



# III SIMPOSIUM EN CIRUGÍA ORAL & MAXILOFACIAL DEL SUR DE CHILE: CIRUGÍA FACIAL COMPLEJA

19 y 20 de abril 2018

## COMITÉ ORGANIZADOR.

**Presidente**

*Dr. Sergio Olate*

**Director Científico**

*Dr. Juan Pablo Alister*

**Director Académico**

*Dra. Francisca Uribe*

**Comisión de Vinculación**

*Dr. Leonardo Brito,*

*Dr Marcelo Parra*

CATEGORIA PREGRADO



III SIMPOSIUM EN CIRUGÍA ORAL &  
MAXILOFACIAL DEL SUR DE CHILE:  
CIRUGÍA FACIAL COMPLEJA

# EFFECTIVIDAD DE LA ANALGESIA PREOPERATORIA COMPARADA CON LA POSTOPERATORIA PARA EL CONTROL DEL DOLOR EN LA EXTRACCIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA CON METAANÁLISIS.

Sallorenzo G.<sup>1\*</sup>, Gasset S.<sup>2</sup>, Muñoz S.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Estudiantes internos de odontología, Facultad De Ciencias De La Salud, Universidad Del Desarrollo, Concepción.

<sup>2</sup> Cirujano dentista, Universidad Del Desarrollo, Concepción.

## INTRODUCCION

La extracción del tercer molar es el procedimiento más común en cirugía oral. Lograr un nivel de analgesia adecuada para el paciente resulta fundamental, siendo el momento de administración de los fármacos un tema factible de discutir. Objetivo: Establecer el momento de aplicación analgésico, preoperatorio o postoperatorio, que resulte más efectivo para disminuir el dolor post extracción de los terceros molares inferiores.

## MATERIAL Y METODO

Se realizó una revisión sistemática de literatura, obtenida de Cochrane Library, Pubmed-Medline y Embase. Los criterios de selección consideraron ensayos clínicos aleatorizados con pacientes a los que se les indicó extracción del tercer molar inferior mediante cirugía, y se les administró analgésicos previamente y/o posterior a la cirugía. La medición del dolor se realizó mediante escala VAS y la intervención se determinó como aplicación de la terapia preoperatoria. El análisis estadístico comprende un metaanálisis de la literatura seleccionada.

## RESULTADOS

5 ensayos clínicos fueron seleccionados y analizados en *Forest Plot*. Los estudios de Bocanegra (2005) y Da Costa (2012) se combinaron obteniéndose una diferencia media de -6.10 (IC 95%: -10.48, -1.72), el estudio de Esparza (2016) alcanzó una diferencia media de -5.37 (IC 95%: -15.96, 5,22) y el trabajo de Sisk (1989) obtuvo una diferencia media de 4.63 (IC 95%: 1.01, 8.25), sumando un total de diferencia media de -0.09 (IC 95%: -2.79, 2.61). El estudio de Fatma Zor (2014), presentó una diferencia media de 1.00 (IC 95%: 0.19, 5.26).

## DISCUSIÓN

Si bien, la medida de resumen se posicionó principalmente en la línea de no efecto (entre los estudios que apoyan la analgesia preoperatoria versus los que apoyan la postoperatoria), existió una leve tendencia hacia el uso de la medicación de modo profiláctico.

## CONCLUSIÓN

La recomendación clínica es utilizar la terapia analgésica preoperatoria, la terapia analgésica postoperatoria o una combinación de ambos tipos de terapia.



# FACTORES DE RIESGO Y PREVENCIÓN DE LA ALVEOLITIS SECA: UNA REVISIÓN NARRATIVA.

Muñoz S.<sup>1\*</sup>, Sallorenzo G.<sup>1</sup>, Bustos P.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Estudiantes internos de Odontología, Facultad De Ciencias De La Salud, Universidad Del Desarrollo, Concepción.

## INTRODUCCION

La alveolitis es la complicación más común de la extracción dentaria. Existen dos tipos, húmeda y seca, esta última generalmente se acompaña de un intenso dolor y en ocasiones impide las actividades normales del paciente. Objetivo: Describir los factores de riesgo y factores preventivos de la alveolitis seca de acuerdo a la evidencia.

## MATERIAL Y METODO

Se realizó una búsqueda narrativa de artículos científicos utilizando buscadores y bases de datos tales como Pubmed, Cochrane Library y Scielo. Finalmente se realizó un análisis de los resultados, estandarizando los conceptos mediante la utilización de tablas de datos comparativas cualitativas y cuantitativas.

## RESULTADOS

Se seleccionaron 28 estudios de un total de 100 artículos. Se determinó que dentro de los factores de riesgo se encuentran la edad, dificultad de la extracción e infecciones preexistentes. Además, el consumo de tabaco, anticonceptivos y el uso de anestésicos con vasoconstrictor podrían ser considerados como un factor

de riesgo. Las acciones que previnieron la alveolitis seca son: a) el uso de gluconato de clorhexidina en distintas presentaciones, b) plasma rico en plaquetas directamente en el alvéolo. También se podrían emplear secundariamente antifibrinolíticos, eugenol y antibióticos.

## DISCUSIÓN

Si bien en la literatura se encontraron variados factores de riesgo y métodos preventivos, no todos poseen un amplio respaldo científico que avalen su uso.

## CONCLUSIÓN

Los factores de riesgo que presentaron alto nivel de evidencia son la edad, dificultad de extracción e infecciones prevalentes. La utilización de clorhexidina y plasma rico en plaquetas resultaron los métodos más efectivos en la reducción de los casos de alveolitis seca, por lo que su uso es recomendado. Los demás factores preventivos mostraron una eficacia con bajo nivel de evidencia. El uso de antibióticos aún es controversial e incluso podría ser perjudicial para el paciente

# USO DE PLASMA RICO EN FIBRINA EN EL TRATAMIENTO DE OSTEONECROSIS MANDIBULAR ASOCIADA A BIFOSFONATOS: REVISIÓN DE LA LITERATURA

Melián A<sup>1\*</sup>, Fuentes C<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Estudiante de pregrado, Facultad de Odontología, Universidad Finis Terrae.

## INTRODUCCION

La Osteonecrosis mandibular asociada a bifosfonatos (*OMB*) se define como un área avascular de hueso necrótico en la región bucomaxilofacial, que no cicatriza en ocho semanas, en pacientes sin radioterapia previa y sometidos a tratamiento con Bifosfonatos; Ampliamente utilizados en patologías óseas, por su capacidad de inhibir la función del Osteoclasto. Dentro de las alternativas de tratamiento, se ha reportado el uso plasma rico en fibrina (PRF), una colección de plaquetas altamente concentradas cuyos gránulos son ricos en sustancias fundamentales, que promueven la reparación. El objetivo del trabajo es identificar los efectos de PRF en el tratamiento de *OMB*.

## MATERIAL Y METODO

Se utilizaron los buscadores *EBSCO HOST* y *PUBMED*, usando los siguientes patrones y algoritmos de búsqueda: *PRF AND Bisphosphonates* [MeSH] y *PRF AND Osteonecrosis* [MeSH]. Se incluyeron publicaciones del año 2010 en adelante, idioma inglés y textos completos. Se excluyeron estudios que no cumplieran criterios de inclusión. La literatura fue leída críticamente.

## RESULTADOS

De la estrategia de búsqueda se seleccionaron 11 artículos. 9 de ellos cumplían con los criterios de inclusión: 5 estudios prospectivos, 2 reportes de caso y 2 revisiones sistemáticas. Los reportes señalan que el uso de PRF como complemento en cirugías orales produce tasas de curación mayores que en aquellos tratamientos sin PRF. La literatura actual se basa en la suposición de que la alta concentración de factores de crecimiento representa una potente estimulación para la epitelización temprana de la mucosa y la curación ósea, producida por las propias moléculas del paciente; Contrarrestando el efecto anti angiogénico e inhibitorio de la remodelación ósea producida por los Bifosfonatos, produciendo resolución temprana de *OMB*.

## CONCLUSION

Aunque actualmente no se conozca el mecanismo exacto del PRF sobre *OMB* y falten estudios para confirmar sus beneficios, la literatura sugiere que PRF como complemento en procedimiento quirúrgicos tiene efectos beneficiosos en el tratamiento de *OMB*.

## **RÁNULA EN RELOJ DE ARENA. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO.**

*Muñoz S., Bustos P., Sallorenzo S.*

Facultad De Ciencias De La Salud, Universidad Del Desarrollo, Concepción

### **INTRODUCCION**

La ránula es un quiste de retención salival ubicado en el piso de la boca, producido por una extravasación de saliva de la glándula sublingual a causa de un trauma o por obstrucción de los conductos salivales. Clínicamente se presenta de color violáceo de manera unilateral entre la lengua y la mandíbula. En ocasiones puede atravesar el músculo milohioideo constituyendo la variedad en reloj de arena o plunging, pudiendo ser palpable en la región submandibular o submentoniana. Problemática y descripción del caso clínico: En este artículo se reporta el caso de un paciente varón con aumento de volumen fluctuante en piso de boca y región submandibular derecha, de aproximadamente un año y medio de evolución. Lesión de 2 cm de diámetro, indoloro a la palpación y en forma espontánea, con mucosa de recubrimiento de aspecto normal y levemente violácea. Método diagnóstico: Se indica una tomografía axial computarizada en la cual se evidencia una lesión de aspecto quístico que compromete el espacio sublingual derecho y perfora el músculo milohioideo en sentido caudal por lo que se plantea la hipótesis diagnóstica presuntiva de una ránula perforante del milohioideo. Tratamiento efectuado: Se efectúa una sublingualectomía, en que se reseca tanto la glándula sublingual como el quiste o ránula que perforaba el músculo milohioideo obteniendo una evolución favorable de la lesión.



# **EFFECTIVIDAD DE LA ANALGESIA PREEMTIVA POST CIRUGÍA DE TERCEROS MOLARES. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

Castillo H\*, Salgueiro D, Santana J

Escuela de Odontología, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile.

## **INTRODUCCION:**

El dolor es la complicación más frecuente después de una cirugía de terceros molares. Una de las formas para atenuarlo es administrar un analgésico antes que aparezca el estímulo doloroso, protegiendo al sistema nervioso central y periférico de señales nociceptivas. Esto se conoce como analgesia preemtiva, un método alternativo para tratar el dolor post- quirúrgico, algunos profesionales la describen como una técnica efectiva en combinación con la analgesia preventiva.

**OBJETIVOS:** Comprobar si la analgesia preemtiva es más efectiva que la clásica analgesia preventiva por si sola a la hora de aliviar el dolor post exodoncia de terceros molares.

## **MATERIAL Y METODO**

Se realizo una búsqueda de estudios clínicos disponibles en las bases de datos pubmed, ebscohost y Sciencedirect En los últimos 5 años utilizando las palabras clave "preemtive, analgesia, third, molar" lo que arrojó un total de 19 RESULTADOS y se excluyeron 16 de estos.

## **RESULTADOS:**

Solo 3 estudios compararon los efectos de la analgesia preemtiva más la preventiva (grupo experimental) vs analgesia preventiva por si sola (grupo control) mediante estudios doble ciego de boca dividida. Al grupo experimental se le administraba el fármaco antes de la cirugía, mientras que al grupo control un placebo. Todos los estudios resultaron favorables al uso de analgésicos previo a la intervención según la escala EVA pese a que los estudios administraron fármacos distintos entre sí (dipirona, loroxicam y ketorolaco).

## **DISCUSIÓN:**

Pese a los RESULTADOS favorables en los estudios revisados existe poca información sobre la analgesia preemtiva en odontología, por lo que aun faltan estudios para validar su verdadera efectividad.

## **CONCLUSIÓN:**

El profesional debe estar capacitado para manejar el dolor como posible complicación en procedimientos invasivos. La analgesia preemtiva junto a la analgesia preventiva tendría mejores RESULTADOS que esta última por sí sola, lo que ayudaría a lidiar con el dolor de una forma sencilla para el paciente.



# UTILIZACIÓN DE PRF ASOCIADO A MATERIAL Y METODOES DE RELLENO SINTÉTICOS (HA Y B-TCP) EN RECONSTRUCCIONES ÓSEAS.

Pardo, R.<sup>1</sup>; Parra, M.<sup>2,3</sup>; & Olate, S<sup>3</sup>.

Estudiante de Odontología Universidad de La Frontera

Programa de Doctorado en Ciencias Morfológicas, Universidad de La Frontera

División de Cirugía Oral y Maxilofacial, Facultad de Odontología Universidad de La Frontera

## INTRODUCCION

Las cirugías reconstructivas del proceso alveolar con uso de injertos óseos son frecuentes, siendo el gold standard el hueso autógeno, presentando desventajas conocidas, por lo cual, se han desarrollado distintos tipos de injertos para evitarlas, como aquellos en base a hidroxiapatita (HA) o beta fosfato tricálcico ( $\beta$ -TCP), sin embargo, al ser solamente osteoconductores, el empleo de coadyudantes en regeneración ósea resultaría útil para potenciar su efecto, como lo es el PRF, hemoderivado de segunda generación. El objetivo de ésta revisión fue realizar un análisis de los RESULTADOS histológicos y ultraestructurales donde se asocie el empleo de injertos óseos sintéticos con PRF y analizar la regeneración ósea descrita mediante una búsqueda sistemática.

## MATERIAL Y METODO

Se realizó una búsqueda sistemática de la literatura entre Diciembre del 2002 y Julio de 2017, en las bases de datos MEDLINE, EMBASE, LILACS y SciELO.

## RESULTADOS

Al aplicar los criterios de inclusión y exclusión, fueron seleccionados 6 artículos. Los análisis fueron realizados

en distintos modelos animales, se utilizó HA y  $\beta$ -TCP de forma individual y combinados.

## DISCUSIÓN

El  $\beta$ -TCP al ser netamente osteoconductor, no presenta los elementos celulares necesarios para la regeneración ósea, mientras que el PRF actúa como osteoinductor, incorporando citoquinas y factores de crecimiento, asimismo, interviene como aglutinador biológico. Además, se ha señalado que la hidroxiapatita se integra completamente al tejido, mostrando RESULTADOS similares a la combinación de  $\beta$ -TCP con PRF. Finalmente, el injerto bifásico, compuesto por 60 % de HA y un 40 % de  $\beta$ -TCP, presenta mejores RESULTADOS al ser combinados con PRF, que al usarlos de forma independiente.

## CONCLUSIÓN

El uso de bioMATERIAL Y METODOEs sintéticos junto a PRF presenta resultados positivos en la neoformación ósea. No obstante, los RESULTADOS no son totalmente concluyentes debido a la limitada cantidad de estudios y la variada metodología empleada en diferentes modelos animales.

CATEGORIA POST GRADO Y PROFESIONAL



III SIMPOSIUM EN CIRUGÍA ORAL &  
MAXILOFACIAL DEL SUR DE CHILE:  
CIRUGÍA FACIAL COMPLEJA

# COMPARACIÓN ENTRE DISTINTOS MÉTODOS DE PRESERVACIÓN MANDIBULAR Y MANDIBULECTOMÍA CONVENCIONAL EN ABORDAJE QUIRÚRGICO DE CÁNCER OROFARÍNGEO: REVISIÓN A LA LITERATURA.

Molinare P<sup>1\*</sup>., Espinoza F<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Práctica privada

<sup>2</sup> Cátedra de cirugía bucal básica, Facultad de Odontología, Universidad Andrés Bello.

## INTRODUCCION:

Las neoplasias malignas que se originan en la cavidad oral y la orofaringe a menudo conducen a la infiltración local y la diseminación regional. A pesar del mal pronóstico del cáncer oral y orofaríngeo, los resultados deseables en algunos casos se pueden lograr mediante la combinación de resección quirúrgica y radiación adyuvante. La mandibulectomía, generalmente acompañada de separación labial, es uno de los métodos quirúrgicos tradicionales que a veces se denomina como "swing mandibular". Este método es popular principalmente porque puede proporcionar una excelente exposición a la cavidad oral y la orofaringe. Sin embargo, la pérdida de continuidad de la mandíbula causa muchas complicaciones desfavorables, incluyendo aspecto insatisfactorio, infección de la herida, mala fijación, y osteonecrosis ya que generalmente se opera después de un tratamiento de radioterapia. Existen en la literatura algunas modificaciones a la técnica de swing mandibular, que buscan reducir estas complicaciones y preservar la mandíbula. Dentro de estos métodos, encontramos el abordaje cervical con liberación lingual mandibular, abordajes transcervicales, trans-faríngeos y transhioideos.

**OBJETIVO:** Este estudio busca comparar los pronósticos y beneficios de cada

método en los abordajes quirúrgicos de cáncer orofaríngeo.

## MATERIAL Y METODO

Se realizó una búsqueda en PUBMED y EBSCO, utilizando los términos "oropharyngeal cáncer", "mandibular swing", "mandible preservation". Dentro de la búsqueda, se seleccionaron 7 artículos para ser incluidos en esta revisión.

## RESULTADOS.

Los métodos de preservación mandibular proporcionan una tasa significativamente menor de complicaciones locales después de la cirugía (tales como formación de fistulas, infección de placas de fijación, osteonecrosis).

## CONCLUSIÓN:

Estos resultados sugieren que los métodos de preservación mandibular pueden proporcionar un resultado clínico similar a la mandibulectomía con disminución en las complicaciones. Sin embargo, no hay suficiente evidencia científica que compare la tasa de supervivencia y de recidiva entre los distintos métodos. Es por esto, que se necesitan más estudios que comparen los distintos métodos de abordaje quirúrgico para el cáncer orofaríngeo.

# EFFECTOS DE LA INYECCIÓN LOCAL DE DEXAMETASONA PARA EXTRACCIÓN DE TERCEROS MOLARES INFERIORES: REVISIÓN DE LA LITERATURA

Espinoza F<sup>1\*</sup>., Molinare P<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Cátedra de cirugía bucal básica, Facultad de Odontología, Universidad Andrés Bello.

<sup>2</sup> Práctica privada.

