

SIMPÓSIO INTERNACIONAL

IAOMS-ALACIBU-ACCOMF

V ENCUENTRO DE RESIDENTES DE LA ALACIBU

Medellín

14 y 15 de OCTUBRE **2016**



Colombia

LIBRO DE ABSTRACTS



www.iaomsalacibu2016medellin.com

V ENCUENTRO DE RESIDENTES DE LA ALACIBU

PRESENTACIONES ORALES

SESION 1: CIRUGIA RECONSTRUCTIVA

O1

RECONSTRUCCIÓN MANDIBULAR CON INJERTO DE CRESTA ILIACA; DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA Y REPORTE DE UN CASO.

Dr Javier Alexis Delgado Rueda², Dra Monica Cristina Rodriguez Marin¹, Dr. Juan Pablo Mejia Barbosa¹

¹Universidad Nacional De Colombia, Bogota, Colombia, ²Universidad El Bosque, Bogota, Colombia

La reconstrucción mandibular con injerto de cresta iliaca anterior, fu descrito por primera vez por Chubb en 1920. Desde entonces y hasta la fecha el uso de cresta iliaca para la reconstrucción mandibular sigue siendo una técnica valida y con resultados predecibles. Se describe la técnica quirúrgica paso a paso para la toma del injerto de cresta iliaca anterior, la cual no ha sufrido grandes modificaciones desde su descripción.

El cirujano Oral y Maxilofacial esta en la capacidad de realizar la toma de este injerto siempre que conozca la técnica y la anatomía de la zona. Es importante tener en cuenta que las complicaciones asociadas a este procedimiento varian entre 0.7% al 25% según lo descrito por Kidemani y estas van desde la infección del sitio operatorio hasta la incapacidad de la marcha.

Se presenta un caso clínico de un paciente de género masculino de 33 años de edad con secuelas por HPAF en región mandibular izquierda. Clínicamente se evidencia defecto mandibular por lo que se decide realizar reconstrucción mandibular tardía con injerto de cresta iliaca anterior seguimiento del caso a 3 meses sin complicaciones asociadas a la fecha.

MODIFICACIÓN AL ABORDAJE DE BLAIR COMO ALTERNATIVA PARA LA RESECCIÓN DE TUMORES PAROTÍDEOS E INTERVENCIONES EN TERCIO INFERIOR DE LA CARA.

Mr. Juan Yecith Durán Riveros¹, Dr. Jorge Humberto Fernández Olarte¹

¹*Universidad El Bosque, Bogotá D. C, Colombia*

Introducción: Las incisiones más frecuentemente utilizadas para abordar la glándula parótida se fundamentan en una incisión preauricular con extensión submandibular, pero a su vez, éste conlleva un sinnúmero de riesgos que disminuirán el pronóstico posoperatorio de nuestros pacientes. Se propone una modificación a dicho abordaje tradicional con el objetivo de permitir una óptima exposición de la región parotídea, disminución de riesgos de daños a estructuras vasculares y nerviosas de importancia y un mejoramiento de las características estéticas de la cicatrización, cambiando el abordaje preauricular tradicional por el abordaje endaural modificado propuesto por Ruiz y Guerrero en el 20011 sumado a la incisión retroauricular siguiendo el contorno lobular con extensión hacia la región mastoidea siguiendo el contorno de la línea de inserción capilar.

Materiales y Métodos: Se presenta una serie de casos de 3 pacientes, de los cuales 2 de ellos requerían cirugía en la región de la glándula parótida como resultado de tumor maligno o benigno y el otro requería reemplazo de articulación temporomandibular con prótesis articular. La evaluación postoperatoria se realizó y registró después de una semana.

Resultados: En los tres pacientes, la exposición quirúrgica fue amplia y segura permitiendo así el abordaje completo de la región parotídea, mostrando también resultados estéticos positivos.

Conclusiones: La modificación del abordaje estándar de Blair tiene el objetivo de mejorar las propiedades estéticas, pudiendo así ser usado en diferentes enfoques de forma segura aplicándolo en cirugía plástica y reconstructiva, reemplazos de articulación temporomandibular, resecciones tumorales y cirugía de cabeza y cuello.

EL DESGUANTE CRANEOFACIAL (THE DISMASKING FLAP). PROTOCOLO QUIRURGICO

Dr. Ruben Muñoz¹, Dr. Jose Golaszewski¹, **Dr. Javier Perez¹**, Dra. Grace Speranza¹

¹Hospital Universitario Dr Angel Larralde, Valencia, Venezuela

Objetivo: El propósito de este estudio es describir la técnica quirúrgica para el abordaje del tercio superior y medio facial para cirugía craneofacial. Es un método de disección del macizo craneofacial que utiliza incisiones palpebrales tipo blefaroplastia preseptales, incisión bicoronal, incisión endonasal supracartilaginosa bilateral, y dependiendo de las necesidades el Cirujano, abordajes preauriculares tipo Ritidectomia y abordaje circunvestibular. La técnica está indicada en pacientes con múltiples fracturas cráneo-faciales y sus secuelas, tumores craneofaciales benignos, malignos y corrección de deformidades craneofaciales.

Materiales y métodos: Se reporta seis casos de pacientes que asistieron al Servicio de Cirugía Bucal y Maxilofacial del Hospital Universitario "Dr Angel Larralde", presentado secuela de fractura frontal y Naso-órbito-etmoidal Tipo III, ambos con una evolución de 6 meses. Se decide su resolución mediante abordaje craneorbitofacial (The craneofacial Dismasking Flap), reconstrucción del tercio superior y medio facial mediante material de osteosíntesis, así como desfuncionalización del seno frontal, y reconstrucción de la pared anterior mediante colgajos libres microvascularizado.

Resultados: Como resultado, no se evidencio compromiso de la mímica facial ni de la sensibilidad.

Conclusiones: En conclusión el abordaje craneorbitofacial es una herramienta para el abordaje de fracturas craneofaciales, reconstrucciones craneofaciales, resección de tumores, cirugía microvascular y trasplante facial.

CLASIFICACIÓN Y TRATAMIENTO DE PACIENTES CON MICROSOMÍA HEMIFACIAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Dr. Jean Paul Meriño Soto^{1,2}, Dr. Juan Munzenmayer Bellolio^{1,2}, Dr. Gonzalo Barrientos Olavarria^{1,2}, Dr. Jorge Barra González^{1,2}, Dr. Jaime Muñoz Palape²

¹Universidad De Concepción. Facultad de Odontología, Concepción, Chile, ²Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente, Concepción, Chile

Introducción: La Microsomia Hemifacial corresponde a un conjunto de alteraciones congénitas craneofaciales, que involucra las estructuras que derivan embriológicamente del primer y segundo arco branquial junto con el núcleo del hueso temporal. Es de expresividad variable, afectando el esqueleto facial, los músculos de la región facial, estructuras neuromusculares y la oreja. La mayoría de las Microsomias Hemifaciales son unilaterales pero también encontramos algunas muy complejas y bilaterales y pueden estar asociadas a síndromes. Existen diversas clasificaciones de la Microsomia Hemifacial, Pruzansky las divide según el grado de alteración del complejo mandibular, luego Mulliken y Kaban la modifican, incorporando un enfoque terapéutico. La Clasificación de la OMENS, incorpora los principales manifestaciones de la Microsomia Hemifacial (órbita, mandíbula, oreja, nervio facial y los tejidos blandos). Además la Clasificación OMENS Plus incorpora las anomalías extracraneales.

Materiales y Método: Se presenta el caso de una menor de 10 años de edad, con Microsomia Hemifacial Izquierda Tipo II B (Clasificación de Pruzansky- Mulliken-Kaban) y microtia ipsilateral, la cual recibe un plan de tratamiento multidisciplinario.

Resultados: Bajo anestesia general se realiza instalación de un Distractor Zurich Pediátrico de rama mandibular, logrando una distracción ósea de 15 mm en sentido vertical de la Rama Mandibular Izquierda, además de una mejora en en aspecto estético facial.

Conclusiones: El tratamiento de pacientes con Microsomía Hemifacial involucra un manejo multidisciplinario, su inicio depende del grado de compromiso. El objetivo primordial del tratamiento es proporcionar una simetría facial, estética óptima y funcional al final del desarrollo craneofacial.

MANEJO QUIRÚRGICO DE HEMANGIOMA INTRAÓSEO DE REBORDE INFRAORBITARIO: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Dr. Jorge González Mardones¹, Dr Hector Reyes Rodríguez², Dr Lorenzo Opazo²

¹Hospital Clínico Hermina Martín, Chillan, Chile, ²Universidad San Sebastian, Concepción, Chile

Introducción: Se presenta caso clínico de una paciente con diagnóstico de hemangioma infraorbitario tratado quirúrgicamente con una resección amplia.

Objetivo: El propósito es reportar el manejo quirúrgico, incluyendo resección amplia con margen de seguridad y reconstrucción de la zona, siendo una patología poco habitual. Además, presentar los resultados estéticos y funcionales considerando la ubicación de la lesión y extensión de la resección que podría alterar las funciones que cumple el piso de órbita óseo.

Pacientes y métodos: se analiza caso clínico de una paciente que consulta en el Hospital Hermina Martín de Chillán con lesión clínicamente compatible con tumor óseo de reborde infraorbitario, tratado quirúrgicamente con amplia resección, que implica resecar el reborde infraorbitario donde está ubicada la lesión y que incluye al menos 2 cm en sentido anteroposterior del piso de órbita. Se realizó reconstrucción con placa de osteosíntesis y mala para el piso de órbita. El paciente es dado de alta a las 48 hrs. Se analizan posibilidades de tratamiento para dicha patología y se describen los resultados obtenidos.

Resultados: Paciente con diagnóstico histopatológico de hemangioma intraóseo de reborde infraorbitario izquierdo, tratado de manera quirúrgica con resultados favorables desde el punto de vista clínico, sin recidiva clínica de la lesión a la fecha.

Conclusión: El hemangioma intraóseo en el territorio maxilofacial es una patología poco frecuente. El manejo quirúrgico con margen de seguridad más la debida reconstrucción de la zona ofrece buenos resultados estéticos y funcionales, además de asegurar un pronóstico favorable de la lesión en el tiempo.

MODIFICACIÓN DEL ABORDAJE DE BLAIR COMO OPCIÓN DE ABORDAJE QUIRURGICO PARA LA RECONSTRUCCIÓN MANDIBULAR Y DE LA ATM CON PRÓTESIS PERSONALIZADA NACIONAL

Dr Miguel Alfonso Escobar Morales¹, Dr. Jorge Humberto Fernandez Olarte², Dr. Juan Guillermo Gutierrez³, **Dra. Maria Paula Villalobos Saavedra³**

¹*Cirujano Oral y Maxilofacial. Docente Clínico de Postgrado de Cirugía Oral y Maxilofacial. Clinica Universitaria El Bosque. Fundación Salud Bosque, Bogota, Colombia,* ²*Director de Postgrado Cirugia Oral y Maxilofacial. Universidad El Bosque. Jefe de Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial Clinica Universitaria El Bosque. Fundación Clinica Bosque, Bogota, Colombia,* ³*Residente de Cirugia Oral y Maxilofacial. Universidad El Bosque, Bogota, Colombia.*

Los Desordenes Temporomandibulares son trastornos asociados a múltiples factores que afectan tanto el componente óseo como el componente de tejidos blandos articulares los cuales en muchos casos son manejados de forma conservadora. Sin embargo. En aquellos casos donde la patología y la condición lo amerite será necesario el reemplazo articular mediante prótesis personalizadas para garantizar la predictibilidad del resultado del tratamiento y así mismo devolver la función articular. Para dicha condición se han descrito múltiples formas de abordaje quirúrgico tanto para el área articular como el área mandibular como vía de acceso. El presente trabajo pretende dar a conocer el abordaje cervicotomía baja como alternativa quirúrgica en pacientes con reemplazo articular.

Paciente de genero masculino de 31 años de edad con antecedente de mandibulectomía parcial derecha con posterior reconstrucción mandibular con material de osteosíntesis placa de reconstrucción hace 20 años el cual genero desplazamiento del componente articular generando asimetría facial, función mandibular limitada. Se solicitan imágenes diagnosticas tac de cara y senos paranasales con evidencia de porción condilar con desplazamiento medial y anterior, material de osteosíntesis en posición sin adecuada fijación, no evidencia de desalojo de material. Se decide dado características óseas presentes realizar como plan de tratamiento reemplazo total de Articulación Temporomandibular con prótesis personalizadas nacionales. para lo cual se planifica tratamiento quirúrgico mediante abordaje Endaural Modificado para el componente articular y CERVICOTOMIA BAJA para lograr extensión adecuada del área mandibular siguiendo los estándares quirúrgicos y con adecuado manejo de la anatomía y tejidos blandos locales.

CONTROVERSIAS EN LA RECONSTRUCCIÓN ORBITARIA EN TRAUMA FACIAL

Dr. Carlos Gregorio Torres Restrepo¹, Dr. Felix Jose Amarista Rojas¹, Dr. Omar Alejandro Vega Lagos², Dr. Camilo Alberto Eslava Jacome², Dr. Sergio Mauricio Castellanos Garcia²

¹Universidad Militar Nueva Granada- Hospital Militar Central , Bogota, Colombia, ²Docente y especialista Postgrado Universidad Militar Nueva Granada- Hospital Militar Central , Bogota DC, Colombia

INTRODUCCIÓN

El manejo del trauma facial en la región orbitaria es un gran reto para el Cirujano Oral y Maxilofacial. Las opciones de reconstrucción son múltiples y varían en cuanto al tipo de material usado, tiempos de manejo y necesidades de injertos y/o colgajos.

