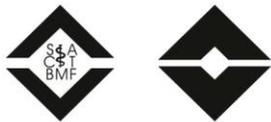


XXVI

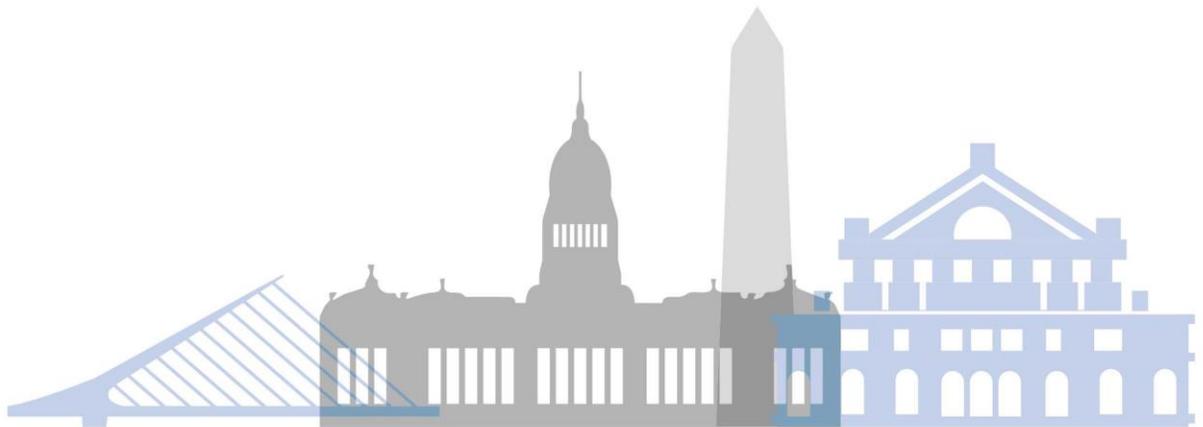
Reunión de la Sociedad Argentina de Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial

VI Jornadas Internacionales
de Implantología Oral y Maxilofacial

Hotel Panamericano



Libro de Presentaciones



BsAs 2016 Junio 23/24/25

ÍNDICE



Presentaciones Orales	página 3
Presentaciones Póster	página 136
Índice de autores	página 224

PRESENTACIONES ORALES



SO01.01

Rehabilitación de reabsorción maxilar severa usando sólo implantes cigomáticos múltiples.

Dra. Javiera Beytía Erazo^{1,2}, Dr. Omar Campos Salvaterra^{1,2}

¹Hospital Clínico Universidad De Chile, ²Departamento de Cirugía y Traumatología Oral y Maxilofacial de la Universidad de Chile

Sesiones Orales 01 - Temas Libres 10', Salón Amazonas, junio 23, 2016, 9:00 - 9:30

Introducción. Se han descrito múltiples procedimientos para el tratamiento de maxilares edéntulos atróficos que proveen un adecuado volumen óseo par al instalación de implantes dentales. Sin embargo, dichas alternativas de tratamiento incluyen procedimientos adicionales para la obtención de tejido óseo, requieren hospitalización, altos costos y largos períodos de tratamiento. Los implantes cigomáticos han sido utilizados como anclaje posterior en prótesis implantosoportadas en pacientes con reabsorción maxilar severa. El concepto original incluye la instalación de un implante cigomático por lado, combinado con por lo menos 4 implantes convencionales en el sector anterior del maxilar. Sin embargo, en algunos casos de maxilares extremadamente reabsorbidos se evita el uso de implantes anteriores convencionales, comprometiendo los resultados clínicos protésicos por alteración de la biomecánica.

Objetivo. Evaluar los resultados clínicos de maxilares severamente reabsorbidos rehabilitados mediante prótesis soportadas sólo con 6 implantes cigomáticos.

Metodología. Revisión retrospectiva de 4 pacientes rehabilitados sólo con prótesis implantosoportada mediante 6 implantes cigomáticos exclusivamente. Se tomaron registros clínicos, fotográficos y radiográficos.

Resultados. Se rehabilitaron 4 pacientes con 6 implantes de manera estable. La prótesis fue instalada y cargada inmediatamente posterior a la instalación de los implantes. Se evaluó la oseointegración de los implantes, estabilidad protésica, resultados estéticos y funcionales. El período de seguimiento promedio fue de 6 años.

Conclusión. La rehabilitación total maxilar utilizando sólo implantes cigomáticos en casos de atrofia severa entrega resultados estéticos y funcionales adecuados

SO01.02

Distracción osteogénica en el área maxilofacial.

Daniel Roscher¹

¹Universidad De Buenos Aires

Sesiones Orales 01 - Temas Libres 10', Salón Amazonas, junio 23, 2016, 9:00 - 9:30

La distracción osteogénica (DO) es una técnica reconstructiva útil para generar hueso y tejido blando. La misma puede ser utilizada en el área maxilofacial incluyendo cirugía ortognática, fisura naso-labio-alvéolo palatina, regeneración de la unidad rama-cóndilo, síndrome de apnea obstructiva del sueño, reconstrucción dentoalveolar, transporte óseo para reconstrucción de defectos, etc.

Esta técnica consiste en realizar una osteotomía y mediante fuerzas leves de tensión aplicadas separar los fragmentos óseos gradualmente, generando un espacio de regeneración donde se formará hueso y tejido blando.

El objetivo de la presentación es evaluar las ventajas, desventajas, indicaciones y limitaciones de la DO en el área maxilofacial. Se presentarán casos clínicos y los resultados obtenidos mediante el uso de esta técnica.

SO02.01

Fractura de seno frontal: Tratamiento y complicaciones.

Fabian Marcelo Cagnasso¹

¹Hospital Pirovano

Sesiones Orales 02 - Temas Libres 10', Salón Colorado, junio 23, 2016, 9:00 - 10:30

El manejo de las fracturas de seno frontal continúa siendo en la actualidad materia de controversia. Representan aproximadamente entre un 5-12% de todas las fracturas faciales y se producen como resultado de impactos de alta energía, por lo que comúnmente se presentan combinadas con fracturas panfaciales. Un tratamiento inadecuado puede conducir a complicaciones serias, incluso muchos años después del traumatismo.

El objetivo del tratamiento es restaurar la función, prevenir complicaciones tempranas y tardías, protección de estructuras nobles y obtener un resultado estético.

El colgajo de pericráneo, obliteración del conducto naso frontal, así como la cranealización del seno, son alguno de los tratamientos utilizados.

Presentamos en este trabajo la revisión de nuestra experiencia.

El algoritmo de tratamiento deberá ser personalizado para cada paciente, teniendo en cuenta el diagnóstico clínico-radiológico preciso, características particulares de cada caso y experiencia del cirujano.

SO02.02

Asistolías como límite en el manejo quirúrgico por reflejo óculo cardíaco en fracturas de piso orbitario. Experiencia Hospital Regional de Iquique, Chile

Carlos Lobos Sierra, Dra. Jessika Jirón²

¹Unidad de Cirugía Máxilo Facial, Hospital Regional De Iquique - Chile, ²Unidad de Pabellones y Anestesiología, Hospital Regional de Iquique, Chile

Sesiones Orales 02 - Temas Libres 10', Salón Colorado, junio 23, 2016, 9:00 - 10:30

El reflejo óculo-cardíaco (ROC) es un fenómeno muy conocido en la cirugía oftalmológica y orbitaria, y desde su descubrimiento los cirujanos y anestesiólogos lo consideran como un problema intraoperatorio significativo. Se describen disritmias que causaron morbosidad y muerte. El ROC debe ser bien conocido por quienes manejan las fracturas del piso orbitario.

Describimos específicamente la presencia de asistolias como consecuencia del abordaje quirúrgico de una fractura de piso orbitario extenso, caso clínico con características clínicas y compromiso tomográfico prequirúrgico (de la hendidura orbitaria inferior) que deben limitar el actuar del cirujano por el riesgo que representa para el paciente (incluso desenlaces fatales).

SO02.04

Alternativas en el abordaje para el tratamiento de fracturas mandibulares.

Dr. Lucas Ariel Cappello¹

¹*Practica Particullar*

Sesiones Orales 02 - Temas Libres 10', Salón Colorado, junio 23, 2016, 9:00 - 10:30

Actualmente la reducción abierta de las fracturas mandibulares y la fijación y estabilización de los segmentos óseos por medio de la fijación interna rígida es considerado el tratamiento de elección versus técnicas mas conservadores como lo son la reducción cerrada y el bloqueo maxilo-mandibular o el uso de osteosíntesis por medio de alambre de acero. La fijación interna rígida es una técnica que brinda la suficiente estabilidad para propiciar un correcto reparo óseo así como brindar al paciente un postoperatorio mas confortable y una reincorporación mas temprana a su vida normal, sin limitar notablemente sus actividades fisiológicas y sociales, en comparación con las técnicas antes mencionadas.

SO02.05

Reconstrucción del dorso nasal con tablilla ósea.

Dra. Andrea Paz Carmona Avendaño¹, Dr. Christian Pedemonte Trehwela¹

¹Hospital Mutual Seguridad

Sesiones Orales 02 - Temas Libres 10', Salón Colorado, junio 23, 2016, 9:00 - 10:30

Las fracturas nasales en relación a fracturas panfaciales de alta energía generan un gran reto en su reconstrucción, específicamente a nivel estético, ya que los resultados funcionales hoy en día prácticamente se dan por sentado.

En la actualidad los injertos autólogos son considerados el gold estándar, donde los más utilizados son de calota, cresta iliaca y costilla. Su elección se debe a su insuperable biocompatibilidad, menor riesgo de infección y exposición, sin embargo, tienen desventajas como morbilidad del sitio donador, limitada disponibilidad y una tasa impredecible de reabsorción.

Por el contrario los injertos aloplásticos como el Medpor, que es el más utilizado, carecen de morbilidad del sitio donador y menor tiempo quirúrgico, pero tienen alto índice de infección y exposición.

Otra alternativa es utilizar injertos de banco, debido a que tiene características semejantes a uno autólogo.⁷ Por consecuencia, el objetivo es evidenciar la viabilidad, longevidad y funcionalidad del injerto, además de destacar la inexistencia de posibles complicaciones tales como infección o exposición.

Se presenta una serie de casos con fracturas nasales expuestas del Hospital Clínico Mutual de Seguridad, Santiago de Chile entre el 2012 y 2016, a los cuales se les realizó reconstrucción del dorso nasal con tablilla ósea, utilizando Bio implante de injerto de hueso de banco, liofilizado y esterilizado.

A pesar que los tejidos autólogos son el material de elección para la reconstrucción nasal, se evidencia que, los injertos de banco presentan una alternativa en el tratamiento quirúrgico en éste tipo de defectos.

SO02.06

Fracturas del complejo orbito cigomático.

Dr. Marco Antonio Garcia Suarez¹

¹Hospital San Bernardo

Sesiones Orales 02 - Temas Libres 10', Salón Colorado, junio 23, 2016, 9:00 - 10:30

Se presentarán casos de fracturas del complejo órbita cigomático, donde se evaluará la anatomía de la zona. Se considerarán estadísticas sobre las etiologías más frecuentes de las fracturas órbita cigomáticas. Consideraciones sobre los métodos de diagnóstico para definir una correcta técnica de reducción y estabilización de estas fracturas como también las alternativas de reconstrucción de las paredes orbitarias.

SO02.07

Refuerzo en ángulo: reconstrucción mandibular.

Dr. Sérgio Schiefferdecker¹

¹Maxiface - Serviço de Diagnóstico e Tratamento Bucofacial . Hospital Ernesto Dornelles

Sesiones Orales 02 - Temas Libres 10', Salón Colorado, junio 23, 2016, 9:00 - 10:30

Las técnicas de reconstrucción mandibular tienen limitaciones, sobre todo cuando un segmento de hueso del ángulo mandibular se ha perdido. Si se utilizan placas de reconstrucción en ángulo, el estrés de la acción muscular puede conducir a fracturas en las placas y las consiguientes complicaciones.

Este estudio describe una placa de refuerzo ángulo complementario para la reconstrucción mandibular desarrollado para proporcionar una mayor resistencia al sistema por el autor en una oficina técnica de desarrollo maxilofacial del MDT - Indústria Comércio Importação y Exportación de Implantes LTDA – Grupo VÍNCULA, Brasil.

Los ensayos preclínicos probados comportamientos mecánicos estáticos y dinámicos resistencia a la fatiga y se llevaron a cabo en el Laboratorio de Ingeniería Biomecánica del Hospital Universitario de la Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil (Ingeniero: Carlos Rodrigo Roesler). Los parámetros de prueba fueron los prescritos por la norma ASTM F382-99 Especificación estándar. Placas de reconstrucción mandibular estandarizados fueron fijados a los bloques de polietileno, a los que se aplicaron fuerzas para simular la carga fisiológica de los especímenes (5 por ensayo). Después de eso, las placas se envían para su análisis y aprobación por la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria del Ministerio de Salud de Brasil.

Los resultados mostraron que las placas de reconstrucción mandibular en ángulo tenían índices de resistencia aceptables para sugirió la aplicación; cuando se usa como un complemento de refuerzo ángulo, aumentaron la resistencia a la acción de fuerzas de masticación simulados.

Placas de refuerzo en ángulo para reconstrucción mandibular añaden rigidez al sistema, proporcionan una mayor estabilidad y un mejor pronóstico para los casos clínicos que cursan con pérdida de un segmento de hueso en el ángulo mandibular.

SO03.01

Eficacia de la Artroscopia de Lisis y lavado en el manejo de trastorno interno ATM.

Dr. Jorge Beltrán Quezada¹

¹Hospital Provincial Dr. Rafael Avaria

Sesiones Orales 03 - Temas Libres 10', Salón Colorado, junio 23, 2016, 11:00 - 14:00

Introducción : El trastorno interno de ATM se define como la pérdida de coordinación estática y funcional entre el cóndilo mandibular y su disco articular y se manifiesta clínicamente por ruidos articulares, dolores y alteración de la movilidad mandibular. La artroscopia de lisis y lavado, representa una alternativa terapéutica mínimamente invasiva , en aquellos casos en donde el manejo conservador adecuado, no ha dado solución a sus signos y síntomas .

Objetivo: Valorar eficacia del tratamiento artroscópico de lisis y lavado en pacientes operados.

Metodología: se realiza estudio descriptivo en base a 26 articulaciones intervenidas entre marzo 2013 y noviembre de 2014, con dg clínico y mediante RNM de trastorno interno de ATM. Los pacientes fueron incluidos en el estudio , de acuerdo a los criterios establecidos por la Asociación Americana de Cirugía de ATM , agrupándose según la clasificación de Wilkes- Bronstein. Se valoraron el dolor (EVA) ,Máxima apertura oral (MAO), movilidad en excursiones excéntricas, dieta tolerada, realizándose estudio comparativo pre y post quirúrgico (1 mes, 2 meses, 3 meses, 6 meses , 1año).

Resultados: según los criterios de Murakami, se obtuvo una tasa de resultado satisfactorio de un 82% y una tasa de éxito de un 18%. Al comparar estadísticamente , dolor (EVA) y MAO, entre los distintos estadíos, los mejores resultados se encontraron en artroscopia realizadas en articulaciones con fases tempranas de la enfermedad (II y III de Wilkes).

