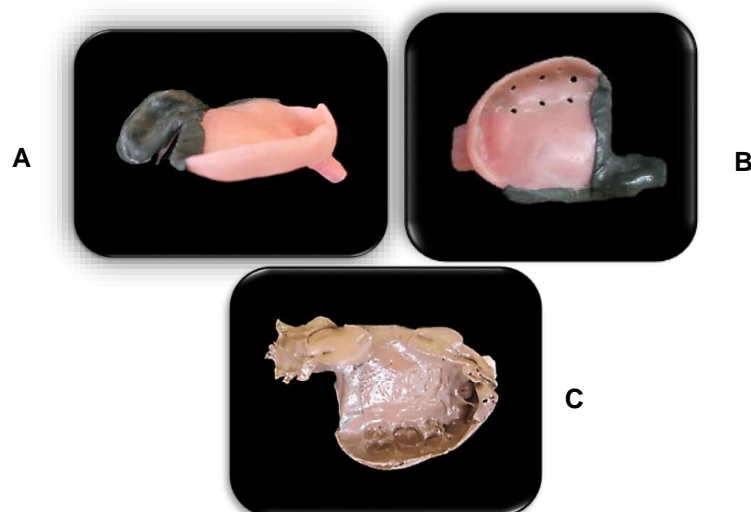


Figura 45 Registro de bordes y toma de impresión fisiológica. A y B, se observa los registros de los bordes del defecto con modelina, perforaciones en la cucharilla individual de acrílico para permitir que este fluya. C, impresión fisiológica en hule de polisulfuro se observa impresión del defecto llegando hasta paladar blando.¹⁷

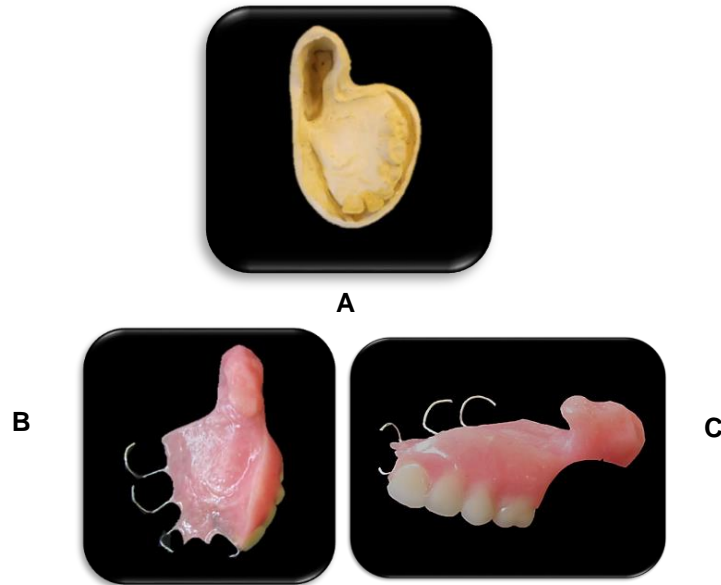


Figura 46 Obtención del modelo fisiológico, procesado y terminado. A, modelo fisiológico en el que se observa el registro del defecto en paladar blando. B y C, prótesis terminada se observa la prolongación para estimular la tonicidad del paladar blando, se utilizan ganchos retenedores fabricados con alambre de ortodoncia.¹⁷

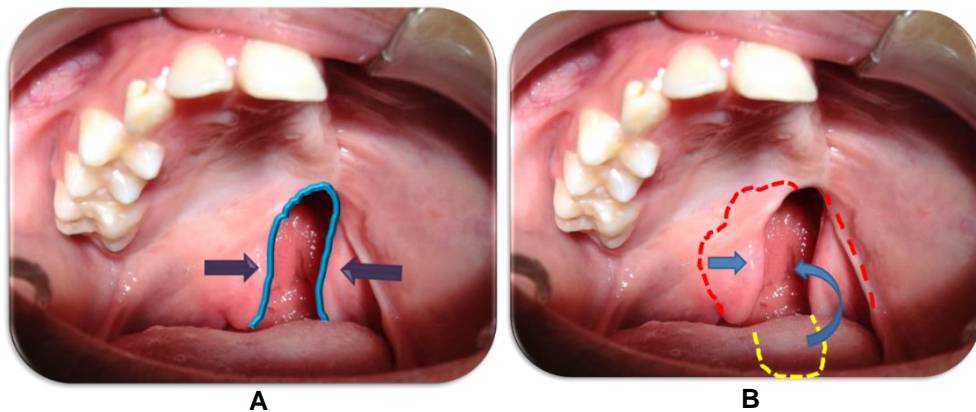


Figura 47 A y B, colocación de la prótesis en boca se nota constante desplazamiento de la arcada superior hacia el lado colapsado, prolongación de la prótesis a paladar blando con la que se intentó fortalecer la zona para mejorar la fonación. C, fotografía extraoral.¹⁷

Al acudir a revisión, en el Hospital del Niño y el Adolescente Morelense, se decide planear la última cirugía de reconstrucción, la cual fue realizada en Mayo del 2014; consistió en el cierre completo del defecto palatino, con el propósito de construir una barrera anatómica por medio de la afrontación de colgajos y un injerto de tejido conectivo tomado de lengua (figuras 49, 50). La cicatrización fue buena y se logró el cierre completo del paladar (figura 51).



