

Datos Profesionales

Dr. Santiago Molina Mrad

Odontólogo – Facultad de Odontología- UNC.

Cirugía y Traumatología Bucal y Maxilofacial – Hospital Córdoba. Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello. División Maxilofacial.

Fellow por Servicio de Cirugía Plástica, Cirugía Craneofacial – Hospital de Niños de Córdoba.

Fellow por Servicio de Cirugía Maxilofacial – Cirugía Craneofacial – Caracas Venezuela. A cargo del Dr. Cesar Guerrero.

Abogado al área de Deformidades dento-cráneo-faciales.

Miembro de la Sociedad Argentina de Cirugía y Traumatología Buco-Maxilo-Facial.

Miembro de la Asociación Traumatológica AO

Ha Disertado en congresos de la especialidad y escrito trabajos de investigación.

MP: 928

Lugares de Atención:

- Clínica Andina – Aberastain 153 (norte). Tel: 0264 4213475. San Juan. Argentina. CP: 5400.

Obras Sociales con convenio directo:

- Swiss Medical
- OSDE
- UNIMED
- MEDIFE
- OSBA
- OSPSA
- Aseguradoras de Riesgo de Trabajo
- AMISA
- ACLISA
- Etc.

Infraestructura:

- Convenio con **Clínica de la Ciudad, Hosp. Español, Sanatorio Sarmiento, etc.** para Cirugías de Alta Complejidad.
- Atención en consultorio en **Clínica Andina** para procedimientos de mediana y baja complejidad. El cual dispone de Consultorio totalmente equipado, Quirófano para anestesia general y sedación, internación ambulatoria, central de esterilización, etc.



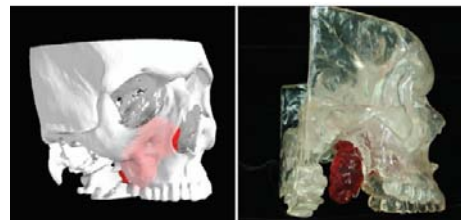
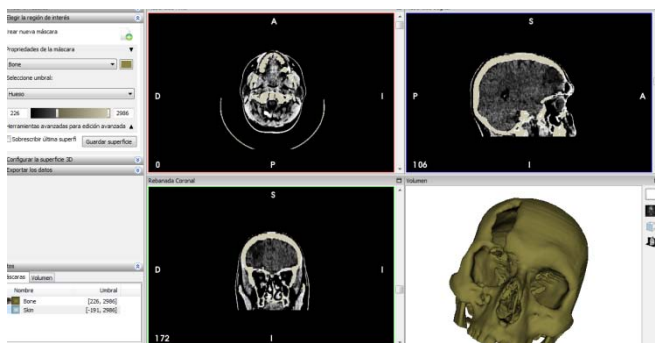
Listado de Procedimientos

1. Análisis mediante modelos 3D.
2. Cirugía Ortognática (3D):
 - 2.1. Maxilar
 - 2.2. Mandíbula
 - 2.3. Mentón
 - 2.4. Implantes malares
 - 2.5. Osteotomías segmentarias complementarias
3. Distracción Osteogénica:
 - 3.1. Transversal
 - 3.2. Longitudinal
4. Microimplantes oseointegrados
5. Ortodoncia Rápida en Adultos
Corticotomías y anclaje intraoral.
6. Impactación dentaria:
 - Unitaria
 - Grupo dentario
7. Distalización dentaria de elementos semiretenidos.
8. Exodoncia de piezas retenidas mediante sedación intravenosa.

1. Análisis mediante modelos estereolitográficos en 3D

La planificación quirúrgica precisa requerimientos no solo del procedimiento sino de la anatomía individual del paciente. La adaptación del procedimiento, de la osteotomía, o del dispositivo a la anatomía distorsionada, es un reto en la cirugía reconstructiva. Los modelos estereolitográficos son producidos a partir de una tomografía computarizada (TC) o de una resonancia magnética (RM) de la anatomía individual del paciente, ayudando a la planificación precisa del acto quirúrgico. Los modelos o replicas son utilizados desde la preparación y planificación, diagnóstico y hasta durante el procedimiento disminuyendo su tiempo quirúrgico.