Conclusiones: La artroscopia de lisis y lavado , es una alternativa terapéutica mínimamente invasiva, efectiva en el tratamiento de los trastornos internos de ATM y su sintomatología, con buenos resultados al medir MAO, dolor , movimientos excéntricos, dieta tolerada, en especial en aquellos casos donde el procedimiento es aplicado en fases tempranas de la enfermedad.

SO03.02

Osteocondroma de cóndilo mandibular. Protocolo de manejo Hospital Regional de Iquique, Chile.

Dr. Juan Francisco Gutiérrez Villalobos¹, Dra. Herta Sagredo Torres¹

¹Unidad de Cirugía Máxilo Facial, Hospital Regional De Iquique - Chile

Sesiones Orales 03 - Temas Libres 10', Salón Colorado, junio 23, 2016, 11:00 - 14:00

El Osteocondroma de cóndilo mandibular es la lesión benigna más frecuente de la articulación temporomandibular y causa una deformidad local y una dismorfosis facial secundaria. Su diagnóstico debe ser objetivado tanto en la clínica, imágenes e histopatología, en su estado activo y su secuela dismórfica de modo de enfocar integralmente su manejo quirúrgico.

Nuestro protocolo se basa en el diagnóstico objetivo, realizado manejo diferido primero con la Artroplastia (eliminando el tumor) y luego con posterioridad otro manejo quirúrgico (Cirugía Ortognática, Implantes). Luego de la reevaluación del paciente y la secuela del primer tiempo quirúrgico se establece el nuevo diagnóstico (estado del muñon condilar, control sin recidiva tumoral, la evaluación del cóndilo sano, y la nueva posición mandibular) y se plantea la nueva terapéutica: Estabilización oclusal (con prótesis u ortodoncia) con o sin Cirugía Ortognática (para devolver los equilibrios esqueléticos y funcionales). Presentamos la aplicación de nuestro protocolo en 3 pacientes desde 2011 en la Unidad de Cirugía Máxilo Facial del Hospital Regional de Iquique – Chile, en los cuales luego de la artroplastia se realiza finalización de manejo con estabilización oclusal protésica, en otra con Cirugía Ortognática y en otro paciente con manejo ortodóncico.

El diagnóstico objetivo es la base de nuestro manejo quirúrgico, obteniendo seguridad diagnóstica (imposibilidad de biopsia rápida) y una nueva planificación más conservadora luego de la artroplastía.

SO03.03

Nuevo sistema de osteosíntesis para el tratamiento de fracturas del cuello de cóndilo mandibular.

Sérgio Schiefferdecker^{1,2}

¹Colégio Brasileiro de Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial, ²MAXIFACE - Serviço de Diagnóstico e Tratamento Bucofacial

Sesiones Orales 03 - Temas Libres 10', Salón Colorado, junio 23, 2016, 11:00 - 14:00

Introducción:Técnicas de osteosíntesis para el tratamiento de fracturas que afectan el cuello del cóndilo mandibular se han desarrollado con el objetivo de mejorar la reducción y fijación, y por consiguiente obtener una recuperación más rápida de la capacidad funcional. Sin embargo, cuando se trata de fracturas altas, la fijación con éxito depende de la cantidad de hueso disponible en el fragmento. Una menor área de la placa, es la mejor de las posibilidades en la utilización de sistemas de osteosíntesis.

Objetivo:Debido a las limitaciones encontradas en los sistemas de osteosíntesis disponibles, esta se proponiendo un nuevo método incluyendo un diseño de nueva placa y un uso modificado de tornillos.

Pacientes/Método:Un diseño de una nueva placa, con una forma triangular, fue determinado por el autor en la oficina de desarrollo de MDT - Indústria Comércio Importação e Exportação de Implantes Ltda - \ GRUPO VÍNCULA, Brasil. Este nuevo diseño requiere una porción más pequeña de la estructura ósea para fijación de la placa, con el uso de tornillos 1,5 mm de diámetro, también posicionado triangularmente, y de tornillos de 2,0 mm de diámetro para la base de la placa (fragmento inferior de fractura) de forma trapezoidal. Casos clínicos que demuestran la aplicación.

Resultados:La aplicación y la utilidad de este sistema de osteosíntesis para gestionar las fracturas del cuello del cóndilo de la mandíbula confirman su estabilidad, e resaltan la resistencia a la tensión y la tracción muscular, con un requerimiento menor de hueso en la porción superior de la fractura.

Conclusión:El nuevo sistema de osteosíntesis está indicado para el tratamiento del cuello condilar de fracturas mandibulares, incluso las altas, cuando el hueso disponible es limitado en la parte superior de la fractura, mejorando la estabilidad y el pronóstico.

Palabras Claves: fracturas mandibulares, cóndilo mandibular, fijación de la fractura

SO03.04

Artritis séptica de ATM y sialoadenitis parotídea por actinomicas. La importancia de un correcto estudio diagnóstico. A propósito de un caso clínico, Hospital Regional de Iquique, Chile.

Dr. Juan Francisco Gutiérrez Villalobos¹, Dr. David Wachter Soza¹

¹Unidad de Cirugía Máxilo Facial, Hospital Regional De Iquique - Chile

Sesiones Orales 03 - Temas Libres 10', Salón Colorado, junio 23, 2016, 11:00 - 14:00

La afectación de la Articulación Témporomandibular por un foco séptico facial esta relatado en la literatura pero la frecuencia de ocurrencia de aquello es poca, sumado a que la cepa cultivada sea una actinomicas es menos frecuente aun. Si a ello le sumamos una Sialoadenitis parotídea como cuadro colateral nos lleva a una presentación difícil de dilucidar.

La participación de un equipo médico de especialistas, la aplicación de todos los elementos diagnósticos disponibles y una relación Cirujano-Paciente resultó fundamental para el éxito del manejo.

SO03.05

Beneficios en Plastia y Reparación Nasolabial del modelamiento Ortopédico Prequirúrgico en pacientes portadores de Fisura Labio-alveólo-palatina: Revisión Bibliográfica.

Francisco José Pampin López¹, Roberto Requena Morales^{1,2,3}

¹Universidad de los Andes, ²Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río, ³Instituto Neurocirugía Dr. Asenjo

Sesiones Orales 03 - Temas Libres 10', Salón Colorado, junio 23, 2016, 11:00 - 14:00

Introducción: Las fisuras labio alveólo palatinas son la alteración más frecuente a nivel del complejo maxilofacial y cervical. El uso de aparatos de ortopedia prequirúrgica en el manejo de pacientes portadores de fisuras ha sido un foco de fuerte controversia, especialmente por una falta de criterios unificados, en conjunto con una insuficiente evidencia disponible.

Diversos protocolos ortopédicos han sido reportados en la literatura, incorporando distintos tipos de aparatología y tiempos de uso según diferentes corrientes de tratamiento. Lo anterior, sumado a las diferentes escuelas quirúrgicas, dificulta el poder aislar un efecto único atribuible a los aparatos ortopédicos al momento de realizar las cirugías de cierre.

Objetivo general: Describir los beneficios de la utilización de ortopedia prequirúrgica funcional al momento de realizar la plastia nasolabial en pacientes portadores de fisura labio-alvéolo-palatina.

Método: Se realizó una búsqueda determinada por las palabras claves:

-Cleft.

-Presurgical Orthodontics.

-Presurgical Orthopedics.

-Nasoalveolar molding.

Los criterios de selección fueron:

-Estudios en humanos.

-Desde el año 2000.

-Idioma inglés, español o portugués.

-Pacientes con fisuras unilaterales o bilaterales.

-Periodo de seguimiento hasta las cirugías primarias.

Se usaron las bases de datos: PubMed, Cochrane Library, Google Académico, Biblioteca Electrónica de Información Científica, LILACS y Cleft Palate-Craniofacial Journal.

Resultados: De un total de 1.266 artículos filtrados por la lectura de título y resumen, se eliminaron los repetidos y excluidos. Se seleccionan 15 artículos para su análisis: 4 artículos con diseño cohorte, 6 casos - controles, 2 ensayos clínicos aleatorizados, 3 revisiones sistemáticas, de la cuales, 1 también consideraba meta-análisis.

Conclusiones: Se evidenció que el uso de ortopedia prequirúrgica mejora la posición, y reduce la brecha entre los segmentos fisurales de forma transitoria, facilitando la plastia nasolabial, y mejora los parámetros estéticos obtenidos a largo plazo, como la morfología y simetría nasal cuando se incorpora el uso de modeladores nasoalveolares.

SO03.06

Cirugía funcional primaria del paladar fisurado. Experiencia en Hospital Dr. Gustavo Fricke.

Vicente Arancibia Quezada¹, Juan Mangili Godoy¹

¹Hospital Dr. Gustavo Fricke

Sesiones Orales 03 - Temas Libres 10', Salón Colorado, junio 23, 2016, 11:00 - 14:00

Dentro de las cirugías reconstructivas usadas en el tratamiento de los pacientes fisurados, la cirugía primaria del paladar ha sido constantemente un punto controversial, planteando diversas discusiones acerca de cuando es el mejor tiempo de realizar y que tipo de cirugía es la indicada para lograr los mejores resultados. El concepto de cirugía funcional ha sido ampliamente aceptado por los distintos centros de atención, lo que ha provocado la modificación y evolución de las técnicas quirúrgicas clásicas usadas y ampliamente descritas en la literatura para el cierre primario del paladar. El objetivo de este trabajo es presentar la experiencia y evolución que ha tenido la cirugía de cierre primario de paladar en los distintos casos clínicos atendidos en el Hospital Dr. Gustavo Fricke con sus más de 15 años de experiencia, hasta la cirugía funcional que se hace hoy en día.

SO03.09

Expansores craneales tipo omega más casco de remodelación craneal para tratamiento de craneosinostosis.

Francisco Escala Pérez¹, Roberto Requena Morales^{2,3,4}

¹Pontificia Universidad Católica de Chile, ²Instituto de Neurocirugía Dr. Alfonso Asenjo, ³Complejo Asistencial Hospital Dr. Sótero Del Río, ⁴Universidad de los Andes

Sesiones Orales 03 - Temas Libres 10', Salón Colorado, junio 23, 2016, 11:00 - 14:00

Introducción

El tratamiento de las craneosinostosis se ha enfocado por años en dos objetivos principales: permitir un adecuado crecimiento cerebral y la reconstrucción de los componentes esqueléticos. Para ello se han desarrollado múltiples técnicas quirúrgicas y ortopédicas dentro de las cuales se destacan la craneoplastía asistida por expansores craneales y los cascos de remodelación craneal.

El enfoque terapéutico de las craneosinostosis se ha basado en crear tratamientos menos invasivos, con resultados más beneficiosos y de menor riesgo para el paciente. Debido a esto Lauritzen en 1998, introdujo el uso de resortes o alambres de expansión para la corrección de alteraciones craneofaciales teniendo muy buenos resultados en pacientes con distintos tipos de craneosinostosis.

Por otro lado los dispositivos de remodelación craneana fueron desarrollados por Clarren en 1979, permitiendo el tratamiento de alteraciones craneofaciales y la complementación terapéutica de algunos tratamientos quirúrgicos en la corrección de craneosinostosis.

Objetivos

Dar a conocer la técnica quirúrgica del uso expansores craneales tipo omega y los beneficios de esta terapia en conjunto de cascos de remodelación craneal en pacientes con craneosinostosis.

Metodología

Se presentarán casos clínicos de pacientes con diferentes tipos de craneosinostosis en los que se han utilizado expansores craneales tipo omega junto al uso de cascos de remodelación craneal como tratamiento.

Resultados

Las fuerzas leves que realizan los alambres de expansión craneal tipo omega y la ortesis craneal permitieron la reorganización dinámica del cráneo, logrando una remodelación craneal significativa. A diferencia de otros tratamientos quirúrgicos, este resultó ser menos extenso y más seguro.

Conclusiones

El uso de expansores craneales tipo omega en conjunto con los cascos de remodelación craneal constituyen un tratamiento efectivo, seguro, versátil y de calidad en pacientes con craneosinostosis.

SO03.10

Uso de motor piezoeléctrico (BoneScalpel®) en osteotomía para la cirugía de corrección de craneosinostosis: Reporte de casos.

Macarena Salas Martínez², Roberto Requena Morales^{1,2,3}

¹Instituto De Neurocirugía Dr. Asenjo, ²Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río, ³Universidad de los Andes, ⁴Hospital San José

Sesiones Orales 03 - Temas Libres 10', Salón Colorado, junio 23, 2016, 11:00 - 14:00

Introducción: La piezocirugía fue creada como respuesta a la necesidad de lograr mejores niveles de precisión y mayor seguridad intraoperatoria en intervenciones de tejido óseo. Esto le otorga superioridad en relación a los sistemas de osteotomía convencional donde el área a intervenir está próxima a tejidos nobles (nervios) y blandos. En los últimos 15 años, reportes de la literatura realizadas por distintos autores postulan que esta nueva tecnología presenta grandes ventajas en cirugía oral y craneomáxilofacial, sobretodo en cuanto a su capacidad de realizar cortes de manera selectiva. Esto, permitiría disminuir o evitar lesiones neurológicas, que con otros métodos no es posible de lograr.

Objetivos: Describir el uso del motor Piezoeléctrico en osteotomías para la corrección quirúrgica de las Craneosinostosis, reportado en la literatura y en dos casos clínicos.

Metodología: Se presentan dos casos clínicos, en el primero un paciente con diagnóstico de Craneosinostosis sometido a procedimiento de avance fronto-orbitario y en el segundo un paciente con diagnóstico de Síndrome de Apert, sometido a avance fronto-facial en monoblock. En ambos las osteotomías realizadas fueron llevadas a cabo con el sistema ultrasónico Misonix® BoneScalpel y no se observó lesión de estructuras nobles.

Resultados: En ambos pacientes no se observó daño a tejidos nobles (globo ocular, duramadre). En base a una revisión de la literatura disponible los principales beneficios de este sistema, son alta precisión de corte, indemnidad de tejidos blandos, menor sangramiento en zona operatoria, menor inflamación post-operatoria, facilidad de uso y ausencia necesidad de utilizar medidas de protección.

Conclusiones: La evidencia disponible en relación al uso del motor piezoeléctrico indican que podría ser un elemento de gran utilidad en procedimientos de osteotomía en sitios anatómicos complejos, de difícil acceso, y en presencia estructuras nobles susceptibles de ser dañadas.

SO03.11

Apoyo virtual en la enseñanza de conceptos y técnicas de Cirugía Oral.

Maria Doris Ballesteros Castañeda, Iván Darío Gutierrez Africano

¹Universidad Nacional De Colombia, ²Universidad Nacional De Colombia, ³Universidad Nacional De Colombia

Sesiones Orales 03 - Temas Libres 10', Salón Colorado, junio 23, 2016, 11:00 - 14:00

Introducción: La cirugía oral, asignatura básica de la carrera y del posgrado, necesita actualización e innovación de las estrategias tradicionales de enseñanza, que permitan la transmisión del conocimiento y la comprensión de las técnicas quirúrgicas básicas.

Dado que no todos los estudiantes asimilan los contenidos de la misma forma, es importante ofrecer los temas de forma interactiva con ayudas audiovisuales que motiven su imaginación y permitan retroalimentación y participación más activa en su propio proceso de aprendizaje.