OBJETIVO

Mostrar las múltiples opciones de manejo que existen en la actualidad para la reconstrucción orbitaria en trauma facial basado en la tecnología actual y la opciones quirúrgicas con uso de biomateriales e injertos y/o colgajos .

MATERIALES Y MÉTODOS

La reconstrucción de la región orbitaria posterior al trauma facial, genera controversia en cuanto al manejo y las múltiples opciones quirúrgicas que existen; se presentará en el tema libre los materiales usados, las técnicas quirúrgicas y los momentos de intervención adecuado dependiendo del tipo de defecto; uso de materiales dependiendo el tipo de paciente, además de exponer la necesidad de uso de biomateriales, injertos y/o colgajos en los tiempos quirúrgicos adecuados de intervención, haciendo hincapié en el uso de planeación 3D y las ayudas tecnológicas disponibles. Finalmente se presentaran casos del Hospital y sus modalidades de tratamiento.

CONCLUSIONES

Las opciones de tratamiento para la reconstrucción orbitaria son múltiples; la planeación computarizada es una de las opciones que genera mayor predicción en los resultados y la necesidad de injertos depende del tipo de defecto. Los biomateriales usados en la actualidad brindan una posibilidad excelente de reconstrucción y es de preferencia del cirujano.

ALCANCES Y LIMITACIONES DE LA CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DE LOS MAXILARES

Dr. Edwin Bladimir Ramírez Díaz¹, Dr José Daniel Pacheco Cruz¹, Dr Lucas Oswaldo Miralda Martínez¹

¹*Hospital Nacional Rosales, San Salvador, El Salvador*

INTRODUCCIÓN

La cirugía reconstructiva maxilofacial es responsable de la restitución estructural y funcional del complejo maxilofacial. Su objetivo principal es devolver al individuo capacidades indispensables para su reinserción a la sociedad (fonación, alimentación, expresión facial, estética, visión, masticación y deglución). Su aplicación principal es en casos de defectos secundarios a resección de quistes y neoplasias, secuelas de trauma facial y deformidad facial asociado a síndromes craneofaciales. Sus recursos actualmente incluyen la planificación virtual y diversidad de biomateriales para lograr con mayor precisión la corrección de los defectos, aunque difícil de acceder.

METODOLOGÍA

En los casos del presente trabajo, se usaron modelos estereolitográficos para moldear placas y mallas de titanio con el objeto de reducir tiempos quirúrgicos y lograr mejor adapte a las estructuras óseas remanentes. Se aplicaron técnicas para obtención y colocación de injertos óseos autólogos. También se usaron colgajos de rotación miofascial para cubrir las prótesis y/o defectos óseos o mucosos. El tratamiento aplicado en cada caso, se vio influenciado (limitado) según los recursos disponibles en nuestra institución.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos se consideran favorables ya que devolvieron a los individuos las capacidades indispensables para su reinserción a la sociedad.

CONCLUSIONES

Con las limitaciones de la mayoría de las instituciones públicas latinoamericanas, la reconstrucción de los maxilares puede lograrse con mucha creatividad por parte del cirujano. Los modelos estereolitográficos, placas, mallas, injertos óseos y colgajos locales son recursos básicos accesibles para devolver al paciente las capacidades básicas para desenvolverse en la sociedad.

V ENCUENTRO DE RESIDENTES DE LA ALACIBU

PRESENTACIONES ORALES SESION 2: CIRUGIA ORTOGNATICA

O9

MANDÍBULA PRIMERO. SECUENCIA DE CIRUGÍA ORTOGNÁTICA BIMAXILAR. 10 AÑOS DE EXPERIENCIA.

Dr. Félix José Amarista Rojas¹, Dr. Carlos Gregorio Torres Restrepo¹, Dr. Omar Alejandro Vega Lagos², Dr. Sergio Mauricio Castellanos²

¹Residente del Postgrado de Cirugía Oral y Maxilofacial de la Universidad Militar Nueva Granada, Hospital Militar Central de Bogotá. , Bogota, Colombia, ²Especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Militar Central de Bogotá. Docente Postgrado de Cirugía Oral y Maxilofacial de la Universidad Militar Nueva Granada., Colombia

INTRODUCCIÓN

La cirugía ortognática bimaxilar es considerado un procedimiento necesario en ciertos casos en donde se requiere de la movilización de todo el completo maxilo-mandibular para lograr resultados estéticos y funcionales adecuados. La secuencia de la cirugía ortognática bimaxilar ha sido motivo de controversia a lo largo de los años.^{1,2,3}

La adecuada planificación y precisión técnica durante la evaluación clínica y la cirugía de modelos es un factor crítico en el logro del éxito quirúrgico.³

El advenimiento de la fijación interna rígida permitió la modificación al enfoque tradicional (maxilar primero) y la introducción a la secuencia de mandíbula primero, sin embargo, existen diversas razones para considerar utilizar este tipo de secuencia.¹

OBJETIVO

El objetivo del presente trabajo es describir a la técnica quirúrgica de cirugía ortognática bimaxilar con mandíbula primero, haciendo énfasis en ventajas y desventajas, indicaciones y contraindicaciones, así como en consideraciones quirúrgicas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una revisión de la literatura y se presentan casos clínicos de pacientes sometidos a cirugía ortognática bimaxilar con secuencia de mandíbula primero así como la experiencia obtenida durante 10 años del uso de esta técnica.

CONCLUSIONES

Existen ventajas importantes desde el punto de vista teórico que soportan el uso de la secuencia de mandíbula primero en cirugía ortognática bimaxilar, sin embargo, en la actualidad, la decisión está basada en la adecuada planificación preoperatoria y en la preferencia y experiencia del cirujano.

MANEJO DE LAS ANOMALIAS DENTOFACIALES Y ASIMETRIA FACIAL CON CIRUGÍA ORTOGNÁTICA Y REEMPLAZO ARTICULAR CON PRÓTESIS STOCK.

Dra. Beatriz Eugenia Mejía Flórez¹, Dra. María Andrea Bordoy Soto², Dr. Antonio José Jiménez Hernández³

¹*Cirujano Oral y Maxilofacial, Coordinadora del Postgrado de Cirugía Oral y Maxilofacial de la Universidad Nacional de Colombia, Bogota, Colombia,* ²*Residente de Tercer Año del Postgrado de Cirugía Oral y Maxilofacial de la Universidad Nacional de Colombia, Bogota, Colombia,* ³*Residente de Cuarto Año del Postgrado de Cirugía Oral y Maxilofacial de la Universidad Nacional de Colombia, Bogota, Colombia*

Introducción:

Las anomalías dentofaciales (ADF) y las patologías de la articulación temporomandibular (ATM) pueden presentarse en conjunto. Los trastornos de la ATM pueden ser el factor causal del ADF, se pueden desarrollar como resultado de la deformidad dentofacial o las dos entidades se pueden generar de manera independiente¹. Las prótesis articulares se indican en pacientes con enfermedad degenerativa, anquilosis, neoplasias de ATM, alteraciones congénitas como la microsomía hemifacial, síndrome de Treacher Collins, entre otras.^{1,2} Las prótesis de stock tienen diversas ventajas: permiten un ajuste intraoperatorio más flexible, menor costo con respecto a las prótesis hechas a medida y como consecuencia de su disponibilidad, permiten de su colocación de manera inmediata.³

Objetivo:

Describir la técnica quirúrgica de cirugía ortognática con reemplazo articular con prótesis stock en pacientes con ADF y asimetrías faciales.

Materiales y Métodos:

Se realizó una revisión de la literatura y se presentan casos clínicos de pacientes con ADF y asimetrías faciales con indicación de reemplazo articular por diversas patologías de la ATM.

Conclusión:

La ATM es considerada como la base de la posición mandibular. Si ésta no es estable, los pacientes que requieren cirugía ortognática pueden tener resultados insatisfactorios con respecto a la función, la estética, estabilidad oclusal o necesidad de reintervención por recidiva de la ADF. La técnica quirúrgica de cirugía ortognática concomitante con reemplazo articular con prótesis stock brinda resultados satisfactorios, sin embargo requiere de experticia del cirujano y una adecuada selección del caso.

CONTROVERSIAS EN LA PLANEACIÓN QUIRÚRGICA VIRTUAL EN CIRUGÍA ORTOGNÁTICA

Dra. Beatriz Mejía Florez¹, Dr. Antonio José Jiménez Hernández¹, Dra. María Andrea Bordoy Soto¹

¹Universidad Nacional De Colombia, Bogotá, Colombia

La planeación quirúrgica virtual en cirugía ortognática es un proceso que integra el diseño y la fabricación asistida por computadora (CAD/CAM) en la planificación del tratamiento quirúrgico, permitiendo por lo tanto, visualizar y analizar de manera tridimensional imágenes tanto de tejido blando como de anatomía ósea, llevar a cabo manipulaciones quirúrgicas para alcanzar relaciones esqueléticas ideales o cirugía de tejidos blandos y finalmente transferir el planeamiento virtual al momento intraoperatorio.

El objetivo de la presentación oral es describir las principales características de la planeación quirúrgica virtual en cirugía ortognática y comparar sus resultados con los obtenidos por los métodos tradicionalmente utilizados en el manejo de pacientes con anomalías dentofaciales.

Los materiales y métodos utilizados se basan en la revisión de la literatura basada en la planeación quirúrgica virtual en cirugía ortognática y se exponen las diferentes controversias actuales comparando sus resultados en cuanto a exactitud del tratamiento, tiempo requerido y férulas quirúrgicas con respecto al modelo quirúrgico tradicional. Se presentará además un caso clínico de una anomalía dentofacial compleja manejada mediante el método de planeación quirúrgica virtual

Conclusión:

La planeación quirúrgica virtual en cirugía ortognática ha mejorado en gran medida la eficiencia y exactitud en la corrección de anomalías dentofaciales comparado con el modelo quirúrgico tradicional, presentándose como una gran alternativa para el manejo de casos complejos de anomalías dentofaciales.

TRATAMIENTO DE COMPRESIÓN MAXILAR E HIPOPLASIA DE TERCIO MEDIO FACIAL MEDIANTE EXPANSIÓN RÁPIDA DEL MAXILAR QUIRÚRGICAMENTE ASISTIDA Y PROTRACCIÓN ORTOPÉDICA DEL MAXILAR CON ANCLAJE ÓSEO MANDIBULAR. A PARTIR DE UN CASO.

Dr. Héctor Mena Silva¹, Dr. Juan Pastor Morales^{1,2}, Dr Juan Munzenmayer Bellolio², Dr. Jean Paul Meriño Soto^{1,2}

¹Universidad De Concepción, Concepción , Chile, ²Hospital Clínico Guillermo Grant Benavente., Concepción, Chile

La Clase III esquelética, consecuencia de falta de desarrollo del tercio medio y/o un prognatismo mandibular verdadero. Cuando la alteración es consecuencia de falta de desarrollo de tercio medio facial o hipoplasia maxilar acompañado de compresión maxilar, existen tratamientos dependiendo la discrepancia existente y el tiempo de maduración ósea. Técnicas de tracción ortopédica para guiar el crecimiento y desarrollo en los vectores determinados, cuando la edad ósea del paciente no permite estos procedimientos, pueden ser asistidas por técnicas quirúrgicas. La protracción maxilar con anclaje óseo bimaxilar, utilizada en pacientes que no han finalizado su crecimiento. Mediante la instalación de 4 miniplacas de titanio, 2 maxilares, 2 mandibulares, y uso de elásticos intermaxilares. La Expansión Rápida del Maxilar Quirúrgicamente Asistida, tratamiento quirúrgico-ortopédico es una de las opciones terapéuticas de los trastornos transversales del maxilar superior, donde el maxilar es osteotomizado para liberarlo de sus principales suturas y a través de un dispositivo, el maxilar es expandido.

Caso clínico:

Paciente femenino de 13 años, relación molar III derecha e izquierda, con compresión maxilar, se instala distractor tipo hyrax, el cual posee ganchos para tracción, se realiza técnica SARPE y en la misma cirugía se instalan placas de titanio a nivel de zona anterior mandibular, donde se complementa la activación del distractor maxilar combinada con la tracción con elásticos desde las palcas instaladas en zona anterior mandibular, acelerando el tiempo para la obtención de resultados.

Conclusión:

La combinación de ambas técnicas se presenta como una alternativa para la corrección de anomalías dentomaxilares leves.

MANEJO DE ALTERACIONES TRANSVERSALES MAXILOMANDIBULARES MINIMAMENTE INVASIVOS CON EXPANSIÓN PALATINA Y MANDIBULAR QUIRURGICAMENTE ASISTIDA.