Mediante software especializado se puede segmentar un sector, modelarlo en tres dimensiones y realizar su réplica en un material trabajable y hasta cortable.



2. Cirugía Ortognática

2.1. Maxilar: Osteotomía Lefort I, I alada, II, III (en casos de reconstrucciones severa por síndromes craneofaciales). Procedimiento mediante Anestesia General para movimientos verticales, horizontales y transversales (sumado a distracción osteogénica transversal).

2.2. Mandibular: Osteotomía sagital, vertical, en L invertida. Mediante abordajes intraorales. Para prognatismos, retrognatismos, laterognatismos; mediante Anestesia General.

2.3. Mentoplastias: De avance, acortamiento, alargue, o retroceso de la posición del mentón sin injertos sintéticos, mediante osteotomía del mentón óseo y movilización, dando armonía facial.

2.4. Injertos Malares: Mediante polietileno poroso de alta densidad, intervención rápida y muy estética en caso de paciente con hipoplasia maxilar reduciendo el riesgo de intervenciones complicadas movilizándolo maxilar e implantando malares, o implantación sin movilización del maxilar cuando no hay alteraciones dentales.

2.5. Osteotomías segmentarias: Para maxilar y mandíbula, sector anterior y posterior. Individualización de los segmentos alveolo-dentarios para manipulación de los mismos y corrección de curvas de spee pronunciadas, anulación exagerada de los incisivos, etc.



3. Distracción Osteogénica

3.1. Transversal (Ortodoncia Quirúrgica en el Ensanchamiento Mandibular)

La deficiencia mandibular transversa, es un hallazgo frecuente en las deformidades dentofaciales tratadas por cirujanos y ortodontistas. Generalmente es tratado mediante compensaciones dentales, extracciones de los premolares, desgastes selectivos cambiando la inclinación axial de los dientes anteriores. La distracción osteogénica aparece como una nueva técnica para extender el hueso progresivamente junto a los tejidos blandos.

Indicaciones

Necesidad de cambiar los maxilares en forma de V a la forma de U.

Necesidad de crear espacio sin extracciones dentales cuando hay apiñamiento severo.

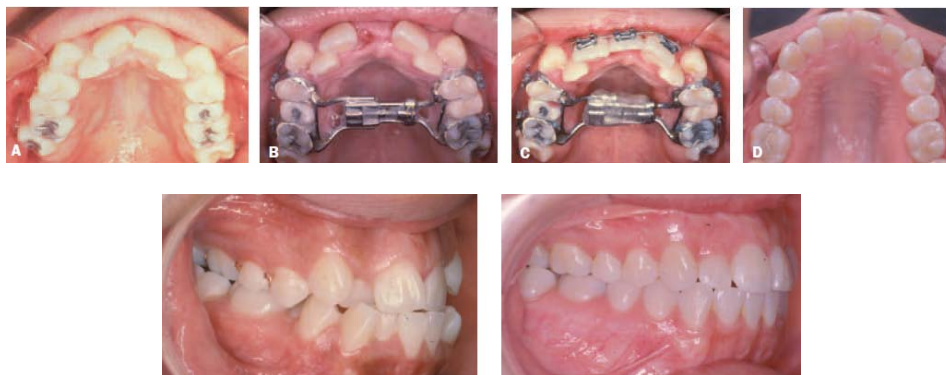
Mordida cerrada uni o bilateral (Síndrome de Brodie).

Deficiencia maxilomandibular transversa (Sonrisa de Tunes, mordida de cocodrilo).

Dientes anteriores impactados para permitir erupción natural o forzada.

Re tratamiento ortodóncico después de extracción de bicúspides (Recidiva).