Objetivo: Optimizar el aprendizaje de los principios de la técnica quirúrgica y de las técnicas básicas en cirugía oral por medio de material multimedial como apoyo a la docencia presencial.

Metodología: Requerimientos mínimos para ejecución: Procesador 400 Mhz o superior. Memoria 128 Mb o superior. Disco duro 4Gb o superior. Monitor VGA o SVGA resolución 800 x 600 o superior. Velocidad mínima conexión Internet 56 Kbps. Tarjetas de sonido y video. Navegador, Internet Explorer o Web Netscape versión 5.X en adelante, Mozilla. Audífonos, parlantes y webcam, (videochat). Java 1.3X. Plug in Macromedia Flash Player 7.X o superior. Se utilizaron programas de edición digital y creación de sitios web: Fireworks y Dreamweber.

Resultados y Conclusiones: Se diseñaron contenidos digitales con textos guía, esquemas, animaciones y una amplia gama de material audiovisual que incluye imágenes y videos de casos clínicos tratados en clínicas de la Universidad, que muestran de manera práctica y sencilla: técnicas de exodoncia, manejo quirúrgico y ortodontológico de dientes retenidos, biopsias y los abordajes quirúrgicos intraorales más utilizados, así como las complicaciones intra y posquirúrgicas. Las páginas temáticas muestran capítulos, con secuencia de navegación e hipervínculos para avanzar o retroceder en los sitios de interés. Los contenidos pueden ser actualizados o replanteados y los hipervínculos ampliados en número y alcance, hecho que permite valiosas herramientas de consulta y de profundización.

SO03.12

Absceso periamigdaliano: tratamiento de una urgencia.

Bernardita Santorcuato Cubillos¹, Roberto Requena Morales^{1,2,3}, Ericks Rodríguez Hernández^{1,4}, Francisco Pampin López³, Francisco Escala Pérez⁵

¹Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río, ²Instituto de Neurocirugía Dr. Asenjo, ³Universidad de los Andes, ⁴Hospital San José, ⁵Pontificia Universidad Católica de Chile

Sesiones Orales 03 - Temas Libres 10', Salón Colorado, junio 23, 2016, 11:00 - 14:00

Introducción: El absceso periamigdaliano corresponde a una colección purulenta localizada entre la cápsula tonsilar y el músculo constrictor superior de la faringe. Es un cuadro infeccioso muy doloroso, el cual puede además desarrollar condiciones perjudiciales para el paciente, tales como: la ruptura espontánea del absceso con una posible aspiración y consecuente neumonía, absceso retrofaríngeo, trombosis de la vena yugular interna, y la obstrucción de la vía aérea, situaciones que son potencialmente mortales para el paciente. A pesar de ser un cuadro con gran morbilidad, su tratamiento sigue siendo controversial. Este cuadro requiere de un manejo médico quirúrgico de urgencia, razón por la que es fundamental realizar un diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado.

Objetivos: Este trabajo tiene por objetivo presentar una serie de casos y una revisión bibliográfica acerca de las opciones de tratamiento más actualizadas.

Método: Se presenta una revisión bibliográfica sobre el tratamiento y una serie de casos que consultan en el servicio de urgencia por absceso periamigdaliano.

Resultados: La resolución médico quirúrgica de los cuadros de absceso periamigdaliano se realizó en forma eficiente a través de la combinación de una terapia quirúrgica por medio de la incisión y vaciamiento del material abscedado, y médica a través de antibioterapia endovenosa más administración vía oral en forma posterior.

Conclusiones: El manejo del absceso periamigdaliano debe ser médico quirúrgico, y tiene que ser otorgado en forma adecuada y oportuna para permitir al paciente disminuir su sintomatología en forma rápida, además de prevenir la diseminación y posibles complicaciones. Actualmente sigue existiendo controversia sobre cual es el procedimiento quirúrgico más adecuado. Sin embargo, todavía se considera la incisión y drenaje como gold standard para el tratamiento de urgencia del absceso periamigdaliano.

SO03.13

Tratamiento del dolor postquirúrgico en cirugía y traumatología bucomaxilofacial.

Dra. Veronica Laura Campana¹

¹

Sesiones Orales 03 - Temas Libres 10', Salón Colorado, junio 23, 2016, 11:00 - 14:00

introduccion: El acto postquirúrgico constituye uno de los estímulos que desencadenan el dolor fisiológico con mayor frecuencia. Y, es uno de los problemas más comunes en la actualidad hospitalaria, a pesar de los numerosos avances en este campo. En la actualidad existen diferentes métodos y fármacos que permiten tratar el dolor postoperatorio de manera aceptable, lo cual es fundamental para la recuperación del paciente. Sin embargo, independientemente de la técnica analgésica que se utilice, es indispensable realizar una valoración sistemática del dolor y un seguimiento del tratamiento instaurado. Objetivo: evaluar la efectividad del tratamiento del dolor posquirúrgico en cirugía y traumatología bucomaxilofacial en las primeras 24hs. Materiales y metodos: Se presenta un estudio prospectivo-observacional multicentrico, en el que se utiliza una encuesta modelo que permite cuantifica el dolor y analizar el tratamiento analgésico durante el periodo de internación. Resultados: Se recopilaron datos de 69 pacientes, 37 mujeres y 32 hombres. El 65% de los pacientes manifestaron dolor durante su periodo de internación. Se observó que el dolor pudo ser reducido entre un 40-100%, obteniendo una reducción general del 75%. Conclusion: El estudio demostró una baja efectividad en el tratamiento analgésico postoperatorio, ya que se observó una alta frecuencia en la presencia de dolor.

SO04.01

Osteointegración de los implantes con superficies nanométricas para el uso en pacientes críticos.

Prof. Carlos Nelson Elias¹

¹*Instituto Militar De Engenharia*

Sesiones Orales 04 - Conferencias 20', Salón Colorado, junio 23, 2016, 14:30 - 16:30

Al comienzo de la implantología, las prótesis de implante fueron múltiples, con el apoyo sobre los implantes conectados entre sí, el protocolo quirúrgico fue de 2 etapas, pero aún así la tasa de éxito fue baja (83,3%). Actualmente, los implantes se insertan en condiciones cada vez más críticas, las prótesis son unitarias y la tasa de éxito es de alrededor del 98%. Para aumentar los cambios en las tasas de éxito fueron hechas cambios en las formas de los implantes, las técnicas quirúrgicas y los cambios en el tratamiento de superficies. Sin embargo, todavía hay casos de fracaso en la implantación debido a la indicación incorrecta del tipo de implante al hueso del lugar de instalación. Este trabajo presenta las principales superficies de los implantes con características en la nanoescala (nanorugosidad, nanopartículas de hidroxiapatita), sus indicaciones para los diferentes tipos de huesos y los mecanismos implicados en la osteointegración.

SO04.02

Carga inmediata en implantología oral: aspectos clínicos y biológicos.

Dra. Silvina Rabinovich¹

¹Fundación Científica Buenos Aires

Sesiones Orales 04 - Conferencias 20', Salón Colorado, junio 23, 2016, 14:30 - 16:30

La carga inmediata en implantología oral ha crecido sustancialmente en popularidad como procedimiento de aplicación clínica, y existen en la actualidad numerosos estudios que la presentan como una alternativa predecible. Las bases científicas y biomecánicas de la carga oclusal inmediata en sistemas implanto-soportados deben hacer hincapié en aquellos métodos que contribuyan a disminuir el trauma quirúrgico, así como el que se genera durante el período inicial de carga.

Es el objetivo de esta comunicación exponer los fundamentos clínicos y biológicos de la carga inmediata basados en la revisión crítica de la literatura y en la experiencia personal -presentación de casos clínicos y estadísticos-

SO04.03

Implantología, Reconstrucción y Rehabilitación de hoy y sus límites

Dr. Martin Vizcarra¹

¹*Eximia Odontología*

Sesiones Orales 04 - Conferencias 20', Salón Colorado, junio 23, 2016, 14:30 - 16:30

El objetivo de la presentación es evaluar los alcances de la implantología en la actualidad. Tanto en casos convencionales favorables como en terrenos desfavorables, en los que se implementaron técnicas de reconstrucción y regeneración. También es objeto de evaluación, su comportamiento en el tiempo. Se analizan diferentes técnicas y pacientes para llegar a una rehabilitación con implantes, se evalúa la permanencia y la sobrevida de los mismos.

Como conclusión y resultado podemos expresar que los procedimientos y los elementos utilizados hoy en día, son cada vez de mayor complejidad y ampliaron significativamente la posibilidad a más pacientes de recibir un tratamiento implantológico.

Pero nos queda un gran capítulo abierto en cuanto a la predicción de dichos tratamientos. Mas aún cuando los comparamos con implantes "convencionales" en terrenos adecuados, donde no se usaron terapias de reconstrucción ni regeneración.

SO04.04

Casos clínicos de compleja resolución.

Prof. Felipe kornecki¹

¹*cirujano bucomaxilofacial*

Sesiones Orales 04 - Conferencias 20', Salón Colorado, junio 23, 2016, 14:30 - 16:30

Introducción - la siguiente presentación pretende mostrar al auditorio casos clínicos de diferente complejidad.

Objetivos - compartir experiencias de quirófano con los cirujanos experimentados y presentarle a los jóvenes algunos casos que quizás no hubieran enfrentado en el desarrollo de su residencia.

Metodología.- se desarrollara la conferencia en forma teórica ilustrada con diferentes imágenes de diferentes procedimientos quirúrgicos realizados en los diferentes servicios donde yo desarrollo mi actividad quirúrgica.

Resultados - diferentes situaciones clínicas evolutivas hemos experimentado luego de estas cirugías. persistencia de lesiones tumorales, problemas estéticos, Etc.

Conclusiones - pretendemos por este medio compartir las diferentes situaciones clínicas vividas en el quehacer quirúrgico de estos casos. que para mi, resultaron de compleja resolución.

SO04.05

Implantes customizados para reconstrucción maxilofacial.

Dr. Santiago Molina¹

¹*Servicio de Cirugía Plástica. Hospital Marcial Quiroga*

Sesiones Orales 04 - Conferencias 20', Salón Colorado, junio 23, 2016, 14:30 - 16:30

Las nuevas tecnologías aplicadas a la cirugía maxilofacial han permitido la creación de implantes a medida en base a la obtención de imágenes mediante tomografía axial computada o resonancias magnéticas y luego procesadas mediante software especializado. Esto permite la reconstrucción exacta de defectos óseos en cirugías oncológicas o similares, en perfectas reducciones anatómicas en traumatología y en mas eficientes procedimientos en cirugía ortognática, entre otras.

Estos implantes pueden confeccionarse de distintos materiales y formas, se buscará dar una reseña de las posibilidades actuales de reconstrucción junto con su método de obtención y aplicación en diferentes casos clínicos.

SO05.01

Planificación prequirúrgica con biomodelos , en cirugía reconstructiva maxilofacial.

Enzo Duilio Cruz

¹Hospital " Dr. Ignacio Pirovano"

Sesiones Orales 05 - Conferencias 20', Salón Colorado, junio 23, 2016, 17:00 - 18:30

Los traumatismos orales y craneomaxilofaciales , así como los tumores benignos y malignos son una causa frecuente de consulta en el área bucomaxilofacial.

La complejidad de los defectos post ablación , las secuelas del trauma y defectos congénitos o adquiridos del esqueleto facial requieren de técnicas precisas en la reparación de dichos defectos.

Actualmente podríamos considerar a la cirugía reconstructiva maxilofacial como un procedimiento multidisciplinario , donde existen una diversidad de herramientas digitales y físicas , que ayudan al equipo quirúrgico a sumar precisión y minimizar complicaciones durante el acto quirúrgico.

La correcta planificación quirúrgica virtual preoperatoria a partir de la TAC y Angio TAC de alta resolución que se utilizan para la fabricación de biomodelos 3D , a partir de los cuales se diseñan guías y férulas quirúrgicas para una reconstrucción precisa logrando una excelente adaptación a las estructuras anatómicas , permiten un resultado predecible y satisfactorio.

En esta exposición presentamos nuestra experiencia en planificación virtual a través de la obtención de datos , construcción de biomodelos con simulación de osteotomias , movimientos quirúrgicos virtuales y su posterior transferencia al escenario quirúrgico.

SO05.02

Fracturas de Tercio Medio Facial. Casos Clínicos.

Pablo Adrian Torino¹

¹Facultad De Odontología Catedra Cirugia Bucomaxilofacial li

Sesiones Orales 05 - Conferencias 20', Salón Colorado, junio 23, 2016, 17:00 - 18:30

Presentación del tema Fracturas de Tercio medio facial .Casos clínicos . Objetivo : Compartir con nuestros colegas algunos casos de traumatología maxilofacial compartiendo una secuencia de casos clínicos . Se realizara una introducción que constara de definición , epidemiología y clasificación . Luego se procedera a mostracion de resolución quirúrgica de casos clínicos en los cuales realizaremos Diagnostico clínico y por imágenes , técnicas de abordaje , reducción de la_s fracturas , colocación de materiales de osteosintesis rígida , malla para reconstrucción de piso orbitario (de acuerdo al caso clínico) y síntesis de herida . Finalmente se presentara conclusiones para cerrar el tema expuesto.

SO05.03

Osteotomía sagital de rama como vía de abordaje al ángulo mandibular. Revisión de la literatura y presentación de un caso clínico.

Mariano Mombrú^{1,2}, Eduardo D. Rubio^{1,2}

¹*Carrera de Especialización en Cirugía Buco Maxilofacial. Universidad Católica Argentina.*, ²*Cátedra de Cirugía Buco Maxilofacial III. Universidad de Buenos Aires.*

Sesiones Orales 05 - Conferencias 20', Salón Colorado, junio 23, 2016, 17:00 - 18:30

El acceso quirúrgico al ángulo mandibular para el tratamiento de procesos patológicos en dicha región, plantea un desafío al momento de elegir una vía de abordaje. El uso de abordajes intraorales convencionales, conllevan a una eliminación quirúrgica considerable de tejido óseo amentando el riesgo de fracturas patológicas. Adicionalmente, se asocian con difícil visualización del área y altas probabilidades de daño al nervio dentario inferior. Por otra parte, los abordajes extraorales están asociados a una cicatriz cutánea y al potencial daño del nervio facial.

Esta presentación realiza una breve revisión de la literatura analizando ventajas y desventajas de las diferentes vías de abordaje al ángulo mandibular. Se describe el caso de una Paciente de 53 años de edad, quien presenta una lesión osteolítica benigna asociada a un tercer molar inferior desplazado al ángulo mandibular. La Paciente fue tratada mediante enucleación de la lesión osteolítica y exodoncia de la pieza dentaria asociada, utilizando la técnica de osteotomía sagital de rama intraoral. Este abordaje permitió el completo acceso, visualización y exéresis del proceso patológico con preservación del nervio dentario inferior y morbilidad quirúrgica mínima.