Figura 48 Fotografía inicial previa a la cirugía.¹⁸



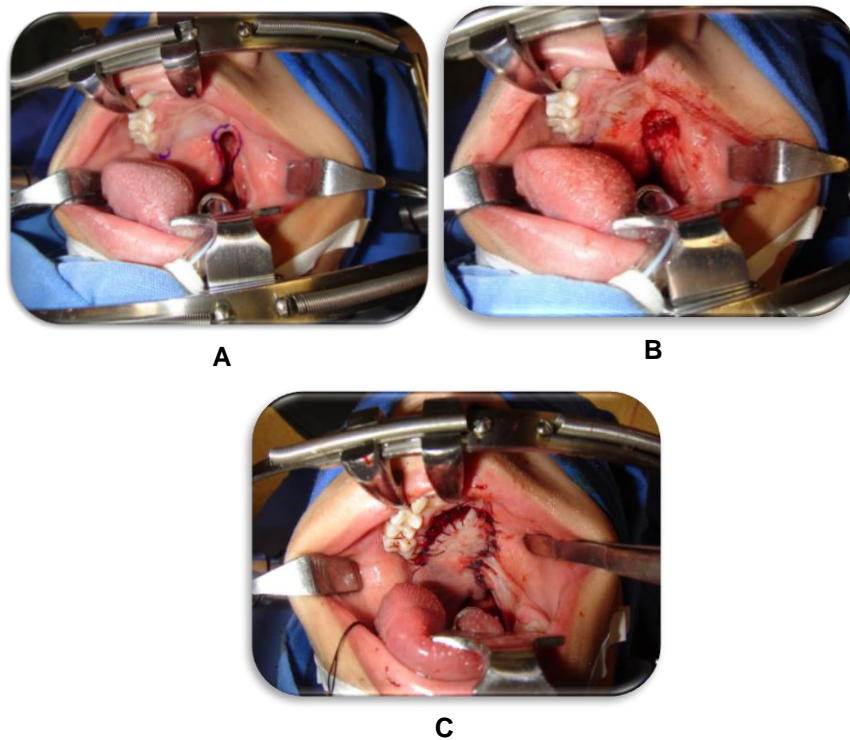


Figura 50 A, B y C, procedimiento quirúrgico que consistió en levantar colgajos y girarlos para afrontarlos y cubrir el defecto, colocando un injerto de tejido conectivo de lengua. Arriba izquierda delimitación de los bordes del defecto. Derecha colocación del injerto de tejido conectivo de lengua. Abajo sutura de colgajos.¹⁸

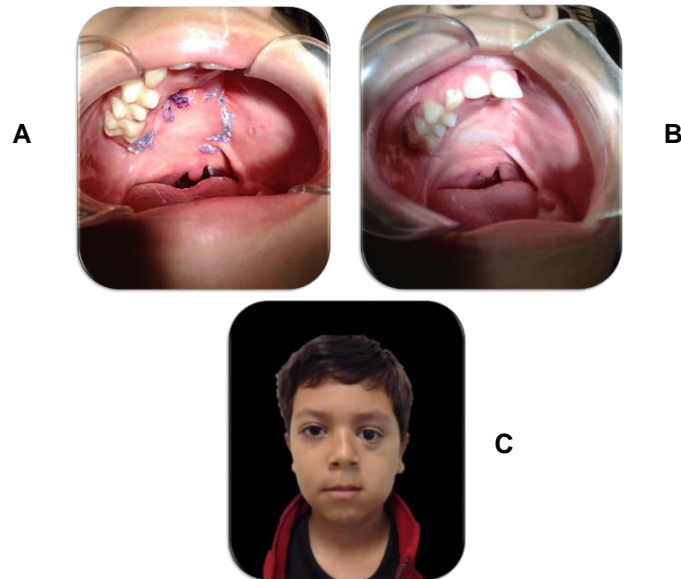


Figura 51 A, cicatrización a los 15 días del cierre de fístula palatina se quitaron puntos de sutura. B, cicatrización al mes después de la cirugía se observa el cierre completo del defecto, C, fotografía final extraoral.¹⁸

A finales del 2014 fue diseñada y elaborada una nueva prótesis transicional. Las condiciones que presenta el paciente son migración del hemimaxilar remanente hacia línea media, mordida cruzada anterior, apiñamiento dental y falta de erupción de molares permanentes del cuadrante inferior izquierdo (figura 52). Se diseñó con el propósito de estimular la erupción de los dientes antagonistas del lado afectado (figura 54).

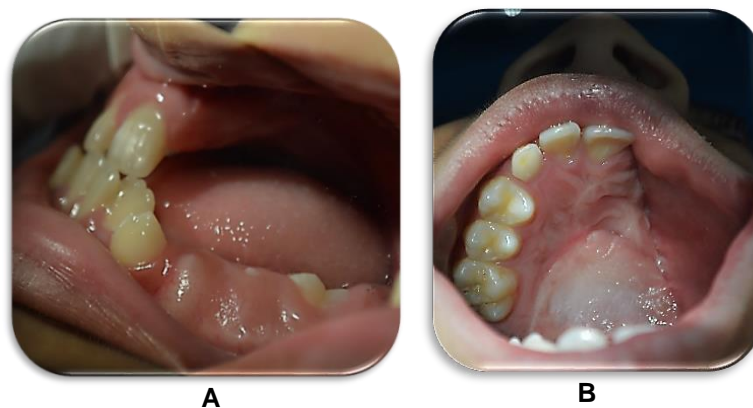


Figura 52 Fotografías intraorales. A, se observa apiñamiento dental y ligera mordida cruzada, puede notarse la erupción afectada debido a la ausencia de dientes antagonistas que la estimulen. B, migración del hemimaxilar a través de la línea media.¹⁸



Figura 53 Terminado de la prótesis transicional, se observan los retenedores directos fabricados con alambre de ortodoncia.¹⁷