Cirugía mediante Sedación intravenosa o Anestesia General combinado a Cirugía Ortognática o aislada. Maxilar o mandibular. Total o Sectorizada (anterior o posterior). Ensanche de 1 mm por día. Puede ser combinada con mentoplastias.

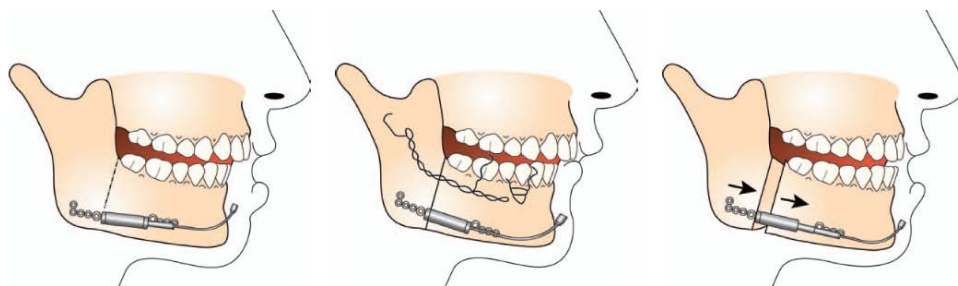


3.2. Longitudinal

La osteotomía sagital ha sido empleada exitosamente en el tratamiento de la retrognacia mandibular moderada. Pueden surgir problemas cuando se requieren movimientos extremos, o cuando esta presente una anatomía inusual. La Distracción Osteogénica para el alargamiento ha sido exitosamente probada.

Está indicada en situaciones en los cuales los procedimientos quirúrgicos convencionales han presentado dificultades tales como la cantidad de alargamiento agudo de la mandíbula o la cantidad limitada o configuración del hueso. Usada en retrognatismos o micrognatismos severos. Con avances estables de 10 a 20 mm. Usada también en pacientes con síndromes craneofaciales (microsomía hemifacial, treacher Collins, Pierre robin). También muy utilizada para el tratamiento de los pacientes los cuales está indicada la cirugía ortognática convencional, pero presentan problemas de Articulación Temporo Mandibular los cuales sería una contraindicación por posibles reabsorciones condilares secundarias, recidivas y disfunción dolorosa; permitiendo la adaptación de los cóndilos mediante estiramiento gradual histogénico además de óseo.

Procedimiento bajo Anestesia General. Alargamiento gradual maxilar o mandibular con dispositivos intraorales y aplicación de 1 mm por día hasta lograr longitud deseada.



4. Microimplantes Oseointegrados

Procedimiento bajo anestesia local para movilización de segmentos dentarios, como anclaje para elásticas, implantes retromolares para anclar premolares y ayudar a movilizar molares, etc.

Implantes:

Palatinos

Retroalveolares

Alveolares



5. Ortodoncia Rápida en Adultos

Los Adultos en comparación con los jóvenes, poseen características tales como la reducción del hueso esponjoso, un incremento en la densidad del hueso cortical, un declive en el volumen oseo y desplazamiento apical del nivel oseo marginal lo cual limita la utilidad del tratamiento ortodónico convencional. Como resultado, problemas tales como la pérdida de hueso marginal, exposición de raíces, reabsorción radicular y el tiempo de tratamiento prolongado a menudo ocurren.

Para evitar estas complicaciones y satisfacer los requerimientos del paciente se debe considerar la ortodoncia asistida quirúrgicamente como lo es la **corticotomía**.

Procedimiento bajo anestesia local o sedación intravenosa. Combina la ortodoncia y la corticotomía con la aplicación de fuerzas ortopédicas, con anclaje intraoral. Duración promedio del tratamiento ortodónico-quirúrgico: 6 meses.