SO05.04

Manejo de Infecciones. Presentación de casos clínicos

Geronimo Huertas¹

¹Hospital Pablo Soria

Sesiones Orales 05 - Conferencias 20', Salón Colorado, junio 23, 2016, 17:00 - 18:30

Manejo de Infecciones

Las infecciones odontogénicas son una de las principales causas de consulta en la práctica odontológica. Estas afectan a individuos de todas las edades y son responsables de la mayoría de las prescripciones de antibióticos en el campo de la odontología, estas se pueden presentar distintos grados de severidad e incluso algunas pueden ser bastante complejas y necesitar atención de emergencia en un ambiente hospitalario bajo un especialista.

Se presentara casos clínicos donde se abordara diagnóstico, plan terapéutico de antibióticos, distintos tipos de abordajes para su drenaje y su evolución

SO06.01

Abordaje Extraoral en Mandíbula Atrófica para Rehabilitación con Prótesis Implantoasistida.

Dr. Guillermo Cagnone¹

¹Facultad De Odontología Universidad De Buenos Aires

Sesiones Orales 06 - Temas Libres 10', Salón Colorado, junio 24, 2016, 11:00 - 14:00

Paciente de 76 años, con REABSORCIÓN EXTREMA de ambos maxilares e imposibilidad de usar PTR inferior. Presenta compromiso del estado general. Luego de anamnesis médico-odontológica, examen clínico, laboratorio, imágenes y consentimiento firmado por paciente y familiares, se propone realizar PTR superior y PTH implanto asistida inferior. La emergencia de ambos nervios mentonianos ocupan una posición crestal hacia lingual del reborde residual. El conjunto de músculos con inserción en la zona mentoniana: borla y cuadrado del mentón, triangular de los labios, risorio y orbicular de los labios modificaron su ubicación. Presenta disminución del tercio inferior facial y marcada contractura muscular, con riesgo de fractura espontánea intraquirúrgica. Se seleccionan implantes extra cortos de 4mm de diámetro por 5mm de altura. Se opta por técnica de abordaje extraoral según bibliografía citada, luego de asepsia con solución de yodo povidona, y anestesia local intra y extra bucal, se aborda con una incisión cutánea submentoniana. Reparando el ramillete muscular hacia lingual, con menos trauma en la separación y maniobras quirúrgicas mas controladas, se realizan las osteotomías con apoyo en la zona submandibular para minimizar la presión y el riesgo de fractura a velocidad de 1500 rpm bajo irrigación de agua destilada estéril y tope de fresado a 5mm. Bajo protocolo secuencial, se instalan tres implantes intermentonianos. Se sutura con nylon 5-0 continua subdérmica sin drenaje. Se instruye al paciente a no usar PTR inferior por 75 días. En período de integración de los implantes inferiores, se confecciona nueva PTR superior.

Al descubrir implantes se confecciona un sistema de registro intermaxilar de precisión y PTH de mediana complejidad, con esqueleto metálico colado y dientes de resina compuesta, con cantilever hasta las piezas 35-45. Se realizan controles oclusales por 20 días. Clínicos, radiográficos y fotográficos por período de seguimiento de 2 años post instalación de ambas prótesis.

SO06.02

Zygomaticus accesorios a la rehabilitación del maxilar superior atrofiado. Informe del 185 zygomaticus implantes.

Dra. Andrea Azevedo¹

¹Marcelo Melo Soares

Sesiones Orales 06 - Temas Libres 10', Salón Colorado, junio 24, 2016, 11:00 - 14:00

La rehabilitación de pacientes con maxilar atrofiado moderada o grave presenta un reto para los cirujanos. La necesidad de múltiples procedimientos quirúrgicos, las dificultades en el desgaste de las prótesis temporales, son desventajas que reducen el acceso de muchos pacientes a la rehabilitación oral. El objetivo de este trabajo es informar sobre los resultados obtenidos a partir del maxilar V (Cawwod y Howell) usando accesorios zygomaticus clase VI y rehabilitación. Para este estudio un grupo de 79 pacientes (36% hombres, 64% mujeres), la edad promedio de 59 años de edad (que van desde 36 a 85 años de edad), que muestran maxilar atrófico, con menos de 3 mm en los senos y no más de 5 mm en maxilar pre. Asociado con 185 accesorios cigomáticos, 225 implantes cónicos convencionales fueron instalados en el maxilar anterior (que van desde 2 a 6 implantes) y 11 implantes estaban fijos en el hueso pterigoideo con el fin de lograr mejores distribuciones de anclaje y de la fuerza entre los implantes para la prótesis. El seguimiento medio fue de 22 meses (rango de 120 a 4 meses). De los accesorios zygomaticus se logró una tasa de 96% de éxito (9 fracasos), por lo que los fallos altamente concentradas en los casos complejos (3 implantes en casos de fallos de injerto anteriormente y los implantes). Los implantes convencionales mostraron una tasa de 95% de éxito con todos los fallos que ocurren durante la osteointegración. Los resultados obtenidos en este estudio sugieren que la luminaria cigomático, es un éxito tasa alta y un procedimiento predecible para la rehabilitación del maxilar atrófico, que en la mayoría de los casos permitir la carga inmediata, lo que reduce el tiempo y el coste del tratamiento, sin embargo atrófica severa maxilar sigue

SO06.03

Implantología oral con ácido hialurónico.

Prof. Silvio Scardovi Nuñez¹

¹Universidad UDELAR

Sesiones Orales 06 - Temas Libres 10', Salón Colorado, junio 24, 2016, 11:00 - 14:00

Introducción: la implantología oral con ácido hialurónico es utilizada actualmente con frecuencia como un tratamiento quirúrgico no invasivo y prácticamente sin efectos adversos o complicaciones, para recuperar el volumen de los tejidos blandos de la cavidad bucal y territorios faciales.

Objetivos: conocer el uso e indicaciones de los implantes orales con ácido hialurónico en la esfera buco-maxilo-facial

Metodología: utilización de implantes inyectables de ácido hialurónico en los tejidos blandos.

Resultados: importantes resultados estético-funcionales con una técnica incruenta, que es muy aceptada actualmente por los pacientes, aunque su duración en el tiempo es limitada.

SO06.04

Los casos notificados de implantes cigomáticos unilaterales.

Dra. Andrea Azevedo¹

¹Senac

Sesiones Orales 06 - Temas Libres 10', Salón Colorado, junio 24, 2016, 11:00 - 14:00

Los implantes osteointegrados son la herramienta más eficaz para la rehabilitación de los pacientes desdentados totales o parciales, sin embargo, la presencia de atrophy hueso es un obstáculo para el uso de los implantes. En el maxilar está severamente reabsorbido las limitaciones para la instalación de los implantes convencionales requieren procedimientos reconstructivos alveolares con el uso de injertos de hueso autólogo cosechadas de íliaca, intra orales sitios donantes, o injerto de hueso autólogo.

Como un uso alternativo a la gran reconstrucción ósea, Branemark en 1984, propuso que la médula del hueso zigomático se puede utilizar como anclaje para los implantes largos que apoyan la rehabilitación protésica, siendo la opción más eficaz para injertos óseos en la rehabilitación de pacientes desdentados con maxilar superior reabsorbido severa.

A pesar de la tasa de high de éxito de los implantes cigomáticos para pacientes desdentados, su indicación en desdentados parciales se ha restringido a los pacientes hemimaxilectomized. El objetivo de este caso es mostrar tres pacientes que fueron rehabilitados con una implante cigomático en un lado del maxilar superior y la solución de rehabilitación protésica.

Los pacientes en este caso reportado fueron clasificados como ASA I, según la Sociedad Americana de Anestesiología, y por lo tanto saludable para este tipo de procedimiento ya. Los que se sometieron a implantes cigomáticos tratamiento de rehabilitación. La anestesia sufrido por la sedación endovenosa con midazolam y las cirugías fueron realizadas por un único cirujano. Todos los implantes cigomáticos se insertaron mediante la técnica externalizada.

Todos los pacientes apoyaron la multa procedimiento quirúrgico, siendo las cirugías y pos operarive periodo uneventfull.

Todos los implantes se mantiene en función sin canta de patologías de los senos paranasales o implantite peri.

SO06.05

Uso de Factores de Crecimiento Plaquetarios y Sus Derivados, Experiencia Clínica. Servicio Cirugía Maxilofacial, Clínica Alemana de Santiago, Chile.

Dr. Rodrigo Cosmelli Maturana¹

¹*Clinica Alemana De Santiago*

Sesiones Orales 06 - Temas Libres 10', Salón Colorado, junio 24, 2016, 11:00 - 14:00

Durante la última década, plasma rico en plaquetas (PRP) ha sido ampliamente investigados y aplicada a la medicina regenerativa.

La utilidad clínica de PRP es apoyada por la evidencia de que el PRP contiene altas concentraciones de factores de crecimiento relacionados con las plaquetas y concentraciones normales de fibrinógeno derivado del plasma, los cuales contribuyen de forma sinérgica para el proceso de regeneración.

Sin embargo, las desventajas actuales de PRP incluyen un procedimiento de preparación relativamente complicada y eficacia variable dependiente del operador. Una desventaja adicional es el uso de trombina bovina, como coagulante.

Muchas de estas desventajas son superadas por los recientes avances en los procedimientos y dispositivos de preparación; por ejemplo, el procedimiento de preparación de fibrina rica en plaquetas (PRF) y mejorado el manejo de la eficiencia sin la ayuda de factores derivados de animales.

A través del presente trabajo proponemos presentar el uso de estos factores de crecimiento de acuerdo a los protocolos estandarizados y evaluar cuidadosamente la situación clínica para determinar qué factor (s) debe añadirse a los preparados de PRP. Este enfoque cuidadoso permite mejorar los resultados clínicos de los pacientes presentando nuestra experiencia clínica como servicio.

SO06.06

Tratamiento Quirúrgico versus No Quirúrgico de Granuloma Central de Células Gigantes: a propósito de un caso.

Macarena Salas Martínez¹, Jerko Raffo Solari¹

¹Hospital Militar de Santiago, ²Universidad Mayor, ³Hospital Luis Calvo Mackenna

Sesiones Orales 06 - Temas Libres 10', Salón Colorado, junio 24, 2016, 11:00 - 14:00

Introducción: El Granuloma Central de Células Gigantes (GCCG) corresponde al 7% de los tumores de los huesos maxilares. Esta lesión puede ser tratada a través de diversas técnicas (inyección intralesional de corticoides, curetaje, resección en bloque, entre otros) o combinadas, según la presentación clínica, extensión, ubicación, edad, condición sistémica.

Objetivos: Determinar cuál de las 2 tipos de tratamiento es más efectivo para la resolución del GCCG.

Metodología: Presentamos el caso clínico de una paciente diagnosticada con GCCG tratada inicialmente con inyecciones semanales de 40 mg. de Triamcinolona intralesional. Al TAC de control se observó una calcificación central y periférica de la lesión, pero no una disminución del tamaño por lo que se decidió realizar la exéresis de la lesión a través de una resección en bloque con margen de seguridad y reconstrucción inmediata con injerto autólogo. **Resultados:** A pesar de que la tasa de recidiva en casos tratados con corticoides intralesionales es relativamente baja (10 - 15%), el aumento significativo del tamaño de la lesión en un corto plazo, aún luego de haber utilizado corticoides intralesionales determinó la necesidad de realizar la resección en bloque del tumor. En base a una revisión de la literatura disponible en diferentes bases de datos (Pubmed, Cochrane, EBSCO) se ha observado mejores tasas de éxito (ausencia de enfermedad) en lesiones tratadas por medio de resección en bloque, no obstante no se han detectado pruebas a partir de ensayos controlados aleatorios para optar por una terapia u otra.

Conclusiones: La terapia no quirúrgica es una alternativa de tratamiento asociada a una menor comorbilidad, sin embargo, ante variantes agresivas refractarias al tratamiento, la resección en bloque con margen de seguridad es una alternativa de tratamiento viable y segura, desde el punto de vista de la posibilidad de recidiva de esta lesión, considerando la técnica de reconstrucción.

SO06.07

Mixoma Odontogénico Multilobulado. Reconstrucción con Injerto oseo de fibula libre microvascularizado. Rehabilitación con Implantes. Reporte de un caso.

Juan Munzenmayer Bellolio^{1,2}, Carlos Muñoz Rocha^{1,2}

¹Universidad De Concepción. Facultad De Odontología. , ²Servicio Cirugia Bucocomaxilofacial. Hospital Clinico Regional Guillermo Grant Benavente, ³Servicio de Cirugia de Cabeza y Cuello. Hospital Clinico Regional Guillermo Grant Benavente

Sesiones Orales 06 - Temas Libres 10', Salón Colorado, junio 24, 2016, 11:00 - 14:00

Introducción. Paciente de 20 años. Presenta tumor mandibular con diagnostico de Mixoma odontogenico. Este corresponde a un tumor benigno poco frecuente asintomático, con un patrón de crecimiento infiltrante. El tratamiento es variable dependiendo de la clínica y va desde la enucleación y curetaje hasta la resección total de la lesión con márgenes de seguridad, por su alta tasa de recurrencia.

Objetivos. Dar a conocer la resolución de este caso por medio de injerto libre microvascularizado de fibula, posterior a la exéresis de la lesión con márgenes de seguridad y rehabilitación con implantes dentales.

Metodología. Paciente consulta por aumento de volumen mandibular derecho, asintonmatico. Clínicamente se observa aumento de volumen a expensas de tablas oseas. Imagenologicamente se observa lesión multilobulada que abarca desde rama y cuerpo mandibular derecho hasta zona media. Se realiza biopsia con diagnostico histopatologico de mixoma odontogenico multilobular. Se planifica la resolución del caso en dos tiempos quirúrgicos. Primero la resección de la lesión con márgenes de seguridad e injertos de peroné libre microvascularizado. Segundo tiempo la instalación de implantes dentales en zona de injerto para posterior rehabilitación protésica de la zona edentula.

Resultados.

El injerto microvascularizado de peroné para este caso a los 12 meses se encuentra vital y asintomático. Control radiográfico muestra una reabsorción leve de este . Realizada la instalación de implantes dentales a los 6 meses se comprueba la oseintegración y se realiza la rehabilitación con protesis implanto retenida y soportada.

Conclusión.

El Injerto libre microvascularizado de perone utilizado para la reconstrucción de los grandes defectos oseos de los maxilares es ampliamente usado y aceptado. Para este caso la posibilidad de devolver la estetica y funcion de manera integral en una paciente joven, se presenta como una experiencia favorable. Con resultados predecibles. Con un impacto positivo en la calidad de vida.

SO06.08

Planificación virtual prequirúrgica para reconstrucción de defectos de mandíbula y tercio medio con colgajo libre de peroné: nuestra experiencia.

Barbara Berenstein^{1,2}, Roque Adan^{1,2}

¹Instituto De Oncología Angel Roffo, ²Instituto Privado de Oncología Alexander Fleming

Sesiones Orales 06 - Temas Libres 10', Salón Colorado, junio 24, 2016, 11:00 - 14:00

Introducción: Los colgajos microvascularizados de peroné son de uso rutinario para la reconstrucción de defectos de mandíbula y tercio medio, con una alta tasa de éxito tanto funcional como estético y una muy baja morbilidad de la zona dadora.