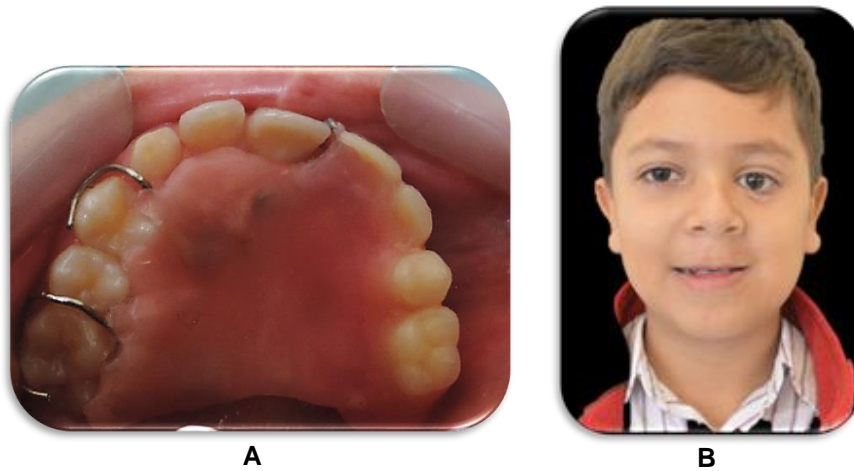


Figura 54 Fotografías intra y extra oral de la prótesis colocada. A, ajuste de la prótesis con ganchos retenedores en premolar, primer molar e incisivo central, adaptados directamente en el modelo fisiológico para su procesado con acrílico. B, vista extraoral actual del paciente, es evidente la asimetría facial, y necesidad de ortopedia.¹⁷

Debido a las notables necesidades por tratar la asimetría facial, fue realizada una interconsulta para tratar al paciente con ortopedia, misma que es realizada en la Clínica de Prótesis Maxilofacial de la DEPEI de la FO UNAM. Debido a que no existen reportes de tratamientos en pacientes de estas características, implica un gran reto el intentar un protocolo de rehabilitación ortopédica, ya que los tratamientos ortopédicos de este tipo son realizados en pacientes no mutilados.

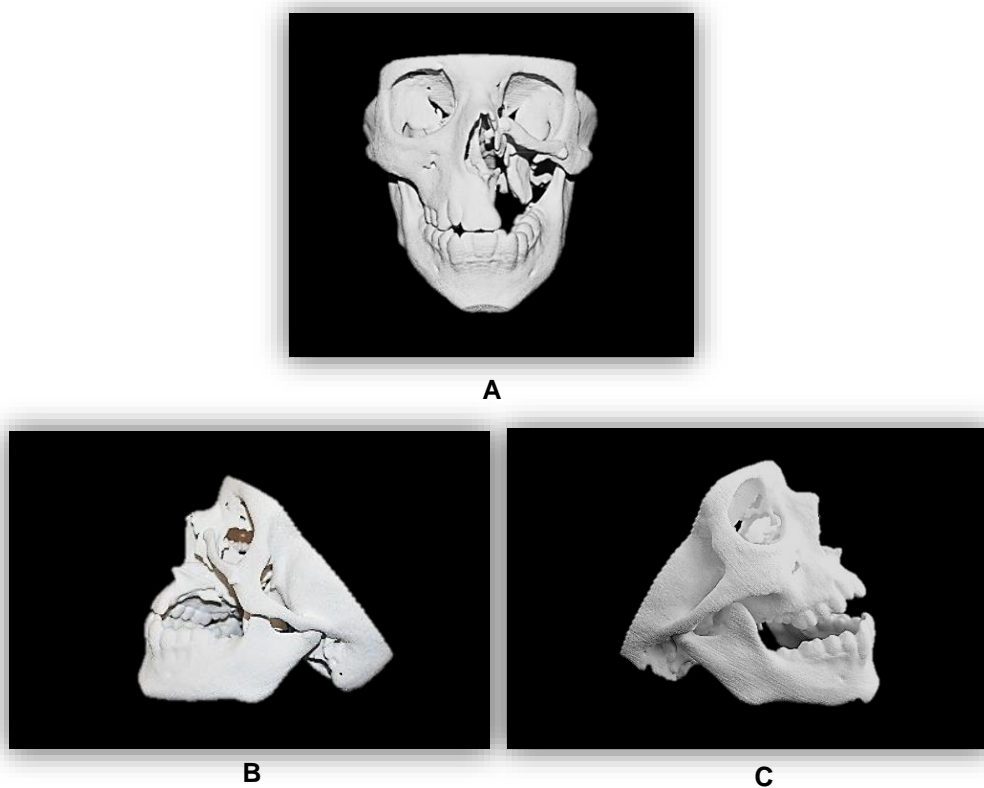


Figura 55 Estereolitografía A, vista anterior se observa el defecto que abarca hasta el hueso nasal izquierdo. B y C, vistas laterales, se puede ver la reconstrucción de reborde infraorbitario con injerto óseo.^{FD}

Fue requerido al paciente un estudio de Tomografía Computarizada para realizar un modelo de estereolitografía (figuras 55, 56, 57), el cual servirá para hacer un análisis del tratamiento a emplear y el estado del defecto óseo, así como la planificación del sitio donde se colocará el implante para tracción del maxilar (figura 63).