Indicado para:

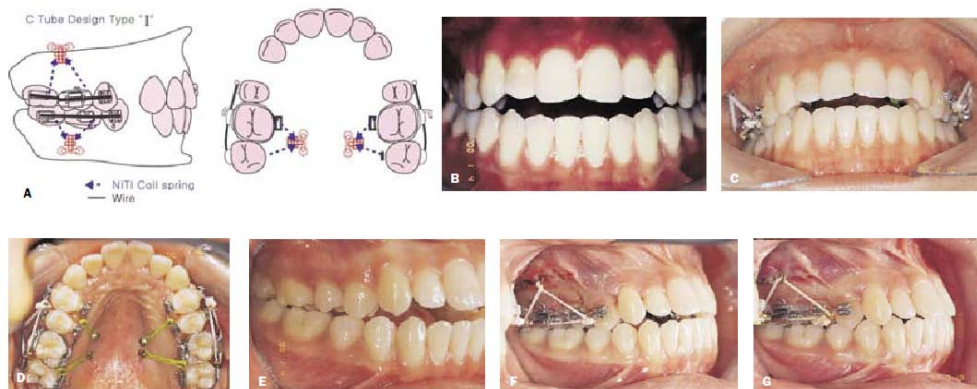
Cierre de mordidas abiertas anteriores con intrusión de elementos posteriores

Protrusión maxilar severa, con profundidad normal del plano oclusal

Protrusión alveolar maxilar con mordida abierta anterior.

Tratamiento de maloclusiones clase II división I.

Intrusión de dientes anteriores.



6. Impactación Dentaria

Similar a lo explicado previamente para los casos de grupos dentarios, o sin corticotomía para elementos dentarios únicos mediante anclajes extra alveolares. Procedimiento con anestesia local o sedación intravenosa. Utilizada comúnmente para intruir 1º molares superiores extruidos.

7. Distalización dentaria

Para casos donde es necesario recuperar los elementos semiretenidos con posición mesioangular, 2º o 3º molares para luego trabajarlo ortodoncicamente. Técnica mediante anestesia local o sedación intravenosa realizando liberación y distalización gradual del elemento dentario.

8. Exodoncia de piezas retenidas mediante Sedación Intravenosa

Utilizado para la exodoncia de los cuatro terceros molares retenidos en la misma intervención, implantología oral, injertos, cirugía bucal, pacientes especiales, etc.

El uso de técnicas anestésicas forma parte de la práctica clínica cotidiana de la odontología, pero aún así hay ciertos procedimientos en pacientes complicados por alteraciones sistémicas, nerviosas o con capacidades disminuidas, que no se pueden realizar con el uso solamente de la anestesia local.

La sedación intravenosa se ha venido utilizando como agente analgésico-sedante coadyuvante del tratamiento odontológico.

La utilización tanto de técnicas anestésicas como de fármacos ansiolíticos, tiene el objetivo de disminuir el dolor y la posible ansiedad que este dolor ocasiona al paciente.

En la actualidad, el empleo de la sedación se encuentra muy extendido en el ámbito médico y odontológico por su efecto sedante y analgésico.

La sedación consciente es una técnica por la cual al paciente se le administran medicamentos por un Médico Anestésista, que rápidamente produce una agradable sensación y relajación. El paciente permanece consciente durante todo el tiempo.

El objetivo no es la total eliminación del dolor (normalmente se sigue necesitando anestesia local) pero controla el miedo y la ansiedad del paciente.

La sedación intravenosa se usa en numerosos países y en los últimos veinte años se ha generalizado su uso desde la aparición de equipos especiales. No existen datos registrados sobre incidentes, debido al alto nivel de seguridad de esta técnica, así como del equipamiento utilizado.

Ventajas

- Sedación y Analgesia
- Efecto rápido (baja solubilidad sanguínea).
- Rápida eliminación (no es necesaria la internación).
- Sin efecto residual.
- Efecto dosis/respuesta controlado.
- Total seguridad para el paciente y el profesional.
- Fácil de administrar.
- Para mayor seguridad se necesita una monitorización específica, por eso contamos con oximetría de pulso y cardioscopio.