Para el modelado del colgajo son necesarias múltiples osteotomías para reproducir el contorno de la mandíbula, y permitir una rehabilitación implantoprotética adecuada. Los fragmentos óseos se fijan a una placa de reconstrucción o a múltiples miniplacas con tornillos. Dichas placas son moldeadas manualmente por el cirujano durante la cirugía utilizando previamente un template basado en los maxilares nativos del paciente. Si bien esta técnica es eficiente, es difícil reproducir exactamente la conformación tridimensional de la mandíbula y recrear la morfología normal de la misma.

Objetivos: presentar los primeros 10 casos de reconstrucción microquirúrgica con peroné para defectos de mandíbula y tercio medio facial realizados con planificación virtual prequirúrgica.

Metodología: estudio descriptivo y retrospectivo. Se analizaron datos como el tipo de patología, tipo de defecto y reconstrucción. Se solicitó al paciente TC multislid o helicoidal de macizo craneofacial y del peroné con cortes finos de 1 mm coronales y axiales. Se utilizó el sistema MIMICS 17 para procesar las imágenes de la TC y generar los modelos 3D de mandíbula y peroné.

Resultados: Se operaron 10 pacientes en el año 2015 - 2016. 3 hombres y 7 mujeres. Hitologías: tabla 1. Fueron 9 defectos de mandíbula y uno en el tercio medio facial. Se utilizaron placas de reconstrucción de titanio bloqueadas sistema 2.3 y miniplacas. Se realizaron microanastomosis vasculares.

Conclusiones: La reconstrucción mandibular asistida con planificación virtual preoperatoria es una prometedora alternativa en el abordaje de este tipo de patología. Puede lograrse una reconstrucción de alta calidad en términos funcionales y estéticos.

SO06.09

Oncología y cirugía maxilo facial - Nuestra experiencia.

Dr. Pablo Cortés Rabbá¹, Dr. Daniel Cortes Caballero¹

¹Hospital de Puerto Montt - Chile, ²Practica Privada

Sesiones Orales 06 - Temas Libres 10', Salón Colorado, junio 24, 2016, 11:00 - 14:00

La Asociación Americana de Cirujanos Orales y Maxilofaciales define la cirugía oral y maxilofacial como “la especialidad de la odontología que se preocupa del diagnóstico, y tratamiento de enfermedades, lesiones y defectos relacionados con los aspectos funcionales y estéticos de los tejidos duros y blandos de la cabeza, boca, dientes, encías, maxilares y cuello”.

OMS Knowledge Update (vol 4) menciona que “el manejo de los tumores benignos y malignos de la vía oral / cabeza y cuello representa un aspecto formidable de la práctica de cirugía oral y maxilofacial”.

En las Oral Maxilofacial Surg Clin N Am. (2008), se reconoce que, la formación de los cirujanos orales y maxilofaciales estadounidenses en el manejo quirúrgico y no quirúrgico de las condiciones que afectan el cuello, es variado, indicando además que nuestra especialidad quirúrgica continúa madurando a medida que avanza la educación de sus miembros.

Sin embargo a pesar de lo planteado vemos que el espectro de acción de nuestra especialidad en Oncología, es bastante reducido. El quehacer del cirujano máxilo facial llega hasta el diagnóstico, biopsia y derivación, participando en las desfocaciones previas a radioterapia y en la rehabilitación, siendo muy pocos los colegas que son parte integral de los equipos de cirugía oncológica.

Objetivo.

Someter a vuestra consideración las cirugías oncológicas que estamos desarrollando en el Hospital de Puerto Montt - Chile.

Metodología:

Analizaremos casos oncológicos tratados en el Servicio de Cirugía y Traumatología Máxilo Facial, mostrando algunos casos clínicos de Ca de piel, Ca de Parótida, Ca de cavidad bucal, indicando resultados.

Conclusión:

El desarrollo de nuestra especialidad no puede dejar fuera esta área. Para ello, es necesario integrarse a los equipos, participar de los Comités de Oncología de nuestros Hospitales, asistir a centros reconocidos de formación y lenta, pero progresivamente, incorporar esta área terapéutica a nuestro quehacer.

SO06.09B

Rehabilitación de Pacientes Oncológicos mediante Implantes Cigomáticos

Dr. Matteo De La Fuente Avila¹, Dr. Omar Campos Salvaterra²

¹Departamento de Cirugía y Traumatología Bucal y Maxilofacial, Universidad De Chile, ²Hospital Clínico de la Universidad de Chile

Sesiones Orales 06 - Temas Libres 10', Salón Colorado, junio 24, 2016, 11:00 - 14:00

Introducción

Existen múltiples situaciones clínicas reconstructivas que presentan un desafío para el cirujano maxilofacial. Dentro de estas se encuentran los grandes defectos, tanto de tejido duro como blando, producidos por las cirugías resectivas de patología oncológica, donde en muchos casos se produce una comunicación entre la cavidad oral y la cavidad nasal o el seno maxilar. Esto genera como resultado alteraciones en la fonación, masticación, deglución y la estética facial, repercutiendo negativamente en la calidad de vida de los pacientes. Existen múltiples alternativas de reconstrucción, una de ellas son el uso de implantes cigomáticos, que al ser instalados en sitios alejados permiten el anclaje de la rehabilitación, logrando sortear los defectos producidos por la cirugía resectiva y devolviendo la anatomía, función y estética del sector afectado mejorando la calidad de vida de los pacientes.

Objetivo

Reportar la rehabilitación de pacientes oncológicos mediante implantes cigomáticos y prótesis implanto soportadas, post resección de cáncer de cabeza y cuello.

Metodología

Revisión retrospectiva de 5 casos de pacientes diagnosticados con melanoma (1) y carcinoma espino celular (4), sometidos a cirugía ablativa de cáncer de cabeza y cuello y radio terapia, que fueron rehabilitados mediante instalación de implantes cigomáticos y prótesis implanto soportadas. Se tomo registro de los casos mediante fotos clínicas, exámenes imagenológicos y fotos intra operatorias.

Resultados

Mediante el uso de implantes cigomáticos y prótesis implanto soportadas, evitando el uso de injertos, se logro recuperar de manera optima la estética y la función de la región afectada.

Conclusión

El uso de implantes cigomáticos es una técnica segura y de complejidad moderada que permite la rehabilitación de los pacientes, en algunos casos, de manera inmediata y evita el uso de injertos.

SO06.10

Protocolo de Cirugía Ortognática Virtual después de 100 casos

Dr. Cristobal Quevedo^{1,2}, Profesor Titular, Dr Luis Quevedo^{1,3}

¹Instituto de Cirugía, Ortodoncia y Rehabilitación, ²Universidad de los Andes, ³Universidad de Chile

Sesiones Orales 06 - Temas Libres 10', Salón Colorado, junio 24, 2016, 11:00 - 14:00

Introducción:

La planificación virtual en cirugía ortognática es un desarrollo reciente en nuestra practica quirúrgica. En poco tiempo a reemplazado por completo la cirugía de modelos y se transformado en una herramienta fundamental tanto en la planificación como en la comunicación con el paciente. Luego de mas de 100 casos planificado nuestro protocolo de trabajo a ido perfeccionando corrigiendo errores difícil de percibir.

El objetivo de la presentación es presentar el protocolo actual utilizado por nuestro equipo en cirugía virtual en cirugía ortognática.

Metodología:

Se presentara el protocolo de trabajo y razones para cada paso y los errores que se pueden presentar al no seguir el protocolo.

Luego se presentaran casos clínicos que serán elegidos al azar con seguimiento quirúrgico para demostrar el resultado de dicho protocolo

Conclusiones:

La planificación virtual en cirugía ortognática es una realidad que mejora mucho el trabajo de cirujano como la comunicación con el paciente pero esto no esta ausente de errores. Es necesario un protocolo estricto para hacer buen uso de la tecnología y tener buenos resultados. Después de mas de 100 casos preparados contamos con la experiencia de un protocolo mejorado y la capacidad de transmitir errores que se pueden producir.

SO06.11

Evaluación Post Quirúrgica de la cirugía virtual sobrepuesta con el escaner post quirúrgico inmediato

Dr. Cristobal Quevedo^{1,2}, Profesor Titular, Dr Luis Quevedo^{1,3}

¹Instituto de Cirugía, Ortodoncia y Rehabilitación (ICOR), ²Universidad de los Andes, ³Universidad de Chile

Sesiones Orales 06 - Temas Libres 10', Salón Colorado, junio 24, 2016, 11:00 - 14:00

Introducción

La planificación virtual en cirugía ortognática se a vuelto un que hacer normal en nuestra practica quirúrgica. En la cirugía tradicional de modelo la única forma de comprobar si la cirugía logra los objetivos trazados por el equipo quirúrgico, es superponer la predicción trazada sobre una teleradiografía post operatoria de perfil. Gracias a la tecnología tridimensional actual, la posibilidad de evaluar lo realizado en pabellón en relación a lo planificado se hace con la superposición del escáner post quirúrgico con el plan virtual realizado. Sólo que esta superposición es con datos objetivos, volumétricos y por cierto, en los tres sentido del espacio.

El objetivo de la presentación es mostrar este método de evaluación y nuestros resultados comparativos. Metodología

De un pool de mas de 100 pacientes se toma una muestra al azar de 10 pacientes y se realizar una superposición de su planificación virtual con el escaner post quirúrgico inmediato para evaluar la exactitud del tratamiento quirúrgico. La exactitud del plan sera evaluado por la cantidad de área superpuesta a través de una colorimetria.

Resultado

Los resultado de las superposiciones muestra una gran exactitud a nivel del maxilar y segmento distal mandibular, lo que implica una buena correlación entre planificación y ejecución. Sin embargo, se pierde su nivel de perfección en partes de los segmentos proximales y mentón.

Conclusión

La superposición del plan quirúrgico virtual con el escáner post quirúrgico demuestra ser una forma objetiva de poder evaluar los resultados quirúrgicos logrados. Es una evaluación objetiva y por tanto una herramienta muy útil para generar datos que permitan hacer en el futuro conclusiones científicamente válidas. Visualizamos este método como especialmente importante en presencia de alguna complicación, desplazamiento incorrecto de segmentos y/o malas fijaciones.

SO06.12

Método vectorial predictivo para estimación de sobrecarga articular en pacientes de cirugía ortognática

Dr. Victor Olivos¹

¹ONG Rasgos /Hospital de niños Roberto del Rio

Sesiones Orales 06 - Temas Libres 10', Salón Colorado, junio 24, 2016, 11:00 - 14:00

Introduction:

Las alteraciones de las articulaciones temporo mandibulares en pacientes post cirugía Ortognática han estado muy ligadas al cambio de biomecánica esquelética.

Es aquí donde toma mucha importancia la planificación de los movimientos de las bases esqueléticas que debe incorporar como un aspecto primordial la biomecánica resultante.

Objetivos:

Presentar un método geométrico vectorial simplificado para ser empleado como herramienta coadyuvante en la planificación quirúrgica a manera de establecer movimientos maxilares que aseguren una distribución de esfuerzos inocua para la articulación.

Metodología:

Se revisaron mediante un análisis de mecánica lineal paciente de distintas clases esqueléticas, sometidos a cirugía Ortognática (35) donde se clasificaron las articulaciones temporo mandibulares según la presencia de elementos morfológicos de sobre carga articular, los que se relacionaron con el análisis lineal antes señalado.

Resultado:

Se encontró una relación entre un vector resultante y la longitud mandibular entre el gonion y el punto de contacto oclusal más posterior. Con la presencia o no de daño articular por sobrecarga.

Conclusión:

Herramientas de planificación como la mostrada, son de mucha utilidad por su simpleza y sólido concepto que las sustenta y son una forma de incluir de manera objetiva consideraciones biomecánicas en nuestras planificaciones.

SO06.13

SARPE simultáneo a Le Fort I de avance en deficiencia transversal maxilar asociado a prognatismo asimétrico. Caso Clínico

Dr. Juan Carlos Pastor Morales¹, Dra. Maria Eugenia Tapia Aravena³

¹Hospital Regional Concepción, ²Hospital Las Higueras Talcahuano, ³Facultad Odontología Universidad de Concepción

Sesiones Orales 06 - Temas Libres 10', Salón Colorado, junio 24, 2016, 11:00 - 14:00

Introducción:

Las deficiencias transversales del maxilar se presentan en un 30% de los pacientes con alguna deformidad dento facial. Existen diversas formas de tratamiento dependiendo del estado de madurez ósea y la magnitud de la discrepancia. Los métodos utilizados para corregir los problemas transversales son; Expansión ortodóncica, Expansión maxilar ortopédica y Expansión quirúrgica maxilar, ya sea mediante SARPE u osteotomía Le Fort I segmentaria.

Se describe en la literatura que en deficiencias transversales asociadas a una anomalía dento facial cuya discrepancia es igual o menor a 6 mm, el tratamiento de elección es una osteotomía Le Fort I segmentada. En discrepancias de más de 6mm, en que una osteotomía segmentaria se asocia a un riesgo de vascularización y estabilidad se recomienda SARPE y posteriormente en una segunda etapa corrección del resto de la anomalía mediante cirugía Ortognática.

Se presenta un caso clínico de anomalía dento facial con falta de desarrollo del tercio medio, con una deficiencia transversal importante y un prognatismo asimétrico, la cual se resolvió con una SARPE simultánea a una Lefor I de avance maxilar y una osteotomía sagital bilateral de rama de centrado mandibular.

Discusión: En pacientes adultos con anomalías dento faciales que presentan discrepancias transversales y sagitales y que precisan una expansión maxilar, la alternativa quirúrgica propuestas en la literatura es Osteotomía Le Fort I asociada a una segmentación del maxilar, en los casos de necesidad de una expansión mayor a 6 mm; SARPE y en una segunda fase, o en forma diferida una Le Fort I, creemos que en estos casos otra alternativa confiable es realizar la expansión quirúrgica (SARPE) en forma simultanea a la cirugía ortognatica, en un solo tiempo quirúrgico. Para ésta alternativa se requiere un conocimiento y manejo exhaustivo del periodo de ventana de la ortodoncia post quirúrgica.

SO06.14

Hiperplasia condilea mandibular, protocolo de manejo y presentación de casos clínicos.

Marcelo Nuñez Ulloa¹, Sergio Moya Pradenas¹

¹Hospital Higuera

Sesiones Orales 06 - Temas Libres 10', Salón Colorado, junio 24, 2016, 11:00 - 14:00

La hiperplasia condílea mandibular representa un desafío importante, tanto por su diagnóstico y en especial para determinar el tratamiento adecuado. además de saber si corresponde a la variedad horizontal, vertical o mixta; hay que considerar si se presenta activa o no en el momento del diagnóstico. Los factores edad del paciente y grado de asimetría facial o alteración oclusal alcanzada, también serán importantes para tomar decisiones sobre el tratamiento a efectuar y más aún, el momento adecuado en el cual se llevará a cabo.

En el presente trabajo se expone el protocolo que llevamos en el Hospital Las Higuera de Talcahuano, Chile; donde en conjunto con ortodoncia se evalúan los casos y se ingresan a tratamiento según corresponda. Existirán pacientes a los cuales se les intervendrá a temprana edad (condilectomía) para evitar mayores alteraciones oclusales, otros a quienes se les realizará cirugía ortognática más condilectomía en el mismo tiempo quirúrgico, algunos no recibirán tratamiento quirúrgico de su hiperplasia y sólo se resolverá su problema dentofacial con tratamiento ortodónico u ortodónico quirúrgico. También se presenta el caso de un paciente, quien terminada su ortodoncia, comienza a presentar una laterodesviación mandibular, se diagnostica hiperplasia condilea activa, se realiza tratamiento quirúrgico (condilectomía) y recupera sus relaciones oclusales previas.