Juan Alberto Davila Cordova¹, Armando Cervantes Alanis¹, Adolfo Uribe Quintana¹, Belinda Ivett Beltran Salinas¹, Cesar Villalpando Trejo¹

¹Hospital Metropolitano Dr. Bernardo Sepulveda SSNL, Monterrey, Mexico

Introducción: Una adecuada dimensión transversal maxilar es uno de las características básicas para una adecuada oclusión. Las deficiencias transversales maxilares y mandibulares son complicaciones comunes en pacientes con síndromes cráneo faciales, labio y paladar hendido, alteraciones del desarrollo etc., identificables a través del análisis clínico y confirmadas a través de estudios de imagen específicos.

La expansión palatina rápida con uso de aparatología ortopédica es el tratamiento ideal en pacientes en etapas de crecimiento óseo. La expansión palatina rápida quirúrgicamente asistida y expansión mandibular rápida quirúrgicamente asistida (SARPE y SARME) consiste en la liberación de sitios de resistencia ósea en combinación con aparatología ortopédica, especialmente para pacientes que han concluido su crecimiento y a pesar de que estos tratamientos se les ha atribuido baja estabilidad ósea y tendencia a la recidiva se ha convertido en un procedimiento común en la práctica quirúrgica y ortodóntica, principalmente indicada para el manejo de discrepancias transversales severas y como precuela para Cirugía Ortognática.

Materiales y Métodos: Se incluyen dos pacientes, ambos femeninos de 16 y 17 años cumplidos al realizar procedimiento. Se realizan procedimientos bajo anestesia general balanceada utilizando en un caso abordaje circumvestibular abarcando desde mucosa adyacente a Órgano Dentario (OD) 1.6 a 2.6 y en otro abordaje sublabial maxilar abarcando de OD 1.2 a 2.2 y en región posterior incisión de aproximadamente 1 cm adyacente a OD 1.6 y 2.6. En maxilar se realiza marcaje, osteotomía le fort I con sierra reciprocante adyacente a apertura piriforme, a 5 mm por encima de raíces dentarias, inferior a contrafuerte maxilomalar hasta unión pterigomaxilar sin disyunción de apófisis pterigoides, y osteotomía paramedial maxilar. Se completan los cortes con cinces y escoplo y se comprueba disyunción ósea maxilar expandiendo al máximo aparato tipo Hyrax, posteriormente se deja pasivo. En mandíbula se realizó abordaje sublabial abarcando de OD 3.3 a 4.3 se realiza osteotomía vertical sinfisaria con sierra reciprocante y se completa el corte con cinceles y escoplo y se activa aparato tipo Hyrax con modificación mandibular. Se realiza cierre primario de abordajes. Al séptimo día post quirúrgico se comienza con fase distracción realizando una vuelta los aparatos tipo Hyrax (.25mm de expansión por vuelta) hasta alcanzar 8 mm de expansión. Posteriormente se realiza fijación de aparatos con resina fotocurable para periodo de estabilización.

Resultados: Hemos realizado control a dos pacientes en 3 meses y a 3 años. En el caso a control de 3 meses hemos obtenido una adecuada expansión con la creación de un diastema interincisal de

8mm, una adecuada corrección de los arcos dentarios, y un aumento en la distancia intermolar maxilar de 7mm y mandibular de 4mm. En el caso a control a 3 años hemos obtenido una adecuada corrección de ambas arcadas dentarias y un aumento de 9 mm en la distancia intermolar maxilar y de 5 mm en la distancia intermolar mandibular.

Conclusión: La expansión palatina y mandibular quirúrgicamente asistida es un tratamiento indicado para la corrección de alteraciones transversales en deformidades dentofaciales, la cual en nuestra experiencia es un método efectivo, predecible y que es realizado de manera constante en conjunto con el servicio de Ortodoncia de nuestra Universidad como parte del tratamiento de fase inicial ortodóntica en pacientes con alteraciones transversales severas.

OSTEOTOMIA SUBAPICAL TOTAL PARA LA CORRECCION DE DEFORMIDADES DENTOFACIALES. TECNICA QUIRURGICA Y REPORTE DE CASOS

Dr. Ruben Muñoz¹, Dr. Jose Golaszewski¹, Dr. Javier Perez¹

¹*Hospital Universitario Dr Angel Larralde, Valencia, Venezuela, Bolivarian Republic Of*

Muchos pacientes con deformidades dentofaciales clase II presentan alteraciones esqueléticas, donde la mandíbula puede presentarse retruida respecto al maxilar o en otros casos presentar alteraciones anatómicas. Existen muchas opciones para tratar este tipo de maloclusiones usando aparatología ortodóntica, o procedimientos ortodónticos-quirúrgicos.

Dependiendo de la naturaleza del problema y su severidad, la corrección quirúrgica de las deformidades dentofaciales clase II puede envolver la cirugía monomaxilar o bimaxilar. La osteotomía sagital de rama es la técnica usada por excelencia. Este trabajo reporta un caso de deformidad dentofacial clase II, el cual fue tratado mediante la técnica de osteotomía subapical total, posterior a la realización de ortodoncia prequirúrgica. En este trabajo se reportan 10 casos (15-30 años), con diversos diagnósticos de deformidad dentofaciales que fueron sometidos a cirugía ortognática mediante técnica de Osteotomía subapical total. fueron evaluados en el preoperatorio y se realizaron estudios predictivos (Fotografías y radiografías). montajes en articulador. fueron intervenidos mediante técnica tunelizada de osteotomía subapical para la corrección de diversas deformidades, los pacientes fueron evaluados por un rango de 24 meses. Los pacientes en su postoperatorio inmediato tienen la capacidad de abrir y cerrar su boca con leve incomodidad y disminución del edema facial. Posterior al periodo inicial de Hipoestesia, se asocia una recuperación de la sensibilidad del labio inferior, así como la mucosa bucal y la encía adherida. es una técnica que amerita el respeto de principios biológicos, anatómicos cuidadosos. con resultados predictivos y estables en el tiempo

MANEJO QUIRÚRGICO DE LA ANQUILOSIS FIBROÓSEA UNILATERAL DE LA ATM E HIPOPLASIA MANDIBULAR: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Dr. Juan Carlos Montoya, Dra. Verónica Gómez Arcila

¹*Universidad Ces, Medellín, Colombia*

La anquilosis de la articulación temporomandibular (ATM) corresponde a un trastorno clasificado dentro de la hipomovilidad crónica, caracterizado por restricción de la apertura bucal con reducción parcial de los movimientos mandibulares o completa inmovilidad. Puede ser parcial o total; unilateral o bilateral; fibrosa, ósea o fibroósea. Los pacientes generalmente afectados son los niños y adultos jóvenes. Se presenta el caso de paciente masculino 9 años con severa hipomovilidad mandibular. Clínicamente con hipoplasia mandibular, asimetría facial, apertura bucal máxima de 12 mm con desplazamiento a la derecha y marcado apiñamiento dental anteroinferior. Las imágenes revelaron hipoplasia del cóndilo mandibular derecho sin clara identificación del disco articular e hipertrofia y elongación bilateral de las apófisis coronoides. El manejo quirúrgico consistió en artrectomía derecha sin interposición de barrera temporomandibular y coronoidectomía bilateral, logrando una apertura bucal máxima de 27 mm. A la edad de 13 años, el paciente requirió cirugía ortognática consistente en avance e impactación maxilar, avance y descenso mentoniano, logrando mejoría significativa de la anomalía dentofacial. 6 semanas postquirúrgicas, se realizó una artroplastia interposicional derecha empleando colgajo de musculo temporal con el fin de lograr apertura bucal más fisiológica. Actualmente, el paciente continúa en control clínico con simetría facial, adecuada dimensión mandibular, apertura máxima de 32 mm y en fisioterapia de apertura bucal forzada. En conclusión, el tratamiento quirúrgico de la anquilosis de la ATM es un reto para el cirujano maxilofacial, pues debe eliminar la masa osificada articular, reponer la fisiología articular, recuperar la estética facial y evitar la recurrencia.

V ENCUENTRO DE RESIDENTES DE LA ALACIBU

PRESENTACIONES POSTERS

PE1

RECONSTRUCCION HUESO FRONTAL CON PLANEACION 3D E IMPLANTE DE TITANIO PERSONALIZADO: REPORTE DE CASO

Dr. Francisco Levi Duque Serna¹, Dr. Jhonatan Castaño Rojas²

¹Universidad De Antioquia, Hospital Universitario San Vicente Fundacion, Medellin, Colombia,

²Universidad de Antioquia, Medellin, Colombia

Introducción: Las fracturas de Hueso Frontal representan del 5-15% de las fracturas faciales, asociadas a traumas de moderada y alta energía, con altas tasas de morbilidad y mortalidad (1).

La reconstrucción es fundamental para la protección de contenido intracraneal y la corrección estética. Diversas técnicas de reconstrucción se vienen utilizando y los implantes en 3D personalizados han demostrado mejores resultados estéticos y menos complicaciones, que técnicas convencionales.(2)(4)

Materiales y Métodos: Paciente sexo masculino, 31 años de edad, con secuelas de trauma facial de hace 2 años, Defecto Hueso frontal Clase III (Fonseca & Walker)(3) asimetría facial, enoftalmo, distopia izquierda. Se realiza planeación 3D y Prótesis de Titanio personalizada.

Resultados: Paciente sin complicaciones, no limitación de funciones, resultados estéticos satisfactorios.

Conclusiones: Las prótesis personalizadas con planeación 3D son una excelente alternativa para corrección de defectos Fronto-Temporo-Parietales de gran tamaño, con excelentes resultados funcionales y estéticos.

1. Marinheiro BH, Henrique E, Medeiros P De, Sverzut CE, Trivellato AE. Frontal Bone Fractures. 2014;25(2011):2139–43.
2. Chen ST, Chang CJ, Su WC, Chang LW, Chu IH, Lin MS. 3-D titanium mesh reconstruction of defective skull after frontal craniectomy in traumatic brain injury. Injury [Internet]. Elsevier Ltd; 2015;46(1):80–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.injury.2014.09.019>
3. Fonseca RJ, Walker RV. Oral and maxillofacial trauma. 2nd ed. Philadelphia, PA: W. B. Saunders Company, 1997;1:749
4. Marbacher S, Andres RH, Fathi AR, Fandino J. Primary reconstruction of open depressed skull fractures with titanium mesh. J Craniofac Surg 2008;19(March (2)):490–5

RETIRO DE PLACA CON CONDILO DE FOSA CRANEAL MEDIA Y RECONSTRUCCION ALOPLASTICA PERSONALIZADA. REPORTE DE DOS CASOS.

Dr. Carlos Alberto Ruiz Valero¹, Dr. Aura María Barbosa Bermúdez²

¹Hospital Universitario Clínica San Rafael, Bogotá, Colombia, ²Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia

Introducción: Se presentan dos casos clínicos de pacientes con antecedente de colocación de placa con cóndilo de acero inoxidable, las cuales producen la incrustación del cóndilo metálico en la fosa craneal media y anquilosis. En ambos casos se realiza reconstrucción de la zona mediante el reemplazo total con prótesis personalizadas TMJ concepts.

Materiales y métodos: Primer caso, paciente femenina de 56 años a quien le colocaron de manera bilateral una placa con cóndilo de acero inoxidable. Se realiza en un primer tiempo el retiro de las placas con colocación de injerto de grasa en abordajes de cirugía. Posteriormente se inicia protocolo de TMJ concepts con TAC y fabricación de prótesis que son colocadas en un segundo tiempo quirúrgico. Segundo caso, paciente femenina de 70 años a quien le colocaron placa con cóndilo de acero inoxidable en ATM izquierda fracturada. Debido a que la Compañía TMJ concepts evoluciona su tecnología en el Tomógrafo, se inicia el protocolo para la prótesis, lo que permite que el tomógrafo retire el material de acero inoxidable y que al confeccionar el modelo Esterolitográfico se produzca sin éste y se confecciona la prótesis personalizada sobre él. Por tanto, realizamos retiro de cóndilo metálico incrustado literalmente en la fosa craneal y la placa de la rama ascendente mandibular logrando en un solo tiempo quirúrgico efectuar el reemplazo total con prótesis personalizada TMJ concepts.

Resultados: Se presenta control clínico y radiográfico de 11 y 4 años respectivamente.

Conclusiones: Pacientes sin sintomatología, movimientos mandibulares conservados, simetría facial.

TERAPIA CON PRESIÓN NEGATIVA PARA TRATAMIENTO DE HERIDA FACIAL INFECTADA. REPORTE DE UN CASO.

Ana Catalina Tobon Trujillo¹, Paola Andrea Amato Cuartas²

¹Clinica del Norte, Bello, Colombia, ²Universidad CES, Medellin, Colombia

La terapia con presión negativa, conocida mundialmente como Vacuum assisted closure (VAC), ha sido usada por diferentes especialidades para el manejo de grandes defectos de piel indicándose cuando el cierre primario es imposible. El sistema VAC permite cubrir temporalmente la herida antes del cierre definitivo o de forma permanente por segunda intención.

Paciente masculino de 49 años politraumatizado con herida orocervical, fractura abierta multisegmentada en sínfisis y parasínfisis bilateral. Se le realizó reducción abierta, reconstrucción con osteosíntesis y colgajo local cutáneo-mucoso. Al mes postoperatorio presentó infección con dehiscencia orocutánea, el reporte de cultivo de tejido blando y óseo fue Klebsiella Pneumoniae; el tratamiento fue retiro de material mas fijación externa en cuerpo mandibular derecho y cierre con colgajo local. Ocurre nueva dehiscencia realizándose desbridamiento amplio mas VAC lográndose contracción del 60% de la lesión con fondo limpio, lo que permitió rotar un colgajo fasciocutáneo supraclavicular en área extraoral e intraoral asociado al retiro del fijador una vez consolidó la fractura y se controló la infección.