Figura 56 Estereolitografía, vista de la zona cráneo facial superior. A y B, plano frontal e inferior el desplazamiento del maxilar remanente hacia línea media. C y D, Vistas laterales, sin mandíbula.^{FD}

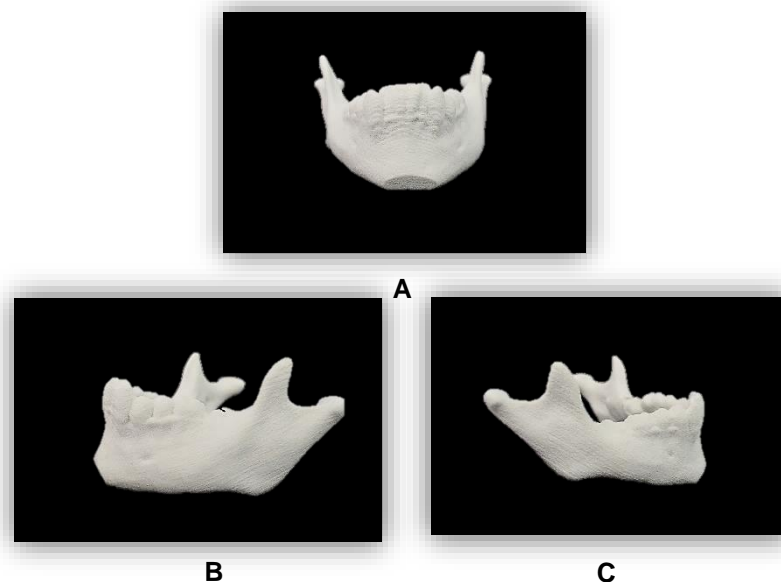


Figura 57 A, B y C, vista de la mandibula por separado, se puede observa apiñamiento dental, y molares fuera del plano de oclusión, erupcionados parcialmente.^{FD}

El tratamiento planificado, actualmente en proceso, consiste en la colocación de una mentonera realizada en la Clínica de PMF de la DEPeI (figuras 60, 61), para esto se tomó una impresión facial del paciente (figuras 58, 59) que serviría para obtención de un modelo sobre el cual se diseñó la mentonera en cera, misma que fue prensada y procesada como una prótesis normal.

Se le agregó una correa para sostenerla a las cervicales, y un soporte para un bastago extraoral (figura 61), este diseñado para reposicionar el maxilar remanente en su sitio, mediante la colocación de un implante palatino traccionado con elásticos de ortodoncia (figura 62).

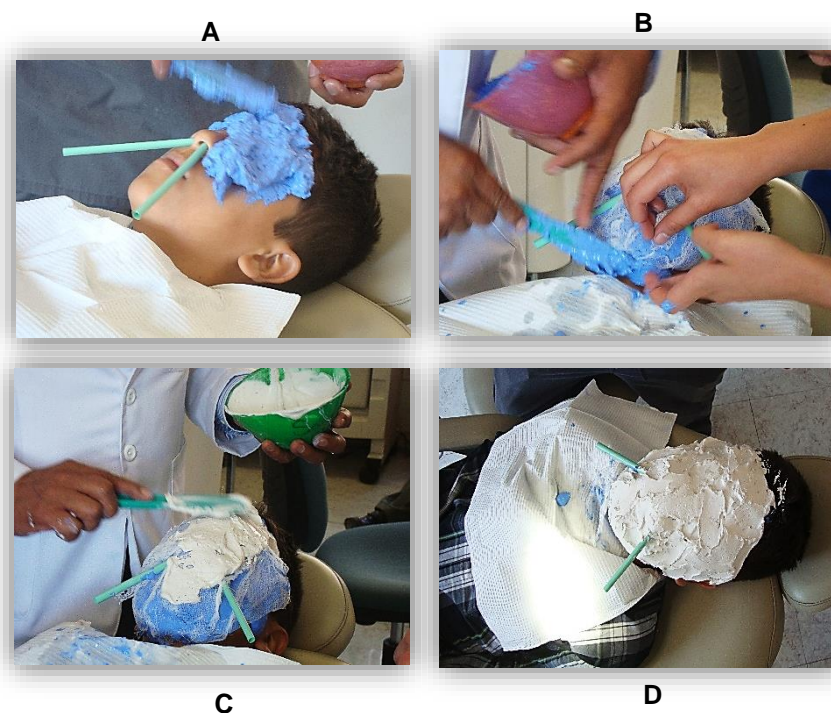


Figura 58 A, B, C y D, impresión facial, se permean los orificios nasales para que el paciente pueda respirar, se cubre el rostro con algina y sobre este se coloca un portaimpresiones hecho de yeso y gasas para sostener la impresión.^{FD}

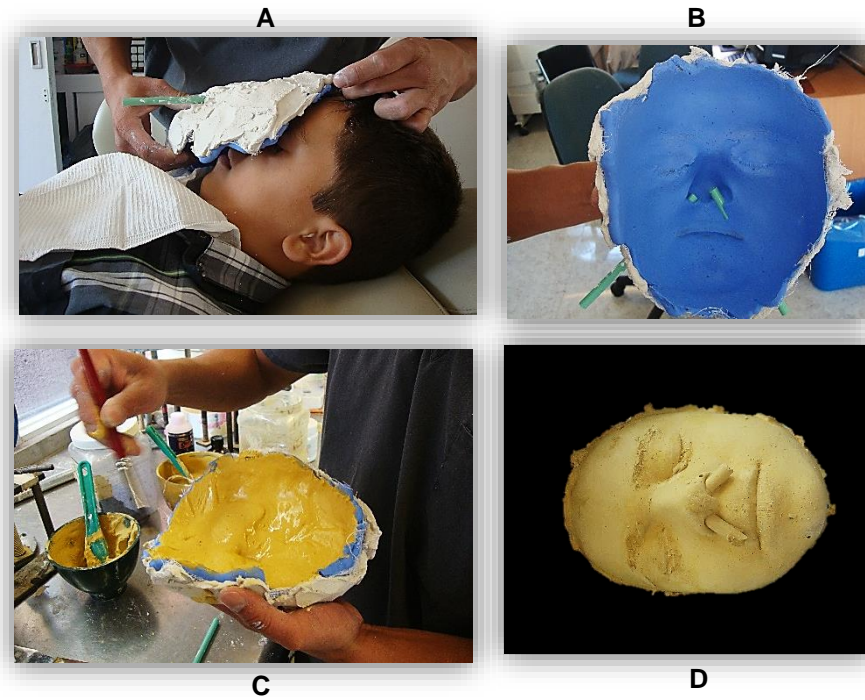


Figura 59 A, B, C y D, obtención del positivo, se retira la impresión con cuidado para evitar desgarrarla. Se vacía barnizando con un pincel el yeso para evitar burbujas, se recupera el modelo y se recorta.^{FD}

