



OSAKIDETZA

2011ko azaroaren 8ko
1732/2011 Erabakiaren bidez
egindako Oposaketa-Lehiaketarako
deia (EHAA 226 Zkia. 2011ko
azaroaren 29koa)

Concurso-Oposición convocado
por Resolución nº 1732/2011 de 8 de
noviembre de 2011 (BOPV N° 226 de
29 de noviembre de 2011)

**KATEGORIA: F.E. AHO ETA AURPEGI-MASAILAETAKO
KIRURGIAKO MEDIKUA**

CATEGORÍA: F.E. MÉDICO CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL

Proba eguna / Fecha prueba:
2012ko martxoaren 17a / 17 de marzo de 2012

2. ariketa / 2º ejercicio

2º) EXAMEN CASOS PRACTICOS

1º)- CASO PRÁCTICO

Varón 54 años que ha presentado dos episodios matutinos agudos de enfisema cervical, izquierdo que se han resuelto de forma espontánea. Su principal antecedente médico es un SAOS en tratamiento con BIPAP.

La anamnesis y exploración por aparatos realizado un especialista en cirugía oral y maxilofacial es informada como normal. En región oromaxilofacial se objetiva disminución de dimensión vertical a expensas del tercio medio, signos fisiológicos de ritidosis, pequeña matriz submental, chasquido a la apertura localizado en articulación temporomandibular izquierda, edentación parcial no rehabilitada con prótesis, periodontopatía de adulto, cálculo supragingival, atrición dentaria moderada, obturaciones con amalgama, y fractura coronal distal en cordal inferior izquierdo.

Oriente diagnósticos diferenciales, exploraciones complementarias a realizar, diagnóstico probable y tratamiento.

2º).-CASO PRACTICO

Paciente varón de 35 años ingresado en la UCI de su Hospital tras haber sufrido el día previo accidente de tráfico. Presenta trauma craneofacial severo. Está con ventilación asistida a través de tubo orotraqueal. El informe del TAC facial y craneal refiere fractura de mandíbula parasinfisaria derecha y de cuello de cóndilo bilateral, fractura de maxilar superior con trayecto sagital y horizontal a varios niveles, fractura malar bilateral, fractura nasoorbitaria bilateral y fractura bilateral de frontal y techos orbitarios.

No presenta lesiones intracerebrales. En la exploración se puede apreciar falta de varias piezas dentarias. Presenta movilidad a la palpación de maxilar superior con herida sagital a nivel del paladar. Presenta movilidad a la palpación del foco de fractura parasinfisario. Presenta aplanamiento facial y aumento de la distancia intercantal. No existen lesiones de importancia a otros niveles. Conteste las siguientes preguntas.

1. El paciente presentaba un Glasgow de 8 a su llegada al Hospital. Indique que implica esta cifra. Describa la escala de Glasgow en lo referente a la mejor respuesta motora.
2. El paciente presenta salida de líquido por ambas fosas nasales. ¿Cuál es el test más específico para detectar fistula de LCR?
3. En un paciente con trauma craneofacial severo, sin lesión ocular aparente y al que no se le ha administrado ninguna medicación, presenta un pupila fija dilatada y deterioro progresivo del nivel de conciencia. ¿Qué tendríamos que sospechar? ¿Cuál es el mecanismo de esta dilatación pupilar?
4. En el tratamiento quirúrgico de esta fractura panfacial usted opta por comenzar la secuencia operatoria por la parte inferior facial. ¿Cómo restauraríamos la anchura y proyección facial inferior?
5. ¿Por qué razón estaría indicado una reducción y osteosíntesis de la fractura del cóndilo?
6. El paciente presenta una fractura en la fosa anterior, que desde el techo de la órbita se extiende al reborde esfenoidal. ¿Cómo la trataría?

7. En el TAC se observa fractura con desplazamiento importante de las paredes anterior y posterior del seno frontal. ¿Cuál sería su actitud terapéutica?
8. El paciente presenta una fractura nasoetmoidal conminuta con desinserción de los cantos mediales. Describa su manejo terapéutico.

3º) CASO PRACTICO

Mujer de 70 años, con antecedentes de HTA en tratamiento con Enalapril e hipercolesterolemia en tratamiento dietético, colecistectomizada hace 4 años e histerectomía con doble anexectomía hace más de 20 años.

Acude a Urgencias tras traumatismo facial izquierdo por caída accidental sin pérdida de conocimiento. Refiere sangrado profuso intraoral, imposibilidad de colocarse la prótesis total removible inferior y sensación anestésica del hemilabio inferior izquierdo. A la exploración se observa tumefacción y hematoma mandibular izquierdo, herida contusa y hematoma de encía inferior izquierda, escalón óseo palpable y móvil a dicho nivel.

- ¿Cual es su diagnóstico clínico de sospecha?
- ¿Qué prueba complementaria pediría inicialmente para confirmar su diagnóstico?
- Si con la prueba anterior no fuera suficiente ¿qué otra prueba solicitaría que pudiera ayudarle a orientar el tratamiento y porqué?
- ¿Cuál es el tratamiento de elección en este caso?

4º) CASO PRACTICO

Mujer de 48 años sin antecedentes médicos de interés. Acude a la consulta remitida por su odontólogo por sospecha de abscesificación de un cuadro flemonoso de 15 días de evolución en tercer cuadrante área molar que no mejora con tratamiento antibiótico y antiinflamatorio oral.

A la exploración se objetiva un área fluctuante y dolorosa en encía vestibular de área molar. La Ortopantomografía revela una imagen osteolítica multiloculada de bordes imprecisos en área de ángulo mandibular que produce rizolisis de segundo molar inferior izquierdo y desplaza inferiormente el canal dentario sin afectar a la rama ascendente. Se realiza un drenaje urgente obteniéndose unos 10 ml de líquido de aspecto achocolatado y se toma una biopsia de lo que macroscópicamente parece una membrana quística.

El patólogo informa de epitelio odontogénico con células basales en empalizada y polarización inversa.

- ¿Cuál es el Diagnóstico?
- ¿Tratamiento de elección para evitar recidivas?

Explique opciones de reconstrucción que plantearía en este caso.