La evolución del paciente fue excelente, el seguimiento a 6 meses demostró el cierre completo de la herida, sin presentar dehiscencias ni signos de infección.

El sistema VAC ha mostrado por décadas ser una opción idónea al tratamiento de grandes heridas y al control de infecciones, mostrando su eficacia al contraer la herida, eliminar mediadores inflamatorios, bacterias, favoreciendo la angiogénesis y estimulando la micromecánica celular obteniendo reepitelización rápida y de buena calidad, teniendo resultados satisfactorios en varias zonas corporales incluso en la region maxilofacial.

PSEUDOARTROSIS A NIVEL DE CUERPO MANDIBULAR POSTERIOR A OSTEOSÍNTESIS DE FRACTURA MANDIBULAR COMPLICADA. REPORTE DE UN CASO CLÍNICO Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

Dr. Jorge González Mardones¹, Dr Hector Reyes Rodríguez², Dr Lorenzo Opazo²

¹Hospital Clínico Hermina Martín, Chillan, Chile, ²Universidad San Sebastian, Concepcion, Chile

Introducción: Se presenta el caso de paciente con fractura mandibular compleja, conminutada y multifragmentada, resuelta con osteosíntesis rígida, obteniéndose buenos resultados inicialmente. Aproximadamente 2 años posterior al tratamiento inicial es derivado a nuestra unidad por movilidad de fragmentos a nivel del cuerpo mandibular izquierdo, diagnosticándose pseudoartrosis como complicación de fractura mandibular. Reinterviniendo por vía extraoral utilizando una placa de reconstrucción más injerto óseo, con buena evolución.

Objetivo: El propósito es reportar la aparición de una complicación poco habitual en trauma maxilofacial. También, describir la opción terapéutica usada para resolver la complicación, analizando los resultados clínicos y radiográficos obtenidos.

Pacientes y métodos: se analiza el caso clínico de un paciente que consultó en el Hospital Hermina Martín por falla en la consolidación de fractura mandibular de 2 años de evolución. Se requiere reintervenir para subsanar dicha complicación. Se analizaron variables clínicas, radiográficas, y se discuten eventuales causas para el origen de la fractura del material de osteosíntesis.

Resultados: Paciente con diagnóstico clínico y radiográfico de pseudoartrosis mandibular, reintervenido a los 2 años por vía extraoral utilizando placa de reconstrucción e injerto óseo de banco. Evolucionando satisfactoriamente, se logró fijación estable y no se presentó complicación neurológica

Conclusión: Las placas de OTS 2.0 son ampliamente usadas para resolver fracturas mandibulares, sin embargo, en algunos casos la utilización de estos sistemas pueden resultar insuficientes. Debemos conocer y considerar estas potenciales complicaciones, así como tener la capacidad semiológica y diagnóstica para reconocerlas y tratarlas oportunamente.

PLANEACIÓN 3D DE CIRUGÍA ORTOGNÁTICA. PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Dr. Humberto Fernández Olarte¹, Dr. Mildred Ivonne Perez Pantevez¹

¹*Universidad El Bosque , Bogotá, Colombia*

Introducción: La cirugía ortognática desde sus inicios ha logrado restituir la armonía facial y la función masticatoria, en los pacientes con anomalías dentofaciales mediante planeación convencional por medio de trazos cefalométricos, análisis radiográfico, estudio fotográfico y modelos. Sin embargo, gracias a los avances tecnológicos se han desarrollado nuevas técnicas que complementan la planeación y predicción quirúrgica de manera tridimensional.

Materiales y métodos: Se presenta un caso clínico de un paciente de género masculino de 19 años de edad con anomalía dentofacial clase III e hiperplasia condilar derecha, en quien se realiza planeación quirúrgica tridimensional por medio de una TAC de cráneo y cara con reconstrucción 3D, sobre la cual se realiza una predicción mediante un software que permite la medición de simetrías faciales, lo cual es complementado con el análisis clínico. Por medio de dicha planeación se logra una oclusión estable e ideal y se busca la mejor relación ósea maxilomandibular. Posterior a la planeación, se determina realizar en un mismo tiempo quirúrgico los siguientes procedimientos: condilectomía derecha, osteotomía Le fort I de impactación maxilar derecha y osteotomía sagital intraoral de rama mandibular bilateral de retroceso utilizando férulas realizadas por medio del software.

Resultados: Se logra una oclusión clase I, con estabilidad en sector anterior y posterior bilateral, perfil recto, nivelación del plano oclusal maxilar y simetría facial.

Conclusiones: La planeación tridimensional es una herramienta coadyuvante al momento del análisis preoperatorio y la predicción quirúrgica convencional, que permite lograr un resultado más predecible y acertado.

RECURRENCIA DE QUERATOQUISTE ODONTOGÉNICO Y TRANSFORMACIÓN EN FIBROMA AMELOBLÁSTICO

Cirujano Oral y Maxilofacial Miguel Rangel Colmenares¹, Yurany López Castiblanco², Carlos Bernal Ordoñez²

¹Hospital central de la policía , Bogotá D. C, Colombia , ²Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá D.C, Colombia

El queratoquiste es un tipo histológico de los quistes de origen dental, que representa aproximadamente el 11% de todos los quistes odontogénicos, afecta principalmente a pacientes entre la segunda y la tercera década de vida, siendo calificado como una lesión benigna que afecta los huesos maxilares con naturaleza agresiva y destructiva, reconociéndose además su alta capacidad de recurrencia con tasas de hasta el 60% según lo reportado en la literatura. Descompresión, marsupialización, enucleación y resección hacen parte de las posibilidades terapéuticas para esta patología, alternativas acompañadas de coadyuvantes como curetaje, solución de carnoy y nitrógeno líquido. Se ha descrito en la literatura, transformación epitelial del queratoquiste odontogénico en ameloblastoma y muy pocos casos en carcinoma escamocelular intraóseo.

Se presenta paciente masculino de 31 años de edad, con diagnóstico de queratoquiste odontogénico tratado con descompresión y marsupialización, con involución de la lesión posteriormente enucleación y curetaje, paciente con seguimiento y control durante 5 años, quien presenta 3 episodios de recurrencia, patología que en último informe histopatológico reporta fibroma ameloblasto, diagnostico que revoluciona por completo el manejo instaurado hasta el momento, en donde la resección quirúrgica del segmento mandibular comprometido se convierte en el tratamiento de elección.

OSTECTOMÍA ESCALONADA DE LA SÍNFISIS MANDIBULAR PARA CORRECCIÓN DE ASIMETRÍA TRANSVERSAL

Viviana Gisela Páramo Jimenez¹, Yurany López Castiblanco², Camilo Serrano Prada², Jorge Páez Botero²

¹Hospital Central de la Policía, Bogotá D.C, Colombia, ²Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá D.C, Colombia

En el estudio del trauma, se ha identificado a la mandíbula como el hueso con mayor índice de fracturas dada su ubicación y exposición dentro del macizo facial. Las fracturas mandibulares pueden estar localizadas en diferentes regiones anatómicas del hueso, siendo las más frecuentes las de cuerpo, cóndilo y ángulo. El desplazamiento de los segmentos fracturados puede producir la deformidad del arco lo cual compromete la funcionalidad, la armonía y la estética facial. Un diagnóstico apropiado y una reducción anatómica precisa evitan posteriores complicaciones como maloclusion y asimetría facial.

Se presenta el caso de un paciente masculino con diagnóstico de trauma craneoencefálico severo con múltiples fracturas faciales incluyendo fractura mandibular, quien consulta 4 años después del manejo inicial de sus fracturas con un cuadro de maloclusion, mordida cruzada posterior izquierda, y la consecuente asimetría facial debido al aumento en la dimensión transversal mandibular. Se realiza el estudio del caso y planeación quirúrgica sobre modelos de yeso, para efectuar osteotomía y ostectomía escalonada en región de sínfisis mandibular; tal diseño con el objetivo de proporcionar adecuada superficie de contacto, devolver curvatura a sínfisis mandibular y procurar cambios mínimos a nivel de articulación temporomandibular; como efecto se obtiene la compresión transversal mandibular y así mismo la mejoría significativa en la relación interoclusal.

PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO EN UNA PACIENTE DIAGNOSTICADA CON SÍNDROME LEMIERRE (HOSPITAL MANUEL URIBE ANGEL, ENVIGADO - COLOMBIA)

Dr. Sara Arias¹, Dr. Carlos Alberto Acosta Gonzalez²

¹HOSPITAL MANUEL URIBE ANGEL , Medellín, Colombia, ²UNIVERSIDAD CES , Medellín, Colombia

El síndrome Lemierre es una infección bacteriana anaeróbica de cabeza y cuello, caracterizada por tromboflebitis en la vena yugular interna, lo que puede conducir a bacteriemia o émbolos sépticos. La tromboflebitis de la vena yugular interna por lo general se produce varios días después del inicio de la infección orofaríngea, y émbolos sépticos o complicaciones metastásicas, especialmente en pulmones, articulaciones, hígado, cerebro, riñones y otros órganos. *Fusobacterium necrophorum* es el agente etiológico más común. La infección primaria más frecuente encontrada es la amigdalitis (90% de los casos), infecciones odontogénicas (menos de 2% de los casos). El tratamiento con antibióticos ha demostrado ser eficaz.

Se presentará el caso clínico de una paciente diagnosticada con síndrome Lemierre en el Hospital Manuel Uribe Angel, en la ciudad de Envigado - Antioquia, la cual ingresa el 16 de agosto del presente año, con un cuadro clínico de 15 días de evolución de aparición progresiva de dolor en mucosa yugal superior derecha, asociado a fiebre subjetiva, malestar general, astenia, marcado edema en hemicara que progresó hasta cuello, calor local, eritema, olor fétido en la boca, dificultad para hablar, odinofagia y aparentes lesiones necróticas en piel, además reactantes de fase aguda elevados, sepsis grave y falla renal.

Este informe puede ayudar a los médicos a considerar el diagnóstico y adecuado tratamiento, cuando se enfrentan a este tipo de pacientes. Dado que este síndrome es una infección orofaríngea que pone en peligro la vida, los retrasos de diagnósticos y tratamiento deben ser evitados.

RESECCIÓN DE NASOANGIOFIBROMA JUVENIL CON OSTEOTOMÍA LE FORT I EN UN PACIENTE DE 12 AÑOS: REPORTE DE UN CASO

Mr. Hernán David Montaguth Duran¹, Dr. Efraín Álvarez Martínez, Dr. Juan Fernando Vergara

¹*Universidad De Antioquia, Medellín, Colombia*

El nasioangiofibroma juvenil es un tumor nasofaríngeo benigno de crecimiento lento, caracterizado por su alta vascularización y su presentación particular durante la adolescencia. Su ubicación anatómica suele ser en la pared posterolateral de la cavidad nasal, cranealmente sobre el foramen nasopalatino y las apófisis pterigoides; a partir de estas localizaciones anatómicas crece en la submucosa y puede llegar a invadir la rinofaringe, cavidad nasal, senos paranasales, fosa pterigopalatina, órbita, fosa infratemporal, y cerebro. Su etiología no ha sido bien definida, aunque en la actualidad se propone que puede ser de origen genético, hormonal o vascular. Clínicamente se manifiesta con epístaxis, que puede ser intermitente o profusa, obstrucción nasal, dolor, asimetría facial, proptosis o alteración de los nervios craneales. La tomografía computarizada y la rinoscopia son fundamentales en el diagnóstico y estadificación, ya que por el alto riesgo de sangrado no se recomienda la biopsia. Su manejo definitivo suele ser quirúrgico, pero debido a su localización, los abordajes para su remoción siguen siendo un tema de debate, por lo que se han establecido diferentes técnicas, sin que alguna de éstas sea considerada ideal. Por lo anterior, se desea mostrar el caso de un paciente de 12 años de edad, a quien se le realizó mediante un abordaje con osteotomía Le Fort I la remoción completa de un nasioangiofibroma juvenil, proponiéndola como alternativa eficiente y segura brindada por el cirujano maxilofacial para el manejo interdisciplinario de ésta patología.

CORRECCIÓN DE ASIMETRÍAS FACIALES MEDIANTE PLANEACIÓN QUIRÚRGICA VIRTUAL

Dr. Oscar De León Rodríguez², Dr. Diana Marcela Ramírez Castaño¹

¹*Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia,* ²*Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia*

La cirugía ortognática como tratamiento para anomalías dentofaciales requiere un diagnóstico preciso y una planeación minuciosa pre quirúrgica que como resultado arroje la corrección del factor funcional y / o estético que el paciente necesita. Durante dicha planificación es necesario reproducir todos los movimientos óseos que se pretenden modificar quirúrgicamente y lograr un punto estable intra operatoriamente para fijar cada maxilar. La discusión se centra en la capacidad del cirujano de reproducir el plan de tratamiento en el quirófano, es decir, lograr poner en el lugar adecuado la estructura según lo requerido a la hora de realizar cirugías ortognáticas, pues los métodos actuales de fijación interna rígida han ayudado a cambiar las secuencias, pero independientemente de qué maxilar se fije primero, es imperativo que sea colocado en su nueva posición con precisión, porque una vez estabilizado se convierte en el "objetivo" para el reposicionamiento del otro. Las correcciones de asimetrías faciales suponen un reto para la cirugía maxilofacial por lo impredecible de sus resultados ya que los tejidos blandos juegan un papel importante en el posoperatorio final, este tipo de precisiones se puede evaluar mediante la planeación quirúrgica virtual, es por esto que se pretenden presentar una serie de casos en los que se realizan planeaciones quirúrgicas virtuales y uso de férulas quirúrgicas y de corte en algunos casos en pacientes con asimetrías faciales, logrando buenos resultados, la planeación quirúrgica virtual es una herramienta que cada día nos proporciona más ventajas y beneficios para nuestros pacientes.

