



Figura 2 – RMN, cortes coronales y axiales. Imagen redondeada en región geniana derecha, uniforme, bien delimitada y circunscrita con hipercaptación en T2, susceptible de proceso benigno.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

- Al Dr. José Juan Fernández de Mera, integrante del Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario Infanta Cristina de Badajoz por su ayuda y colaboración.

doi:10.1016/j.maxilo.2011.07.008

¿Cómo resolvería usted esta situación?

How would you solve this situation?

Ignacio Navarro Cuellar*, Eduard Mirada, Natalia Gisbert, Rocío Sánchez, Jose Luis Cebrián y Jose Luis Del Castillo Miguel Burgueño

Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

Paciente mujer de 42 años de edad que acude para valoración de su anomalía dentofacial. Asocia una enfermedad periodontal en tratamiento sin otro antecedente médico-quirúrgico de interés.

En la exploración física, la paciente no refiere disfunción articular y su relación clínica máxilo-mandibular y oclusal es de clase II división primera con desviación de la línea media mandibular a la derecha (figs 1 y 2). El plano oclu-

sal no está canteado, no existe sonrisa gingival y no existen mordidas abiertas. Se realiza una planificación preoperatoria, tratamiento ortodóncico prequirúrgico y el VTO.

La intervención quirúrgica consiste en una cirugía bimaxilar (primero maxilar superior y posteriormente mandíbula). La osteotomía del maxilar superior es un Lefort I (una pieza) y las mandibulares son osteotomías sagitales de rama. Una vez realizada la fijación interna del maxilar (cuatro miniplacas), y con la mandíbula adaptada a la férula quirúrgica final, se aprecia

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: nnavcu@hotmail.com (I. Navarro Cuellar).



Figura 1 – Desviación de línea media mandibular a la derecha.



Figura 2 – Maloclusión clase II, división primera.

una gran separación entre el fragmento proximal (condilar) y distal (dentario) en la osteotomía derecha. Explorando el estado de las osteotomías se visualiza un contacto prematuro posterior derecho entre ambos fragmentos que imposibilita la fijación interna con miniplacas o tornillos bicorticales ya que se forzaría en exceso la posición condílea.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

doi:10.1016/j.maxilo.2011.07.007