Sabemos que el éxito de estos tratamientos radica en la adecuada planificación, evaluación y seguimiento de ellos, la mantención de la matriz funcional resulta vital en el proceso de regeneración de los cóndilos operados.

Es importante considerar, el estricto control y compromiso en el seguimiento de pacientes con hiperplasia condilar inactiva, que no tienen indicación de condilectomía, ya que existe un 3% de reactivación de la patología.

SO07.01

Morfología de la vía aérea superior y Cirugía ortognática.

Dr. Rolando Carrasco^{1,2}, Dr. Juan Argandoña²

¹Universidad De Chile, ²Hospital San Juan de Dios

Sesiones Orales 07 - Temas Libres 10', Salón Colorado, junio 24, 2016, 14:30 - 16:30

Introducción:

Tradicionalmente se han utilizado las teleradiografías de perfil para la evaluación de los cambios en la vía aérea superior (VAS), post cirugía ortognática, lo que ha llevado a errores debido a la superposición de estructuras y falta de definición de contornos al evaluar tejidos blandos. Con la introducción de la Tomografía Computada, la vía aérea superior se ha podido estudiar con mayor definición, proporcionando además información en sentido tridimensional.

Objetivo:

Analizar los cambios que se originan post-cirugía ortognática en clases III esqueléticas en la superficie y el volumen de la vía aérea superior.

Material y Método:

En 15 pacientes Clase III esquelética con indicación de cirugía ortognática triple (osteotomía tipo Le Fort I de avance, osteotomía sagital mandibular de retroceso y genioplastia de avance), se solicitó Tomografía Computada 7 – 10 días previo a la cirugía y a los 3 meses postoperatorio.

Se definieron 4 planos de referencia para evaluar volumen y superficie de las VAS:

- Parte mas alta de la rino-farinx
- Espina nasal posterior
- Parte mas posterior de la pared posterior de la faringe
- Base de la epiglotis

Todas las mediciones fueron efectuadas con el software SimPlant® O&O (Materialise).

Se calcularon los promedios de cada medición pre y postop y se compararon las medias mediante prueba T Student (STATA) con un nivel de significación $p < 0.05$

Resultados:

En promedio la superficie preoperatoria fue de $7389,2 \pm 1739,9$ cm² y postoperatorio de $9581,3 \pm 3973,0$ cm², dando un valor $p = 0,0891$

El promedio de volumen preoperatorio fue de $17124,2 \pm 4562,6$ cm³ y postoperatorio de $21723 \pm 8661,4$ cm³, dando un valor $p = 0.0885$.

Conclusiones:

La vía aérea superior sufre modificaciones post-ortognática tanto en el sentido sagital como transversal. Tanto el volumen como la superficie de la VAS aumentan.

SO07.02

Genioplastía en forma de M: Indicaciones, técnica y resultados.

Dr. Felipe Sáez Salas, Dr. Rodrigo Fariña^{1,2,3}

¹Servicio de CMF, Hospital del Salvador, ²Servicio de CMF, Hospital San Borja Arriarán, ³Universidad de Chile

Sesiones Orales 07 - Temas Libres 10', Salón Colorado, junio 24, 2016, 14:30 - 16:30

El mentón es una de las estructuras faciales más perceptibles. Es sujeto de alteraciones morfológicas en los planos sagital (retro o progenie), vertical (exceso o deficiencia de altura) y transversal (laterogenia). Durante los últimos 30 años, se ha descrito distintos tipos de osteotomías en la zona geniana para corregir estas alteraciones. Algunas de las complicaciones asociadas a las genioplastias incluyen: alteraciones sensitivas al nervio mentoniano, inadecuada consolidación, asimetrías e irregularidades. Otra técnica descrita que busca corregir la forma y el tamaño del mentón, es la utilización de implantes. Sin embargo, esta técnica está asociada a diversas complicaciones como por ejemplo: infección, extrusión y desplazamiento del implante, como también contracción de la cápsula, retracción del labio inferior y reabsorción ósea. Para aquellos casos con deficiencia de altura de la unidad mentoniana, se ha propuesto la instalación de distintos tipos de injertos interposicionales entre los dos fragmentos, fijados entre ellos mediante osteosíntesis. En este trabajo, se presenta el diseño de la genioplastia en M para llevar el mentón hacia adelante y abajo sin la necesidad de utilización injerto óseo o elementos aloplásticos, alcanzando resultados óptimos para cada caso específico. Adicionalmente, se realiza una revisión de las indicaciones, resultados y complicaciones utilizando esta técnica durante el período 2011-2016.

SO07.03

Osteotomía Le Fort I asistida por corticotomía: Una alternativa a la segmentación maxilar en cirugía ortognática.

Dr. Felipe Sáez Salas, Dr. Rodrigo Fariña^{1,2,3}

¹Servicio de CMF, Hospital del Salvador, ²Servicio de CMF, Hospital San Borja Arriarán, ³Universidad de Chile

Sesiones Orales 07 - Temas Libres 10', Salón Colorado, junio 24, 2016, 14:30 - 16:30

En la actualidad, el enfoque ortodónico-quirúrgico para el manejo de las deformidades dento-faciales con mordida abierta se basa en la reposición maxilar y/o mandibular utilizando osteotomías tipo Le Fort I, con o sin segmentación dependiendo de la oclusión, en conjunto con osteotomía sagital bilateral de rama mandibular (OSBRM) o solo con OSBRM. Sin embargo, las osteotomías tipo Le Fort I con segmentación maxilar no están exentas de complicaciones. Estas pueden ocurrir durante el procedimiento intra-operatorio como en el post-operatorio. Algunas de las complicaciones descritas en la literatura son: necrosis parcial del maxilar, exacerbación de la enfermedad periodontal con pérdida de dientes, necrosis pulpar, fistulas y comunicaciones oronasales, daños a dientes vecinos y alteraciones en la cicatrización ósea. El riesgo de daño a las estructuras adyacentes aumenta cuando existe una distancia interradicular estrecha entre los dientes. En este trabajo se propone utilizar la técnica de decorticalización alveolar selectiva del maxilar para asistir la cirugía ortognática en casos donde la segmentación implique un alto riesgo de daño a estructuras vecinas. El objetivo del procedimiento es posicionar la base esquelatal con una osteotomía Le Fort I y, postoperatoriamente, movilizar el segmento anterior dento-alveolar de manera acelerada. El objetivo de este trabajo es evaluar la osteotomía Le Fort I asistida por corticotomía para el manejo vertical del segmento anterior maxilar cuando existe un espacio interradicular estrecho.

SO07.04

Contribución al tratamiento de las técnicas Ortodóncico-Quirúrgicas complementarias a Cirugía Primero: Revisión de la Literatura.

Pilar González Leiva¹, Benjamín Gracia Abuter¹

¹Universidad De Los Andes

Sesiones Orales 07 - Temas Libres 10', Salón Colorado, junio 24, 2016, 14:30 - 16:30

Introducción: En los últimos años se ha desarrollado la técnica de Cirugía Ortognática: Cirugía-Primero, basada en eliminar la ortodoncia prequirúrgica y realizar la ortodoncia posterior a la cirugía. Pese a los beneficios que presenta esta técnica aún presenta ciertas desventajas, por lo que la combinación de Cirugía-Primero con técnicas ortodóncico quirúrgicas complementarias, como microimplantes, miniplacas y corticotomías, podrían permitir la obtención óptimos resultados.

Objetivo: Describir la contribución al tratamiento de ortodoncia de las técnicas ortodóncico quirúrgicas complementarias a Cirugía-Primero.

Metodología: Se realizó una búsqueda electrónica en las bases de datos PubMed, Cochrane Library, Trip Database, Lilacs y Epistemonikos. Se analizaron revisiones sistemáticas, estudios de observacionales, ensayos clínicos y reportes de casos, desde el año 2000 en adelante. Las palabras claves fueron: orthognathic surgery, orthodontic treatment, surgery first, corticotomy y skeletal anchorage. Se incluyeron todos los artículos encontrados en texto completo en inglés y español.

Resultados: Respecto al uso del sistema de anclaje esquelético en conjunto con Cirugía-Primero se encontraron 9 artículos, los cuales avalan el uso de esta combinación. En relación al uso corticotomías sólo se encontró un artículo, sin embargo otros 6 artículos hacían referencia a que las fracturas generadas durante la Cirugía Ortognática producían el mismo efecto que una corticotomía selectiva.

Conclusiones: La combinación de Cirugía-Primero con sistemas de anclaje esquelético permite mayor estabilidad al tratamiento de ortodoncia posterior. Para los autores son técnicas que deben utilizarse en conjunto, ya que la oclusión postquirúrgica es inestable y se requiere nivelar y alinear las piezas dentarias, debido a que no existe una ortodoncia previa. La mayoría de los artículos señalan que las fracturas generadas durante la cirugía tienen un efecto similar al de las corticotomías, generando de igual forma remodelación ósea alveolar acelerando la ortodoncia postquirúrgica. A pesar de la literatura encontrada, se requiere mayor investigación en este tema.

SO07.05

Cirugía cosmética complementaria a cirugía ortognática.

Dra. Javiera Beytía^{1,2}, Dr. Omar Campos Salvaterra^{1,2}

¹Hospital Clínico Universidad De Chile, ²Departamento de Cirugía y Traumatología Oral y Maxilofacial de la Universidad de Chile

Sesiones Orales 07 - Temas Libres 10', Salón Colorado, junio 24, 2016, 14:30 - 16:30

Introducción. La cirugía ortognática constituye una herramienta para corregir las discrepancias esqueléticas y dentarias, mediante osteotomías de los huesos maxilares, logrando una armonía de la arquitectura facial que trae consigo importantes cambios estéticos en los tejidos blandos. Pese a lo anterior, existen estructuras faciales que no se modifican o lo hacen de manera adversa con la cirugía ortognática, y que pueden ser corregidos mediante procedimientos de cirugía cosmética complementaria, mejorando considerablemente los resultados estéticos del paciente.

Existen múltiples procedimientos complementarios que pueden mejorar los resultados de los movimientos esqueléticos que pueden realizarse en el intraoperatorio o de forma diferida.

Objetivo. Describir las indicaciones y procedimientos estéticos complementarios a cirugía ortognática realizados en el servicio de cirugía maxilofacial desde el año 2010 al año 2015.

Metodología. Revisar todos los pacientes operados de cirugía ortognática desde el año 2010 a la fecha en el servicio de cirugía maxilofacial, que hayan sido sometidos además a procedimientos complementarios estéticos. Se dividirán los procedimientos en nasales, de parpado y de relleno cosmético. Se hará un breve resumen de sus indicaciones.

Resultados. Desde el año 2010 al año 2015, se han operado 212 pacientes de cirugía ortognática, de los cuales 72 han sido sometidos a algún procedimiento complementario estético. Se han realizado 59 procedimientos nasales, 18 procedimientos de implantes de medpore, 31 bichectomías, 24 alargamientos de labio, 4 lipoaspiraciones cervicales, 2 blefaroplastías y 2 levantamientos de cejas.

Conclusión. Es necesario abordar a los pacientes con anomalía dentofaciales desde un punto de vista estructural y estético para maximizar el resultado final y la satisfacción del paciente. El objetivo del cirujano maxilofacial debe ser el tratamiento simultáneo de las alteraciones de la arquitectura maxilo-mandibular y las desarmonías estéticas faciales tomando en cuenta los procedimientos descritos anteriormente.

SO07.06

Terapias Físicas y Quirúrgicas mínimamente invasivas para acelerar movimientos ortodóncicos: Revisión narrativa.

Francisco Valenzuela Chaigneau¹, Benjamín Gracia Abuter¹

¹*Clinica San Damián, ²Universidad de los Andes*

Sesiones Orales 07 - Temas Libres 10', Salón Colorado, junio 24, 2016, 14:30 - 16:30

La ortodoncia con aparatología fija requiere tiempos largos de tratamiento (2 a 3 años en promedio). Debemos tomar en cuenta la importancia de este tiempo, ya que podría aumentar en algunos casos la incidencia de caries, reabsorción radicular externa y disminución de la colaboración de los pacientes. Es por esto que hoy en día se ha investigado en relación a terapias complementarias que permitan acelerar los movimientos ortodóncicos.

Varios métodos quirúrgicos como corticotomía y ortodoncia osteogénica acelerada se están realizando para mejorar la tasa, magnitud y estabilidad del movimiento ortodóncico.

En la actualidad existen diferentes tipos de técnicas (no sólo quirúrgicas) que permiten disminuir los tiempos de tratamiento, como técnicas físicas y químicas.

En esta revisión se busca dar una alternativa de tratamiento con técnicas complementarias menos invasivas en comparación con las que se realizan actualmente.

Objetivo: Describir mediante una revisión narrativa técnicas físicas y quirúrgicas mínimamente invasivas actuales para acelerar los movimientos dentarios ortodóncicos.

Método: Se utilizaron las siguientes palabras claves: "Vibratory forces", "Pulsed electromagnetic field", "Laser", "Piezocision", "Corticision", "Microosteoperforations", "Accelerating orthodontic" y "Tooth movement" con los operadores booleanos "AND" y "OR". Estas palabras se ingresaron en diferentes bases de datos electrónicas: PubMed, Google Academics, TripData Base, Epistemonikos, Cochrane VHL y "American Journal of Orthodontics" (AJODO) desde el año 2004 hasta Noviembre del año 2015.

Resultados: Se obtuvieron un total de 486 artículos, se seleccionaron 36 artículos en base al título y resumen, posteriormente se eliminaron 31 artículos de acuerdo a los criterios de exclusión e inclusión.

Además se incorporaron 8 artículos por búsqueda manual reduciendo a un total de 11 artículos incluidos en esta revisión.

Conclusión: Dentro de las técnicas evaluadas todas son capaces de acelerar movimientos ortodóncicos, pero aún falta mayor evidencia científica.

SO07.07

Tratamiento de Hipoplasia de tercio medio facial mediante Protracción Ortopédica del Maxilar con anclaje óseo bimaxilar.