## INTRODUCCION

La extracción de terceros molares es una de las acciones más frecuentes llevadas a cabo por el Cirujano Maxilofacial, éste procedimiento muchas veces implica maniobras que generan traumatismo tanto en tejidos blandos como duros circundantes, pudiendo generar complicaciones postoperatorias. Los corticoides se han utilizado desde la década del 50 como agentes antiinflamatorios, mostrando gran efectividad al reducir las secuelas inflamatorias en tejidos traumatizados.

**OBJETIVO** Señalar los beneficios de la administración de Dexametasona inyectable localmente, al compararlo con otras formas de administración, previo a la extracción de terceros molares mandibulares.

## METODOLOGÍA

Se recopiló información a través de la base de datos MEDLINE y EBSCO de acceso gratuito, utilizando los siguientes términos MeSH; *“Dexamethasone injection, Corticosteroids & Third molar surgery”*.

**RESULTADOS** En relación al lugar y vía de administración de Dexametasona, no hubo diferencias significativas al comparar a la administración oral, endovenosa e inyección local

(intramaseterina, del espacio pterigomandibular y submucosa) del mismo medicamento. Todas las formas de administración mostraron claros beneficios al ser utilizados en la disminución de edema, dolor y trismus postoperatorio.

## DISCUSIÓN

Se infiere que las dosis de Dexametasona (4 u 8 mg), al igual que la vía de administración, no tienen diferencias estadísticamente significativas en el resultado clínico. Las ventajas de la inyección local del fármaco radican en la simplicidad de la maniobra y en las ventajas que conlleva ésta misma. Los resultados de la investigación favorecen el uso de la inyección local del medicamento en procedimientos de cirugía oral, trayendo grandes ventajas cuando se compara con grupos de control (placebo).

## CONCLUSIÓN

Los hallazgos de la revisión sugieren que la inyección local de Dexametasona representa una alternativa efectiva y simple de llevar a cabo en la práctica diaria, para el manejo de las secuelas inflamatorias en relación a extracción de terceros molares mandibulares



# TERAPIA ANTIBIÓTICA EN TAPONAMIENTO NASAL ANTERIOR POR EPISTAXIS; REVISIÓN DE LA LITERATURA ACTUAL

Espinoza F<sup>1\*</sup>., Molinare P<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Cátedra de cirugía bucal básica, Facultad de Odontología, Universidad Andrés Bello.

<sup>2</sup> Práctica privada.

## INTRODUCCION

La epistaxis es un problema común en los servicios de urgencia, generalmente de resolución espontánea, pero otras, requiere maniobras adicionales, entre las cuales se encuentra el taponamiento nasal anterior. Concomitante a dicha maniobra se suele indicar antibioterapia para evitar complicaciones infecciosas futuras, lo cual actualmente es un tema controvertido.

**OBJETIVO** Dar a conocer los resultados de las investigaciones más recientes en cuanto a la necesidad del uso de antibióticos, en pacientes con taponamiento nasal anterior.

## METODOLOGÍA.

Se recopiló información a través de la base de datos MEDLINE y EBSCO, utilizando los términos MeSH; "*Epistaxis, Anterior Nasal Packing & Antibiotics*".

## RESULTADOS

Dentro de los estudios hubo pacientes que se les aplicó distintas formas de empaque nasal anterior (Merocel, RapidRhino, Gasa estéril, etc) de manera bilateral y unilateral según el estudio. Ningún estudio arrojó diferencias significativas en relación a presencia de infecciones clínicas ni al estudio

microbiológico cuando se comparó pacientes con y sin antibioterapia.

## DISCUSIÓN

Ninguno de los estudios informó casos de Rinosinusitis, Otitis media o Shock tóxico en pacientes con taponamiento nasal por menos de 48 horas con y sin antibióticos. Se documentó un caso de Rinosinusitis en un estudio, tratándose de un paciente con terapia de menor frecuencia y tiempo de taponamiento sobre 48 horas. No se ha reportado casos de Shock tóxico en este tipo de tratamiento. No hubo evidencia suficiente para refutar el uso de antibióticos en estos pacientes, tampoco evidencia de que la suspensión del antibiótico cause complicaciones.

## CONCLUSIÓN

Es posible inferir que los riesgos de la antibioterapia supere a los beneficios cuando se consideran las complicaciones que puede producir su ingesta. Por lo tanto sería razonable suspenderla en pacientes sanos, considerando a aquellos que presentan por ejemplo alteraciones inmunes. Se requieren estudios prospectivos para el uso de antibioterapia en pacientes con taponamiento nasal anterior.

# **ARTROCENTESIS Y USO DE PLASMA RICO EN PLAQUETAS (PRP) PARA EL MANEJO DE TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES. REVISIÓN DE LA LITERATURA.**

Vásquez A.; Reyes P.

Departamento de estomatología. Escuela de odontología. Universidad de Talca.

## **INTRODUCCION**

La artrocentesis es una alternativa de tratamiento en trastornos temporomandibulares, (TTMs) que ha sido utilizado junto a la infiltración de viscosuplementos o fármacos para el tratamiento del dolor y la función. Frente a esto, el PRP se incorporó como alternativa eficaz de infiltración articular, por los efectos favorables que describe la literatura.

## **MATERIAL Y METODO**

Se realizó búsqueda en bases de datos: PubMed, Cochrane Library y Science Direct. Utilizando los términos MeSH: Osteoarthritis, Temporomandibular disorders, temporomandibular Joint, Platelet-Rich plasma, intra-articular injections. Los límites de búsqueda fueron: (1) ensayos aleatorios controlados y ensayos clínicos, (2) Resumen y texto completo disponible, (3) realizados en humanos, (4) publicados en los últimos cinco años, (5) idioma inglés, español. (6)

Publicados en los últimos 5 años. Los artículos fueron incluidos/excluidos en base a información del título y del resumen en que se evalúan el uso del PRP en el tratamiento de TTM.

## **RESULTADOS**

Se identificaron 48 estudios de los cuales 3 artículos fueron seleccionados. Los autores describen que luego de la infiltración de PRP hubo reducción significativa del dolor y remodelación, atribuido a la presencia de factores de crecimiento. No obstante, existen diferencias significativas entre la preparación de los protocolos de PRP, los procedimientos de administración, el seguimiento y el diagnóstico de los estudios revisados.

## **CONCLUSIÓN:**

Los estudios revisados describen resultados favorables en el uso de PRP con respecto a la artrocentesis por si misma. Sin embargo éstos son insuficientes para otorgar una opinión basada en la evidencia.

## **DISMORFISMO CRANEOFACIAL EN PACIENTES CON SINDROME DE CROMOSOMA EN ANILLO. REVISION DE LA LITERATURA**

*Valdés D<sup>1</sup>, Gallegos A<sup>2\*</sup>*

*(1). Pasante Unidad de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Ernesto Torres Galdames.*

*(2). Pasante Unidad de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Provincial del Huasco*

### **INTRODUCCION:**

Un cromosoma en anillo se describe como una anomalía estructural cromosómica, que se produce por la ruptura de los extremos de los brazos p (brazo corto cromosomal) y q (brazo largo cromosomal) con posterior unión de ellos formando una estructura anillada. Entre los cromosomas más afectados se describen los números 4, 6, 9, 13, 15, 18, 20, X e Y. La pérdida de MATERIAL Y METODO genético conlleva a múltiples trastornos clínicos en los que se describen anomalías del crecimiento, desarrollo sexual incompleto, dimorfismo cráneo facial entre otras.

### **OBJETIVO:**

Descripción y comparación de las afecciones más recurrentes entre los distintos síndromes de cromosoma en anillo, enfocadas en dismorfosis y crecimiento craneofacial.

### **MATERIAL Y METODO**

: Se realizó una búsqueda bibliográfica en base de datos Pubmed, utilizando términos MeSH Phenotype, Ring Chromosome. La búsqueda se limitó a artículos en idioma inglés, publicados entre el año 1997 – 2017. Se encontraron 39 artículos, considerando como criterios de inclusión pacientes que padecen cromosoma en anillo en los números 4,6,9,13,20 e X y sus respectivas

características fenotípica. 16 Artículos cumplieron con los criterios.

### **RESULTADOS:**

Entre los dimorfismos descritos en la literatura, podemos destacar microcefalia, micrognatia, hipertelorismo, en pacientes con cromosoma 4 y 6 en anillo. En cromosoma 9, 13 y 20 en anillo podemos encontrar trigonocefalia, filtrum largos y convexos, pabellones auriculares con inserción baja, etc. Entre los casos de síndrome de Turner que afectan al cromosoma x, se observan características clínicas entre las que destacan malformación del pabellón auricular y paladar ojival.

### **CONCLUSIÓN:**

Los síndromes de cromosomas en anillos son poco comunes, pero no estamos exentos de encontrarnos con pacientes que padezcan de dicha condición, lo que hace de vital importancia conocer sus características clínicas más comunes.

## **DISTRACCIÓN OSTEOGÉNICA ALVEOLAR EN RECONSTRUCCIÓN DE REBORDE MAXILAR ANTERIOR. REPORTE DE CASO Y EXPERIENCIA CLÍNICA.**

**Barreda. Mauricio<sup>1</sup>, Pino Daniel<sup>2</sup>, Moreno Emilio<sup>3</sup>.**

1. Cirujano Maxilofacial Universidad de Chile. Hospital del Salvador, Santiago de Chile.
2. Cirujano Dentista Universidad Andres Bello. Residente Hospital del Salvador, Santiago de Chile.
3. Cirujano Dentista Universidad Mayor. Residente Hospital del Salvador, Santiago de Chile.

La distracción osteogénica (DO) es un procedimiento que consiste en la generación de nuevo hueso gracias a la distracción gradual de los segmentos óseos divididos mediante osteotomías. Un joven de 20 años ingresado en el Hospital Clínico San Borja Arriarán,

Intervenido en múltiples ocasiones con intentos fallidos de injertos óseos de para corrección del defecto óseo en sector maxilar anterior tras TDA. Finalmente es tratado mediante distracción transversal de hueso alveolar para lograr un aumento de reborde en sector de piezas 7 y 8 perdidas. Con lo anterior se obtiene un nuevo soporte óseo y de tejidos blandos, evitando la morbilidad de un sitio donante y permitiendo en un corto periodo la rehabilitación sobre implantes con excelente resultados estéticos y funcionales. La distracción ósea genera el crecimiento de todas las estructuras que acompañan al hueso siendo una herramienta fundamental en situaciones donde el impedimento es escaso tejido blando.



# ELECCIÓN DE MANEJO MÉDICO VERSUS QUIRÚRGICO EN PROCESOS INFECCIOSOS DE CABEZA Y CUELLO. REVISIÓN DE LA LITERATURA.

C. Cortínez<sup>2,3\*</sup>, R. Soto<sup>2,8</sup>, R. Badilla<sup>1,3,4,5,6,7</sup>

<sup>1</sup>Cirujano Maxilofacial, <sup>2</sup>Cirujano Dentista, <sup>3</sup>Hospital de Urgencia Asistencia Pública (HUAP), <sup>4</sup>Hospital Félix Bulnes, <sup>5</sup>Docente adjunto Universidad de Chile Curso de Urgencias HUAP, <sup>6</sup>Docente pregrado y post grado Universidad Andrés Bello, <sup>7</sup>Magister en Pedagogía Universitaria, <sup>8</sup>Residente de Cirugía y Traumatología Bucal y Maxilofacial (Universidad Mayor).

## INTRODUCCION

El manejo de las infecciones de espacios profundos en cabeza y cuello ha sido preferentemente quirúrgico. Sin embargo, el tratamiento no quirúrgico o médico ha demostrado ser eficaz en ciertos pacientes.

**OBJETIVOS:** Analizar factores que determinen elección de manejo quirúrgico o médico.

## MATERIAL Y METODO

Se realizó una búsqueda bibliográfica en PubMed utilizando la estrategia "Deep neck infections" OR "Deep facial infections" AND "drainage" AND "antibiotic therapy" AND "treatment". Se incluyeron artículos publicados desde el año 2005, en inglés, estudios en adultos. Estos fueron seleccionados manualmente en base a información del resumen, contenido del estudio y palabras claves utilizadas en la búsqueda.

## RESULTADOS

De los 197 artículos encontrados, fueron preseleccionados 38, de los que finalmente 19 cumplían los criterios de inclusión. Los resultados principales señalan que el abordaje quirúrgico debe ser realizado cuando no hay respuesta favorable ante antibioterapia durante las

primeras 24-48 horas, paciente presenta comorbilidades que afecten su inmunidad, existan complicaciones que generen riesgo vital o al estudio de TAC contrastado se visualicen grandes áreas de abscedación. En otros casos, manejo médico con terapia endovenosa basada en antibióticos de amplio espectro puede ser suficiente.

## DISCUSIÓN

Los pilares tradicionales del tratamiento de infecciones de espacios profundos en cabeza y cuello corresponden al drenaje de los espacios anatómicos afectados, la terapia antibiótica y la permeabilidad de la vía aérea. Sin embargo, este enfoque de drenaje extenso y altamente agresivo puede tener peor pronóstico en ciertos casos. Por esta razón, es necesario evaluar al paciente en su globalidad y si no existen complicaciones o gran colección purulenta el tratamiento médico puede ser suficiente.

## CONCLUSIÓN

Algunos pacientes con infecciones profundas en cabeza y cuello, que se encuentren estables sin comorbilidades que afecten su inmunidad pueden ser tratados de manera efectiva con administración de antibióticos endovenosos de amplio espectro.

# EVIDENCIAS, VENTAJAS Y DESVENTAJAS DEL USO DE PROTEÍNAS MORFOGENÉTICAS ÓSEAS EN DEFECTOS VERTICALES, REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Acuña S<sup>1</sup>, Solé F<sup>2</sup>, Llorens P.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Investigador adjunto. Facultad de Odontología. Universidad de los Andes

<sup>2</sup>Docente Facultad de Odontología. Universidad de los Andes.

## INTRODUCCION

La capacidad autoregeneradora del hueso es una característica que ha sido ampliamente estudiada. En el campo de la regeneración ósea, los defectos verticales son aquellos que presentan un peor pronóstico con respecto a la estabilidad y predictibilidad en el tiempo. Estudios recientes plantean el uso de proteínas morfogenéticas óseas como una nueva técnica de regeneración ósea, que podrían tener un mejor desempeño para el tratamiento en defectos verticales.

**OBJETIVO:** Desarrollar una revisión narrativa de la literatura referente a la evidencia actual sobre la utilización de proteínas morfogenéticas óseas en la corrección de defectos óseos verticales, exponiendo las ventajas y desventajas de su utilización.

## MÉTODO

Se realizó una revisión narrativa de la literatura en las bases de datos PubMed, EBSCO, Wiley-Blackwell y Elsevier – entre los años 2004 y 2014 – combinando las palabras claves en base a la siguiente estrategia de búsqueda (Términos MeSH): *bone morphogenetic proteins( OR bmp) AND tissue engineering/vertical bone augmentation NOT dental implant.*

## RESULTADOS

La búsqueda entregó un resultado de 41 artículos, de los cuales 10 fueron seleccionados por cumplir con todos los criterios de inclusión - 5 estudios en animales, 1 estudio observacional, 2 estudios clínicos aleatorizados y 2 revisiones sistemáticas. Ocho de los 10 estudios respaldan su utilización por aumentar volumen y densidad ósea, y favorecer el grado de integración del injerto al tejido receptor; mientras que 2 estudios no respaldan su utilización por aumentar el edema/eritema en la zona, falta de conocimiento sobre los posibles efectos sistémicos de su utilización, y el alto costo para una baja predictibilidad del procedimiento.

## CONCLUSIÓN

La evidencia disponible acerca de la utilización de BMPs para el tratamiento de defectos verticales es muy sugerente a favor de su utilización, pero es necesario el desarrollo de más estudios clínicos aleatorizados para especificar realmente cuáles son sus ventajas y cuáles son los límites para su aplicación en el territorio maxilofacial.

# FACTORES DE RIESGO AMBIENTALES ASOCIADOS A LA PREVALENCIA DE FISURA LABIO ALVEOLO PALATINA (FLAP).

Soto H<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Estomatología Quirúrgica. Facultad de Odontología Universidad de Concepción. Cirujano Dentista. Colaborador Académico

## INTRODUCCION:

Las fisuras labio alveolo palatinas son de los defectos orofaciales congénitos más comunes, generándose durante la quinta y séptima semana de vida intrauterina por alteraciones en la migración celular.

**OBJETIVO:** Determinar y describir factores de riesgo ambientales más prevalentes en madres de pacientes con FLAP

## MATERIAL Y METODO

Búsqueda bibliográfica en PubMed y Web Of Science usando los términos "Cleft Palate", "Cleft lip", "Lip and palate Cleft" y "Risk Factors", incluyéndose artículos en inglés y español de los últimos 5 años, cuyos títulos y resúmenes fueran relevantes al tema.

## RESULTADOS

De 85 resultados, 20 cumplían los criterios mencionados, excluyéndose en base al título y abstract aquellos no atingentes al tema. De los seleccionados un 35% fueron revisiones sistemáticas y metaanálisis, 35% revisiones bibliográficas, 25% estudios de casos y controles y 5% estudios de cohorte. La selección se realizó en duplicado por pares sin evaluación de la calidad metodológica.

## DISCUSIÓN

De los factores ambientales que inciden en la aparición de FLAP se considera el tabaquismo, ingesta de alcohol, eventos estresantes, exposición a químicos ambientales y consumo de medicamentos. Estas variables se analizaron agrupadas en todos los estudios dando prioridad a aquellas modificables, como consumo de tabaco, alcohol y medicamentos, sin mayor énfasis en las dependientes de eventos circunstanciales como estrés o exposición a químicos ambientales; siendo una limitante la no estandarización de una encuesta para evaluar riesgo durante el embarazo. El consumo de ácido fólico también es controversial, algunos autores proponen su uso durante el embarazo, mientras que otros indican un rol protector sólo durante el período crítico de ocurrencia de FLAP.

## CONCLUSIÓN

Pese a conocerse los factores ambientales más prevalentes para FLAP, es difícil determinar el de mayor riesgo relativo asociado, dado que los estudios los analizan en conjunto y muy pocas veces de forma aislada.