CAMBIOS EN LA VÍA AÉREA POSTERIOR A CIRUGÍA DE ROTACIÓN Y AVANCE DEL COMPLEJO MAXILOMANDIBULAR.

Dr. Sergio Mauricio Castellanos García¹, Dra. Jenilee Andrea Omaña Omaña¹

¹*Hospital Militar Central, Bogota, Colombia*

INTRODUCCIÓN

La cirugía ortognática propone un conjunto de procedimientos quirúrgicos enfocados a corregir las anomalías dentofaciales (ADF) con repercusiones funcionales y estéticas. Adicionalmente se ha demostrado que ayuda a corregir otras entidades clínicas como los trastornos respiratorios dentro de los que se incluye el SAHOS (Síndrome de Apnea-Hipoapnea Obstructiva del sueño) mejorando así la calidad de vida de los pacientes que se benefician de estas cirugías en los tres niveles: (rotación del complejo maxilomandibular y procedimientos simultáneos como la genioplastia y cambios intranasales incluyendo turbinectomías, septoplastia y remodelado de la apertura piriforme)

MATERIALES Y MÉTODOS

Se presentan 6 casos de pacientes con diagnóstico de ADF (2 casos con diagnóstico de SAHOS por polisomnografía) del Hospital Militar Central Bogotá. Quienes recibieron cirugía ortognática de rotación del complejo maxilomandibular y simultáneamente (genioplastia y procedimientos intranasales) evidenciando radiográficamente un aumento de los espacios faríngeos y control del SAHOS.

RESULTADOS

En los 6 casos presentados se evidencia una adecuada corrección de la ADF de base, presentando adicionalmente un aumento del espacio faríngeo superior e inferior con reportes subjetivos de los pacientes de disminución de los síntomas respiratorios prequirúrgicos y reportes de polisomnografía de los pacientes con antecedente de SAHOS evidenciando la ausencia de esta condición en el posoperatorio.

CONCLUSIONES

Gracias a la rotación del complejo maxilomandibular simultánea con genioplastia y procedimientos intranasales, se asegura un aumento significativo de la vía aérea lo cual supone una de las principales estrategias para la corrección y el manejo de los trastornos respiratorios como el SAHOS.

MANEJO DE URGENCIA DE HERIDAS POR ARMA DE FUEGO Y POSTERIOR CIRUGÍA REPARADORA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Dr. Jean Paul Meriño Soto^{1,2}, Dr. Gonzalo Barrientos Olavarria^{1,2}, Dr. Juan Munzenmayer Bellollo^{1,2}, Dr. Juan Pastor Morales²

¹Universidad De Concepción, Facultad de Odontología, Concepción, Chile, ²Hospital Clínico Regional Guillermo Grant Benevente, Concepción, Chile

Introducción: Las heridas por arma de fuego constituyen una urgencia quirúrgica por lo tanto las fases iniciales de diagnóstico y tratamiento se superponen en las primeras horas. Como en cualquier urgencia quirúrgica lo esencial en los primeros auxilios es evitar la muerte y conseguir que los daños no progresen. Una vez superada la urgencia vital, se debe planificar el tratamiento lo más precoz posible para evitar la aparición de secuelas y cicatrices invalidantes. Las Heridas por arma de fuego en el complejo craneo facial pueden producir importantes secuelas funcionales y estéticas.

Materiales y método: Se presenta el caso de un hombre de 38 años que sufrió una herida por proyectil de arma de fuego en la cavidad oral, con una escopeta de perdigones, provocando fractura mandibular desplazada y conminativa, fracturas dentoalveolares y gran compromiso de los tejidos blandos. Se describen el manejo primario realizado en la Unidad de Urgencia por un equipo multidisciplinario de profesionales y posterior manejo y seguimiento para lograr una reconstrucción ósea adecuada.

Resultados: Durante el manejo primario se realiza manejo de la vía aérea y de las heridas provocadas por el proyectil en la cavidad oral. En un segundo tiempo quirúrgico se realiza la reconstrucción ósea mandibular mediante una placa de reconstrucción.

Conclusiones: Es importante el manejo primario de las heridas por arma de fuego en la región craneofacial pero aparece como desafío la reconstrucción ósea del macizo facial idealmente con una adecuada cobertura de los tejidos blandos.

RECONSTRUCCIÓN ALVEOLAR, ESTADO DEL ARTE

Dra. Claudia Patricia Muñoz Chamorro¹, Dra. Beatriz Eugenia Mejia Florez¹

¹*Universidad Nacional De Colombia, Bogota, Colombia*

La reconstrucción alveolar dentro de la cirugía oral y maxilofacial juega un papel muy importante en cuanto a la posibilidad de mejorar las condiciones intraorales que faciliten una adecuada rehabilitación del complejo maxilofacial y mejorar así funciones básicas del sistema estomatognático de un paciente. Esta ponencia tiene como objetivo realizar una revisión de la literatura actualizada del tema, teniendo como punto de partida la aparición dentro del mercado de diferentes materiales y sustitutos óseos naturales y sintéticos, con propiedades osteoinductivas, osteoconductoras y osteogénicas variadas que permiten su aplicabilidad única o combinada en las diferentes técnicas de aumento vertical y horizontal del reborde alveolar con tasas de éxito y fracaso dependientes de múltiples factores tanto técnicos como propios del material utilizado. La elección del material de injerto adecuado para cada caso debe sopesar aspectos como: el sitio de la reconstrucción, el tamaño del defecto a reparar, objetivos de la cirugía, historia clínica del paciente, sus expectativas, y el conocimiento y experiencia reportada de dichos materiales. El conocimiento de esta información distingue a un buen cirujano de un gran cirujano.

PLANEAMIENTO VIRTUAL DE CIRUGÍA ORTOGNATICA BIMAXILAR EN PACIENTE CLASE III CON LATEROGNATISMO

Mr. Andres Eduardo Tabares Quintero¹, dr carlos mario latorre muñoz

¹*Universidad Ces, Medellin, Colombia*

La simulación quirúrgica guiada por computador ha mejorado la eficiencia y la precisión para la corrección de las deformidades dentofaciales, dando la oportunidad para ilustrar la corrección multidimensional tanto a nivel esquelético como dental. Este es un reporte de caso de una paciente de 17 años que se le realizó osteotomía lefort I de impactación posterior y avance maxilar y retroceso mandibular, previa condilectomía.

Se realizó planeación virtual, pero no se realizaron las férulas por computador por motivos económicos de la paciente.

La planeación de un plan prequirúrgico es esencial para la corrección de dichas deformidades, por eso la planeación virtual tiene enormes beneficios en casos muy complejos, en particular para lograr visualizar complejidades esqueléticas, asimetrías, además permite una apreciación anatómica anticipada de la orientación de los segmentos, la posición y las interferencias óseas, la posible visualización de gap que generan las osteotomías

Por eso el planeamiento virtual ha mejorado la precisión y mejora en los resultados clínicos comparados con la cirugía de modelos tradicional, es por eso que hoy en día es una ayuda fundamental a la hora de planear asimetrías severas, además le brinda al profesional una herramienta útil para ofrecerle a los pacientes

IMPLANTES ZIGOMÁTICOS Y OSTEOTOMIA SAGITAL DE RAMA MANDIBULAR SIMULTÁNEA CON REHABILITACIÓN PROTÉSICA INMEDIATA: REPORTE DE CASO

Dr. Veronica Gómez Arcila¹, Dr. José Domínguez Mejía¹

¹*Universidad Ces, Medellín, Colombia*

Los pacientes con atrofia maxilar severa y maloclusión esquelética, han sido ampliamente tratados con cirugía ortognática, injertos óseos y colocación convencional de implantes. Aunque en la literatura se describe el uso de implantes zigomáticos para rehabilitar un maxilar atrófico severo, todavía no hay reportes en relación al uso de implantes zigomáticos asociados a cirugía ortognática en casos de gran discrepancia esquelética. El presente objetivo es reportar la rehabilitación quirúrgica del maxilar atrófico severo mediante colocación de implantes zigomáticos y osteotomía sagital mandibular con carga protésica inmediata. Se presenta el caso de paciente femenina 61 años quien consultó para renovación de prótesis acrílica bimaxilar. Clínicamente con edentulismo parcial superior y total inferior, presentando 2 implantes en zona interforaminal; marcada atrofia del reborde alveolar superior (Defecto clase III de Seibert) y maloclusión clase III esquelética. Posterior a exodoncias superiores y ante la imposibilidad de rehabilitación implantológica convencional, se planteó la colocación de 4 implantes zigomáticos y osteotomía sagital mandibular de retroceso, previa elaboración de prótesis provisional con descompensación dentaria y resalte negativo, necesario para el reposicionamiento mandibular posterior. En el intraoperatorio, las prótesis fueron fijadas por cerclaje perimandibular transmaxilar. 3 meses postquirúrgicos, inició la rehabilitación protésica definitiva. Durante las citas control, la paciente reportó mejoría significativa de la función masticatoria y estética deseada. En conclusión, la colocación de implantes zigomáticos y cirugía ortognática concomitante, constituye una opción quirúrgica adecuada ante un maxilar severamente atrófico y maloclusión esquelética. Este enfoque proporciona al paciente de manera inmediata una prótesis fija altamente funcional y estética

I SIMPOSIO INTERNACIONAL IAOMS-ALACIBU-ACCOMF

PRESENTACIONES POSTERS

P1

REHABILITACION CON IMPLANTES DENTALES TRAS RECONSTRUCCION MANDIBULAR CON COLGAJO MICROVASCULARIZADO DE PERONE CON OSTEORRADIONECROSIS PREVIA.

Dr. Rafael Martin Granizo Lopez¹, Dra. Diana Carolina Correa Muñoz²

¹*Cirujano Maxilofacial hospital Clínico San Carlos, Madrid, España,* ²*Cirujana Maxilofacial, Medellin, Colombia*

RESUMEN: Objetivo: Mediante la presentación de un caso con evolución favorable durante 8 años de seguimiento, demostrar la posibilidad de rehabilitación oral con implantes dentales sobre hueso con historia previa de osteorradionecrosis (ORN). Materiales y métodos: Reporte de un caso de un paciente masculino de 40 años de edad sometido a reconstrucción mandibular con colgajo libre de peroné después de una resección oncológica, el cual mostró un cuadro de osteorradionecrosis manejada con terapia quirúrgica previa y oxígeno hiperbárico (OHB) como terapia adyuvante y posteriormente recibió rehabilitación con prótesis implanto-soportada. Conclusiones: El colgajo óseo microvascularizado de peroné puede recibir una rehabilitación dental funcional con implantes osteointegrados, incluso si ha habido una historia previa de ORN trata adecuadamente.

SUMMARY: Objective: Through the presentation of a case with favorable development during 8 years of follow-up, to demonstrate the possibility of oral rehabilitation with dental implants on bone with history of osteorradionecrosis (ORN). Materials and Methods: A case report of a male patient aged 40 underwent mandibular reconstruction with fibula free flap after an oncologic resection, which showed a picture of ORN managed with previous surgical therapy and hyperbaric oxygen as adjuvant therapy and subsequently receive rehabilitation with implant-supported prosthesis. Conclusions: Microvascularized fibula bone can receive a functional dental rehabilitation with osseointegrated implants even if there has been a previous history of properly treated ORN.

APLICACIÓN CLÍNICA DE FOSFATO TETRACÁLCICO FRAGUABLE EN REGENERACIÓN ÓSEA

Dr. Adolfo Nicolás Baez¹, Dr. Cesar Gabriel Luchetti¹, Dra. Alejandra Fanovich²

¹Universidad Nacional De La Plata, Magister en Implantología Oral., La Plata, Argentina, ²Universidad Nacional de Mar del Plata, INTEMA, CONICET., Mar del Plata, Argentina

Introducción:

Los defectos óseos de tamaño críticos son aquellos que no son capaces de curar espontáneamente. En estos casos, suele ser necesario un injerto de hueso para lograr una completa regeneración de los tejidos. Injertos de hueso autógeno fueron, durante años, la primera opción. Sin embargo, el uso de biomateriales para la regeneración ósea, como sustitutos de injertos óseos, está creciendo rápidamente.

Objetivos:

Observar y evaluar el grado de regeneración ósea en alvéolos tratados luego de una extracción dentaria. Identificar factores que favorezcan la neoformación ósea. Observar y evaluar el comportamiento del Fosfato Tetracálcico Fraguable como biomaterial osteoconductor.