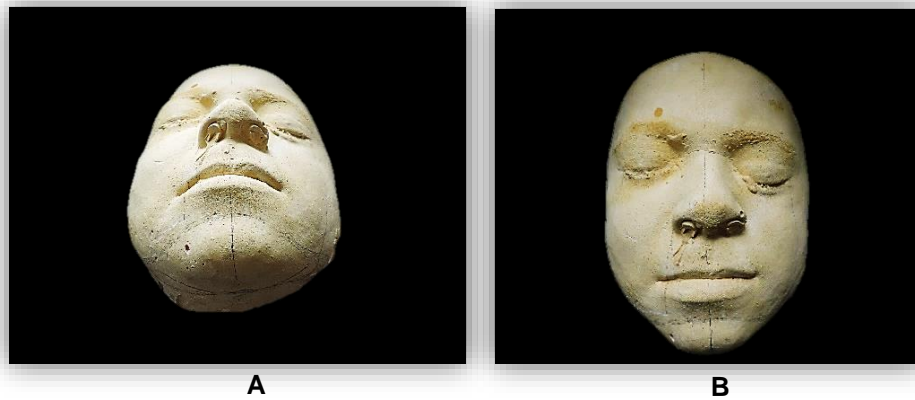


Figura 60 Modelo facial. A, vista inferior. B, vista frontal, se aprecian los trazos en el mentón realizados para el diseño de la mentonera en cera.^{FD}

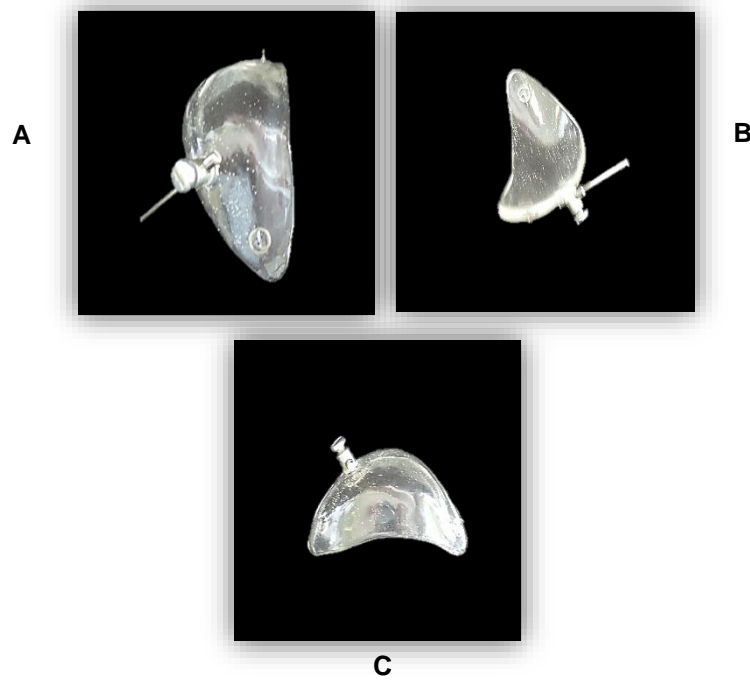


Figura 61 Mentonera realizada en acrílico termocurable. C, soporte para bastago. A y B, el bastago se construyó con un mandril para discos de carburo.^{FD}

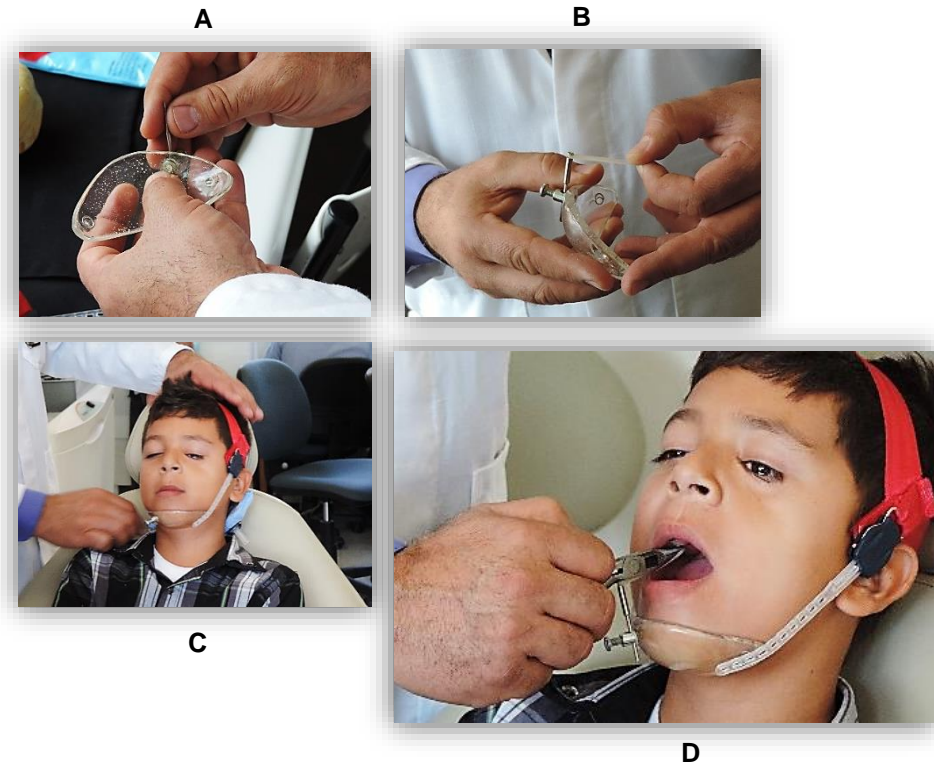


Figura 62 A, B, C y D, colocación de la mentonera. Representación del la tracción del maxilar que se realizará con la colocación del implante palatino.^{FD}