# FISURA LABIOPALATINA: NOTIFICACIONES GES EN TRES SERVICIOS DE SALUD DEL PAÍS PERÍODO 2015-2017.

Huerta J<sup>1</sup>, Aldunate I<sup>2</sup>, Vergara D<sup>3</sup>, <sup>1</sup>Servicio de Salud Coquimbo, <sup>2</sup>Servicio de Salud O'Higgins, <sup>3</sup>Servicio de Salud Araucanía Sur.

## INTRODUCCION

Las Fisuras Labio-Maxilo-Palatinas (FLP) son malformaciones congénitas de alta prevalencia, etiología multifactorial, con componentes genéticos y/o ambientales, presentándose en forma aislada o asociadas a síndromes. Su prevalencia mundial varía entre 1,57 a 0,57 por 1.000 nacidos vivos (NV) y en Chile de 1,6 por 1.000 NV. El año 2005, esta patología fue incorporada dentro de las Garantías Explícitas en Salud (GES)

**OBJETIVOS:** Determinar y comparar la prevalencia de ingreso a GES FLP en hospitales de tres Servicios de Salud del país en el período 2015-2017.

## MATERIAL Y METODO

Estudio descriptivo retrospectivo. Fueron revisadas las bases de datos de SIGGES y REM solicitadas a Subdepartamento de Estadística de los Servicios de Salud Coquimbo, O'Higgins y Araucanía Sur entre los años 2015-2017. El total de ingresos al GES de FLP en relación al total de NV de los hospitales de referencia fueron utilizados para calcular prevalencia.

## RESULTADOS

Las prevalencias de ingreso al GES de FLP en los años estudiados fueron las siguientes: Hospital de Ovalle 2,57 (2015); 0,92 (2016); Hospital de Coquimbo 0,71 (2016); Hospital de La Serena 0,28 (2015); 0,62 (2016); Hospital de Rancagua 2,9 (2016); 1,7 (2017); Hospital de Temuco 1,96 (2016); 1,7 (2017). Debido a la imposibilidad de acceder a ciertos datos, no se calculó las siguientes prevalencias: Hospital Coquimbo, Rancagua y Temuco (2015); Hospital Ovalle, Coquimbo y La Serena (2017).

## CONCLUSIÓN

Los resultados obtenidos concuerdan con cifras publicadas en la literatura. Los servicios de salud estudiados muestran diferentes prevalencias de ingreso GES FLP, siendo mayores en Servicio de Salud O'Higgins. Es de gran importancia mantener actualizados los datos nacionales sobre FLP en función de su prevención, rehabilitación e impacto que genera en la población afectada.



# FRACTURA DE REBORDE ORBITARIO Y ZYGOMATICOMAXILAR COMPLEJA; ENFOQUE TRANSCONJUNTIVAL. UN CASO CLÍNICO.

Gonzalez CL\*, Montecinos C\*\*, Romo LA.\*\*\*

\*Pre-grade Odontology Faculty Finis Terrae University ,Chile.

\*\*MDS , Oftalmologic Departement, Chilean Air Force Hospital

\*\*\*DDS, Maxillofacial Surgery Department, Chilean Air Force Hospital.

Fuerza Aérea de Chile, utilizando este enfoque.

## INTRODUCCION

El abordaje transconjuntival se ha convertido en un procedimiento estándar para acceder quirúrgicamente a la fractura de la órbita y el borde infraorbitario. Este enfoque muestra ventajas desde el punto de vista estético en comparación con las incisiones transcutáneas, como el acceso transiliar e infraorbitario. Es un procedimiento preferido, de acuerdo a la literatura en lo que respecta a la retracción del globo ocular.

## MÉTODOS

Se presenta un paciente de 32 años con fractura de reborde orbitario y del complejo zigomatomaxilar, tratado con reducciones abiertas en el Hospital de la

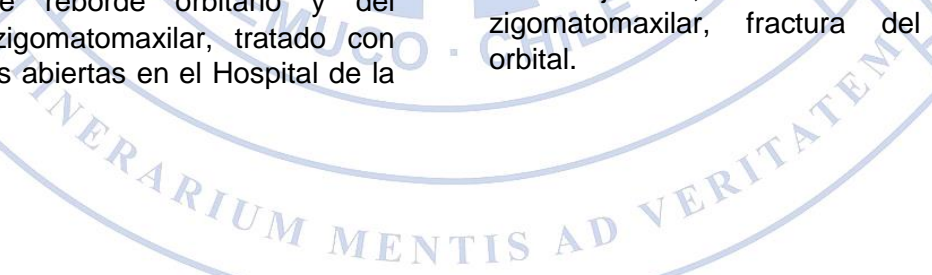
## RESULTADOS

Se obtuvo resultado exitoso, sin complicaciones. Además, se realizó un análisis de los signos y síntomas de este tipo de fracturas, así como las posibles complicaciones de este tratamiento.

## CONCLUSIONES

En este Paciente, con respecto al tratamiento realizado, se afirma que este abordaje es bastante conveniente para el tratamiento de este tipo de fracturas maxilofaciales.

**Palabras clave:** abordaje transconjuntival, fractura zigomatomaxilar, fractura del borde orbital.



# **INFILTRACIÓN DE SANGRE AUTÓLOGA: TRATAMIENTO DE LUXACIÓN CRÓNICA RECIDIVANTE DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR.**

Oyarzún C.<sup>1\*</sup>, Zapata S.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Cirujano Dentista EDF, Servicio Salud Coquimbo

<sup>2</sup> Cirujano Maxilofacial. Hospital San Pablo Coquimbo (HSP)

## **INTRODUCCION**

Luxación crónica recidivante se define como una condición a repetición, en la cual el cóndilo se posiciona anterior a la eminencia articular y es incapaz de regresar a posición de cierre. Generalmente es dolorosa e interfiere con actividades diarias. Se han utilizado técnicas conservadoras y quirúrgicas, siendo la inyección de sangre autóloga una excelente alternativa reportada por Brachmann en 1964.

## **MATERIAL Y METODO**

Estudio descriptivo de tipo prospectivo. Se incluyeron pacientes que acudieron a urgencia del HSP en más de dos ocasiones en 1 mes, entre año 2015-2017. Se planificó tratamiento bajo anestesia general para artrocentesis e inyección intraarticular de sangre autóloga intra/pericapsular. Fijación intermaxilar con banda elástica por 2 semanas y cuidados postoperatorios. Se realizaron controles a 1-2-3-4 semanas, 3 y 6 meses hasta 1 año post operatorio. Se realizó una segunda infiltración en caso de recidiva. Los valores obtenidos fueron analizados por el programa STATA 11.2 para PC.

## **RESULTADOS**

En 15 pacientes con edad promedio de 27 años se logró un 73% de éxito con una infiltración y llegó hasta un 86% posterior a una segunda infiltración. El promedio preoperatorio de máxima apertura oral fue de 48 mm y en post operatorio 35 mm a los 6 meses y 37 mm al año. Éxito medido según no recidiva al año.

## **DISCUSIÓN**

El éxito de la infiltración de sangre autóloga es del 80% y 100 % en estudios publicados<sup>1,2,3,4</sup>. Nuestro estudio tiene una tasa de éxito similar sin utilizar bloqueo intermaxilar rígido, sólo utilizando banda elástica que restringe el movimiento mandibular al tipo rotacional como el publicado por Machon y cols., 2009.

## **CONCLUSIÓN**

La infiltración de sangre intraarticular a la ATM es un método simple, seguro y rentable que demostró ser exitoso con un 73% y 86% con 1 o 2 infiltraciones respectivamente. Se recomienda esta técnica conservadora antes de una intervención quirúrgica invasiva.

# USO DE TOXINA BOTULÍNICA EN TRATAMIENTO DE FÍSTULA PAROTÍDEA. CASO CLÍNICO Y CONTROL.

Oyarzún C.<sup>1\*</sup>, Zapata S.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Cirujano Dentista EDF, Servicio Salud Coquimbo

<sup>2</sup> Cirujano Maxilofacial. Hospital San Pablo Coquimbo

## INTRODUCCION

La fístula parotídea es una herida facial crónica poco común de la glándula parotída o de su conducto a través del cual drena saliva. Es una complicación de un trauma en la región parotídea o el resultado de una lesión penetrante en la glándula parotída. La salida de secreción salival a través del tracto fistuloso interfiere con la cicatrización de la herida por sus componentes autolíticos. El uso de toxina botulínica A como agente local anticolinérgico, ha sido reconocido como tratamiento para la hipersalivación, trastornos salivales y enfermedades del tejido glandular como sialoceles o fistulas salivales, al interrumpir la actividad autónoma/parasimpática de la glándula.

## CASO CLÍNICO – DIAGNÓSTICO

Paciente sexo masculino, 35 años de edad, ASA I, desarrolló fístula parotídea izquierda posterior a cirugía para abordaje de fractura de cóndilo, a los 7 días postoperado. Al examen clínico, se observa salida de fluido salival a través de la incisión de la herida quirúrgica sin molestias asociadas.

## TRATAMIENTO

Infiltración de 50 unidades de toxina botulínica A (Reage 50 u polvo liofiliz. Sol. Iny, Laboratorio Abbot) en múltiples puntos, alrededor de la fístula y sitio quirúrgico, y dentro del lóbulo superficial de la parotída. Evolución positiva sin signos de infección, se logró un cierre completo de la fístula a los 10 días de control, sin necesidad de drenaje.

## CONCLUSIÓN

La inhibición de la secreción salival impide la autólisis local del tejido y, por lo tanto, evita trastornos de cicatrización e infecciones postquirúrgicas. El efecto sobre los nervios autónomos puede persistir durante varios meses, pero después de este tiempo, el efecto es reversible permitiendo la restauración del flujo salival fisiológico.

La inyección local de toxina botulínica tipo A en las glándulas salivales es un tratamiento menos invasivo, confiable y libre de efectos secundarios, transformándose en una opción terapéutica en pacientes con hipersalivación, fistulas salivales y sialoadenitis crónica.

## **MANEJO DE LA OSTEORADIONECROSIS MANDIBULAR CON PENTOXIFILINA Y TOCOFEROL COMO TRATAMIENTO: REVISIÓN DE LA LITERATURA.**

Vergara, Valentina<sup>1</sup>; Sabelle, Nicole<sup>1</sup>; Santana, Josefina<sup>2</sup>; Zamorano, Claudio<sup>3</sup>; Mardones Marcelo<sup>4,5</sup>.

<sup>1</sup>Universidad de Chile, Facultad de Odontología, cirujano dentista. <sup>2</sup>Pontificia Universidad Católica de Chile, Facultad de Odontología, cirujano dentista, <sup>3</sup>Universidad de Talca, Facultad de Odontología, cirujano dentista. <sup>4</sup>Universidad de Chile, Facultad de Odontología, especialista en Cirugía Maxilofacial. <sup>5</sup>Hospital San José, Servicio de Salud Metropolitano Norte.

### **INTRODUCCION:**

La osteoradionecrosis mandibular (ORN) es una de las complicaciones más graves y debilitantes que ocurre tras la radioterapia para el tratamiento del cáncer de cabeza y cuello. Se caracteriza por una necrosis isquémica del hueso inducida por la radiación con necrosis asociada del tejido blando que ocurre en ausencia de tumor primario y que persiste por más de 3 meses. Recientemente, una nueva teoría sobre su fisiopatología ha proporcionado un nuevo enfoque terapéutico basado en las propiedades antioxidantes y antifibróticas de los fármacos Pentoxifilina y Tocoferol.

### **MATERIAL Y METODO**

Se realizó una búsqueda en la base de datos Embase y Pubmed (utilizando el filtro 10 años), con el término: "osteoradionecrosis of the jaws and pentoxifylline tocopherol", luego se emplearon en Pubmed los términos MeSh: "Osteoradionecrosis" y "pentoxifylline tocopherol". Se obtuvieron 10 resultados, de los cuales se seleccionaron 4 estudios primarios.

### **DISCUSIÓN**

Durante los últimos 80 años se han propuesto varias teorías sobre la patogénesis de ORN, una nueva teoría ha propuesto que el daño al hueso es causado por la fibrosis inducida por la radiación. Las células en el hueso se dañan como resultado de una inflamación aguda, radicales libres y la activación crónica de fibroblastos por una serie de factores de crecimiento. Por lo tanto, se han ideado nuevos tratamientos que incluyen dos dosis de 400mg de pentoxifilina, un vasodilatador que también inhibe la fibrosis, y 1 dosis de 1000 UI de tocoferol (vitamina E) para reducir el daño causado por los radicales libres.

### **CONCLUSIÓN**

La ORN mandibular es una complicación significativa de la radioterapia para el cáncer de la cavidad oral. Dentro las opciones de tratamiento encontramos: la terapia antibiótica, oxigenoterapia hiperbárica, abordajes quirúrgicos y más recientemente la terapia combinada con pentoxifilina y tocoferol parece ser eficaz y segura, sin embargo, se necesitan más estudios clínicos de calidad.



## **MANEJO PRIMARIO DE TRAUMA MAXILOFACIAL POR ARMA DE FUEGO: A PROPÓSITO UN CASO.**

Sepúlveda, D. <sup>1,2</sup>; González, J. <sup>1</sup> Opazo, L. <sup>1</sup> Avendaño, C. <sup>3</sup>, Urrizola, J. <sup>3</sup>

Cirujano Maxilofacial, Hospital Herminda Martin, Servicio Salud Ñuble, Chillán.

Jefe Servicio Cirugía Maxilofacial, Hospital Herminda Martin, Servicio Salud Ñuble, Chillán.

Residente Cirugía Maxilofacial, Hospital Guillermo Grant Benavente, Universidad San Sebastián, Concepción.

### **INTRODUCCION:**

El Trauma Maxilofacial (TMF) constituye un problema de salud pública debido a las múltiples secuelas estéticas y funcionales que en algunos casos comprometen la vida del enfermo, generando un alto costo en el tratamiento de este. La etiología de esta patología es múltiple, siendo los accidentes de tránsito, caídas, agresión por terceros, accidentes de trabajo, accidentes deportivos y heridas por arma de fuego los principales; estos también varían dependiendo del país, cultura, sociedad y medioambiente en el que esta inmerso el paciente.

### **METODOLOGÍA CASO CLÍNICO**

Paciente masculino de 45 años de edad, de extrema ruralidad, alcoholismo 30 años, depresión severa exógena. Ingresó a la unidad de emergencia del Hospital de Chillán en Shock Hipovolémico por un TMF por proyectil de arma de fuego secundario a intento de suicidio, presentando importante avulsión de tejido blando y fractura mandibular con pérdida de sustancia, se efectúa manejo multidisciplinario aplicando ABCDE según ATLS, luego en pabellón bajo anestesia general se realiza el aseo quirúrgico, desbridamiento tejido necrótico, control

de la hemorragia, finalmente disección y extensión de la herida quirúrgica para rotación y avance colgajo cerrando el defecto de piel completamente.

### **RESULTADOS:**

Paciente 30 días hospitalizado, traqueostomizado para manejo UCI, evoluciona con síndrome abstinencia severo se maneja con dosis máxima de Quetiapina, se somete nuevamente a pabellón para instalación de barra OTS rígida de reconstrucción mandibular, evoluciona con fistula salival en región cervical la que remite con compresión y atropina EV.

### **DISCUSIÓN:**

El manejo del TMF por arma de fuego presenta un gran desafío para el cirujano maxilofacial en todos los niveles de atención, las distintas complicaciones que pudieran presentar requieren de una constante reevaluación del equipo multidisciplinario. Actualmente en espera para planificación de injerto óseo para reconstrucción mandibular, destacando la participación activa de psiquiatría para tratamiento depresión severa y así evitar recurrencia suicida.

# TÉCNICA DESCOMPRESIVA EN QUERATOQUISTE ODONTOGÉNICO: REPORTE DE CASO

Soto H<sup>1</sup>, Carrasco M<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Estomatología Quirúrgica. Facultad de Odontología Universidad de Concepción. Cirujano Dentista. Colaborador Académico

<sup>2</sup>Departamento de Estomatología Quirúrgica. Facultad de Odontología Universidad de Concepción. Cirujano Maxilofacial. Profesor Asistente

## INTRODUCCION

El Queratoquiste Odontogénico (QO) es una entidad quística de la cavidad oral con una prevalencia alta, se origina a partir de los remanentes de la lámina dental, puede presentarse a cualquier edad, preferentemente entre la segunda y tercera década de vida. Afecta mayoritariamente a hombres y principalmente se presenta en la mandíbula.

## REPORTE DEL CASO CLÍNICO:

Paciente masculino de 24 años de edad, raza caucásica, sin antecedentes mórbidos de relevancia, acude al servicio de urgencia, de la facultad de odontología de la Universidad de Concepción, por un leve aumento de volumen en el fondo de vestíbulo mandibular izquierdo. Se solicitan exámenes imagenológicos; radiografía panorámica y cone beam, y exámenes de sangre; Glicemia, Tiempo de Tromboplastina Parcial Activada, Tiempo de Protrombina, posteriormente se deriva a pabellón de cirugía oral. Al examen imagenológico se observa zona radiolúcida que compromete cuerpo mandibular desde primer molar inferior

izquierdo hasta segundo premolar inferior derecho con expansión de tabla vestibular en cuerpo mandibular izquierdo; sin compromiso de la sensibilidad. Se somete a cirugía para realizar biopsia incisional y establecer una cánula de descompresión. El resultado de la biopsia determinó la presencia de un QO, se decide mantener la cánula de descompresión durante diez meses para permitir una disminución de la lesión, en este período el paciente se realizó tratamiento endodóntico de los dientes en relación a la lesión y posteriormente se decidió realizar cirugía para exéresis quística y biopsia nuevamente, ahora excisional, y así controlar periódicamente la evolución del proceso cicatrizal y posible remitencia.

## CONCLUSIÓN:

La realización de una descompresión, previa a la exéresis quística, permite la disminución del tamaño de la lesión, lo que es útil en lesiones quísticas de gran extensión donde la exéresis no es conservadora, disminuyendo de esta forma el daño a los tejidos, al realizar un abordaje menor.