Metodología:

Se seleccionó una muestra de 30 pacientes los cuales fueron intervenidos con una o múltiples extracciones dentarias atraumáticas. Todos los alvéolos fueron tratados con Fosfato Tetracálcico Fraguable. Se hicieron exámenes clínicos y radiográficos a los 30, 60 y 90 días. A los 90 días fueron reintervenidos para la colocación de un implante dental en el alvéolo tratado, previamente se tomó una muestra con fresa trefina de 2 mm de diámetro. Se confeccionaron preparados histológicos y microfotografías.

Resultados:

Se observó clínicamente una regeneración completa de los alvéolos tratados. Histológicamente los preparados mostraron hueso maduro y bien organizado, en cuanto a su patrón arquitectónico.

Conclusiones:

Tanto clínica como Histológicamente el Fosfato Tetracálcico Fraguable ha mostrado muy buenas propiedades como material de injerto óseo, posibilitando la regeneración ósea completa de un alvéolo. Sus características físicas y su facilidad de manipulación son útiles en clínica

ELIMINACIÓN DE AMELOBLASTOMA GIGANTE POR VÍA INTRABUCAL

Dr. Ernesto J. Drumond D.¹, Dr. Jorge Ravelo, Dr. José G. Ravelo, Dr Gunther Erdody

¹*Unidad de Cirugía Maxilofacial Dr. Ravelo, Caracas, Venezuela, Bolivarian Republic Of*

Introducción:

El ameloblastoma es un tumor odontogénico benigno de origen epitelial con estroma fibroso maduro sin ectomesénquima odontogénico. Se define como un tumor localmente agresivo e infiltrante con alta capacidad de recidiva. Se localiza con más frecuencia a nivel de la mandíbula con respecto al maxilar: el ángulo y la rama mandibular junto al área de los terceros molares son las localizaciones más afectadas. Radiográficamente se presentan como procesos osteolíticos con aspecto unilocular o multilocular y en general se observa imagen bien definida con abombamiento de corticales y rizólisis.

Metodología:

Se realiza estudio descriptivo de un caso clínico de un Paciente de sexo masculino de 59 años, nacido en Maracaibo (Zulia - Venezuela), de ocupación agricultor. Se presenta a consulta con una tumoración de gran volumen en hemicara izquierda, abarcando tercio medio e inferior, sin manifestaciones de dolor, pero sí de incomodidad por el gran volumen del tumor.

Resultados:

El ameloblastoma plexiforme en su variante uniuística presenta epitelio ameloblástico en el contexto de la pared quística. El caso clínico expuesto presentaba un ameloblastoma con el subtipo histopatológico de crecimiento intramural, subtipo IIIa de Ackerman que invadía la cápsula y el tejido óseo subyacente. De acuerdo con la bibliografía, el tratamiento adecuado para este tipo de lesiones es el tratamiento radical.

Conclusiones:

En este tipo de neoplasia, ameloblastoma plexiforme, no existe un tratamiento estandarizado y cada caso tendrá que analizarse por separado. Bajo estudio fiel de tomografía computada el uso de modelos Estereolitograficos para una mejor planificación del caso.

HIPERPLASIA CONDILAR MANDIBULAR, MANEJO CON CONDILECTOMIA ALTA, UN ENFOQUE SIMPLE PARA EL MANEJO DE ESTA PATOLOGÍA.

Dr. Marcelo Nuñez Ulloa¹, Dr. Sergio Moya Pradena¹

¹Hospital Las Higueras, Talcahuano, Chile

La hiperplasia condilar mandibular (HCM) fue definida por Adams en el año 1836, es un raro desorden idiopático, también se define como un crecimiento no neoplásico del cóndilo mandibular.

Aunque existen revisiones sistematicas que no asocian esta patologia a un género, se caracteriza por afectar principalmente a mujeres y generalmente de forma unilateral.

Es una afección progresiva, deformante y no siempre autolimitada, con predominio en la segunda y tercera década. Sus signos son, asimetría facial, dolor y disfunción. Su diagnóstico es Clínico, confirmada con tomografía planar o SPECT.

Presentamos el manejo quirúrgico de esta patología, denominada condilectomía alta, en distintos tipos de pacientes.

Aquellos con alteración del plano oclusal maxilar (canteo) y en los cuales aun no sucede este fenómeno.

En el primer caso se trata ortodóncicamente al paciente antes de la intervención, con el objetivo de estabilizar la oclusión, en espera de la resolución quirúrgica que puede ser una cirugía Ortognática con condilectomia o sólo condilectomía.

En los pacientes sin canteo del plano, se indica la condilectomía aislada, no siendo necesaria la ortodoncia prequirúrgica, aunque si un manejo posterior.

La condilectomía es un técnica quirúrgica segura, el abordaje que realizamos es un abordaje preauricular endaural.

El resultado en los pacientes intervenidos ha sido satisfactorio, alineando su línea media mandibular, logrando oclusión estable, la complicación más frecuente es la paresia del ramo frontal del nervio facial, que se ha recuperado en un plazo no mayor a cuatro meses.

PROTOCOLO PARA EL TRATAMIENTO DE LA OSTEONECROSIS DE LOS MAXILARES INDUCIDA POR BISFOSFONATOS

Dr. Norma Angelica Martinez Cobo¹, Dr Paola Andrea Paez Martinez, dr Jenair Del valle Yopez Guillen

¹*Universidad De Los Andes, Merida, Venezuela*

La osteonecrosis de los maxilares inducida por bifosfonatos se describe como una condición de tejido óseo necrótico expuesto de manera crónica en la cavidad bucal de un individuo que está recibiendo bifosfonatos ; usualmente dolorosa y frecuentemente resulta infectada en forma primaria o secundaria. La exposición del tejido óseo puede ocurrir espontáneamente o seguida de un procedimiento odontológico (extracción dental, implantes, entre otros). El hueso expuesto persiste de 6 a 8 semanas. Los primeros casos fueron descritos por marx en el año 2003 y su tratamiento fue hasta hace corto tiempo, poco alentador.

Dicho tratamiento se basaba en los signos y síntomas presentados , Recomendándose como terapia el uso de la clorhexidina, Antibioticoterapia, secuestrectomía y resección osea , si el caso así lo requería, presentando solo mejorías parciales y con periodos de agudización.

La terapia regenerativa se presenta desde hace pocos años como una opción altamente alentadora para el tratamiento y la resolución de dicha patología.

El objetivo del presente trabajo es presentar un protocolo estandarizado para el tratamiento de la osteonecrosis de los maxilares inducida por bisfosfonatos, basándose en la optimización del tratamiento y pautando el manejo del PRF como opción regeneradora

Los resultados obtenidos, basados en casos clínicos y búsquedas especializadas, orientan a pensar que su uso debe ser recomendado para el manejo de la osteonecrosis como la mejor opción de tratamiento ; Se recomienda correlacionar la respuesta biológica con la función celular .

RECIDIVA A LA REGION TEMPORAL DE AMELOBLASTOMA MULTIQUISTICO MANDIBULAR, LUEGO DE 17 AÑOS DE RESECCION TUMORAL POR HEMIMANDIBULECTOMIA.

Dr. Norma Angelica Martinez Cobo¹, Dr Humberto Fernandez Olarte

¹*Universidad De Los Andes, Merida, Venezuela*

El ameloblastoma es una neoplasia benigna polimórfica localmente invasiva constituida por una proliferación de epitelio odontogénico en un estroma fibroso, que se clasifica dentro de los tumores benignos de epitelio odontogénico con estroma fibroso maduro sin ectomesénquima . Representa entre el 11 y 13 % de los tumores odontogenicos. Se manifiesta prevalentemente durante la cuarta y quinta décadas de vida, sin predilección por el sexo. Crece lentamente sin signos ni síntomas precoces , afecta en su mayoría a la mandibula. La decisión terapéutica es compleja por su alto indice de recidiva, que surge de la posibilidad de dejar lesiones microscópicas periféricas y de la eventualidad de un origen pluricéntrico del tumor.

El 95 % de las recurrencias se detectan los primeros 5 años tras la intervención inicial, aunque el 50 % de aparecen en el primer año.

El presente trabajo tiene como objetivo presentar el caso clínico con soporte bibliohemerográfico , de un ameloblastoma plexiforme mandibular derecho, que fue abordado con cervicotomía baja y resecado con hemimandibulectomía ; sin complicaciones a corto , ni mediano plazo . Luego de 17 años, Se presenta alteración de contorno temporal derecho, de aparición repentina . Se realizó biopsia excisional, reportándose ameloblastoma plexiforme. A los 8 meses se realizó reconstrucción de la zona.

Por lo anteriormente expuesto, Los pacientes deben entrar en un programa de control a largo plazo , debido a la invasividad y el poder de recidiva de la lesión; tambien se recomienda el análisis específico que determine la potencialidad celular.

OBTURADORES PROTÉSICOS COMO MÉTODO RECONSTRUCTIVO EN PATOLOGÍA MAXILAR. TÉCNICA SIMPLIFICADA.

Luis Alberto Sarmiento Salas¹, Nicolas Eduardo Solano Parra^{1,2}, Byron Castro², Alfonso José Lozano Salas¹

¹Universidad De Zulia, Maracaibo, Venezuela, Bolivarian Republic Of, ²Hospital Universitario de Maracaibo, Maracaibo, Venezuela, Bolivarian Republic Of

Introducción:

Los obturadores protésicos constituyen una alternativa viable, para reconstrucción de defectos maxilares ocasionados por patología traumática, tumoral (benigna o maligna), lo cual permite devolverle al paciente la estética y funcionalidad del sistema masticatorio, favoreciendo una mejor adaptación e incorporación del paciente a su contexto biosicosocial. Actualmente, la elaboración de un obturador convencional requiere de pasos clínicos y de laboratorio que impactan de manera importante en el aspecto económico, factor fundamental que afecta a nuestros pacientes, que acuden a centros hospitalarios públicos donde no se cuenta con los recursos necesarios para satisfacer esta demanda de tratamiento.

Objetivos

1. Proponer una técnica simplificada que permita diseñar y elaborar un obturador maxilar de forma rápida y costos accesibles.
2. Facilitar la funcionalidad y estética de los pacientes con defectos maxilares que afectan la infraestructura

Metodología

Confeccionar un obturador maxilar en pacientes con defectos maxilares Clases I, II y III según la clasificación de Aramany, a partir de una lámina de acetato que es moldeada sobre modelos de trabajo obtenidos a partir de impresiones con alginato

Resultados.

Se han realizado cuatro maxilectomías parciales en pacientes con patología tumoral a quienes se les colocó obturadores diseñados bajo esta técnica, con seguimientos entre 3 a 30 meses, obteniéndose resultados satisfactorios

Conclusiones

Los defectos y/o secuelas post quirúrgicas del maxilar provocadas por distintas patologías, pueden ser tratadas con obturadores protésicos y constituyen una alternativa viable para su reconstrucción, brindándole al paciente posibilidad de incorporarse de una forma más rápida a sus distintas funciones.

PROTOCOLO DE RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS MANDIBULARES MEDIANTE IMPLANTES CIGOMÁTICOS TRANSMANDIBULARES

Dr. Ruben Muñoz¹, Dr. Jose Golaszewski¹, Dra. Grace Speranza¹, Dr. Javier Perez¹

¹Hospital Universitario Dr Angel Larralde, Valencia, Venezuela, Bolivarian Republic Of

OBJETIVO

Describir el protocolo aplicado en pacientes con defectos óseos mandibulares para la reconstrucción mediante los implantes transmandibulares

MATERIALES Y MÉTODOS

Se presentan 15 casos con diversos diagnósticos con reconstrucción mandibular inmediata mediante transporte óseo, injerto autologo y colgajo libre microvascularizado. Se realiza la colocación de implantes transmandibulares. según el tipo de defecto óseo, tomando en cuenta la clasificación de Boyd, y se evaluó estabilidad mediante torque de inserción, Test de percusión, análisis de referencia y distribución de las fuerzas/estrés. Se rehabilita protésicamente con provisionales de forma inmediata y se realiza imagenología convencional

RESULTADOS

Se encontró que en los 5 casos se pudo observar que en los casos de los implantes transmandibulares el Hostell arrojo 75, lo que indica una carga protésica inmediata sin riesgo sobre el implante a corto y mediano plazo, evidenciándose estabilidad oclusal, sin presencia de complicaciones inherentes a la colocación del implante. Además se han adicionado nuevas indicaciones para la colocación de los implantes transmandibulares en casos de Secuela de HPPAF, Defectos dentoalveolares secuelares de Cirugía Ortognática con lesión del nervio alveolar , Brechas Edéntulas parciales y/o totales por fracaso de reconstrucción mandibular, incluyendo las ya mencionadas por el doctor Guerrero en su publicación (Brechas Edéntulas parciales y/o totales por Lesiones tumorales, Pacientes edéntulos y Secuelas de trauma mandibular severo).

CONCLUSIONES

Para el éxito de los implantes transmandibulares en la reconstrucción mandibular se debe obtener estabilidad y funcionabilidad, lo que conlleva a una mejor calidad de vida y estética, devolviendo al paciente facialmente, balance y simetría.