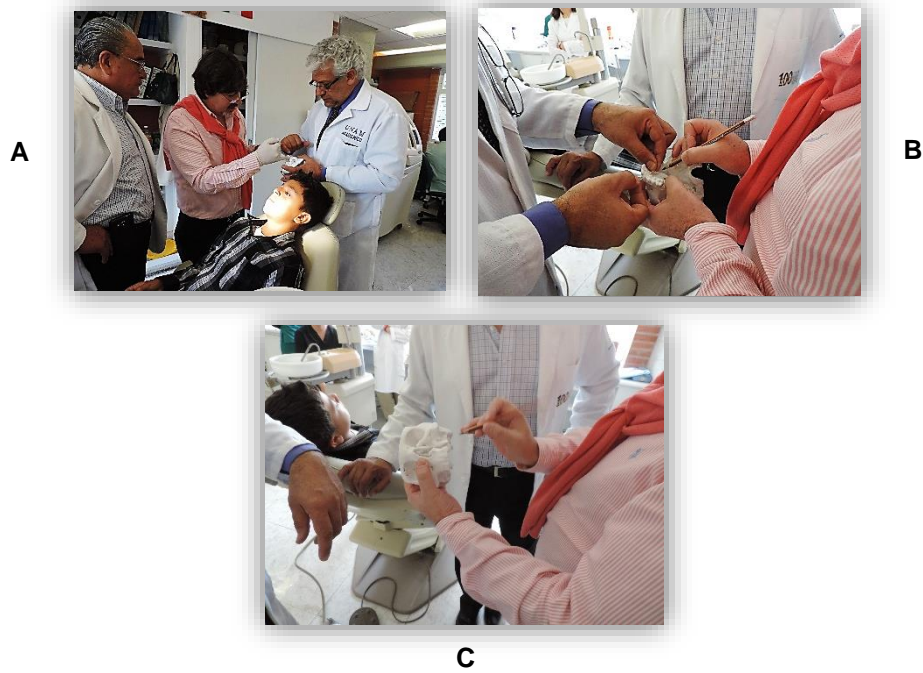


Figura 63 A, B y C, planificación del tratamiento. Se observa la planeación multidisciplinaria, analizando el modelo de estereolitografía, para la colocación del implante maxilar.^{FD}

7 CONCLUSIONES

Las mejorías funcionales de la rehabilitación protésica en la masticación y deglución son evidentes, sin embargo, en la fonación no se observó progreso. Esto es resultado de la extensión del tratamiento quirúrgico empleado y la cicatrización, modificando las características anatómicas y funcionales del paladar blando; lo que provoca alteraciones fonéticas que la prótesis no puede tratar.

La rehabilitación protésica de un paciente infantil es muy diferente a la de uno adulto, debido a que el niño no ha terminado su desarrollo y crecimiento, es por esta razón, que se utilizan prótesis que deben estar en constante reemplazo, para permitir un desarrollo más equilibrado y simétrico posible. Sin embargo, no ofrece una rehabilitación ideal para estos pacientes, en quienes que se debe pensar estimular el crecimiento simétrico craneofacial.

No existen tratamientos protocolizados reportados para tratar este tipo de pacientes, es por esto que se propone un tratamiento multidisciplinario quirúrgico, protésico y ortopédico que ofrezca más alternativas de rehabilitación integral de estos pacientes.

8 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Reichart PA. Odontogenic Tumors and Allied Lesions London: quintessence; 2004.
2. López RMG OLCMSA. Fibroma ameloblástico mandibular. Presentación de dos casos. Medicina Oral. 2003; 8: p. 150-3.
3. Sapp JP. Patología oral y maxilofacial contemporánea. 2nd ed. España: Elsevier; 2005.
4. Neville BW. Oral and Maxillofacial Pathology. 3rd ed. Philadelphia: W.B. SAUNDERS COMPANY; 2009.
5. Obando UG. Seguimiento de un fibroma ameloblástico con transformación maligna a fibrosarcoma ameloblástico. Revista Estomatológica Herediana. 2012 Jan; 22.
6. Beumer J. Maxillofacial Rehabilitation: Prosthodontic and Surgical Considerations. 2nd ed. Universidad de Michigan: Ishiyaku EuroAmerica; 1996.
7. Jankielewicz I. Prótesis buco-maxilo-facial Barcelana: Quintessence; 2003.
8. Taylor TD. Clinical Maxillofacial Prosthetics: Quintessence; 2000.
9. Aramany MA. Basic principles of obturator design for partially edentulous patients. Part I: Classification. THE JOURNAL OF PROSTHETIC DENTISTRY. 2001 DECEMBER; 86(6).
10. Aramany MA. Basic principles of obturator design for partially edentulous patients. Part II: Design principles. THE JOURNAL OF PROSTHETIC DENTISTRY. 2001 DECEMBER; 86(6).
11. G. B. Use of obturators in rehabilitation of maxillectomy defects. Ann Roy Coll Dentistry Surgery. 2000; 15(9): p. 75.
12. Cayón RTV. Use of obturators in oral and maxillofacial surgery. A report of five cases. Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial. 2011 enero-marzo; 33(1).
13. Díaz EC. Rehabilitación protésica en pacientes oncológicos: uso de obturadores. GACETA DENTAL. 2012 junio ; 237.