# TÉCNICA I.V.R.O OSTEOTOMÍA SAGITAL O VERTICAL DE RAMA INTRA - ORAL EN CIRUGÍA ORTOGNÁTICA

Aguilera N<sup>1</sup> , Olaya M<sup>2</sup>. –

<sup>1</sup>Cirujana Maxilofacial Universidad de Chile, Directora Área de Cirugía Buco Maxilofacial Facultad Piloto de Odontología Universidad de Guayaquil, Cirujana Maxilofacial Omni Hospital, Practica Privada, Ecuador.

<sup>2</sup>Odontólogo, Facultad Piloto de Odontología, Universidad de Guayaquil, Ecuador.

## INTRODUCCION

La Cirugía Ortognática tiene como objetivo lograr la estética facial y mejorar la función masticatoria (Yu-Chuan Tseng, 2006), I.V.R.O con la traducción de sus siglas en ingles Osteotomía Sagital o Vertical De Rama Intra - Oral es la técnica más utilizada para corregir la mal oclusión mandibular (Myung-Jin Kim, 2002) , se considera una técnica eficiente para corregir el prognatismo mandibular ya que evita una cicatriz externa, perdida de sensibilidad por daños nervios durante la intervención quirúrgica y nos otorga la ventaja de poder reposicionar el cóndilo en caso de ser necesario obteniendo una Cirugía Ortognática más segura con mejor pronóstico y menor tiempo en quirófano (Y. Manor, 2001)

## MATERIAL Y METODO

Intervención Quirúrgica Bajo Anestesia general, incisión con electro bisturí obteniendo una área operatoria más cómoda y visible para realizar la Técnica I.V.R.O. usamos sistema piezoeléctrico ultrasónico o bisturí piezoeléctrico al realizar la osteotomía, la principal característica de este instrumento quirúrgico es su capacidad para

reconocer la dureza del tejido y actuar solo sobre estructuras mineralizadas evitando daño directo en los tejidos blandos como la membrana, mucosa, nervios y vasos. (Massimo Robiony, 2007) realizamos fijación rígida con el uso de tornillos corticales de titanio los cuales reducen el riesgo de lesión al nervio alveolar inferior y concluimos con la sutura del área expuesta. (G.E. Gmli, 2000) La recuperación de la movilidad en el postoperatorio se da mediante actividad fisiológica normal, concluyendo que la movilización postoperatoria es la mejor opción. (G.G.STAGY, 1987)

## CONCLUSIÓN

Basándonos en los artículos citados y la intervención quirúrgica realizada concluimos, la Incidencia de lesión del nervio alveolar inferior asociada con I.V.R.O es menos del 1%, por el contrario se ha informado que el déficit neurológico asociado con el S.S.R.O es tan alto como el 85% y se ha informado una transección completa del nervio con una incidencia del 2% confirmando que la técnica I.V.R.O es la mejor técnica para realizar osteotomía en rama mandibular. (G.E. Gmli, 2000)



# TÉCNICAS QUIRÚRGICAS DE GENIOPLASTIA DE AVANCE Y SU RESPUESTA EN TEJIDO BLANDO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

Valentina Chávez (1), Pablo Reyes (2), Alex Gallegos (3), Francisco León (3), Francisco Henríquez (4).

(1) Universidad de Talca, (2) Universidad de Talca, (3) Hospital de Vallenar, (3) Cefsam Armando Williams, (4) Posta Salud Rural Melinka.

## INTRODUCCION

La genioplastia de avance corrige la retrogenia, mejorando la estética del perfil facial y proporcionando funcionalidad mediante un equilibrio muscular que permite un sello labial competente. Se han descrito distintas técnicas quirúrgicas de genioplastia de avance obteniéndose diferentes resultados en tejido blando.

El objetivo es revisar en la literatura de los últimos 5 años, las técnicas quirúrgicas de genioplastia de avance descritas y su respuesta en tejido blando.

## MATERIAL Y METODO

Se realizó una revisión bibliográfica en bases de datos Pubmed, utilizando términos MeSH "Genioplasty", "Chin/Surgery" y "Oral Surgical Procedures". La búsqueda se limitó a artículos en idioma inglés, publicados entre el 2012-2017, con niveles de evidencia 1 y 2, llevado a cabo en humanos. La búsqueda arrojó 33 artículos científicos. Se consideró como criterio de inclusión artículos de genioplastias de avance, abstract disponible. Se excluyeron artículos de genioplastia en apnea del sueño, de simulación 3D y de rellenos, injertos e implantes. 7 estudios cumplieron con los criterios.

## RESULTADOS

La técnica quirúrgica más utilizada es la técnica de deslizamiento. Existe una relación postquirúrgica de 1:1 entre los tejidos duros y blandos tomando como referencia pogonion, mientras que la respuesta del labio inferior es mínima. El desplazamiento vertical influye significativamente en la respuesta de los tejidos blandos.

La genioplastia deslizante es ampliamente utilizada pero genera mayor profundidad labiomenton y un marcado pliegue sublabial si se compara con la genioplastia de escudo, contribuyendo a la tensión de los tejidos blandos y consecuente incompetencia labial. A pesar de que la relación entre tejidos duros y blandos es 1:1, se ha demostrado que cuanto más se adelanta el mentón, menor es la relación de tejido blando a hueso.

## CONCLUSIÓN

En genioplastia de avance la respuesta del tejido blando a hueso tiene una relación de 1:1. La técnica de escudo del mentón es la que genera menor profundidad labiomenton.



# GLOSOPLASTÍA DE REDUCCIÓN CON TÉCNICA DE HARADA EN PACIENTE CON SÍNDROME DE DOWN: REPORTE DE UN CASO

Cordero E<sup>2</sup>. Coautores: \*Ortega C<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Cirujano Dentista Universidad de Chile. Departamento de Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial Universidad de Chile.

<sup>2</sup> Cirujano Maxilofacial Universidad de Chile. Equipo Cirugía Maxilofacial Hospital San Borja Arriarán. Departamento de Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial Universidad de Chile.

## INTRODUCCION

Macroglosia, lengua que sobresale de los dientes o reborde alveolar. Clasificada en: macroglosia verdadera o pseudomacroglosia. En el primer caso existen cambios histopatológicos (siendo primaria, por hiperplasia de musculatura lingual, o secundaria, por infiltración de elementos anómalos entre tejido normal); y en el caso de la pseudomacroglosia la lengua posee tamaño normal, pero grande con respecto a relaciones anatómicas y no presenta cambios histológicos. Causas macroglosia verdadera: hipertrofia muscular, síndrome de Down, linfangioma, angiomas y fibromas. Dentro de los criterios indicadores de glosoplastía tenemos: morfología (discrepancia de tamaño entre lengua/cavidad oral), protrusión lingual, prognatismo mandibular, mordida abierta, inclinación excesiva incisivos inferiores y deficiencias para tragar, respirar o articular.

En el Síndrome de Down existe ampliación lingual secundaria a micrognatia, hipotonía muscular, paladar duro corto, mandíbula con tendencia clase 3, lengua macrológica escrotal y respiración bucal, siendo en muchos casos indicación de glosoplastía.

## REPORTE DE CASO.

Paciente femenino 8 años, Síndrome de Down, cardiopatía congénita, derivada al servicio CMF-HCSBA por macroglosia verdadera. Dificultad respiratoria y en deglución.

## METODOLOGÍA

Bajo AG, intubación NT, glosectomía parcial con técnica Harada. Demarcan incisiones en cuña en centro lingual y media luna en parte posterior del dorso. Herida quirúrgica suturada por planos. Evolución favorable, alta y control a la fecha.

## DISCUSIÓN

Tratamiento controversial por falta de acuerdo en criterios diagnósticos y estudios que comparen RESULTADOS entre técnicas. Esta técnica mejora morfología, calidad de vida y funcionalidad en pacientes con Síndrome de Down, reduciendo el tamaño en sentido longitudinal y transversal a diferencia de otras técnicas.

## CONCLUSIONES

Técnica fácil de realizar, mantiene anatomía de la punta lingual, preservando habla, movilidad y gusto normales en pacientes con Síndrome de Down, siempre individualizando la técnica a cada caso.

# **ABSCESO SUBLINGUAL, SUBMANDIBULAR, PTERIGOMANDIBULAR, MASETERINO Y LATEROFARÍNGEO DERECHO DE ORIGEN ODONTOGÉNICO, PRESENTACIÓN DE UN CASO.**

*Muñoz M<sup>1</sup>, Cortínez C<sup>1</sup>, Cuellar J<sup>1</sup>, Reyes D<sup>1,2</sup>, Sanhueza V<sup>1,2</sup>.*

<sup>1</sup> *Cirujano Dentista.*

<sup>2</sup> *Cirujano Maxilofacial, Facultad de Odontología Universidad de Chile. Unidad de Cirugía, Hospital de Urgencia Asistencia Pública.*

## **INTRODUCCION.**

Las infecciones de origen odontogénico pueden diseminarse por los distintos espacios faciales, pudiendo llegar a producir un estado séptico, además de comprometer la vía aérea, poniendo en riesgo la vida del paciente. Es necesario manejar la anatomía y comprender los límites, contenido y comunicaciones de los espacios submandibular, sublingual, maseterino, pterigomandibular, temporal, laterofaríngeo y retrofaríngeo para un correcto manejo de estas infecciones.

## **CASO CLÍNICO**

Paciente 40 años género femenino, sistémicamente sano. Acude a urgencia por aumento de volumen de tres días de evolución en zona mandibular derecha. Al examen físico presenta compromiso del estado general, fiebre 37,8°, odinofagia, disfagia, trismus con apertura bucal de 1 cm y aumento de volumen sensible a la palpación submandibular, sublingual y maseterino con cambio de coloración de la piel, consistencia fluctuante y aumento de la temperatura local. TAC facial con contraste muestra colección en los espacios sublingual, submandibular, pterigomandibular, laterofaríngeo y maseterino. Bajo anestesia general se

realiza vaciamiento quirúrgico de los abscesos, mediante un abordaje submandibular 2 cms bajo el borde basilar derecho, disección aguda, a través del celular subcutáneo, músculo platisma y porción superficial de la fascia cervical profunda hasta acceder al espacio submandibular. Se continúa con disección roma digital por la cara lateral de la rama mandibular hasta llegar a la coronoides vaciando el contenido purulento. Comunicación del espacio laterofaríngeo a través del espacio pterigomandibular utilizando disección roma digital. Lavado profuso con suero e instalación de 3 drenajes a media caña hacia los espacios: sublingual, parafaríngeo y maseterino derecho. Se realiza exodoncia de diente causal diente 17.

## **RESULTADOS y CONCLUSIÓN**

El recuento de linfocitos baja de 15.000 a 5.800 mm<sup>3</sup> en seis días. La paciente evoluciona favorablemente, realizándose lavados de los drenajes diariamente siendo retirados a los cinco días. Es de suma importancia realizar un diagnóstico temprano de estas infecciones de espacios profundos, identificando el foco infeccioso evitando la progresión de la infección.

## FRACTURA DEL SENO FRONTAL. PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Muñoz M<sup>1</sup>, Alarcón A<sup>1,2</sup>, Cuellar J<sup>1</sup>, Moreno B<sup>1</sup>, Cordero E<sup>1,2</sup>.

<sup>1</sup> Cirujano Dentista.

<sup>2</sup> Cirujano Maxilofacial, Facultad de Odontología Universidad de Chile. Unidad de Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial, Hospital Clínico San Borja Arriarán.

### INTRODUCCION

Las fracturas del seno frontal se deben a impactos de alta energía estando frecuentemente asociadas a accidentes automovilísticos y en menor medida a prácticas deportivas. La mayoría afecta solo a la pared anterior ocasionando deformidad estética y en ocasiones obstrucción del drenaje (conducto nasofrontal), siendo menos frecuentes la afeción de la pared posterior pudiendo ocasionar desgarro de la duramadre o laceración del encéfalo llevando a complicaciones tales como infecciones intracraneales, infecciones del seno y formación de mucocelos. Las alternativas quirúrgicas son: reducción de la fractura, obliteración del seno y cranealización del seno.

### CASO CLÍNICO

Paciente masculino 38 años sin antecedentes médicos relevantes, consulta luego de recibir un golpe en zona frontal practicando artes marciales, con pérdida parcial de conciencia y sangrado nasal tardío. Al examen físico se observa hundimiento evidente zona de seno

frontal derecho, sin alteraciones de visión y resto de examen físico normal.

TAC preoperatorio muestra fractura conminuta con desplazamiento de las paredes anteriores de ambos senos frontales con hundimiento de 7,5 mm a derecha y 7 mm a izquierda. Bajo anestesia general se realiza acceso coronal, craneotomía del hundimiento craneal, acceso a seno frontal y eliminación de la totalidad de mucosa sinusal. Reducción de fractura del reborde supraorbitario con placas y 5 tornillos autoperforantes de 4 mm. Obliteración del seno frontal con cemento Norian y colocación de malla de titanio. El paciente evoluciona favorablemente y se mantiene con controles periódicos.

### RESULTADOS Y CONCLUSIÓN

El objetivo del tratamiento ideal para un paciente con fractura de seno frontal es devolver la anatomía de la zona y prevenir las complicaciones asociadas a corto y largo plazo. La obliteración del seno fue el tratamiento a elección debido al alto riesgo que está expuesto el paciente de reincidir con un nuevo traumatismo por su práctica deportiva.



## INJERTO DE PIEL EN TERRITORIO ORAL. PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Muñoz M<sup>1</sup>, Alarcón A<sup>1,2</sup>, Cuellar J<sup>1</sup>, Moreno B<sup>1</sup>, Cordero E<sup>1,2</sup>.

<sup>1</sup> Cirujano Dentista.

<sup>2</sup> Cirujano Maxilofacial, Facultad de Odontología Universidad de Chile. Unidad de Cirugía y Traumatología Bucocomaxilofacial, Hospital Clínico San Borja Arriarán.

### INTRODUCCION

Los injertos de piel consisten en la toma de un segmento de epidermis y dermis logrando una separación completa del sitio dador y del aporte vascular, transfiriéndolos a un sitio receptor. Existen dos tipos de injertos de piel: de espesor parcial y de espesor total. En cavidad oral utilizan en reconstrucción de lengua, piso de boca, mucosa bucal y defectos producto de maxilectomías.

### CASO CLÍNICO

Paciente sexo masculino 26 años, sistémicamente sano. Acude por secuela de tejidos duros y blandos secundarios a trauma facial hace 7 años con fractura mandibular tratada con placas de fijación interna rígida. Al examen se observa pérdida de fondo de vestíbulo en sector mandibular anteroinferior y pérdida de los cuatro incisivos y caninos inferiores. Bajo anestesia general, se realiza incisión en mucosa gingival hacia mucosa labial diseñando paleta colgajo, se separa solo mucosa oral y se repliega hacia lingual. Luego se aborda desde el reborde alveolar para realizar levantamiento de colgajo de espesor parcial alcanzando con divulsión hasta 1 cm por sobre el borde basilar mandibular soltando todas

las bridas cicatrizales. Se reposiciona paleta de mucosa anteriormente dejada hacia lingual, rotándola y suturándola con puntos suspensorios hacia la piel y sutura continua de manera de dejar colgajo apoyado en periostio. Se aborda antebrazo izquierdo de donde se toma el injerto de piel de espesor parcial con el dermatomo. Se cubre el sitio dador con apósito Jelonet®.

Se lleva injerto a boca posicionándolo con la dermis hacia la zona cruenta del sitio receptor, cubriendo la cara interna de labio desnuda y fijándolo con sutura continua. Se instala splint de acrílico en el área para mantener colgajos en posición fijándolo con 3 tornillos de 15 mm.

### RESULTADOS Y CONCLUSIÓN

Debemos considerar los requisitos funcionales de la cavidad oral al momento de planificar una reconstrucción con injerto. El injerto de piel de espesor parcial permite tener una buena resistencia, movilidad adecuada y menor contracción por cicatrización. El paciente evoluciona de manera favorable con un aumento de la movilidad



## **AMELOBLASTOMA RESIDUAL EN PACIENTE SOMETIDO A CIRUGÍA ORTOGNÁTICA.**

Aguilar L<sup>2</sup>., Silva F<sup>1</sup>, Fagalde P\*.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Cirujano Dentista, Universidad de los Andes.

<sup>2</sup>Cirujano Buco Maxilofacial, Universidad de Valparaíso, Complejo Asistencial Dr. Sotero del Río, Clínica Avansalud

El ameloblastoma es una neoplasia benigna localmente agresiva, capaz de expandir tablas, desplazar piezas dentarias y generar rizalisis. Proviene de una proliferación del epitelio odontogénico en un estroma fibroso. Teóricamente pueden provenir de restos de la lámina dental, del órgano dental en desarrollo, del revestimiento epitelial de un quiste odontogénico o de las células basales de la mucosa oral. Representa aproximadamente el 11% de los tumores odontogénicos, siendo el más común de los tumores odontogénicos, sin predilección por sexo, siendo más prevalente entre la 4ta y 5ta década de vida, presentando alto riesgo de recidiva.

El siguiente reporte de caso corresponde a una paciente de 37 años de edad, la cual presentó en el pasado un ameloblastoma, tratado quirúrgicamente en conjunto con la realización de una cirugía ortognática. En noviembre del 2017 la paciente presentó una lesión radiolúcida de límites corticalizados en la zona maxilar derecha evidenciada por hallazgo radiográfico. El diagnóstico presuntivo fue una recidiva del ameloblastoma inicial. Se programó una cirugía en pabellón central para la extirpación de la lesión, donde se realizó la enucleación de la lesión y la biopsia respectiva. Seguido por una osteotomía perisférica y crioterapia con nitrógeno líquido sobre la lesión, se rellenó la cavidad con hueso particulado (PUROS de Zimmer®) y se cubrió con membranas de PRF.

Posteriormente se controló la paciente a la semana siguiente, con una radiografía panorámica de control correspondiente.

## TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE HIPERPLASIA CONDILAR CON GUÍA CUSTOMIZADA DE CORTE.

Aguilar L<sup>2</sup>., Silva F<sup>1</sup>., Fagalde P.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Cirujano Dentista, Universidad de los Andes.

<sup>2</sup>Cirujano Buco Maxilofacial, Universidad de Valparaíso, Complejo Asistencial Dr. Sotero del Río, Clínica Avansalud

La hiperplasia condilar es una condición patológica autolimitante que genera deformidades faciales a expensas de una asimetría mandibular, pudiendo generar dolor y disfunción de la articulación temporomandibular.