Dr. Jean Paul Meriño Soto¹, Dr. Sergio Moya Pradena^{2,3}

¹Universidad De Concepción, ²Hospital Las Higueras, ³Hospital Penco Lirquén

Sesiones Orales 07 - Temas Libres 10', Salón Colorado, junio 24, 2016, 14:30 - 16:30

La Clase III esquelética es consecuencia de una falta de desarrollo del tercio medio y/o un prognatismo mandibular verdadero, lo que con el tiempo genera alteraciones funcionales, estéticas y psicológicas en los pacientes que la padecen. Cuando la alteración es consecuencia de una falta de desarrollo de tercio medio facial o hipoplasia maxilar, existen distintos tipos de tratamientos dependiendo de la discrepancia existente y el tiempo de maduración ósea en el que se encuentre el paciente. El uso de la máscara facial ha sido por mucho tiempo una alternativa de tratamiento pero genera efectos dentoalveolares desfavorables, indeseables e inevitables. Para disminuir estos efectos, métodos de anclaje óseo han sido desarrollados, máscara facial con anclajes óseos y protracción maxilar con anclajes óseos bimaxilar eliminando el uso de la máscara. La protracción maxilar con anclaje óseo bimaxilar, esta indicada en pacientes que aún no han finalizado su crecimiento somático, después de la erupción del canino inferior definitivo. Mediante la instalación de 4 miniplacas de titanio, 2 maxilares y 2 mandibulares, y uso de elásticos intermaxilares 24 horas, se logra una protracción ortopédica del complejo maxilar, evitando compensaciones dentoalveolares. La importancia en la selección del paciente no solo se basa en la etapa de maduración ósea además deben ser pacientes cautivos que respeten las indicaciones y que acudan a sus controles periódicos, así como también mantengan una correcta higiene, especialmente en el sector donde se localizan las placas. El objetivo de este estudio es presentar el protocolo y técnica quirúrgica de 3 pacientes Clase III esquelética por Hipoplasia maxilar, en los cuales se realiza la instalación bimaxilar de miniplacas 2.0, con la finalidad de lograr una Protracción Maxilar mediante el uso de fuerzas elásticas.

SO07.08

Tratamiento de anquilosis temporomandibular mediante prótesis customizada.

Dr. Matteo De La Fuente Avila¹, Dr. Hugo Cooper Monsalves²

¹Departamento de Cirugía y Traumatología Bucal y Maxilofacial, Universidad De Chile., ² Hospital Sótero del Río

Sesiones Orales 07 - Temas Libres 10', Salón Colorado, junio 24, 2016, 14:30 - 16:30

Introducción

La anquilosis temporomandibular es una condición patológica donde se produce la fusión del cóndilo mandibular con la cavidad glenoidea. Su etiología es variada, dentro de las principales causas encontramos: trauma, infección, artritis, idiopática y cirugías previas de ATM, siendo el trauma y la infección las principales.

La anquilosis temporomandibular afecta múltiples aspectos de la vida del paciente tanto físicos como psicológicos, entre estos se encuentran la masticación, fonación, higiene oral, además de causar severas anomalías faciales en los pacientes en crecimiento.

Los objetivos principales del manejo de esta patología son: aumentar la función mandibular, corregir la anomalía facial, evitar reanquilosis y disminuir el dolor. Existen múltiples enfoques quirúrgicos como la artroplastia, artroplastia con interposición de injerto, injerto costocondral, distracción osteogénica, colgajo microvascular y reemplazo total de articulación temporomandibular mediante prótesis.

A continuación se describe un caso donde se realiza un reemplazo total de ATM con prótesis customizada y cirugía ortognática, para la corrección de la anomalía facial.

Objetivos

Reportar un caso de reemplazo total de ATM con prótesis customizada y cirugía ortognática, para la corrección de la anomalía facial consecutiva a anquilosis temporomandibular.

Metodología

Revisión de un caso de una paciente portadora de anquilosis temporomandibular izquierda, tratada mediante el uso de prótesis de ATM customizada y cirugía ortognática.

Resultados

Mediante el uso de una prótesis de ATM customizada izquierda combinada con cirugía ortognática, en 2 tiempos quirúrgicos, se logró devolver una adecuada función masticatoria, simetría y estética facial.

Conclusión

El reemplazo total de ATM mediante prótesis es una alternativa de tratamiento predecible que constituye la etapa final en la escala de tratamiento para corregir patologías articulares de difícil manejo, en donde otras intervenciones no han resultado exitosas.

Este procedimiento combinado con cirugía ortognática permite devolver tanto la función como la estética en el paciente logrando un resultado optimo.

SO07.09

El anclaje de disco de la ATM mediante la técnica de artroscopia.

Dr. Wladimir Genovesi, Dra. Gláucia Gonçalves Faro¹

¹Hospital 9 De Julho

Sesiones Orales 07 - Temas Libres 10', Salón Colorado, junio 24, 2016, 14:30 - 16:30

La artroscopia diagnóstica / cirugía es un éxito completo en la práctica ortopédica. Desde 1975 esta técnica hay sido desarrollada para la ATM, para la visualización de la relación del disco, fosa glenoide, condilo y eminencia articular. La artroscopia de la hay mostrado un gran valor para el diagnóstico y tratamiento quirúrgico de los trastornos de la ATM. El trabajo de los autores Helsing, McCain, Murakami, Omnishi y Sanders y colaboradores, Permitiu o desarrollo de la artroscopia para las pequeñas articulaciones y hay proporcionado las condiciones perfectas para la visualización de las estructuras que nunca han visto "in vivo" antes.

La anatomía normal y condiciones patológicas se están estudiando y técnicas de microcirugía están siendo mejorados con base en lo que se encuentran en la artroscopia. Después de 25 años de experiencia en la artroscopia diagnóstica / cirugía de la ATM, se realizó una mejor comprensión de las patologías y lesiones inherentes a las articulaciones sinoviales. La cirugía abierta de la ATM nos muestra que las indicaciones deben ser precisos, de lo contrario los resultados serán desastrosos. Con la evolución de la técnica de la cirugía de articulaciones sinoviales, separar la técnica de menisco / disco de anclaje.

Basada en principios ortopedicos, Prof.Dr. L.M Wolford comenzó a usar una micro anclaje para el reemplazo de disco en 1992. Esta tecnica fue introducida en Brasil en 1992, se trata de una tecnica de cirugía abierta, con pequeña incisión endaural.

Con la avanzada técnica de cirugía artroscopia por triangulación, se desarrolló la misma técnica de la cirugía para el anclaje del disco por artroscopia.

SO07.10

Uso de prótesis de ATM en defecto postraumático por arma de fuego.

Ana Carolina Guzmán González³, Cristian Nuñez Baeza^{1,2,4}

¹Departamento de Cirugía Bucal y Maxilofacial, Universidad De Chile, ²Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello y Maxilofacial, Hospital Barros Lucos Trudeau, ³Servicio de Cirugía Maxilofacial, Hospital asistencial Victor Rios Ruiz, ⁴Unidad de Cirugía Maxilofacial, Instituto Traumatológico Dr. Teodoro Gebauer Weisser, ⁵Servicio de Neurocirugía, Hospital Barros Lucos Trudeau

Sesiones Orales 07 - Temas Libres 10', Salón Colorado, junio 24, 2016, 14:30 - 16:30

Introducción:

En la actualidad las prótesis de ATM han adquirido cierta popularidad con indicaciones tales como enfermedades degenerativas, anquilosis, falla en injertos y pérdida de dimensión vertical. En heridas por arma de fuego la reconstrucción es compleja, requiriendo en ocasiones varias cirugías para lograr resultados estéticos y funcionales aceptables.

Objetivo:

Presentar un caso de reconstrucción de ATM, consecutiva a destrucción por arma de fuego, mediante el uso de prótesis articular.

Caso clínico:

Paciente 20 años, se autoinfiere disparo en intento suicida, describiendo trayecto de la bala desde intraoral, vestíbulo derecho, rama mandibular, cóndilo y hueso temporal ipsilateral. Al examen presenta edema facial derecho, otorragia, hipoacusia, vértigo, paresia VII par y limitación leve de la apertura bucal. Se solicita TAC para evaluar compromiso óseo y ubicación de cuerpo extraño, con cuyo resultado se planifica reconstrucción de ATM con prótesis articular total standar Biomet®. Mediante abordajes preauricular con extensión a cefálico se accede a fosa media para identificar defecto y reparar brecha osteomeníngea, se corrige defecto craneal. Se accede posteriormente a región ATM derecha eliminando cuerpo extraño de región temporal y se instala prótesis articular según protocolo sin incidentes intraoperatorios.

El paciente evoluciona en buenas condiciones generales, con resolución gradual del edema facial y aumento progresivo de la dinámica mandibular, ausencia de signos de infección y paresia facial en idénticas condiciones premórbidas. En el seguimiento a los 3 meses se encuentra estabilizado cuadro psiquiátrico, se observa simetría facial conservada, cicatrices cutáneas casi imperceptibles, rangos de apertura normal y disminución del grado de paresia inicial.

Se discute sobre indicaciones y contraindicaciones del uso de prótesis de ATM.

Conclusiones:

Aunque aún es temprano para determinar el éxito del procedimiento creemos que las prótesis de ATM constituyen una alternativa en defectos post traumáticos incluso si existen cuerpos extraños asociados a ella.

SO07.11

Hiperplasia Coronoidea Bilateral. Una patología causante de disfunción Temporomandibular. Análisis a partir de un caso clínico.

Dr. Héctor Mena Silva^{1,2}, Dr. Juan Munzenmayer Bellolio^{1,2}

¹Facultad Odontología Universidad De Concepción, ²Hospital Regional Guillermo Grant Benavente Concepción. Universidad De Concepción.

Sesiones Orales 07 - Temas Libres 10', Salón Colorado, junio 24, 2016, 14:30 - 16:30

Introducción: La hiperplasia coronoidea es una condición patológica muy poco común, caracterizada por un crecimiento desproporcionado y progresivo, tanto en volumen como en altura, de la apófisis coronoides mandibular unilateral o bilateral. El principal signo clínico de esta condición es la disminución franca de la apertura bucal y los movimientos de protrusión mandibular. Presenta características histológicas normales. El diagnóstico definitivo se obtiene mediante un estudio imagenológico completo de la región.

Objetivo: Determinar los diferentes aspectos epidemiológicos de la hiperplasia de la apófisis coronoides, analizar los signos más característicos, evaluar los tratamientos realizados y valorar la apertura bucal pretratamiento y postratamiento a partir de un caso clínico.

Varón de 24 años de edad sin antecedentes médicos de interés que acude a consulta por un cuadro de limitación de apertura progresiva y dolor en la región temporomandibular, refiere que siempre ha tenido un cierto grado de limitación, que se ha acrecentado en los últimos años. No refiere traumatismos faciales, ni puede relacionar el comienzo del cuadro ni su progresión con ningún acontecimiento. En la exploración se observa una limitación de la apertura bucal severa, con una apertura máxima de 20 mm sin laterodesviación, trae exámenes imagenológicos, ortopantomografía y conebeam.

El tratamiento realizado consistió en la coronoidectomía, complementada con fisioterapia, con resultados clínicos satisfactorios.

Metodología: Seguimiento de caso y análisis de la literatura.

Resultados y conclusiones: En el análisis de la literatura a partir del caso se obtuvo que la hiperplasia de la apófisis coronoides presentó una mayor incidencia en hombres respecto a las mujeres, siendo la edad media de diagnóstico de 25.5 años. Los signos característicos de diagnóstico son la limitación de la apertura bucal en la totalidad de los casos, seguido de la asimetría facial. La actitud terapéutica llevada a cabo fue de cirugía seguida de la fisioterapia.

SO08.01

Conceptos Actuales en Reconstrucción Labial.

Sr. Juan Manuel Muño¹, Cynthia Valeria Herrero¹, Emilio Ramos¹, Maximiliano Diamante¹
¹Hospital Milstein

Sesiones Orales 08 - Conferencias 20', Salón Colorado, junio 24, 2016, 17:00 - 18:30

Introducción: Los labios no solo cumplen un importante rol en la función de la alimentación sino que son indispensables para una sonrisa social y para la vida de relación. Aproximadamente el 25% de todos los carcinomas orales asientan en los labios y son la causa de la gran mayoría de los defectos labiales, sin embargo, el trauma y las quemaduras también contribuyen en la etiología de estos defectos.

El manejo quirúrgico de los defectos labiales representa un desafío reconstructivo que requiere de un meticuloso planeamiento pre-quirúrgico y una técnica quirúrgica minuciosa para restaurar exitosamente la función y la cosmética.

Objetivo: Es realizar una revisión bibliográfica de los posibles defectos labiales y sus opciones reconstructivas, mencionar ventajas y desventajas. Presentar diferentes reconstrucciones labiales de pacientes que concurren al servicio de Cirugía Maxilofacial del hospital Cesar Milstein desde el año 2009 al 2016.

Materiales y Métodos: Se realizó una búsqueda sistemática de los artículos relevantes en Medline, Cochane Central Register of Control Trials y Embase. Las palabras claves utilizadas fueron lip cancer, lip reconstruction, lip defect, local flap reconstruction, free flap reconstruction. Se encontraron 4066 publicaciones de las cuales solo 10 cumplieron con los criterios de inclusión.

Resultados: No hubo diferencia significativa en términos de complicaciones posoperatorias entre reconstrucciones con colgajos locales o colgajos libres, sin embargo, hubo diferencia significativa en la similitud del color de la piel en aquellos pacientes reconstruidos con colgajos locales con respecto a aquellos reconstruidos con colgajos libres.

Conclusiones: Para maximizar los resultados cosméticos y funcionales en las reconstrucciones labiales se debe realizar un planeamiento pre-quirúrgico meticuloso. Siempre que sea posible se deben utilizar colgajos locales para obtener una menor morbilidad del sitio dador y lograr una mejor similitud en la textura y color de los tejidos.

SO08.02

Atención primaria del niño FLAP, enfoque psicosocial y nuestra experiencia.

Dr. Orlando Martin Echepare

Sesiones Orales 08 - Conferencias 20', Salón Colorado, junio 24, 2016, 17:00 - 18:30

Las fisuras labioalvéolopalatinas se pueden definir como malformaciones congénitas y también como displasias cráneo faciales. Las malformaciones son cambios de la estructura normal que se originan durante el período embrionario y que implican alteraciones en el crecimiento y desarrollo.

El tratamiento primario del niño con FLAP incluye una rehabilitación a través de una placa obturadora colocada en la zona de la fisura, es indispensable comenzar en las primeras horas después del nacimiento, para facilitar la alimentación y empezar a moldear los tejidos buscando la anatomía normal.

Es necesario trabajar en forma coordinada, respetando los tiempos de cada procedimiento (Ortopedia, cirugía, foniatría) y las opiniones de cada especialista.

Si lográsemos una verdadera integración de las distintas especialidades, estaríamos trabajando para mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes niños, que nacen con esta dificultad y que pueden llegar a una completa rehabilitación de forma y función que asegure su integración a la comunidad que pertenecen. El vínculo con la familia y comunicación entre los profesionales son los pilares fundamentales del éxito del tratamiento.

El tratamiento no puede realizarlo una sola persona, requiere de un grupo de profesionales que actúan en distintas áreas que deben vincularse en forma armónica y con un alto nivel de comunicación a favor del paciente. Desde el comienzo del tratamiento la existencia de un equipo tiene una buena influencia sobre el niño y su grupo familiar. Los padres se sienten respaldados y acompañados por una comunidad de agentes de salud. Esta parte va a ser desarrollada en el momento de la conferencia mostrando los conceptos de nuestro enfoque psicosocial.

SO08.03

Papel de la Cirugía Maxilofacial en el Tratamiento del Síndrome de Apnea Obstruktiva del Sueño.