14. Ramos LR. Importancia clínica de un obturador quirúrgico. Reporte de un caso. *Revista Oral*. 2007; 8(24).
15. Torres LAF. Elaboración de obturador quirúrgico (prótesis inmediata) en un paciente con hemimaxilectomía por carcinoma epidermoide. *Revista de la Asociación Dental Mexic*. 2001 Noviembre-Diciembre; Vol. LVIII(, No. 6).
16. Rodríguez LAM. Elaboración de Prótesis Total con Obturador Palatino en paciente con fisura labial y palatina. *Revista Científica Odontológica*. 2008 junio; 4(1).
17. Fuente Directa. Clínica de Prótesis Maxilofacial DEPel, Facultad de Odontología UNAM. 2014.
18. Fuente Directa, Servicio de Cirugía Maxilofacial Pediátrica y Craneofacial del Hospital del Niño y el Adolescente Morelense, Emiliano Zapata, Morelos México.



9 ANEXOS

9.1 ANEXO 1



1

**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN
ESPECIALIDAD DE PRÓTESIS MAXILOFACIAL**



HISTORIA CLÍNICA

La información que se le solicita a continuación es muy importante para el tratamiento que inicia, lea cuidadosamente y proporcione la opción que considere adecuada a su situación de salud actual o antecedentes de la misma.

Fecha: _____ Expediente número: _____
Nombre: _____
Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Género: Masculino Femenino
Estado Civil: _____ Ocupación: _____ Escolaridad: _____
Domicilio: _____
Teléfonos: _____
Motivo de la consulta: _____
Referido de o por: _____

¿Es paciente de primera vez? Si No

Si es paciente subsecuente, ¿cuánto tiempo tiene viniendo o durante cuánto tiempo se ha atendido en la clínica? _____

¿Fuma usted? Si No

Cantidad de cigarros por semana: 1 a 5 6 a 10 11 a 15 16 a 20 más de 20

¿Toma usted bebidas alcohólicas? Si No

Cantidad de copas por semana: 1 a 5 6 a 10 11 a 15 16 a 20 más de 20

¿Consume o inhala usted algún tipo de droga? Si No

¿Cuál, con qué frecuencia y en que cantidad? _____

¿Ha padecido alguna enfermedad en los últimos 3 años? Si No

¿Cuál o cuáles? _____

¿Ha estado hospitalizado(a) en los últimos 3 años? Si No

¿Por qué motivo? _____

¿Está bajo tratamiento médico o tomando algún medicamento? Si No

¿Cuál y porqué? _____

¿Tiene alguna alergia? (alimentos, medicamentos, polvo, etc.) Si No

¿A que? _____



**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN
ESPECIALIDAD DE PRÓTESIS MAXILOFACIAL**



¿Alguna vez ha sido intervenido(a) quirúrgicamente? Si No
Especifique de que: _____

¿Se ha sometido a algún tipo de anestesia? Si No
¿De qué tipo y por qué? _____

¿Ha tenido alguna hemorragia que requirió tratamiento? Si No
¿Por qué y qué tratamiento? _____

¿Alguna vez ha recibido transfusión de sangre? Si No
¿Cuándo y por qué? _____

¿Ha recibido alguna vez? Radioterapia Quimioterapia Ambas
Especifique fecha y tratamiento: _____

¿Padece o ha padecido? Diabetes Asma Fiebre reumática Tuberculosis
Enfermedades del corazón Hipertensión arterial Hepatitis Discrasias sanguíneas
Enfermedades inmunológicas Enfermedades de transmisión sexual Convulsiones
Otras (especifique): _____

Solo para mujeres: ¿Está o existe alguna probabilidad de estar embarazada? Si No
¿Toma anticonceptivos? Si No ¿Cual(es)? _____
Fecha de su última menstruación: _____

Afirmo que los datos anteriores son verídicos

Firma del paciente

Residente responsable: _____ Firma: _____

Académico responsable: _____ Firma: _____



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
ESPECIALIDAD DE PRÓTESIS MAXILOFACIAL



Padecimiento oral actual y observaciones:

Blank lines for recording oral symptoms and observations.

Motivo de la pérdida dental: caries, periodontal, trauma, oncológica, por indicación, otra
¿Cuánto tiempo tiene usando prótesis? Menos de 6 meses, 6 meses a 1 año, de uno a 3 años, 3 a 6 años, más de 6 años

Maxilar Mandíbula

¿cuántas prótesis ha usado y de que tipo:

Maxilar Mandíbula

Resultados obtenidos:

MAXILAR: Favorable Desfavorable MANDÍBULA: Favorable Desfavorable

Alteraciones de la ARTICULACIÓN TEMPORO-MANDIBULAR (DERECHA-IZQUIERDA)

Sin alteración Crepitante Chasquido Desviación

Registro de MOVIMIENTOS MANDIBULARES (Evaluar como excesivo, limitado o aceptable)

Apertura Cierre Protrusivo Lat. Der. Lat. Izq. Trismus

TONO MUSCULAR Hipotónico Tónico Hipertónico (derecho e izquierdo)

RELACIÓN MAXILAR-MANDÍBULA EN POSICIÓN FISIOLÓGICA DE DESCANSO

Mandíbula y maxilar compatible

Mandíbula más pequeña que el maxilar

Mandíbula más grande que el maxilar

FORMA DEL REBORDE RESIDUAL (U) (V) (COMBINADO)

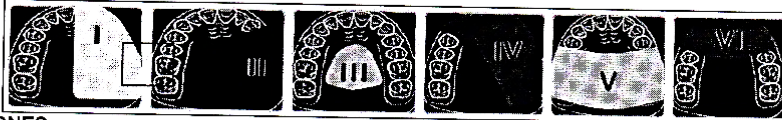
Maxilar ANT DER IZQ

Mandibular ANT DER IZQ

FORMA DEL ARCO MAXILAR Y MANDIBULAR Cuadrado Triangular Ovoide Combinado

PALADAR DURO Plano Mediano Profundo

Defecto de paladar



OBSERVACIONES

INCLINACIÓN Y DEFECTO DEL PALADAR BLANDO

Clase I Clase II Clase III

Defectos:



Defecto 4/4



Defecto 3/4



Defecto 2/4



Defecto 1/4



Defecto 0/4

Rango de defecto



FACULTAD DE ODONTOLÓGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
ESPECIALIDAD DE PRÓTESIS MAXILOFACIAL



RESPUESTA A LA PALPACIÓN EN ZONA VIBRÁTIL Hiposensible Sensible Hipersensible
DISTANCIA ENTRE LOS ARCOS EN POSICION FISIOLÓGICA DESCANSO Limitada Adecuada
Excesiva
RELACIÓN DE LOS REBORDES Ortognático Retrognático Prognático
RETENCIONES ÓSEAS O TORUS
Maxilar: Ninguna Ligera Requiere remoción
Mandíbula: Ninguna Ligera Requiere remoción
TEJIDOS BLANDOS QUE RECÚBREN EL REBORDE RESIDUAL
OBSERVACIONES

MEDIDA DE ALETAS LINGUALES Izquierdo Derecho

TAMAÑO DE LA LENGUA Favorable Microglosia

Macroglosia

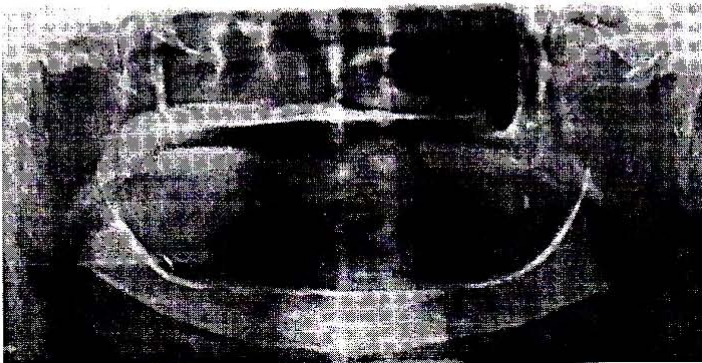
POSICIÓN DE LA LENGUA Clase I Clase II Clase III

SALIVA

Cantidad Favorable Oligosalia Sialorrea Xerostomía

Consistencia Serosa Mucosa Mixta

ACTITUD MENTAL Filosófico Indiferente Crítico Escéptico



VALORACIÓN IMAGENOLÓGICA DE LOS ÓRGANOS DENTARIOS PILARES Y SOPORTE ÓSEO

INTERPRETACIÓN ORTOPANTOMOGRÁFICA

INTERPRETACIÓN DENTOALVEOLAR

PRONÓSTICO DEL NUEVO APARATO PROTÉSICO Favorable Poco favorable Desfavorable

PLAN DE TRATAMIENTO

Superior

Inferior

OBSERVACIONES



**FACULTAD DE ODONTOLÓGIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN
ESPECIALIDAD DE PRÓTESIS MAXILOFACIAL**



NOTAS DE EVOLUCIÓN

Nombre: _____
Expediente número: _____ Edad: _____ Sexo: _____

FECHA Y HORA	TRATAMIENTO	NOMBRE Y FIRMA DEL ACADÉMICO

Edif. División de Estudios de Posgrado e Investigación, F.O. UNAM, Cto. Institutos s/n, Deleg. Coyoacán, C.P. 04510, Tel.: 56 22 57 67



9.2 ANEXO 2



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Odontología



NOM-004-SSA3-2012 NOM-013-SSA2-2006

Carta de consentimiento bajo información			
Clínica de Prótesis Maxilofacial	(Posgrado) (Extramuros)	Fecha	Hora
Nombre del paciente (apellido paterno, materno, nombre)		No. Carnet	
Edad	Sexo (masculino) (femenino)	Ocupación	Estado civil
Domicilio (calle, número, colonia, localidad, municipio, estado)			
Nombre del alumno (apellido paterno, materno, nombre)		Nombre del docente responsable (apellido paterno, materno, nombre)	

Tengo pleno conocimiento que la Facultad de Odontología pertenece a una institución de enseñanza e investigación por lo cual es necesario conocer las siguientes disposiciones para dar mi consentimiento antes de realizar el tratamiento.

Se me ha informado que el diagnóstico de mi enfermedad es: _____

Se me ha informado el plan de tratamiento para rehabilitación protésica, sus alternativas y los motivos de elección del mismo; por lo que por este medio, libremente y sin presión alguna acepto se me realicen:

Estudios de laboratorio, gabinete e histopatológicos; obtención de modelos de estudio, fotografías clínicas y videgrabaciones.

La aplicación de anestesia (local) (regional)

Tratamiento protésico, que consiste en: _____

Tratamiento quirúrgico, que consiste en: _____

Tratamiento de mantenimiento en las citas acordadas.

Se me han informado los riesgos, molestias y efectos secundarios del tratamiento: (infección) (dolor) (inflamación) (hemorragia) (rechazo del material protésico) (otros) _____

Autorizo ante cualquier complicación o efecto adverso durante el procedimiento, especialmente ante una urgencia médica, se practiquen las técnicas y procedimientos necesarios.

Autorizo el uso de las fotografías intraorales/extraorales y videgrabaciones para fines de docencia e investigación adoptando las medidas necesarias para mantener la confidencialidad y no pueda ser identificado.

Tengo la plena libertad de revocar la autorización de los estudios y tratamientos mientras no inicie el procedimiento.

En caso de ser menor de edad o con capacidades diferentes, se informó y autoriza el responsable del paciente.

Nombre y firma del paciente o tutor

Nombre y firma de alumno

Nombre y firma del docente responsable

Nombre y firma del testigo

Nombre y firma del testigo