Esta condición se caracteriza por presentar un crecimiento exagerado del cóndilo, incluso pudiendo afectar, rama, cuerpo y cuello mandibular. Dentro de sus signos y síntomas se encuentra la asimetría facial y mandibular, elongaciones tanto dentales como oseas, alteraciones oclusales y laterognasia o pseudoprogнатismo asimétrico asociado.

Esta patología tiene mayor prevalencia entre la segunda y tercera década de vida con una mayor predilección por el género femenino.

El diagnóstico de la hiperplasia condilar debe ser realizado por la combinación del examen clínico, radiografías, fotografías y exámenes complementarios. El SPECT es el método diagnóstico para la confirmación de una hiperplasia condilar, ya que permite comparar y cuantificar la actividad osteoblástica de una articulación con la otra.

Finalmente, con un diagnóstico certero se debe definir el plan de tratamiento para el paciente donde dentro de las alternativas está eliminar el centro de crecimiento, tratar las secuelas como la asimetría con cirugía ortognática o compensando ortodoncicamente.

El siguiente caso corresponde a un paciente de 29 años de edad, género masculino, clase III esquelética que presenta una asimetría facial severa por una hiperplasia condilar del lado izquierdo. Se le solicitó un SPECT para evaluar la actividad osteoblástica del cóndilo dando un resultado positivo y concordante con una hiperplasia condilar.

Finalmente se decidió realizar un tratamiento quirúrgico con una cirugía ortognática para la corrección de la asimetría facial y una condilectomía del lado afectado. La condilectomía se decidió realizar con una guía de corte customizada para el paciente, diseñada en un software de planificación virtual, dado que permite obtener un resultado más predecible y cuantificar exactamente la cantidad de tejido a remover.

## TRATAMIENTO DE MALFORMACIÓN VASCULAR DE ORIGEN VENOSO EN LABIO INFERIOR.

Sabelle, Nicole<sup>1</sup>; Vergara, Valentina<sup>1</sup>; Rodríguez, Marcos<sup>2</sup>; Yanine, Nicolás<sup>2,3</sup>.

<sup>1</sup>Universidad de Chile, Facultad de Odontología, cirujano dentista.

<sup>2</sup>Universidad de Chile, Facultad de Odontología, especialista en Cirugía Maxilofacial.

<sup>3</sup>Hospital San José, Servicio de Salud Metropolitano Norte.

### INTRODUCCION:

Malformaciones venosas (o de bajo flujo) resultan del incorrecto desarrollo de las venas durante la embriogenesis, generalmente se localizan en la región de cabeza y cuello. A veces, presentan síntomas como dolor, edema e inflamación de los vasos y frecuentemente desaparecen sin tratamiento, dejando mínima o ninguna cicatriz, pero cuando éstas interfieren con la calidad de vida del paciente, usualmente se tratan. El tratamiento actual para las malformaciones vasculares incluye cirugía, escleroterapia y embolización. Sin embargo, cada método tiene sus limitaciones, como recurrencia, complicaciones, cicatrices y exposición a radiación. Por lo mismo, es necesario el realizar un tratamiento mínimamente invasivo que reduzca la recurrencia.

### CASO CLÍNICO:

paciente sexo femenino, 55 años, con artritis, acude al servicio de cirugía maxilofacial del Hospital San José por un aumento de volumen en el labio inferior.

Al examen físico se observan 3 lesiones localizadas en labio inferior y comisura izquierda, de forma ovalada, tamaño 1x1 cm, 3x5 cm y 1x1 cm, coloración violácea, superficie lisa, base sésil, colapsables a la palpación, indoloras, sin frémito, ni pulso.

### MÉTODO DIAGNÓSTICO:

El diagnóstico se realizó a través del examen clínico y la confirmación fue con una ecografía, la que determinó como diagnóstico una malformación vascular de origen venoso de bajo flujo.

### TRATAMIENTO:

Se realizó con inyecciones de Polidocanol al 2% en el box del servicio del Hospital, se realizaron inyecciones 1 vez a la semana, durante 4 semanas, observándose eliminación por completo de las lesiones más pequeñas, y disminución de la lesión de mayor tamaño. Se decidió infiltrar 2 veces más para disminuir aún más la lesión y evaluar si es necesario el retiro quirúrgico. Actualmente se está a la espera para evaluar la resección de la lesión.



# OSTEOMIELITIS EN CÓNDILO MANDIBULAR Y SUS TRATAMIENTOS. REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Sabelle, Nicole<sup>1</sup>; Vergara, Valentina<sup>1</sup>; Rodríguez, Marcos<sup>2</sup>; Bravo, Rodrigo <sup>2,3</sup>; Mardones, Marcelo<sup>2,3</sup>.

<sup>1</sup>Universidad de Chile, Facultad de Odontología, cirujano dentista.

<sup>2</sup>Universidad de Chile, Facultad de Odontología, especialista en Cirugía Maxilofacial.

<sup>3</sup>Hospital San José, Servicio de Salud Metropolitano Norte.

## INTRODUCCION:

Osteomielitis (OM) es una inflamación del hueso cortical y esponjoso y que afecta mayoritariamente a la mandíbula. Causada por una infección bacteriana odontogénica consecutiva a necrosis pulpar, infección periodontal, complicación post exodoncia o una fractura ósea infectada. Sin embargo, existen casos sin etiología clara. La OM en la articulación temporomandibular (ATM) es poco común y no se tiene claro las causas del origen y su tratamiento.

**Objetivos:** Identificar las causas de la osteomielitis del cóndilo mandibular y tratamiento.

## MATERIAL Y METODO

Se realiza búsqueda en las bases de dato PubMed, Scielo, google académico. Se utilizaron las palabras claves "Septic arthritis of the temporomandibular joint treatment". En PubMed se utilizó la herramienta "clinical queries", filtrando por estudios de hasta 10 años.

## RESULTADOS:

Se obtuvieron 14 estudios clínicos y 1 revisión sistemática. Se seleccionó la revisión de Xiao, D. 2017.

## DISCUSIÓN:

OM cóndilo mandibular es una enfermedad rara caracterizada por dolor, fiebre, edema y disminución en la función de la ATM. Predomina en hombres adultos y su etiología incluye distintos factores, como enfermedades sistémicas y autoinmunes, diseminación de infecciones en región de cabeza y cuello, además del trauma local. Algunos estudios han reportado causas iatrogénicas, como la extracción de tercer molar y distracción osteogénica. La infección bacteriana se debe generalmente por *Staphylococcus aureus*, *Neisseria gonorrhoea*, *Streptococcus* entre otros. No se ha establecido ningún consenso en el criterio para diagnosticar la OM en la ATM, la mayoría de los estudios utilizan aspiración y análisis del fluido de la articulación, exámenes de sangre, imágenes y examinación clínica. El tratamiento incluye, manejo prologado con antibioterapia, sin protocolo establecido, además para drenar y descomprimir la articulación, alternativas como artrocentesis, artroscopia y condilectomía.

## CONCLUSIÓN:

Los clínicos deben poner atención para poder diagnosticar a tiempo y realizar el tratamiento lo antes posible según corresponda, para que de esta forma se obtenga una evolución favorable de la enfermedad



# TRASTORNO LINFOPROLIFERATIVO POST TRASPLANTE EN CAVIDAD ORAL: REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Barrientos C<sup>1</sup>., Vergara V<sup>1</sup>., Sabelle N<sup>1</sup>., Donoso F<sup>2-3</sup>., Fernández MA<sup>2-3</sup>.

<sup>1</sup>Cirujano Dentista, Universidad de Chile

<sup>2</sup>Cirujano Maxilofacial, Hospital San Juan de Dios

<sup>3</sup>Departamento Cirugía y Traumatología Oral y Maxilofacial, Universidad de Chile.

## INTRODUCCION:

El Trastorno Linfoproliferativo Post Trasplante (TLPT) representa un grupo heterogéneo de enfermedades que se caracterizan por una proliferación anormal de linfocitos que se presentan en un receptor inmunocomprometido post trasplante de un órgano sólido o de médula ósea. La clasificación distingue entre lesiones tempranas con hiperplasia de células plasmáticas, TLPT polimórfico, TLPT monomórfica (Linfomas células B y linfoma células T) y lesiones mixtas que incluyen linfoma de Hodgkin.

## OBJETIVO:

Realizar una revisión de la literatura para conocer la presencia de TLPT en cavidad oral y su localización.

## MATERIAL Y METODO

Se realizó una búsqueda en la base de datos Pubmed y epistemonikos utilizando los términos: "Post transplant lymphoproliferative disorder" "Head and Neck" utilizando a su vez el filtro 40 años, luego se utilizaron los términos MeSh: "Lymphoproliferative Disorders, Transplant and Oral Cavity"

## RESULTADOS:

Se obtuvieron 73 resultados, de los cuales se seleccionaron 25 estudios primarios. En estos 25 estudios se reportan 36 casos de TLPT en cavidad oral, 69% afecta al sexo masculino y 31% sexo femenino.

## DISCUSIÓN:

La mayoría de TLPT se asocia a una infección por VEB junto a la acción crónica de los fármacos inmunosupresores. La presencia en cavidad oral es poco frecuente, existen diversas manifestaciones clínicas, desde lesiones exofíticas a úlceras ubicadas en distintas partes como lengua, paladar, labio, mandíbula, mucosa yugal, alvéolo y orofaringe.

## CONCLUSIÓN:

Debido al aumento de sobrevivencia de pacientes transplantados, es necesario estar revisando protocolos diagnósticos y patologías relacionadas al uso prolongado de inmunosupresores. Los especialistas siempre deben estar alerta en la manifestación de lesiones orales en pacientes con inmunosupresión crónica después del trasplante de un órgano sólido o de médula ósea, ya que dentro del espectro de TLPT hay formas agresivas y potencialmente fatales

# MANEJO ODONTOLÓGICO EN UN PACIENTE CON OSTEOPETROSIS: REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Vergara, Valentina<sup>1</sup>; Sabelle, Nicole<sup>1</sup>; Barrientos, Camilo<sup>1</sup>; Rodríguez, Marcos<sup>2</sup>; Yanine, Nicolás<sup>2,3</sup>.

<sup>1</sup>Universidad de Chile, Facultad de Odontología, cirujano dentista.

<sup>2</sup>Universidad de Chile, Facultad de Odontología, especialista en Cirugía Maxilofacial.

<sup>3</sup>Hospital San José, Servicio de Salud Metropolitano Norte.

## INTRODUCCION:

La osteopetrosis es el nombre dado a un grupo de enfermedades de afectan el crecimiento y la remodelación ósea, fue descrita por primera vez por Albers-Schonberg en 1904. Es un trastorno que se caracteriza por sobrecrecimiento y esclerosis ósea, lo que provoca engrosamiento y estrechamiento de las cavidades de la médula en todo el esqueleto. La causa exacta es incierta, sin embargo, se considera que la falla de la resorción ósea está relacionada con osteoclastos defectuosos, siendo éstos la base del problema.

## OBJETIVO

Describir las características dentales observadas en pacientes diagnosticados con osteopetrosis y aconsejar un enfoque de atención dental en estos pacientes.

## MATERIAL Y METODO:

Se realizó una búsqueda en la base de datos Pubmed utilizando los términos MeSH: Dental Health Services y Osteopetrosis, obteniendo 9 resultados, luego se aplicó el filtro metodológico Clinical Queries con la siguiente búsqueda: ("Dental Health Services"[Mesh] AND "Osteopetrosis"[Mesh]) lo que arrojó como resultado 4 estudios clínicos.

## DISCUSIÓN:

No existe claridad acerca del tratamiento dental y médico más efectivo para osteopetrosis, sin embargo, el manejo preventivo parece ser fundamental. Debido a que los principales problemas dentales son anquilosis, abscesos, fístulas y alteraciones de la erupción en niños. El mantenimiento de la salud oral debe ser exhaustivo e incluir prevención de caries dental, aplicación de flúor y asesoramiento dietético, con el fin de disminuir al máximo los tratamientos invasivos y así reducir el riesgo de reacciones adversas severas, como por ejemplo la osteomielitis que requiere un largo período de tratamiento antibiótico continuado.

## CONCLUSIÓN:

Los pacientes con osteopetrosis presentan un desafío importante para el odontólogo general y es esencial establecer un diagnóstico bucal preciso al momento de atenderlos. Una de las principales y potencialmente más graves complicaciones es la aparición de osteomielitis de huesos maxilares tras exodoncias dentales. Es por esto, que es fundamental que como odontólogos optimicemos la salud oral enfocándonos en prevención para así evitar tratamientos invasivos que derivarían en serias complicaciones.

## QUISTE ODONTOGÉNICO GLANDULAR: REPORTE DE UN CASO.

Vergara, Valentina<sup>1</sup>; Sabelle, Nicole<sup>1</sup>; Rodríguez, Marcos<sup>2</sup>; Bravo, Rodrigo<sup>2,3</sup>.

<sup>1</sup>Universidad de Chile, Facultad de Odontología, cirujano dentista.

<sup>2</sup>Universidad de Chile, Facultad de Odontología, especialista en Cirugía Maxilofacial.

<sup>3</sup>Hospital San José, Servicio de Salud Metropolitano Norte.

### INTRODUCCION:

El quiste odontogénico glandular, es una patología rara representando el 0.5% de todos los quistes odontogénicos según la Organización Mundial de la Salud (OMS). En el 75% de los casos se encuentra en mandíbula y no tiene predilección por sexo. Se presenta en un amplio rango de edad y no tiene características clínicas o radiográficas que permitan diferenciarlo de otros quistes de los maxilares.

### REPORTE DEL CASO:

Paciente sexo femenino, 66 años, sin antecedentes mórbidos, es derivada al servicio de cirugía maxilofacial del hospital San José por un aumento de volumen de 1 mes de evolución, ubicado en zona de ángulo mandibular izquierdo, límites bien definidos, superficie lisa, base sésil, de 15 mm de diámetro, firme a la palpación.

El TC se observa lesión radiolúcida extensa, unilocular, bordes bien definidos con pieza 32 incluida. Se realiza biopsia incisional, por donde drena contenido de aspecto seroso, café y traslúcido y se instala cánula de descompresión. El informe de biopsia indica que se observa reemplazo del tejido óseo por una membrana quística con abundante

infiltrado inflamatorio crónico reagudizado, células gigantes multinucleadas, células mucosas PAS positiva, células claras y proyecciones papilares. No se observa actividad mitótica. Luego de 30 días de evolución, las cánulas están permeables y se observa clínicamente disminución del tamaño de la lesión, sin dolor asociado y se programa enucleación de la lesión.

### DISCUSIÓN:

El quiste glandular odontogénico es una lesión poco frecuente. Por lo tanto, su diagnóstico resulta difícil de establecer. Dentro de los posibles diagnósticos diferenciales destacan el quiste dentígero y el queratoquiste odontogénico. Por lo tanto, es indispensable la confirmación del diagnóstico a través de un examen histopatológico.

### CONCLUSIÓN:

La naturaleza poco predecible y potencialmente agresiva de estas lesiones se demuestra localmente invasivo y alta incidencia de recurrencia después de un tratamiento conservador. El tratamiento mayormente descrito en la literatura es la enucleación total y un fresado cuidadoso del lecho óseo para prevenir recidiva de la lesión.



# **ADHESIÓN A NORMAS MINSAL PARA EL REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS EN CARRERAS DE ODONTOLOGÍA DE CHILE**

**Morales J, Rivera F, Fonseca G**

Centro de Investigación en Odontología Legal y Forense -CIO-, Facultad de Odontología, Universidad de La Frontera (Temuco, Chile)

## **INTRODUCCION:**

En Chile, los estudiantes de Odontología realizan prácticas en centros clínicos de sus Universidades configurándose en prestadores institucionales de salud. Estos centros deben así someterse a las normativas vigentes de seguridad y calidad de atención de sus pacientes, entre las cuales se encuentra la Resolución Exenta Nº 1031 del Ministerio de Salud de Chile (MINSAL): "Normas para la vigilancia, reporte y manejo de eventos adversos y eventos centinela en la atención de salud".

## **OBJETIVO.**

Identificar el nivel de conocimiento e implementación de la Norma 2 de esa Resolución en los centros y clínicas odontológicas universitarias chilenas.

## **MATERIAL Y METODO**

Entre marzo-agosto del 2017, se encuestó por o vías electrónica y telefónica a directivos y autoridades de facultades y carreras de odontología de universidades públicas y privadas chilenas. Las 15 preguntas estuvieron basadas en los criterios declarados de la mencionada norma MINSAL sobre conocimiento de terminología específica,

organización institucional, detección, reporte, manejo, toma de decisiones y supervisión del cumplimiento normativo.

## **RESULTADOS:**

Sólo un 38% de las instituciones respondió la encuesta. Si bien el 75% declaró poseer sistema de reporte de eventos adversos, ninguna cumplimentó la totalidad de las normativas.

## **DISCUSIÓN:**

La seguridad del paciente es hoy prioridad en la regulación sanitaria, proceso al que las carreras de odontología no pueden excluirse. Aunque los reportes de eventos adversos y centinela representan una parte de la norma MINSAL buscando regularizar las prestaciones asegurando atención y resguardo de sus pacientes, las carreras de odontología aún no adhieren a este paradigma.

## **CONCLUSIÓN**

Se sugiere una concientización de las universidades centrada en la seguridad del paciente, la creación de observatorios y la gestión apropiada del riesgo sanitario, como así también la regulación y supervisión de las normativas vigentes, tanto pública como privadamente.

**Trabajo financiado (parcialmente) por la Dirección de Investigación, Universidad de La Frontera**



# LÍMITES JURÍDICOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE SISTEMAS DE VIDEOVIGILANCIA EN BOXES ODONTOLÓGICOS

Paredes A, Morales J, Muñoz J, Fonseca G

Centro de Investigación en Odontología Legal y Forense -CIO-, Facultad de Odontología, Universidad de La Frontera (Temuco, Chile)

## INTRODUCCION:

Las nuevas estrategias para prevención de delitos han llevado a la implementación de sistemas de videovigilancia (SV) en contextos organizacionales. Esto ha afectado los modos de convivencia no sólo en las relaciones laborales, sino también en las establecidas jurídicamente en Chile como "acto médico".