SISTEMA HEXAGONAL DE IMPLANTES CIGOMATICOS PARA RECONSTRUCCIÓN DE MAXILARES CON ATROFIA SEVERA

Dr. Ruben Muñoz¹, Dr. Jose Golaszewski¹, Dra. Grace Speranza¹, Dr. Javier Perez¹

¹Hospital Universitario Dr Angel Larralde, Valencia, Venezuela, Bolivarian Republic Of

Introducción: las demandas biomecánicas del maxilar severamente reabsorbido han provocado la búsqueda de lugares de anclaje alternativos para implantes cigomáticos que permitan estabilizar una prótesis en pacientes jóvenes. El propósito de este estudio es describir el protocolo hexagonal de implantes cigomáticos en pacientes con reabsorciones severas.

Materiales y métodos: se describen dos pacientes con reabsorciones severas maxilares los cuales fueron tratados mediante protocolo hexagonal. Todos los pacientes fueron evaluados en su pre y postoperatorio, así como sus Radiografías convencionales y tomografías computarizadas. Se colocaron 6 implantes de acuerdo a planificación protésica previa en cada paciente. Se evidencia reabsorción severa AP maxilar

Resultados: los pacientes fueron rehabilitados de forma inmediata con prótesis provisionales. Seis semanas después de la cirugía se diseñaron estructuras metálicas y prótesis definitiva fueron adaptadas. La distribución de fuerza y concentración de carga fue equilibrada, el ajuste de la barra metálica fue pasiva. Se evidencio corrección de la relación esquelética. No se evidencio fatiga en los aditamentos en los controles tardíos. No se evidenciaron complicaciones en el postoperatorio inmediato y tardío

Conclusión: el protocolo hexagonal de implantes cigomáticos garantiza la función de barrera, la estabilidad biomecánica, distribución de la carga evitando la fatiga del hueso/implante, permite distribuir la fuerza a través de los pilares, reduciendo la sobrecarga anterior, corrigiendo además la relación esquelética clase III que se presenta en pacientes con reabsorciones severas.

LIBERACIÓN INTRAORAL DE ANQUILOSIS DE ATM Y RECONSTRUCCIÓN CON PRÓTESIS ARTICULAR HECHA A LA MEDIDA

Dr. Camilo Alberto Eslava Jacome¹, Dra. Cristina Eugenia Duarte², Dr. Felix Jose Amarista Rojas³

¹Especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial, Centro Policlínico del Olaya - Hospital Militar Central de Bogotá. Docente Postgrado de Cirugía Oral y Maxilofacial de la Universidad Militar Nueva Granada., Bogota, Colombia, ²Especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial, Centro Policlínico del Olaya., Bogota, Colombia, ³Residente del Postgrado de Cirugía Oral y Maxilofacial de la Universidad Militar Nueva Granada, Hospital Militar Central de Bogotá. , Bogota, Colombia

INTRODUCCIÓN

Las heridas por arma de fuego (HPAF) a nivel de la articulación temporomandibular (ATM) generan fracturas conminutas que pueden traer como consecuencia complicaciones severas como anquilosis temporomandibular. Esta produce cambios patológicos en la integridad anatómica y fisiológica que genera limitaciones severas del movimiento mandibular.¹

El enfoque convencional para liberación de anquilosis consiste en la realización de abordajes quirúrgicos extraorales con el fin de lograr adecuada exposición y visualización de las estructuras anatómicas.² Debido a la proximidad a estructuras anatómicas vitales, este enfoque conlleva un riesgo de complicaciones como lesiones al nervio facial, fistulas salivares, entre otras.³

OBJETIVO

Describir la liberación intraoral de anquilosis de ATM y reconstrucción con prótesis articular hecha a la medida a través de la presentación de un caso clínico.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se presenta caso clínico de paciente masculino de 37 años con antecedente de HPAF en región de ATM izquierda hace 25 años sin tratamiento al momento del trauma. Paciente con anquilosis temporomandibular como secuela del trauma a quien se le realizaron de manera extrainstitucional múltiples intervenciones quirúrgicas no exitosas para liberación de la misma. En el año 2015 ingresa al Centro Policlínico del Olaya en donde se llevó a cabo liberación intraoral de anquilosis de ATM izquierda y reconstrucción en un segundo tiempo quirúrgico con prótesis articular hecha a la medida.

CONCLUSIONES

La liberación de anquilosis intraoral es considerada una técnica que permite lograr resultados exitosos, sin embargo, requiere de gran experiencia por parte del cirujano y de una correcta selección del caso.

RECONSTRUCCIÓN DE SECUELA DE FRACTURA DEL COMPLEJO CIGOMÁTICO-ORBITARIO. REPORTE DE CASO CLÍNICO.

Dr. Alejandro Ayala¹, Dra. Teomelila Guerra Araujo¹, Dra. Aura María Barbosa Bermudez², Dr. Félix José Amarista Rojas³

¹Especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Occidente de Kennedy., Bogota, Colombia,

²Residente del Postgrado de Cirugía Oral y Maxilofacial de la Universidad El Bosque., Bogota, Colombia,

³Residente del Postgrado de Cirugía Oral y Maxilofacial de la Universidad Militar Nueva Granada, Hospital Militar Central de Bogotá., Bogota, Colombia

Introducción:

El manejo de las secuelas de trauma en la región maxilofacial constituye un reto debido a la complejidad de las mismas y a la necesidad de recuperar la estética y función de los pacientes.

Materiales y métodos:

Se presenta caso clínico de paciente masculino de 62 años de edad con antecedente de politraumatismo posterior a accidente de tránsito en arrollamiento por volqueta. Paciente recibió atención inicial extrahospitalaria donde se diagnostican múltiples fracturas faciales, sin embargo, no se realiza manejo quirúrgico inicial. Tres meses más tarde, paciente ingresa por consulta externa refiriendo dolor facial severo. Al examen físico presentó asimetría facial por cicatriz atrófica que se extiende desde región preauricular hasta párpado inferior, y por depresión severa en región malar derecha, distopia, hipometría bucal de aprox. 15mm, escalón óseo en pilar maxilomalar derecho, mordida abierta posterior derecha. En TC de cara se observa fractura conminuta y desplazamiento severo de múltiples huesos faciales. Se diagnostica como secuela de fractura del complejo cigomático-orbitario. Se realiza abordaje por cicatriz pre-existente y abordaje intraoral, seguido de reducción abierta y fijación interna rígida de fractura frontomalar, reborde infraorbitario, arco cigomático y pilar maxilomalar, coronoidectomía y colocación de injerto autólogo de apófisis coronoides para reconstrucción de piso de órbita.

Resultados: El paciente se recupera satisfactoriamente con mejoría de sintomatología dolorosa.

Conclusiones: Mediante una secuencia planificada de reconstrucción del complejo cigomático-orbitario, se restaura la posición normal del malar y el volumen orbitario devolviendo simetría facial y evitando recurrencia de distopía y/o enoftalmos.

P12

RECONSTRUCCIÓN FACIAL POSTERIOR A TRAUMA POR ARMA DE FRAGMENTACIÓN TIPO GRANADA NO EXPLOTADA

Dr. Omar Alejandro Vega Lagos¹, Dr. Luis Eduardo Bermúdez², Dr. Félix José Amarista Rojas³, Dr. Camilo Andrés Urrego Ortiz³, Dr. Carlos Gregorio Torres Restrepo³

¹Especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Militar Central de Bogotá. Docente Postgrado de Cirugía Oral y Maxilofacial de la Universidad Militar Nueva Granada., Bogota, Colombia, ²Especialista en Cirugía Plástica, Hospital Militar Central de Bogotá. Docente Postgrado de Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética de la Universidad Militar Nueva Granada., Bogota, Colombia, ³Residente del Postgrado de Cirugía Oral y Maxilofacial de la Universidad Militar Nueva Granada, Hospital Militar Central de Bogotá. , Bogota, Colombia

INTRODUCCIÓN

El trauma facial como consecuencia de heridas por arma de fragmentación (HAF) es un gran reto para el Cirujano Oral y Maxilofacial. Este mecanismo del trauma genera lesiones de alta complejidad que requieren de múltiples intervenciones quirúrgicas con el fin de lograr resultados estéticos y funcionales adecuados.

OBJETIVO

Describir el manejo del trauma de HAF tipo granada no explotada a través de la presentación de un caso clínico.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se presenta caso clínico de paciente masculino de 20 años de edad con antecedente de HAF tipo granada no explotada disparada (Lanzador de granadas IMC-40) a una distancia de 2 metros aproximadamente, se realizó manejo inicial con traqueostomía y retiro de granada en sala de cirugía improvisada en estacionamientos del HMC. Posteriormente se traslada paciente a quirófano para lavado y desbridamiento de las heridas faciales. Paciente diagnosticado con fractura conminuta del complejo cigomático-orbitario derecho. Se llevo a cabo reconstrucción mediante injertos costocondrales para piso de órbita, reborde infraorbitario y región maxilo-malar, así como rotación de colgajo de fascia de temporal para lograr adecuada proyección y cubrimiento de los tejidos.

CONCLUSIONES

La reconstrucción facial posterior a HAF mediante injertos costocondrales y rotación de colgajos libres es considerado un método viable en la búsqueda de resultados estéticos y funcionales ideales en pacientes con grandes pérdidas de tejidos óseos y blandos.

Es importante individualizar cada caso y establecer un adecuado plan de tratamiento basado en objetivos reconstructivos.

PACIENTES CON SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA (OSAS): RESULTADOS DE SEGUIMIENTO POSTOPERATORIO DE CIRUGIA ESQUELÉTICA DESPUES DE 36 MESES EN CLÍNICA PRIVADA DE SÃO PAULO.

Dr. Henry Gutierrez Quintana, Dr leandro Velasco, Dra Larissa Sobral

¹*Clinica Privada, Sao Paulo, Brazil*

La Síndrome de apnea obstructiva (OSAS) es una enfermedad caracterizada por la presencia de episodios de obstrucción de la vía aérea superior (VAS) durante el sueño. Es una enfermedad multifactorial en la que el género, la obesidad, genética, anatómica y factores hormonales contribuyen a su patogénesis y la manifestación clínica de la enfermedad. El objetivo de este estudio fue evaluar los parámetros de índice de masa corporal (IMC), índice de apnea hipopnea (IAH), dessautração índice de oxígeno (IDO), índice de alteración respiratoria (IAR), la frecuencia cardíaca máxima (FC), y comparando el área inferior de la sección axial faríngeo en pacientes sometidos avance maxilo-mandibular (AMM) para la apnea del sueño. Se evaluaron 358 pacientes operados entre julio de 2012 y junio de 2015 representaba seleccionado 50 pacientes con los siguientes requisitos: niveles moderados y severos de apnea, el seguimiento postoperatorio de dos años de análisis del sueño en domicilio ("watch pat") y de la tomografía computarizada volumetrica ("Cone Beam") con parámetros pre y pos-operatorio. los resultados fueron analizados por "prueba de la t de Student pareado" (Análisis estadística SPSS 12.0), está demostrando que 5 de los 6 índices estudiados fueron considerados estadísticamente significativos ($p < 0,05$), en la comparación de los datos pre y pos-operatorio. Llegamos a la conclusión de que la cirugía ortognatica para el tratamiento del SAOS moderada y grave es eficaz para mejorar los parametros mas criticos de esta enfermedad cronica.

OSTEOTOMIA EN LINEA MEDIA MANDIBULAR EN L INVERTIDA PARA LA CORRECCION DE LATEROGNATISMOS LEVES CON MALOCCLUSION ASOCIADA. REPORTE DE CASO CLINICO.

Dr. Nicolas Solano¹, Dr. Carlos Collantes², Dr. César Molina², Dr. Luis Romero³

¹Hospital Universitario De Maracaibo, Maracaibo, Venezuela, Bolivarian Republic Of, ²Hogar Clínica San Rafael, Maracaibo, Venezuela, ³Hospital Adolfo D'Empaire, Cabimas, Venezuela

Objetivo: El objetivo de este estudio fue presentar la experiencia de los autores con una nueva técnica quirúrgica para corregir laterognatismos y maloclusiones leves mediante una ostetotomía en L-invertida.

Metodología: Se trata de una paciente femenina de 26 años de edad diagnosticada con laterognatismo izquierdo con mordida cruzada posterior ipsilateral. La misma fue operada usando esta nueva técnica en Noviembre del 2009 en el Hogar Clínica San Rafael, Maracaibo, Venezuela. Una osteotomía vertical bicortical en línea media mandibular fue realizada, seguido por una remoción en bloque del incisivo central inferior derecho junto con el hueso alveolar circundante. La segmentación mandibular fue completada mediante una hemimentoplastia derecha. Posterior a esto, una rotación mandibular derecha fue hecha y fijada de forma rígida con placas y tornillos monocorticales del sistema 2.0 mm.

Resultados: La paciente mostró resultados estéticos y funcionales excepcionales, luego de 7 años de evolución.

Conclusiones: Esta técnica provee una nueva opción de tratamiento para la corrección de laterognatismos leves con maloclusion dental asociada.

ASSOCIATION ANALYSIS BETWEEN P561T AND I526L POLYMORPHISMS OF GROWTH HORMONE RECEPTOR GENE REGARDING CRANIOFACIAL PHENOTYPES IN A COLOMBIAN POPULATION

Dra. Viviana Alvarado, Sergio Iván Tobón-Arroyave, Dr. Gustavo Adolfo Jiménez-Arbeláez, Dra. Gloria Amparo Flórez-Moreno, Dra. Diana María Isaza-Guzmán, Dra. María Isabel Pérez-Cano

Introduction: This study aimed to examine the association between the P561T and I526L polymorphic variants of the GHR gene and craniofacial morphology in a Colombian population.