## OBJETIVO

Revisar y analizar jurídicamente la relación paciente-profesional a partir de la creciente implementación en Chile de SV en boxes odontológicos.

## MATERIAL Y METODO

Se revisaron los términos "security camera" AND "health" AND "center" en inglés y español en la base PubMed, focalizando la implementación de SV en centros sanitarios y box odontológicos. Se realizó una búsqueda complementaria en Google Académico y se analizó la legislación vigente en Chile para evaluar relación entre variables.

## RESULTADOS:

No se identificaron documentos en PubMed. Google Académico arrojó 15 documentos, ninguno exponiendo

relación en odontología. Desde un plano laboral, el cirujano dentista en relación de dependencia debería ser notificado del SV, situación aceptada en el vigente Código del Trabajo. Sin embargo, desde el plano sanitario, los SV suponen vulneración de la intimidad afectando al secreto profesional.

## DISCUSIÓN:

En Chile la jurisprudencia establece que, aunque la instalación de SV responde al juicio de Idoneidad (sirve para el objetivo propuesto) y de Necesidad (no existe otra medida más eficaz y eficiente para efectuar dicho control), no responde al juicio de Proporcionalidad ya que vulnera la privacidad de los trabajadores al estar ubicadas en lugares sensibles. Esto afecta significativamente la intimidad del secreto profesional y con ello lo establecido por la Ley 20.584.

## CONCLUSIÓN

Los centros sanitarios deberían analizar opciones menos invasivas pues la videovigilancia no debería poner en riesgo la asistencia sanitaria y la confidencialidad médico-paciente sólo con el fin de ejercer control sobre sus trabajadores.

# ARTITIS SÉPTICA EN ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR. REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Zamorano, C. Mardones, M. Vergara, V. Sabelle, N. Santana, J.

Departamento Cirugía Maxilofacial, Hospital San José.

## INTRODUCCION

La artritis séptica de la articulación temporomandibular ha sido reportada con poca frecuencia en la literatura. Se cree que esta afección no se informa adecuadamente porque está infradiagnosticada. El diagnóstico equivocado o tardío puede conducir a una morbilidad grave, como formación de fístulas, absceso intracraneal, anquilosis fibrosa u ósea, osteomielitis del hueso temporal o cóndilo, alteración del crecimiento y varios otros.

## OBJETIVO

Aumentar el conocimiento de una afección infradiagnosticada, establecer su gravedad y proporcionar una revisión de la literatura relevante.

## MATERIAL Y METODO

Se realizó búsqueda en las bases de datos MEDLINE, PUBMED. Utilizando la estrategia de búsqueda: "Temporomandibular Joint"[Mesh] OR "Temporomandibular Joint Disorders"[Mesh]) OR "condylar resorption" AND "septic arthritis"[Mesh]. Se incluyeron estudios de pacientes con desordenes temporomandibulares asociados a artritis séptica y artículos sobre mecanismos de acción que podrían inducir reabsorción condilar. Selección en base a resumen, contenido del estudio y palabras claves.

## RESULTADOS

De 43 aciertos se seleccionaron 10 artículos que cumplían los criterios de inclusión. Los RESULTADOS principales señalan que la artritis séptica de la ATM ha sido reportada en la literatura y se observa principalmente en adultos. Los microorganismos patógenos pueden llegar a la articulación a través de diferentes vías, hematógena o a través de los tejidos circundantes. Los síntomas son dolor, trismus, desarrollo de un trastorno en la articulación y signos infecciosos locales o generales.

## DISCUSIÓN

El diagnóstico de artritis séptica temporomandibular se basa en un conjunto de criterios clínicos, radiológicos y bacterianos del líquido intraarticular. La resonancia magnética es el examen de elección en la etapa inicial, ya que permite ver el daño en el disco articular. El TAC muestra la reabsorción ósea secundaria. La clave en el diagnóstico es la presencia de microorganismos en el líquido articular.

## CONCLUSIÓN

La artritis séptica de ATM puede conducir a complicaciones, incluyendo propagación local de la infección, recurrencia de la infección, destrucción de las superficies articulares adjuntas y anquilosis fibrosa u ósea. El paciente debe ser hospitalizado inmediatamente, administrarle antibióticos de amplio espectro y vaciar el absceso. Puede considerarse una artrotomía para reducir la carga articular.

## **CONDROMATOSIS SINOVIAL DE LA ATM, CON EXTENSIÓN A HUESO TEMPORAL. REPORTE DE CASO Y REVISION DE LA LITERATURA.**

**Barreda. Mauricio<sup>1</sup>, Pino Daniel<sup>2</sup>, Moreno Emilio<sup>3</sup>.**

1. Cirujano Maxilofacial Universidad de Chile. Hospital del Salvador, Santiago de Chile.
2. Cirujano Dentista Universidad Andres Bello. Residente Hospital del Salvador, Santiago de Chile.
3. Cirujano Dentista Universidad Mayor. Residente Hospital del Salvador, Santiago de Chile.

La Condromatosis Sinovial (CS) es una lesión benigna poco frecuente y de clínica bastante inespecífica. Se caracteriza por ser un trastorno metaplásico del tejido sinovial que suele manifestarse con la formación de pequeños y múltiples nódulos de cartílago que se liberan dentro del espacio intrarticular.

La CS usualmente afecta a articulaciones de huesos largos como el codo, rodilla y caderas. El 3% de los casos ocurre en la articulación temporomandibular. En la literatura se han descrito cerca de 200 casos, de los cuales un 10% se ha presentado grados variados de extensión hacia el hueso temporal. Este tipo de condición puede ser localmente agresiva llegando a erosionar y/o perforar el techo de la fosa glenoidea extendiéndose hacia la fosa craneal media.

Presentamos en nuestro reporte de una mujer que se encontraba hace 3 años en tratamiento por desorden temporomandibular, con terapia con férula oclusal, kinesiología y fármacos para el dolor. Es derivada desde Disfunción a Cirugía Maxilofacial con síntomas de dolor en región preauricular, cefalea y leves cambios en la oclusión ipsilateral. Se solicita RNM y TAC evidenciando efusión inflamatoria en compartimiento superior con proyección hacia la fosa craneal media.



## DISPLASIA FIBROSA: EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE LA RECIDIVA A PROPÓSITO DE UN CASO

Sandoval M.<sup>1</sup>– González C.<sup>1</sup> – Rojas J P.<sup>2</sup>– Fernandez MA.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Cirujano Dentista, Universidad de Chile

<sup>2</sup>Cirujano Maxilofacial, Hospital de Urgencia Asistencia Pública

### INTRODUCCION:

La displasia fibrosa es una enfermedad tumoral rara del desarrollo que se caracteriza por el reemplazo de hueso normal por una proliferación excesiva de tejido conectivo celular fibroso entremezclado con hueso irregular trabeculado. Se caracteriza por un aumento lento y deformante del hueso comprometido.

### CASO CLÍNICO:

Paciente sexo femenino 26 años de edad, consultó en el servicio por un aumento de volumen geniano izquierdo, deformante, que compromete la zona infraorbitaria y cigomática izquierda. Paciente fue operada a la edad de 15 años en el servicio, por una displasia fibrosa monostótica localizada en el hueso maxilar izquierdo con la técnica de remodelamiento quirúrgico para corregir defecto estético. En esa ocasión se evaluó maduración ósea con Radiografía de Mano y la biopsia del tejido óseo removido, caracterizando la lesión como madura. Después de un tiempo la paciente abandonó los controles. Al

examen clínico se presenta con aumento de volumen óseo que deforma el contorno de los huesos maxilar, y cigomático izquierdo, causando desplazamiento del párpado inferior izquierdo, descenso de la hendidura y comisura labial izquierda hacia abajo, y borramiento del surco nasogeniano. Al examen intraoral presenta compromiso del reborde alveolar y paladar duro del lado izquierdo, que desciende completamente el plano oclusal del lado izquierdo. En la tomografía Computarizada se confirma recidiva de la lesión, que compromete gran parte del piso de la órbita y pared lateral de la cavidad nasal obstruyendo parcialmente aunque sin compromiso funcional. Se planifica tratamiento con cirugía de remodelación en tres etapas.

Primero se realiza el remodelamiento de la porción facial de la lesión, se planifica en segundo tiempo la remodelación del pilar canino y pared lateral de la cavidad nasal y cirugía ortognática en un tercer tiempo. Durante la cirugía se comprueba madurez de la lesión intraósea y se envían muestras a biopsia.

## **DISTRACCIÓN ÓSEA Y CIRUGÍA ORTOGNÁTICA EN PACIENTE CLASE III SEVERO: A PROPÓSITO UN CASO.**

Cortes-Caballero, D.<sup>1,2</sup> ; Cortes, P.<sup>1</sup> ; Troncoso, R. <sup>1</sup> ; Avendaño, C.<sup>3</sup> ; Quezada, C.<sup>4</sup> ;

<sup>1</sup>Cirujano Maxilofacial, Hospital Dr. Eduardo Schütz Schroeder, Servicio Salud Reloncavi, Puerto Montt.

<sup>2</sup>Jefe Servicio Cirugía Maxilofacial, Hospital Dr. Eduardo Schütz Schroeder, Servicio Salud Reloncavi, Puerto Montt.

<sup>3</sup>Residente Cirugía Maxilofacial, Hospital Guillermo Grant Benavente, Universidad San Sebastián, Concepción.

<sup>4</sup>Ortodoncista, Hospital Dr. Eduardo Schütz Schroeder, Servicio Salud Reloncavi, Puerto Montt.

### **INTRODUCCION:**

La distracción osteogénica (DO) es un método desarrollado para prolongar tejido óseo, basado en el mecanismo de tracción y tensión. Descrito inicialmente en 1905 por Dr. Codvilla, sin embargo en 1988 fue el Dr. Ilizarov en su experiencia de 35 años de estudios clínicos el que cimienta las bases de lo que conocemos hoy en día.

Actualmente existe un amplio respaldo científico a la DO en la mandíbula, bóveda craneana, maxilar y órbita, tanto en pacientes pediátricos como adultos, lo que nos abre un abanico de posibilidades para el tratamiento de las malformaciones craneofaciales.

### **METODOLOGÍA CASO CLÍNICO**

Presentamos paciente sexo masculino 24 años, clase III severo con un resalte de 21 mm. A los 21 años inicia ortodoncia prequirúrgica, luego con 23 años se instala RED II realizando una osteotomía Le Fort I con una conexión intraoral a través de una férula rígida metal-acrílica,

consiguiendo un avance maxilar de 18 mm; tras el periodo de consolidación se efectúa el retiro de osteodistractor y la cirugía ortognática bimaxilar con fijación OTS rígida en el mismo tiempo quirúrgico, presentado un seguimiento a 6 meses.

### **RESULTADOS:**

Paciente con mejoría de la simetría facial, oclusión en clase I. resultados estables hasta el momento con 24 años de edad. Continúa con ortodoncia post-quirúrgica.

### **DISCUSIÓN:**

Se obtuvo una buena consolidación, con una excelente calidad ósea desde el punto de vista clínico y radiológico, sin presentar complicaciones; también destaca el efecto expansor de los tejidos blandos lo que nos permite en conjunto con el tejido duro restablecer una adecuada función y estética. La DO y la cirugía ortognática bimaxilar son métodos prometedores en la restitución de malformaciones severas del territorio maxilofacial.

## **MANEJO DE AVULSIÓN LABIO INFERIOR. COLGAJO DE AVANCE Y W PLASTÍA: REPORTE DE CASO.**

Cortés-Caballero D<sup>1,2</sup>, Cortes P<sup>1.</sup>, Arriagada A.,<sup>3</sup> Olate B\*<sup>4</sup>.

<sup>1</sup>Cirujano Maxilofacial, Hospital Dr. Eduardo Schütz Schroeder, Servicio Salud Reloncavi, Puerto Montt.

<sup>2</sup>Jefe Servicio Cirugía Maxilofacial, Hospital Dr. Eduardo Schütz Schroeder, Servicio Salud Reloncavi, Puerto Montt.

<sup>3</sup>Cirujano Dentista Universidad mayor, Residente de Cirugía Maxilofacial Universidad de Valparaíso.

<sup>4</sup>Cirujano Dentista Universidad de los Andes, Pasantía servicio de Cirugía maxilofacial hospital de Puerto Montt.

### **ANTECEDENTES:**

El manejo de los traumas de tejidos blandos faciales es de gran complejidad, debido a que estas lesiones pueden comprometer tanto la estética como la función. Seleccionar la técnica de reconstrucción de estos tejidos depende del tipo de defecto, la ubicación de éste, y las condiciones generales del paciente, por lo que la elección de los colgajos y su diseño debe ser planificado cuidadosamente para obtener el mejor resultado posible.

### **MÉTODO Y PACIENTE:**

Acude al servicio de urgencia del Hospital de Puerto Montt un paciente género masculino de 55 años de edad, que sufrió un trauma con una sierra rotatoria, generando la avulsión de 2/3 del labio inferior.

### **RESULTADOS:**

Se realizó una cirugía reconstructiva mediante un colgajo de avance

proveniente del cuello. El paciente evoluciona satisfactoriamente con buena función de esfínter bucal y aceptable resultado estético. A los dos años de control se decidió realizar revisión de cicatriz con el objeto de obtener un mejor resultado funcional y estético, por a la presencia de una contracción de la cicatrizal. Se realiza una W plastía con eliminación de tejido cicatrizar hipertrófico que impedía hiperextensión de cuello.

### **CONCLUSIÓN:**

La principal complejidad que presentan los traumas de tejidos blandos faciales es el compromiso estético y funcional que se produce, por lo cual es de suma importancia conocer los distintos tipos de injertos y colgajos que pueden ser usados en la cirugía reconstructiva, además de tener en cuenta las complicaciones que se pueden esperar como las contracciones cicatrizales y los tratamientos que se pueden ejecutar para obtener resultados óptimos.



# RABDOMIOSARCOMA EMBRIONARIO GINGIVAL EN ADULTO: REPORTE DE CASO

Cortés-Caballero D<sup>1,2</sup>, Cortes P<sup>1</sup>., Arriagada A<sup>3</sup>., Olate B<sup>\*4</sup>.

<sup>1</sup>Cirujano Maxilofacial, Hospital Dr. Eduardo Schütz Schroeder, Servicio Salud Reloncavi, Puerto Montt.

<sup>2</sup>Jefe Servicio Cirugía Maxilofacial, Hospital Dr. Eduardo Schütz Schroeder, Servicio Salud Reloncavi, Puerto Montt.

<sup>3</sup>Cirujano Dentista Universidad mayor, Residente de Cirugía Maxilofacial Universidad de Valparaíso.

<sup>4</sup>Cirujano Dentista Universidad de los Andes, Pasantía servicio de Cirugía maxilofacial hospital de Puerto Montt.

## ANTECEDENTES:

El rhabdomiosarcoma es el tumor maligno de tejidos blandos formado por células que provienen de tejido mesenquimal primitivo (de células de músculo estriado) con gran tendencia a la miogénesis. Es el sarcoma que se da con mayor frecuencia en la infancia, adolescencia y en adultos jóvenes, sin embargo, su presentación en pacientes adultos es poco prevalente presentándose en un 2 al 5% en el caso de los tumores de tejidos blando en adultos.

## MÉTODO Y PACIENTE:

Acude al Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital de Puerto Montt una paciente de género femenino de 33 años, derivada de atención primaria vía Telemedicina por presentar aumento de volumen en relación a encía de dientes anteroinferiores. Se realiza biopsia excisional diagnosticándose un Rhabdomiosarcoma embrionario. Se realiza etapificación de la patología, es presentado al comité de oncología donde se decidió realizar un tratamiento multimodal, que consistió en una resección quirúrgica con márgenes oncológico, resección cervical bilateral,

más quimioterapia y radioterapia adyuvante.

## RESULTADOS:

Se realizó la cirugía resectiva marginal mandibular, con resección del tumor con márgenes oncológicos y resección cervical de los grupos ganglionares 1A, 1B, 2A, 2B y 3 de cuello bilateral en, y la posterior derivación para el tratamiento con quimioterapia y radioterapia. La paciente evoluciona satisfactoriamente y es dada de alta hospitalaria a los 7 días.

## CONCLUSIÓN:

Los rhabdomiosarcomas son tumores con características maligna con una gran potencialidad de agresividad y metástasis, por lo diagnosticar esta patología en etapas iniciales, más un tratamiento multimodal de este tipo de patología es esencial para el pronóstico de esta patología los pacientes adultos.

Realizar una resección quirúrgica del tumor con márgenes amplios y de los grupos ganglionares afectados si esta indicado es de vital importancia para minimizar riesgo de metástasis, junto con quimio y radioterapia para un mejor pronóstico

# TRATAMIENTO DE EXOFTALMOS PRODUCTO DE HIPERTIROIDISMO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Cortés-Caballero D<sup>1,2</sup>, Cortes P<sup>1</sup>., Arriagada A<sup>3</sup>., Olate B<sup>\*4</sup>.

<sup>1</sup>Cirujano Maxilofacial, Hospital Dr. Eduardo Schütz Schroeder, Servicio Salud Reloncavi, Puerto Montt.

<sup>2</sup>Jefe Servicio Cirugía Maxilofacial, Hospital Dr. Eduardo Schütz Schroeder, Servicio Salud Reloncavi, Puerto Montt.

<sup>3</sup>Cirujano Dentista Universidad mayor, Residente de Cirugía Maxilofacial Universidad de Valparaíso.

<sup>4</sup>Cirujano Dentista Universidad de los Andes, Pasantía servicio de Cirugía maxilofacial hospital de Puerto Montt.

## ANTECEDENTES:

El cáncer de tiroides ha aumentado considerablemente durante los últimos años. Este tipo de patología puede estar asociado a un cuadro de hipertiroidismo lo que produce exoftalmo en los pacientes por afección de los músculos palpebrales como por la infiltración del tejido retrobulbar. Algunos de los tratamientos quirúrgicos son la descompresión orbitaria, cirugía de los músculos extrínsecos orbitarios y el reposicionamiento de los párpados. Estos tienen por objetivo mejorar la función ocular y aliviar el dolor y reducir el riesgo de amaurosis secundaria.

## MÉTODO Y PACIENTE:

Es derivada al servicio de cirugía Maxilofacial una paciente de género femenino de 58 años de edad con un exoftalmo severo debido a un con

hipertiroidismo y un cáncer de tiroides con metástasis pulmonar, por lo que se indica en conjunto con el equipo oftalmología, la descompresión orbitaria bilateral.

## RESULTADOS:

En pabellón central bajo anestesia general se realizó una remodelación bilateral de tres paredes orbitarias.

## CONCLUSIÓN:

El exoftalmo produce en los pacientes una serie de alteraciones que compromete su calidad de vida, por lo cual realizar una cirugía descompresiva de la cavidad ocular es esencial en los pacientes con un exoftalmo grave, ya que permite el adecuado funcionamiento del globo ocular, alivia el dolor y mejora el aspecto de la facie hipertiroidea clásica que presentan los pacientes.

# GRANULOMA CENTRAL DE CÉLULAS GIGANTES TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN NIÑOS: REPORTE DE CASO.

Troncoso R., Cortes-Caballero D., Arriagada A., Olate B.

Cirujano Maxilofacial, Hospital Dr. Eduardo Schütz Schroeder, Servicio Salud Reloncavi, Puerto Montt.

Cirujano Dentista Universidad mayor, Residente de Cirugía Maxilofacial Universidad de Valparaíso.

Cirujano Dentista Universidad de los Andes, Pasantía servicio de Cirugía maxilofacial hospital de Puerto Montt.

Cirujano Maxilofacial Hospital de puerto Montt.

## ANTECEDENTES:

El granuloma central de células gigantes es una lesión tumoral benigna que se presenta en una baja prevalencia en los huesos maxilares. El tratamiento de este tipo de tumor puede incluir una resección en bloque de la lesión lo que puede generar una deformidad facial, comprometiendo función y estética, siendo necesario el tratamiento reconstructivo. Cuando esta patología se presenta en pacientes en crecimiento implica un desafío agregado, lo que se hace necesaria un trabajo coordinado entre especialidades tanto en el post operatorio inmediato como en

## MÉTODO Y PACIENTE:

Se deriva al Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital de Puerto Montt un paciente género masculino de 4 años de edad que presenta un aumento de volumen en la zona anterior mandibular. Se realizó una biopsia incisional siendo diagnosticado como un granuloma central a células gigantes. El plan de tratamiento

fue la cirugía resectiva del tumor y la reconstrucción mandibular con una placa 2.4 más un injerto libre de cresta iliaca bilateral.

## RESULTADOS:

Se realizó en un primer tiempo quirúrgico la resección del tumor y la reconstrucción con una placa de reconstrucción más un injerto libre de cresta iliaca bilateral. Tres años después se realizó una reintervención en la cual se volvió a injertar con cresta iliaca debido a la completa pérdida del primer injerto.

## CONCLUSIÓN:

El manejo de pacientes con tumores agresivos es de alta complejidad debido a que hay tener en cuenta múltiples factores para lograr buen resultado a largo plazo tales y una reconstrucción inmediata que permita al paciente una adecuada función, estética y desarrollo psicosocial. Importante una buena comunicación entre los equipos involucrados para minimizar riesgos y mejorar pronóstico



## LIMITACIONES QUIRÚGICAS DEL CARCINOMA ESPINOCELULAR: REPORTE DE CASO.

Olate B., Cortés-Cabellero D., Cortés P. Dra. Andrea Arriagada.

Cirujano Maxilofacial, Hospital Dr. Eduardo Schütz Schroeder, Servicio Salud Reloncavi, Puerto Montt.

Jefe Servicio Cirugía Maxilofacial, Hospital Dr. Eduardo Schütz Schroeder, Servicio Salud Reloncavi, Puerto Montt.

Cirujano Dentista Universidad mayor, Residente de Cirugía Maxilofacial Universidad de Valparaíso.

Cirujano Dentista Universidad de los Andes, Pasantía servicio de Cirugía maxilofacial hospital de Puerto Montt.

### ANTECEDENTES:

El carcinoma espinocelular es el tumor maligno que se encuentra con mayor frecuencia en el territorio maxilofacial. El tratamiento quirúrgico, si bien factible, pueden existir condiciones no asociadas a límites en el tratamiento quirúrgico que no solo dependen del alcance de la cirugía, sino que también es necesario tener en cuenta las condiciones generales del paciente tanto sistémicos, como su red de apoyo y de la calidad de vida que se le puede dar, teniendo en cuenta los fundamentos básicos de la bioética.

### MÉTODO Y PACIENTE:

Se deriva al servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital de Puerto Montt vía Telemedicina un paciente de género masculino de 81 años de edad, su motivo de consulta fue un aumento de volumen de 4 x 3 cm en relación al reborde alveolar mandibular de aproximadamente seis meses de evolución, se diagnosticó mediante una biopsia incisional un carcinoma espinocelular verrucoso bien diferenciado. Se realiza etapificación de la patología y es presentado a comité de oncología donde se evaluaron las alternativas terapéuticas, si bien estaba indicado el tratamiento resectivo junto con disección ganglionar cervical, se decide

tratamiento paliativo principalmente por las secuelas secundarias a la cirugía. El tamaño tumoral, la morbilidad de la resección quirúrgica y la calidad de vida del paciente, con una escasa red de apoyo fueron algunos de los factores dejaron fuera del alcance quirúrgico este tumor.

### RESULTADOS:

Se realizó las exodoncias de los focos infecciosos en relación al tumor y el resto de la boca, para ser derivado a radioterapia, con el objetivo de detener el crecimiento tumoral y evitar metástasis a distancia.

### CONCLUSIÓN:

El tratamiento de los tumores malignos son de una alta complejidad el cual involucra un amplio equipo de trabajo junto un equipo multidisciplinario. Si bien el tratamiento de este tipo de cáncer es quirúrgico, en este caso la extensión del tumor y la condición del paciente hace que la cirugía resectiva sea de alto riesgo comprometiendo la calidad de vida del paciente e incluso pudiendo transgredir uno de los fundamentos básicos de la bioética, No- maleficencia, Justicia, Autonomía y Beneficencia.

# CARACTERIZACIÓN DEL SEPTUM NASAL Y CONCHA NASAL INFERIOR EN SUJETOS CON DEFORMIDAD DENTOFACIAL CLASE III.

Villa J<sup>\*1</sup>, Brito L<sup>1</sup>, Olate S<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Programa de Magister en Odontología, Facultad de Odontología, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.

<sup>2</sup> Departamento de Cirugía Maxilofacial & CEMYQ, Facultad de Odontología, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.

## INTRODUCCION:

La deformación dentofacial clase III (DDF-III) es una patología en la que se encuentra comprometida la función y la estética, caracterizada por una deficiencia anteroposterior maxilar y/o exceso anteroposterior mandibular. La maxila es un componente importante de la deformidad, de forma que la deformidad de estructura nasal también puede ser vinculada a la anomalía; alteraciones en la posición de septum nasal, morfología de la abertura piriforme y componentes de las conchas nasales también pueden sufrir alteraciones.

## OBJETIVO:

Realizar un análisis morfométrico del septum nasal y concha nasal inferior en plano coronal mediante tomografía computadorizada de haz cónico de sujetos con DDF-III.

## MATERIAL Y METODO

Estudio de corte transversal en el cual se incluyeron 36 sujetos con DDF-III de las Clínicas Odontológicas de la Universidad de La Frontera previo consentimiento informado (aprobado por el Comité de

Ética de la Universidad de La Frontera folio:002\_17). Las imágenes de tomografía computadorizada fueron obtenidas con el equipo PlanMeca® (Pax Zenith, Vatech, Korea, 2011) y fueron analizadas con el software EZ3D plus(2009) por un solo operador en 3 ocasiones con intervalos de 2 semanas desde la primera medición. Se midió: área de la concha nasal inferior, apertura o cierre de la abertura piriforme, desvío de septum nasal en milímetros si existiese utilizando el punto más alejado de la línea mediana del lado de desvío y el ángulo de desvío.

## RESULTADOS:

En los 36 sujetos evaluados se observó desviación del septum nasal con una frecuencia de 80% con una clasificación severa ( $>15^\circ$ ) en el 22% de los casos; en promedio, la desviación de septum fue de 4.44 mm, el Overjet de -1.52 y el ángulo ANB de -1.97; se observaron diferencias en tamaño entre las conchas nasales: inferior derecha (131.47mm<sup>2</sup>) e inferior izquierda (143.93mm<sup>2</sup>). Existe una correlación muy baja entre ángulo de desvío vs ANB (0.197) y Overjet (0.164).

# COMPLICACIONES AL MANIPULAR EL CUERPO ADIPOSO DE LA BUCCA MEDIANTE ABORDAJE INTRAORAL POR INDICACIÓN COSMÉTICA.

Brito L.<sup>1</sup> - Huaiquivil J.<sup>1</sup>

Unidad Cirugía Oral, Escuela Odontología, Universidad Mayor Campus Temuco.

## INTRODUCCIO

### N

El cuerpo adiposo de la *bucca* (CAB) corresponde a un grupo de masas de grasa especializada encapsuladas y localizadas dentro de los espacios anatómicos del tercio medio facial. En la última década la demanda de extirpación del CAB por indicación cosmética se ha masificado, siendo múltiples los cursos que ofrecen instruir a los odontólogos en técnicas quirúrgicas, que permiten la manipulación y remoción del CAB. No obstante, dichos procedimientos no están exentos de complicaciones, al considerar que el CAB está contenido en espacios anatómicos que albergan estructuras nobles como el ramo bucal del nervio facial, el conducto parotídeo y ramas de las arterias facial y maxilar.

### OBJETIVOS

Identificar las complicaciones de la manipulación y relaciones anatómicas del CAB.

### MATERIAL Y METODO

Se ejecuto una búsqueda de literatura validada en inglés y español, formato *fulltext* publicadas entre 2003-2018 en los metabuscadores: Embase, Pubmed, Scielo, Lilacs, usando las *keywords*: *Buccal Fat Pad, Removal, Deep Fat Face, Bola Adiposa de Bichat, Bichectomy*. Se

incluyeron reporte de casos, revisiones de la literatura, revisiones sistemáticas.

### RESULTADOS

De la búsqueda primaria se obtuvieron 473 artículos, se aplicaron filtros de inclusión, exclusión y duplicados quedando 18 elegibles, al realizar la lectura completa de los artículos 11 fueron seleccionados.

### DISCUSIÓN

Se ha advertido que ramos bucales del nervio facial, así como porciones del conducto parotídeo son vulnerables durante la manipulación del CAB. Autores relatan que existe una probabilidad del 26,3% de lesión en la rama bucal y de manera similar al conducto parotídeo y estructuras adyacentes al CAB durante su manipulación.

### CONCLUSIÓN

La manipulación del CAB por abordaje intraoral realizada por un cirujano-máxilofacial o un cirujano-plástico se describe como un procedimiento seguro y con pocas complicaciones, dejando de manifiesto que se requiere un avanzado entrenamiento quirúrgico para evitar lesiones de estructuras nobles como ramo bucal del nervio facial, arterias relacionadas o el conducto parotídeo.



# VERTICALIZACIÓN QUIRÚRGICA DEL SEGUNDO MOLAR MANDIBULAR IMPACTADO. REPORTE DE DOS CASOS.

Zurbuchen A.<sup>1,2</sup> - Huaiquivil J.<sup>2</sup>

Cirujano Máxilofacial, Hospital de Pitrufquén, Región de La Araucanía.

Unidad Cirugía Oral, Escuela Odontología, Universidad Mayor Campus Temuco.

## INTRODUCCION

La impactación de los segundos molares es una patología con una prevalencia del 0.3% en la población general, se presenta con mayor frecuencia en mandíbula y tiende a ser unilateral. Las etiologías de esta patología son la falta de longitud del arco posiblemente por un patrón de reabsorción inadecuado en el borde anterior de la rama, invasión del espacio de erupción por el tercer molar, falta de movimiento mesial del primer molar permanente después de la exfoliación del segundo molar temporal, entre otras. El tratamiento oportuno evita problemas como la reabsorción radicular externa, caries y enfermedad periodontal que puede afectar a los molares. Las alternativas de tratamiento para los segundos molares impactados incluyen el reposicionamiento ortodóncico, la verticalización quirúrgica y la exodoncia con o sin trasplante del tercer molar en el sitio de extracción. La selección del tratamiento depende fundamentalmente de la edad del paciente y el grado de impactación del segundo molar.

## PROBLEMÁTICA DEL CASO – DESCRIPCIÓN CUADRO CLÍNICO

Últimos estudios proponen que la verticalización quirúrgica de segundos

molares impactados es una técnica exitosa, con una baja tasa de fracaso y está indicada en casos de déficit en la longitud del arco y terceros molares impactados. Los siguientes casos de pacientes de 15 y 13 años respectivamente, derivados desde Ortodoncia a Cirugía Oral y Máxilofacial del Hospital de Pitrufquén con el objetivo de evaluar y realizar verticalización quirúrgica de segundo molar mandibular impactado. Al examen físico el segundo molar mandibular ausente en boca, radiográficamente se observan segundo molar mandibular impactado y tercer molar impactado.

## MÉTODO DIAGNÓSTICO

Evaluación Especialista Ortodoncia y Cirujano Máxilofacial, radiografía panorámica.

## TRATAMIENTO EFECTUADO

Colgajo mucoperióstico distal al primer molar, osteotomía y desinclusión de tercer molar, verticalización quirúrgica del segundo molar con elevador considerando LAC, estabilidad y relación con arcada antagonista, síntesis con nylon. Controles periódicos por 6 meses, con evolución favorable del paciente y segundo molar.

## **COMPLICACIONES POST BICHECTOMÍA: REPORTE DE CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.**

Dr. Ariel Barrera<sup>1</sup>, Dr. Carol Gayoso<sup>2</sup>, Dra Yoschka Valdes<sup>2</sup>, Dr. Diego Bustamante<sup>2</sup>

1- Cirujano Maxilofacial, Servicio de Cirugía maxilofacial Clínica Alemana Santiago

2- Servicio de Cirugía maxilofacial Clínica Alemana Santiago

### **INTRODUCCION**

La bichectomía o la extirpación quirúrgica de las bolas adiposas de Bichat con fines estéticos ha sido un procedimiento que se ha popularizado en el último tiempo. Particularmente Chile ha cursado con un auge de cursos dirigidos a dentistas generales para realizar este procedimiento de forma ambulatoria aumentando el acceso de este procedimiento a la población. Además, este procedimiento se promociona como un acto quirúrgico seguro con baja tasa de complicaciones, pero ¿Realmente es un procedimiento seguro?

La bolsa de Bichat se encuentra entre el músculo masetero y el buccinador, actúa como una almohadilla durante los movimientos de masticación, facilitando el deslizamiento de estas estructuras. Además se encuentra muy próxima a las ramas zigomática y bucal del nervio facial y al conducto de Stenon (1). En un estudio en cadáveres se determinó que: 22.3% de los casos pasan colaterales de la rama bucal del nervio facial por la porción bucal de la bola adiposa, además en un 26.3% de los casos el conducto de Stenon atraviesa la porción bucal de la bola adiposa (2). Por la proximidad de estas estructuras es posible que durante el procedimiento puedan ser dañadas causando: lesión del nervio facial, sección del conducto de Stenon, infección, parestesia o anestesia de la zona intervenida (3). Está formada por un cuerpo principal y cuatro extensiones que se llaman: bucal, pterigoidea, temporal superficial y temporal profunda. La extensión bucal es la porción más grande y representa entre el 30 y el 40 % del peso total.

El objetivo de este panel es mostrar las complicaciones de la cirugía de bolas adiposas de bichat atendidas en el servicio de cirugía maxilofacial durante el año 2017 al 2018 además de realizar una revisión de la literatura disponible sobre este procedimiento quirúrgico.

## **FLEGMÓN DEL ESPACIO INFRATEMPORAL POR ÚLCERA TRAUMÁTICA. REPORTE DE UN CASO.**

Autores: Cortinez C<sup>2,3\*</sup>, Badilla R<sup>1,3,4,5,6,7</sup>. – Coautores: Riquelme E<sup>2,3,4</sup>, Muñoz M<sup>2,3</sup>.

<sup>1</sup>Cirujano Maxilofacial,

<sup>2</sup>Cirujano Dentista,

<sup>3</sup>Hospital de Urgencia Asistencia Pública (HUAP),

<sup>4</sup>Hospital Félix Bulnes,

<sup>5</sup>Docente adjunto Universidad de Chile Curso de Urgencias HUAP, <sup>6</sup>Docente pregrado y post grado Universidad Andrés Bello,

<sup>7</sup>Magister en Pedagogía Universitaria.

Los procesos infecciosos en cabeza y cuello son frecuente causa de consulta en la Urgencia Buco-máxilofacial. La principal etiología es de Origen Odontogénico. Muchas veces estos procesos infecciosos se desarrollan a partir de una salud oral precaria en combinación con comorbilidades que comprometen la inmunidad del paciente.

En el siguiente reporte, se describe el caso de paciente género masculino de 41 años de edad, sin antecedentes mórbidos de relevancia, que acudió por atención de urgencia al HUAP debido a dolor agudo y trismus severo asociado a aumento de volumen indurado en región maseterina izquierda de dos semanas de evolución, en tratamiento antibiótico prescrito en atención primaria con deterioro del cuadro clínico.

Fueron solicitados exámenes de Laboratorio y TAC con contraste, obteniendo el diagnóstico de “Flegmón infratemporal izquierdo”.

El paciente fue hospitalizado, se inició tratamiento antibiótico y de soporte endovenoso. Tras 5 días presentó evolución favorable. TAC control evidenció proceso infeccioso en etapa de resolución. Se dio alta hospitalización y citación a controles periódicos.