Methods: Saliva samples from 306 individuals that sought treatment were collected. To analyze craniofacial morphology, cephalometric parameters measured on lateral cephalograms were used to categorize the participants in Class I (n = 112), Class II (n = 150), or Class III (n = 44) craniofacial phenotype. The polymerase chain reaction-restriction fragment length polymorphism method was used to identify the P561T and I526L SNPs. The association of polymorphisms with craniofacial phenotype was assessed individually and adjusted for confounding using a multivariate binary logistic regression model, alongside with analysis of linkage disequilibrium (LD) and haplotype associations.

Results: Whereas individuals carrying the CA genetic variant of the P561T SNP showed both significantly decreased values for ANB angle and increased measures concerning mandibular body length and mandibular length, no significant differences among genotype groups of I526L SNP were observed. Moreover, logistic regression analysis revealed that the CA genotype of P561T SNP and A-A haplotype were highly associated with Class III craniofacial phenotype.

Conclusions: Although the current results do not support that I526L SNP could be identified as a predictor for craniofacial phenotype, suggest that the heterozygous mutation P561T alone or in combination with other SNPs in the GHR gene yield significant horizontal and longitudinal variations of the mandibular morphology and might be a strong/independent prognostic indicator for Class III craniofacial phenotype in the present population.

USO DE COLGAJOS LIBRES MICROVASCULARIZADOS EN DOBLE BARRIL PARA RECONSTRUCCIÓN MANDIBULAR

Dr. Ruben Muñoz¹, Dr. Jose Golaszewski¹, Dr. Javier Perez¹, Dra. Grace Speranza¹

¹Hospital Universitario Dr Angel Larralde, Valencia, Venezuela, Bolivarian Republic Of

Propósito: el colgajo libre microvascular de peroné ha sido establecido como protocolo para la reconstrucción de la mandíbula. Sin embargo, debido al diámetro limitado del peroné en comparación con la altura de la mandíbula, la distancia vertical entre el segmento reconstruido y el plano de oclusión puede ser sustancialmente grande. Este es un problema particular en las mandíbulas atroficas o dentado, especialmente cuando la rehabilitación con implantes dentales o una prótesis sobre implantes se contempla. Las fuerzas de palanca grandes resultantes de la dimensión máxima vertical de la construcción protésica puede conducir a una sobrecarga de los implantes osteointegrados y poner en peligro la longevidad de la restauración protésica. Este documento describe la experiencia con un nuevo método de eludir este problema.

Pacientes y métodos: En este procedimiento se utilizó en tres pacientes. Un colgajo libre microvascularizado de peroné correspondiente al menos al doble de la longitud del defecto, reducido a la mitad perpendicular a su longitud. Los segmentos son entonces fijados entre sí con tornillos y las placas y se estabilizó en el defecto con una placa de reconstrucción.

Resultados: En comparación con el tratamiento convencional de una fíbula, el "doble barril" logra más altura ósea y reduce notablemente la distancia vertical al plano oclusal.

Conclusiones: Esta técnica crea mejores condiciones para la rehabilitación protésica. En comparación con el injerto de cresta ilíaca, el colgajo libre de peroné es más fácil de ser tomado, anastomosis más fiable, y se asocia con una menor morbilidad postoperatoria.

P17

OSTEOTOMÍA BASAL MODIFICADA CON DISTRACCIÓN OSTEOGENICA PARA LA CORRECCIÓN DE ASIMETRÍAS FACIALES: UNA NUEVA TÉCNICA

Dr. Ruben Muñoz¹, Dr. Jose Golaszewski¹, Dr. Alvaro Diaz, Dr. Javier Perez¹, Dra Grace Speranza¹

¹Hospital Universitario Dr Angel Larralde, Valencia, Venezuela, Bolivarian Republic Of

El propósito de este trabajo consiste en la descripción de una nueva técnica quirúrgica. La restauración completa de la asimetría facial es siempre difícil de lograr. Se describe una nueva técnica para la corrección esquelética del plano basal mandibular en combinación con la cirugía ortognática en un solo tiempo quirúrgico que evita los inconvenientes y limitaciones de otras técnicas. Se presenta una serie de casos, con asimetría facial debido a hemifacial Tipo microsomia también requiere tratamiento de ortodoncia prequirúrgica para alinear y nivelar los dientes. Presentaba desviación de línea media de 2 mm a la izquierda en combinación con una mordida cruzada de la parte izquierda. Se decidió hacer un incremento vertical del borde mandibular izquierdo mediante una osteotomía mandibular (Hemiwing) y una osteotomía sagital unilateral izquierda dividida por líneas dentales alineación con 8 mm de avance de la hemi - genioplastia a la Osteotomía basal modificada combinado con distracción osteogénica funciona mejor que el clásico osteotomía basal total con injerto óseo autólogo, si se utiliza para las indicaciones correctas.. Esta técnica puede ser aplicable para la corrección de las discrepancias verticales y transversales del borde mandibular y se combina con osteotomías sagitales de rama para la corrección de líneas asimétricas y dentales plano oclusal. Es una técnica con alta predictibilidad y estabilidad a largo plazo

RECONSTRUCCIÓN CON IMPLANTE HECHO A MEDIDA (PSI) POSTERIOR A RESECCIÓN DE MALAR POR OSTEOMIELITIS CRÓNICA: REPORTE DE CASO CLÍNICO.

Dra. Beatriz Eugenia Mejía Flórez¹, Dr. Antonio José Jiménez Hernández², Dra. María Andrea Bordoy Soto³, Dr. Brayan Aldemar López Mendez³, Dra. Lilian Moya⁴

¹Cirujano Oral y Maxilofacial, Coordinadora del Postgrado de Cirugía Oral y Maxilofacial de la Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia, ²Residente de Cuarto Año del Postgrado de Cirugía Oral y Maxilofacial de la Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia, ³Residente de Tercer Año del Postgrado de Cirugía Oral y Maxilofacial de la Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia, ⁴Residente de Segundo Año del Postgrado de Cirugía Oral y Maxilofacial de la Universidad Nacional de Colombia, Bogotá Maxilofacial de la Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia

Introducción:

La osteomielitis (OM) es un estado inflamatorio óseo causado por microorganismos, que pueden involucrar la integridad de la cortical, medula y periostio¹. En general las OM más frecuentes, son las presentadas en miembros inferiores 63% y en el macizo craneofacial solo en un 5%, siendo la mandíbula la más afectada por dicha patología^{2,3}. Los pocos reportes de OM de hueso malar indican la baja incidencia, representada en un 1,42 % de casos por Adeyeke y col.⁴ Existen diversas clasificaciones de la OM, según la anatomía afectada (medular, superficial, localizada o difusa), según su tiempo de evolución en aguda y crónica –supurativa y no supurativa^{4,5,6}.

Objetivo:

Describir la presentación de la OM de hueso malar y la reconstrucción con implante hecho a medida (PSI) a través de un caso clínico.

Materiales y Métodos:

Se presenta caso clínico de paciente femenina de 54 años de edad con cuadro clínico de 1 año de evolución de OM crónica no supurativa de malar izquierdo diagnosticado por biopsia incisional, con antecedente de exodoncia del 28. El tratamiento se basó en terapia antibiótica y resección de malar izquierdo con reconstrucción con PSI.

Conclusión:

El tratamiento de la OM depende de su estadio y etiología. En OM agudas el tratamiento antibiótico es el de elección, mientras que en la OM crónica el tratamiento se enfocará hacia el manejo quirúrgico en conjunto con antibioticoterapia. Éste dependerá de la extensión de la lesión y consiste en drenaje, lavado y desbridamiento, secuestrectomía, saucerización, decorticación o resecciones amplias con reconstrucción.

LISTADO DE AUTORES

A

Acosta Gonzalez, Carlos Alberto	PE8
Alvarado, Viviana	P15
Álvarez Martínez, Efraín	PE9
Amarista Rojas, Felix Jose	O7, O9 P10, P11, P12
Amato Cuartas, Paola Andrea	PE3
Arias, Sara	PE8
Ayala, Alejandro	P11

B

Baez, Adolfo Nicolás	P2
Barbosa Bermudez, Aura María	P11, PE2
Barra González, Jorge	O4
Barrientos Olavarria, Gonzalo	PE12, O4
Beltran Salinas, Belinda Ivett	O14
Bermúdez, Luis Eduardo	P12
Bernal Ordoñez, Carlos	PE6
Bordoy Soto, María Andrea	P18, O11, O12

C

Castaño Rojas, Jhonatan	PE1
Castellanos García, Sergio Mauricio	PE11, O7,O9
Castro, Byron	P7
Cervantes Alanis, Armando	O14
Collantes, Carlos	P14
Correa Muñoz, Diana Carolina	P1

D

Davila Cordova, Juan Alberto	O14
Daza Agudelo, Oscar Abel	
De León Rodriguez, Oscar	PE10
Delgado Rueda, Javier Alexis	O1
Diaz, Alvaro	P17
Domínguez Mejía, José	O10
Drumond D., Ernesto J.	P3
Duarte, Cristina Eugenia	P10
Duque Serna, Francisco Levi	PE1
Durán Riveros, Juan Yecith	O2

E

Erdody, Gunther	P3
Escobar Morales, Miguel Alfonso	O6
Eslava Jacome, Camilo Alberto	O7, P10

F

Fanovich, Alejandra	P2
Fernandez Olarte, Humberto	O2, O6, P6, PE5
Flórez-Moreno, Gloria Amparo	P15

G

Golaszewski, Jose	O3, O15, P9, P16,P17, P8
Gómez Arcila, Verónica	O16, PE15
González Mardones, Jorge	O5, , PE4
Granizo Lopez, Rafael Martin	P1
Guerra Araujo, Teomelila	P11
Gutierrez, Juan Guillermo	O6
Gutierrez Quintana, Henry	P13

I

Isaza-Guzmán, Diana María	P15
---------------------------	-----

J

Jiménez Hernández, Antonio José	P18, O11, O12
Jiménez-Arbeláez, Gustavo Adolfo	P15

L

Latorre Muñoz, Carlos Mario	PE14
López Castiblanco, Yurany	PE7, PE6
López Mendez, Brayan Aldemar	P18
Lozano Perez, Jessica Paola	
Lozano Salas, Alfonso José	P7
Luchetti, Cesar Gabriel	P2

M

Mejia Barbosa, Juan Pablo	O1
Martinez Cobo, Norma Angelica	P5, P6
Mejia Florez, Beatriz Eugenia	PE13, O11, O12, P18
Mena Silva, Héctor	O13
Meriño Soto, Jean Paul	PE12, O4, O13
Miralda Martínez, Lucas Oswaldo	O8
Molina, César	P14
Montaguth Duran, Hernán David	PE9
Montoya, Juan Carlos	O16
Moya, Lilian	P18

Moya Pradena, Sergio	P4
Munzenmayer Bellolio, Juan	O4, O13, PE12
Muñoz, Ruben	O3, O15, P17, P9, P16, P8
Muñoz Chamorro, Claudia Patricia	PE13
Muñoz Palape, Jaime	O4

N

Nuñez Ulloa, Marcelo	P4
----------------------	----

O

Omaña Omaña, Jenilee Andrea	PE11
Opazo, Lorenzo	O5, PE4

P

Pacheco Cruz, José Daniel	O8
Páez Botero, Jorge	PE7
Paez Martinez, Paola Andrea	P5
Páramo Jimenez, Viviana Gisela	PE7
Pastor Morales, Juan	O13, PE12
Perez, Javier	O3, O15, P9, P16, P17, P8
Perez Pantevez, Mildred Ivonne	PE5
Pérez-Cano, María Isabel	P15

R

Ramírez Castaño, Diana Marcela	PE10
Ramírez Díaz, Edwin Bladimir	O8
Rangel Colmenares, Miguel	PE6
Ravelo, Jorge	P3
Ravelo, José G.	P3
Reyes Rodríguez, Hector	O5, PE4
Rodriguez Marin, Monica Cristina	O1
Romero, Luis	P14
Ruiz Valero, Carlos Alberto	PE2

S

Sarmiento Salas, Luis Alberto	P7
Serrano Prada, Camilo	PE7
Sobral, Larissa	P13
Solano Parra, Nicolas Eduardo	P7, P14
Speranza, Grace	O3, P17, P9, P16, P8

T

Tabares Quintero, Andres Eduardo	PE14
Tobon Trujillo, Ana Catalina	PE3
Tobón-Arroyave, Sergio Iván	P15

Torres Restrepo, Carlos Gregorio P12, 07, 009

U

Uribe Quintana, Adolfo O14

Urrego Ortiz, Camilo Andrés P12

V

Vega Lagos, Omar Alejandro P12, 07, 09

Velasco, leandro P13

Vergara, Juan Fernando PE9

Villalobos Saavedra, Maria Paula O6

Villalpando Trejo, Cesar O14

Y

Yepez Guillen, Jenair Del valle P5

Agencia Organizadora



Pl. Europa, 17-19 1ª planta
Hospitalet de Llobregat - Barcelona (España)
Tel: +34 93 882 38 78
iaomsalacibu2016@barcelocongresos.com