En primer control paciente relató sintomatología persistente; se realizó por primera vez el examen oral de forma adecuada y fue pesquisada úlcera traumática en cara interna de mejilla izquierda. Sin foco infeccioso presente en la cavidad oral que pudiera provocar el flegmón, se consideró que la etiología correspondía a úlcera traumática sobreinfectada; realizándose la exodoncia del agente causal: diente 16. Al último control paciente se encontró sin limitación de la apertura bucal, con disminución signos y síntomas asociados al proceso infeccioso.

En conclusión, el diagnóstico de los procesos infecciosos de cabeza y cuello son un desafío para la práctica clínica. Es importante considerar los antecedentes y exámenes necesarios que permitan realizar un correcto diagnóstico y tratamiento con el fin de evitar las complicaciones que pudieran comprometer la vida del paciente.



## OSTEONECROSIS ASOCIADA A FÁRMACOS: REVISIÓN DE LA LITERATURA

Santana J.<sup>1</sup>, Vergara V<sup>2</sup>., Zamorano C<sup>3</sup>., Sabelle N<sup>2</sup>. Mardones M<sup>4</sup>.

<sup>1</sup>. Pontificia Universidad Católica de Chile, Facultad de Odontología. Cirujano Dentista.

<sup>2</sup>. Universidad de Chile, Facultad de Odontología. Cirujano Dentista.

<sup>3</sup>. Universidad de Talca, Facultad de Odontología. Cirujano Dentista.

<sup>4</sup>. Universidad de Chile, Facultad de Odontología. Especialista en Cirugía Maxilofacial. Hospital San José, Servicio de Salud Metropolitano Norte.

### INTRODUCCION:

La osteonecrosis por bifosfonatos se caracteriza por presentar un tejido óseo necrótico expuesto, dolor, mucosa eritematosa o ulcerada y en algunos casos aumento de volumen, fístula e incluso la presencia de fracturas patológicas. Sin embargo, existen otros agentes antirresortivos o antiangiogénicos que también pueden generar osteonecrosis. Debido a esto la Asociación Americana de Cirugía Oral y Máxilofacial (AAOMS) cambio el concepto a "Osteonecrosis Asociada a Fármacos (OAF)". El objetivo de este trabajo es realizar una revisión de la literatura para conocer nuevos medicamentos involucrados en OAF y profundizar en este nuevo concepto.

### MATERIAL Y METODO

Se realizó una búsqueda en PUBMED y en Epistemonikos con los siguientes términos MESH: "pharmaceutical" OR "medication" AND "osteonecrosis" OR "osteonecrosis". Se incluyeron solo revisiones sistemáticas a 5 años.

### RESULTADOS:

Se obtuvieron 22 artículos, de los cuales se seleccionaron 11 artículos.

### DISCUSIÓN:

La AAOMS define OAF cuando se presentan tres condiciones: historia de tratamiento con droga antirresortiva o antiangiogénica, exposición ósea intraoral o fistulización extraoral por más de 8 semanas sin remisión y que no presente historia de radioterapia o metástasis. Los fármacos asociados a osteonecrosis se pueden dividir en tres grupos: fármacos antirresortivos (bifosfonatos, denosumab), fármacos antiangiogénicos (Bevacizumab, Sunitinib, Sorafenib, Cabozantinib) e inhibidores de la proteína mTor (Everolimus, Temsirolimus). Existen tanto factores de riesgo propios de cada fármaco como factores locales del paciente que influyen en la manifestación de esta complicación, que al presentarse la AAOMS establece una escala clínica de riesgo para decidir el tipo de manejo de la OAF que puede ser conservador o quirúrgico.

### CONCLUSIÓN

La osteonecrosis de los maxilares es una complicación que deja secuelas difíciles de tratar e interfiriendo con la calidad de vida de los pacientes. Hoy en día, existen nuevos fármacos relacionados a un alto riesgo de desarrollar osteonecrosis en los maxilares que se deben conocer antes de realizar un procedimiento quirúrgico.

## MANEJO FRACTURA MANDIBULAR DOBLE: REPORTE DE UN CASO.

Prats C<sup>1</sup>., Barrientos C<sup>1</sup>., Riquelme E<sup>2</sup>., Sanhueza V.<sup>3</sup>, Reyes D<sup>3-4</sup>.

<sup>1</sup>Cirujano Dentista, pasante Hospital de Urgencia de Asistencia Pública.

<sup>2</sup>Cirujano Dentista, Hospital de Urgencia de Asistencia Pública.

<sup>3</sup>Cirujano Maxilofacial, Hospital de Urgencia de Asistencia Pública.

<sup>4</sup>Departamento de Cirugía y Traumatología Oral y Maxilofacial, Universidad de Chile.

Las Fracturas mandibulares son la segunda fractura frecuente del macizo facial, afecta más a hombres que a mujeres, entre la segunda y cuarta década de vida y la agresión por terceros la causa más frecuente de este trauma. Requieren de un manejo complejo y su tratamiento de elección es la reducción abierta con fijación interna rígida con placas de OST.

Paciente sexo masculino, 35 años de edad, sin antecedentes mórbidos, consume alcohol y drogas, consulta por agresión de terceros.

Al examen físico, se ve edema facial y un aumento de volumen en ángulo mandibular del lado izquierdo, doloroso a la palpación. Al examen intraoral asimetría en la arcada a nivel de dientes 20 y 21, con desplazamiento de los segmentos, mordida en dos tiempos, tope molar del lado izquierdo, signo de Vincent positivo bilateral, en TC se observa fractura doble parasinfisiaria derecha y de ángulo mandibular izquierda, ambas desplazadas.

Se realiza fijación intermaxilar y hospitalización en espera de pabellón, donde se realiza reducción abierta con fijación interna mediante abordaje vestibulo mandibular derecho y abordaje tipo osteotomía sagital de rama izquierdo, bajo anestesia general. En el lado derecho se fijan dos placas, bicortical inferior y monocortical superior y del lado izquierdo una placa en la línea de tensión de Champy (línea oblicua externa), la cirugía resultó sin incidentes. En los controles no se observan complicaciones, oclusión estable.

El diagnóstico debe basarse en una correcta anamnesis y examen físico, apoyándose en exámenes complementarios. El tratamiento de elección de fracturas mandibulares es la reducción abierta inmediata, pero el uso de la fijación intermaxilar (FIM) se sigue utilizando en el tratamiento de urgencia cuando el paciente no puede ingresar a resolución quirúrgica inmediata.

## MANEJO FRACTURA MANDIBULAR INFECTADA: REPORTE DE UN CASO.

Barrientos C<sup>1</sup>., Riquelme E<sup>2</sup>., Prats C<sup>1</sup>., Sanhueza V.<sup>3</sup>, Reyes D<sup>3-4</sup>.

<sup>1</sup>Cirujano Dentista, pasante Hospital de Urgencia de Asistencia Pública.

<sup>2</sup>Cirujano Dentista, Hospital de Urgencia de Asistencia Pública.

<sup>3</sup>Cirujano Maxilofacial, Hospital de Urgencia de Asistencia Pública.

<sup>4</sup>Departamento de Cirugía y Traumatología Oral y Maxilofacial, Universidad de Chile.

Las Fracturas mandibulares son la segunda fractura frecuente del macizo facial, afecta más a hombres que a mujeres, entre la segunda y cuarta década de vida y la agresión por terceros la causa más frecuente de este trauma. Requieren de un manejo complejo y su error en la reducción y fijación, puede resultar en problemas oclusales, articulares e infección post operatoria.

Paciente sexo masculino, 34 años de edad, sin antecedentes mórbidos, consulta por aumento de volumen iniciado hace 2 semanas en la región submentoniana lado izquierdo, relata exodoncia en SAPU de diente 27 diagnosticado como absceso submucoso. Sin embargo, paciente relata agresión sufrida por terceros hace 3 semanas en estado de ebriedad, pero que no está del todo seguro.

Al examen físico aumento de volumen submentoniano lado izquierdo, doloroso a la palpación, sin compromiso de tejido cutáneo. Al examen intraoral aumento de volumen en vestíbulo y piso de boca adyacente a zona dientes 26, 27 y 28. TC con contraste se observa colección en región submandibular, sin embargo, se observa fractura parasinfisiaria lado izquierdo única.

Se realiza fijación intermaxilar y hospitalización para tratar absceso submentoniano consecutivo a fractura mandibular parasinfisiaria y reducción abierta mediante fijación interna mediante abordaje transoral vestibular bajo anestesia general. De acuerdo a las líneas de Champy se fijan dos placas, una bicortical inferior y monocortical superior, cirugía sin incidentes. En los controles no se observan complicaciones, oclusión estable.

El diagnóstico debe basarse en una correcta anamnesis y examen físico, apoyándose en exámenes complementarios, así se evitan errores diagnósticos y de tratamientos (exodoncia de diente 27 por absceso submucoso). El tratamiento de elección de fracturas mandibulares es la reducción abierta inmediata, pero el uso de la fijación intermaxilar (FIM) se sigue utilizando en el tratamiento de urgencia cuando el paciente no puede ingresar a resolución quirúrgica inmediata.



# MANEJO DE RÁNULA PLUNGING: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO QUIRÚRGICO. SERIE DE CASOS Y SEGUIMIENTO.

Oyarzún C.<sup>1\*</sup>, Zapata S.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Cirujano Dentista EDF, Servicio Salud Coquimbo

<sup>2</sup> Cirujano Maxilofacial, Hospital San Pablo Coquimbo

## INTRODUCCION

La ránula es un pseudoquistes de extravasación mucosa que generalmente afecta a las glándulas salivales mayores, especialmente la sublingual. Sus causas son traumatismos y obstrucción del conducto. Ésta se limita al piso de boca y progresivamente aumenta de tamaño formando aumento de volumen (AVO) fluctuante, mientras que una ránula plunging se desarrolla bajo el músculo milohioideo presentándose como una inflamación en la parte superior del cuello, pudiendo extenderse a espacios cervicales profundos, capaces de comprometer vía aérea. Clínicamente son lesiones exofíticas que varían en tamaño hasta 10 cm de diámetro. Es común la recurrencia, siendo la escisión de ésta junto con la glándula sublingual, la técnica más aceptada y con menor recidiva.

## CASO CLÍNICO – DIAGNÓSTICO

Paciente género masculino, 40 años, ASA I, presenta AVO izquierdo indoloro en piso de boca, causando dificultad para alimentarse con 4 meses de evolución. Clínicamente, se observa AVO de 7 cms. diámetro, color azulado, sésil e indoloro comprometiendo línea media y espacios submandibular, submentoniano y sublingual.

Paciente género femenino, 6 meses de edad, ASA I, presenta AVO izquierdo indoloro en piso de boca con 3 meses de evolución. Compromete espacios profundos alcanzando tamaño de 3 cms, impidiendo cierre labial.

Solicitud de TAC, hallazgo de “Imagen de reloj de arena”, signo patognomónico de Ránula Plunging.

## TRATAMIENTO

Tratamiento quirúrgico: Escisión de lesión y glándula sublingual. Evolución favorable sin signos de infección a la semana. Al mes, zona quirúrgica en condiciones saludables sin signos de recidiva.

## CONCLUSIÓN

Esta patología es una entidad infrecuente y de patogenia debatida. Si bien su diagnóstico es eminentemente clínico, es apropiado el estudio imagenológico para diferenciarlas de otras afecciones de tipo quístico/tumoral, además de establecer si es de ubicación oral/superficial o cervical/profunda. El clínico procederá según criterio y experiencia, sin embargo deberá basarse en la remoción de la fuente de producción de saliva para evitar recidiva.

## OSTEOTOMÍA LEFORT EN PACIENTE FISURADO, MANEJO PARA LOGRAR BUENA PROYECCIÓN DE TERCIO MEDIO SIN ALTERAR LA VÍA AÉREA.

Quevedo C<sup>1</sup>, Silva F<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Cirujano Maxilofacial, Universidad de Valparaíso, ICOR

<sup>2</sup>Cirujano dentista, Universidad de los Andes.

La fisura labio palatina es uno de los defectos congénitos más frecuentes, con 1 caso cada 580 nacidos, donde los pacientes presentan alteraciones del habla, dificultades para alimentarse y problemas psicosociales.

Generalmente los pacientes con fisura labio palatina presentan una hipoplasia maxilar severa, producida por el cierre quirúrgico de la fisura durante la niñez, generando una clase III esquelética. Antiguamente las secuelas de la fisura labio palatina se trataban con una cirugía mandibular de retroceso, siendo que el problema desde el punto de vista clínico y cefalométrico se presentaba en el maxilar.

Actualmente para la corrección de esta hipoplasia maxilar se puede realizar una distracción osteogénica o una cirugía ortognática con una osteotomía Lefort asociada. Ésta última no está libre de dificultades dado que el avance del maxilar se ve limitado por los tejidos

cicatrizales de la fisura y por la insuficiencia velo faríngea que se puede presentar por avance del maxilar. Para muchos pacientes el aumento de la insuficiencia velo faríngea significa un desmedro en su calidad de voz y la necesidad de una faringoplastia secundaria para la corrección de esta.

El siguiente caso clínico corresponde a un paciente fisurado de 20 años de edad, con un gran déficit de tercio medio. Se planificó una cirugía ortognática con una osteotomía Lefort I en 3 segmentos con torque esquelético en la planificación virtual, para lograr una gran proyección del tercio medio sin alterar la insuficiencia velo faríngea.

El seguimiento del caso y la superposición del escáner post operatorio con la planificación virtual demostró que no existió una alteración de la insuficiencia velo faríngea y los objetivos quirúrgicos fueron logrados.

# RESOLUCION DE FRACTURA DE TERCIO MEDIO FACIAL TRAS ACCIDENTE AUTOMOVILISTICO CON LECCIONES GRAVES: REPORTE DE CASO.

Valdés D.<sup>2\*</sup> , Hurtado M.<sup>1</sup>

<sup>(1)</sup>Cirujano maxilofacial, Universidad de Chile. H. Torres Galdames

<sup>(2)</sup>Cirujano dentista, pasante unidad maxilofacial H. Torres Galdames

## INTRODUCCION:

La principal causa de fracturas faciales son los accidentes automovilísticos y la violencia física. El informe anual de Carabineros de Chile describe que a nivel nacional se presentan 9.568 atropellos en donde 2.127 son casos graves. Es de vital importancia realizar un diagnóstico en base a historia clínica, examen físico y examen imagenológico, donde el TC será el de elección.

## METODOLOGÍA:

Paciente masculino de 29 años de edad ASA I, acude de urgencia del Hospital regional de Iquique tras ser atropellado por un vehículo a exceso de velocidad , mientras estaba bajo la influencia de alcohol y THC. Al examen físico se observan signos de edema, equimosis periorbitaria y subconjuntival derecha, diplopía a nivel de ojo derecho, hipoestesia geniana y laceración cuero cabelludo. A nivel TC se observó fractura maxilomalar, frontomalar y piso de orbita derecha. Fisura en hueso frontal con hemorragia intracraneal temporal derecha. Tratamiento urgencia: se realiza sutura a nivel de cuero cabelludo,

hospitalización de paciente, manejo con ketorolaco y cefazolina en suero fisiológico de 500c.c. Tratamiento quirúrgico: se realiza abordaje subciliar y intraoilar a nivel de vestíbulo derecho . reducción y fijación placas de osteosíntesis. Entubación submetoniana.

## RESULTADOS:

El tratamiento quirúrgico fue realizado sin complicaciones, indicando controles clínicos e imagenológicos periódicos. Derivación a endodoncia por necrosis pulpar de piezas 1.1 y 2.1. Terapia kinesiológica para manejo de hipoestesia en músculos de la mímica. Conjunta terapia psicológica por shock post accidente. A un mes de intervención , paciente presenta mejora notoria en visión y movimiento de músculos orofaciales.

## CONCLUSIÓN:

Son de vital importancia el manejo de urgencia y tratamiento quirúrgico, sumado al trabajo multidisciplinario post operatorio, para una correcta rehabilitación de un paciente sometido a fuerte shock emocional.



# TRATAMIENTO CONSERVADOR DE AMELOBLASTOMA UNIQÜÍSTICO. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO.

Santana, J<sup>1</sup>. Quevedo, C<sup>2</sup>. Lobos, N<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>Cirujano Dentista

<sup>2</sup>Universidad de los Andes. Facultad de Odontología. Cirujano Máxilofacial.

<sup>3</sup>Universidad de Chile. Facultad de Odontología. Patólogo Buco-Máxilofacial.

## INTRODUCCION

El ameloblastoma se define como un tumor odontogénico benigno. Se caracteriza por ser una lesión unilocular, de crecimiento lento e indoloro, que en estadios avanzados puede ocasionar rizálisis y parestesia, y presenta una recidiva de hasta el 25%. El tratamiento debido a su agresividad y recidiva ha sido habitualmente de tipo radical. El objetivo de este trabajo es mostrar un manejo conservador aun cuando la literatura recomienda tratamientos más agresivos.

## REPORTE DEL CASO

Paciente JSGV, hombre de 14 años acude en diciembre 2016 debido a un hallazgo radiográfico de lesión osteolítica a nivel del cuerpo mandibular izquierdo. Se solicita un cone beam que evidencia una extensa área de densidad mixta asociada al tercer molar hasta gran parte de la rama mandibular. Clínicamente se observa una leve asimetría facial por aumento de volumen ubicado en la zona comprometida. Se realiza una biopsia incisional, donde se encuentra una cavidad hueca sin contenido y se instala cánula de descompresión. El informe histopatológico indica Ameloblastoma Uniquístico. Tras 5 meses de seguimiento clínico-radiográfico se observa un éxito en el tratamiento conservador.

## DISCUSIÓN

Dentro de las opciones de tratamiento, la resección posee la menor tasa de recidiva. No obstante, se debe tomar en cuenta el tamaño y localización de la lesión, edad y condición sistémica del paciente, entre otros. En este caso, se optó por un manejo conservador y debido al éxito del tratamiento se decide controlar en 6 meses y evaluar la necesidad de una posterior enucleación y curetaje de la cavidad residual.

## CONCLUSIÓN

El ameloblastoma uniquístico presenta un comportamiento menos agresivo y con mayor respuesta al tratamiento conservador que los demás subtipos. Este manejo conlleva una menor morbilidad y permite reservar una terapia radical que implica complicaciones funcionales y estéticas.