Dr. Néstor Alejandro Heredia Morales¹

¹Centro De Especialidades 17.19

Sesiones Orales 08 - Conferencias 20', Salón Colorado, junio 24, 2016, 17:00 - 18:30

Introducción: La apnea obstructiva del sueño (AOS) no es nueva y sus efectos sobre la calidad de vida (CdV) han sido descritos desde el año 440 AC por Hipócrates; el síntoma principal es la excesiva somnolencia diurna (ESD), sin embargo; no es específica de la AOS. Cuando el ESD es causada por la AOS, se le denomina SAOS. Objetivo: Describir los aspectos que vinculan a la cirugía maxilofacial en el tratamiento del SAOS. Metodología: Se realizó una investigación tipo descriptiva con un diseño, documental, transseccional y univariable. Resultado: En cirugía maxilofacial los dispositivos orales se presentan como una opción de tratamiento no quirúrgico, no obstante; su uso a largo plazo presenta complicaciones como la disfunción de la articulación temporo-mandibular, migraciones dentales y mal oclusión. Las opciones quirúrgicas son influenciadas por la severidad de la enfermedad; la úvulopalatofaringoplastia, el avance maxilo-mandibular convencional (AMM), el avance maxilo-mandibular con distracción osteogénica y el avance geniano con o sin suspensión hioidea, están dirigidas a aumentar las dimensiones de la vía aérea y disminuir el colapso de los sitios anatómicos afectados. El AMM parece ser la opción quirúrgica más estable en el tiempo, mejora la obstrucción de la vía aérea superior en al menos 2 regiones anatómicas; lo que permite mejorar en el postoperatorio la ESD, la saturación parcial de oxígeno y los índices de apnea-hipoapnea. Conclusión: A pesar de cualquier valor para cuantificar el efecto de un tratamiento en particular, si el paciente no percibe ningún beneficio físico o mental y no provee mejora de su CdV el tratamiento no es útil. En consecuencia, los tratamientos del SAOS deben ir dirigidos a disminuir la ESD y en consecuencia mejorar la CdV; de todos los tratamientos propuestos, el AMM se sugiere como una opción accesible, predecible y estable que ofrece éstos beneficios.

SO08.04

Distracción osteogénica en el maxilar superior - Es una alternativa viable?

Dra. María Guadalupe Loutayf Terán¹

¹*Hospital Bernardo*

Sesiones Orales 08 - Conferencias 20', Salón Colorado, junio 24, 2016, 17:00 - 18:30

La distracción osteogénica es una técnica quirúrgica utilizada para la reconstrucción de deformidades óseas incrementando cantidades de hueso y tejidos blandos como consecuencia del desplazamiento gradual de fracturas óseas quirúrgicamente realizadas, es un procedimiento alternativo para avances maxilares en casos de retrusión maxilar severa y en pacientes con tendencia a la recidiva tales como pacientes con labio fisurado y paladar hendido. Se presentarán casos clínicos en los que el procedimiento de elección para el avance maxilar fue la distracción osteogénica, en los que se consiguieron buenos resultados con estabilidad a largo plazo y baja tasa de recidiva.

SO09.01

Reconstrucción de piso orbitario, implantes customizados como alternativa de tratamiento.

Dra. Tamara Alejandra Muñoz Zavala¹, Dr. Christian Pedemonte Trehwela¹

¹Hospital Clínico Mutual de Seguridad

Sesiones Orales 09 - Temas Libres 10', Salón Colorado, junio 25, 2016, 8:00 - 10:00

Las fracturas del piso orbitario son comunes en trauma maxilofacial, las que se pueden presentar aisladas o combinadas como en fracturas del complejo cigomaticomaxilar y/o nasoorbitomaxilar.^{1 2 3} Los pacientes generalmente presentan gran destrucción asociado a impactos de alta energía, por lo que es mayor la probabilidad de presentar secuelas posteriores, esencialmente enoftalmo y diplopía.^{3 4 5}

Los materiales de reconstrucción van desde hueso autólogo hasta materiales aloplásticos, tales como las mallas de titanio e implantes customizados de titanio y customizados con polietileno tereftalato.^{1 6 7 8 9 10}

Se ha visto que los implantes customizados son una alternativa de tratamiento en cirugías secundarias por retiro de mallas preformadas, en casos donde frecuentemente hay atrapamiento de los músculos oculares y permanencia de enoftalmo.

Se presenta una serie de casos que fueron reconstruidos con implantes customizados de órbita con polietileno tereftalato (PEEK) e implantes customizados de titanio del Hospital Clínico Mutual de Seguridad, Santiago de Chile entre el 2012 y 2016.

Los implantes customizados son una excelente alternativa, ya que se ha demostrado que reducen de forma notoria las secuelas de fracturas orbitarias, mejorando el enoftalmo y en su mayoría la diplopia. Además permiten una buena adaptabilidad a la anatomía orbitaria del paciente, son de mayor precisión y además disminuye el tiempo operatorio. Debido a esto, el costo-beneficio de utilizar estos implantes en una instancia quirúrgica lo hacen ser una buena opción de tratamiento.

SO09.02

Acceso a la pared medial de la órbita: Descripción de la técnica retrocaruncular.

Dra. Marlene Díaz Reiher¹, Dr. Christian Pedemonte Trehwela¹

¹Hospital Clínico Mutual De Seguridad C.Ch.C

Sesiones Orales 09 - Temas Libres 10', Salón Colorado, junio 25, 2016, 8:00 - 10:00

La incidencia de fractura de órbita se ha ido incrementando, asociado probablemente a la mayor cantidad de traumatismos de alta energía y al desarrollo de nuevos escáneres de tomografía computarizada (TAC). Fracturas de pared medial no tratadas, o tratadas incorrectamente, pueden provocar complicaciones estéticas o funcionales, tales como diplopía y enoftalmos. Han sido descritos distintos abordajes para acceder a ella, entre ellos, abordajes transcutáneos, que se encuentran asociados a cicatrices poco estéticas y permiten escasa visibilidad. Por otra parte, el acceso retrocaruncular ha ido ganando popularidad en las últimas décadas, sin embargo, continúa siendo controversial su uso debido a las complicaciones asociadas.

Objetivo: Realizar un análisis retrospectivo de las reconstrucciones de la pared medial, utilizando un abordaje retrocaruncular.

Materiales y método: La muestra fue seleccionada de la población atendida para tratamiento de fracturas orbitarias en el Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Clínico Mutual de Seguridad C.Ch.C (Santiago, Chile), en el periodo de enero 2011 a diciembre 2014. Criterios de inclusión: Mayores de 18 años con fracturas únicas de pared medial de órbita o combinadas con piso orbitario, uni o bilaterales, con indicación de resolución quirúrgica y abordaje retrocaruncular. Criterios de exclusión: fractura de techo y/o pared lateral de órbita.

Resultados: 168 órbitas fueron operadas durante el periodo, de las cuales 27 fueron abordadas mediante acceso retrocaruncular con extensión transconjuntival y cantotomía lateral. De ellas, todas las reconstrucciones fueron exitosas en la primera intervención, exceptuando un caso que requirió reconstrucción tardía con implante de titanio customizado. Sólo un paciente desarrolló complicaciones, correspondiente a un granuloma conjuntival.

Conclusiones: La técnica para el abordaje retrocaruncular permite un acceso directo y seguro a la pared medial de la órbita, obteniendo buenos resultados, tanto estéticos como funcionales con mínimas complicaciones.

SO09.03

ATLS: Experiencia en un hospital de trauma.

carolina andrea ortega sobarzo, cristián alejandro nuñez baeza

¹hospital barros luco

Sesiones Orales 09 - Temas Libres 10', Salón Colorado, junio 25, 2016, 8:00 - 10:00

Introducción

El Soporte Vital Avanzado en Trauma (ATLS) se acepta como “gold standard” en el manejo inicial de pacientes politraumatizados, realizando simultáneamente evaluación y tratamiento y basándose en la identificación y manejo inicial de todas las lesiones.

CASO 1: Paciente sexo masculino, 68 años, ingresa a urgencia HBLT con diagnóstico de trauma facial por impacto de objeto contundente. Glasgow 13, HDE, sangramiento de heridas faciales, fractura mandibular expuesta.

CASO 2: Paciente sexo masculino, 32 años, ingresa a urgencia HBLT con diagnóstico de politraumatismo consecutivo a accidente en moto y atropello de peatón. Glasgow 10, HDI, hipotenso, taquicárdico con sangramiento de heridas faciales y sospecha de fractura de pelvis inestable.

Objetivos

Tratar lesiones que ponen en riesgo vida del paciente, detener sangramiento, evitar complicaciones infecciosas, controlar factores que producen descompensación, manejo definitivo de todas las lesiones.

Metodología

CASO 1: INT, aseo quirúrgico, reducción más osteosíntesis alámbrica, aseo, lavado, hemostasia, plastía y sutura de herida facial a colgajo más neurorrafia nervio mentoniano. Evolución favorable extubándose a las 48 hrs, alta y a la fecha en control.

CASO 2: Manejo de fracturas en pabellón para manejo de shock hipovolémico y estabilidad inicial. Bajo AG, instalación de tutor para fijación de fractura pelvis y reducción más osteosíntesis alámbrica de fracturas faciales. Traslado a Hospital FACH para manejo definitivo.

Resultados

En todos los casos se consiguió estabilizar al paciente, resolviendo los problemas por orden de importancia previo a la resolución definitiva del caso.

Conclusiones

En politraumatizados se hace difícil determinar el orden de intervención, basando las decisiones finalmente en la experiencia del profesional y el análisis riesgo beneficio; aquí radica la importancia de generar un algoritmo en el manejo de politraumatizados enfocado en lesiones coexistentes, compromiso hemodinámico y vía aérea y presencia de lesiones oculares.

SO09.04

Osteonecrosis de los maxilares (ONM) asociada a bifosfonatos: reporte de casos.

carolina Andrea ortega sobarzo, cristián alejandro nuñez baeza

¹*hospital barros luco*

Sesiones Orales 09 - Temas Libres 10', Salón Colorado, junio 25, 2016, 8:00 - 10:00

Introducción

Los bifosfonatos son potentes inhibidores de los osteoclastos, reduciendo la reabsorción ósea, usados para el tratamiento del mieloma múltiple y metástasis óseas de tumores sólidos como el cáncer de mama y próstata. Desde el 2003 se relata la relación entre bifosfonatos y la ONM reportándose numerosos casos.

CASO 1: Paciente sexo femenino, 62 años, antecedente de mieloma múltiple tratado con quimioterapia y bifosfonatos refiere exodoncia de molares mandibulares hace 2 años. Evolución desfavorable, infección recurrente, eventos de exposición y secuestro óseo.

CASO 2: Paciente sexo masculino, 71 años, antecedente de cáncer de próstata operado y metástasis ósea en columna lumbar en tratamiento con bifosfonatos refiere exodoncias múltiples en mandíbula hace 1 año y medio. Evolución desfavorable, exposición y secuestro óseo.

Objetivos

Tratamiento quirúrgico de pacientes con ONM asociada al uso de bifosfonatos.

Metodología

CASO 1: Se realiza aseo quirúrgico y plastía de tejidos blandos más antibioterapia VO. Evolución lenta y pocos cambios reparativos, en control.

CASO 2: Bajo AG se realiza biopsia incisional para descartar metástasis mandibular, mostrando tejido necrótico y osteomielitis compatible clínicamente con ONM asociada a bifosfonatos.

Resultados

En todos los casos la sintomatología consistía en dolor, inflamación y exposición ósea habiendo sido sometidos a exodoncias mandibulares. En ambos casos se ha conseguido controlar la sintomatología dolorosa persistiendo la exposición ósea.

Conclusiones

El tratamiento con bifosfonatos parece ser un factor determinante en la aparición de ONM en pacientes oncológicos.

La gravedad de la enfermedad hace necesario realizar diagnósticos precoces, donde exámenes imagenológicos son de vital importancia. Cuidados preventivos deben considerarse para evitar procedimientos invasivos una vez iniciado el tratamiento con estos fármacos.

Hacen falta más estudios acerca de si la suspensión del tratamiento reduce el riesgo de ONM en pacientes que requieren procedimientos dentales.

SO09.05

Complicación infecciosa del trauma cráneo-facial: Reporte de un caso.

Araceli Raposo Castillo^{1,3}, Cristian Nuñez Baeza^{1,2,3}

¹Departamento de Cirugía Bucal y Maxilofacial, Universidad De Chile, ²Servicio de Cabeza y cuello y Maxilofacial, Hospital Barros Lucos Trudeau, ³Unidad de Cirugía Maxilofacial, Instituto traumatólogo Dr. Teodoro Gebauer Weisser, ⁴Servicio de Cirugía Maxilofacial, Hospital asistencial Dr. Victor Ríos Ruiz, ⁵Servicio de Cirugía Maxilofacial, Hospital San Juan de Dios

Sesiones Orales 09 - Temas Libres 10', Salón Colorado, junio 25, 2016, 8:00 - 10:00

INTRODUCCIÓN:

Aproximadamente el 50% de las fracturas craneales se asocian con lesiones del esqueleto facial. Las complicaciones son relativamente comunes y se desarrollan tanto en pacientes tratados como no tratados. Se describen infecciones a partir de cuerpos extraños, fragmentos óseos y restos de mucosa, que podrían resultar en osteomielitis, meningitis, abscesos cerebrales u orbitarios y trombosis del seno cavernoso.

OBJETIVO:

Presentar un caso de trauma craneofacial que desarrolló una infección postoperatoria resultando en el fracaso de la reconstrucción primaria.

CASO CLÍNICO:

Paciente sexo masculino, 42 años, ingresa a urgencias en Glasgow 6, con lesión craneofacial compleja por arma de fuego, herniación del bulbo ocular izquierdo y exposición de masa encefálica temporal ipsilateral. Se realiza aseo quirúrgico, exenteración ocular, lobectomía frontal parcial y duroplastía. Evoluciona con compromiso neurológico y meningitis que requiere manejo en UCI por 21 días. Una vez estable se realiza reconstrucción orbitaria y cierre de brecha osteomeníngea. Evoluciona favorablemente durante el primer mes postoperatorio, sin embargo luego se produce exposición gradual de placas de osteosíntesis a consecuencia de infección severa con supuración espontánea de herida operatoria craneal. Se deja bajo cobertura ATB y se decide eliminar todo material de OTS.

DISCUSIÓN:

Existen factores de riesgo para infecciones post craneotomías, cómo Glasgow < 10, pérdida de LCR y la reoperación temprana. En estos casos se recomienda realizar exploración primaria adecuada, eliminación de tejidos residuales y reposición de fragmentos previo a la reconstrucción definitiva.

CONCLUSIONES:

No existe evidencia que defina una conducta a seguir en caso de complicaciones infecciosas en trauma craneofacial. Si bien se utilizó cobertura antibiótica no se pudo controlar el avance de la infección terminando irremediabilmente en el retiro de osteosíntesis y manejo posterior de la secuela.

SO09.06

Modificación de acceso pterional para trauma cráneo-facial: Reporte de un caso.

Araceli Raposo Castillo^{1,2}, Cristian Nuñez Baeza^{1,2,3}

¹Departamento de Cirugía Bucal y Maxilofacial, Universidad De Chile, ²Unidad de Cirugía Maxilofacial, Instituto traumatólogo Dr. Teodoro Gebauer Weisser, ³Servicio de Cirugía de Cabeza y cuello y Maxilofacial, Hospital Barros Lucos Trudeau, ⁴Servicio de Urgencia Neuroquirúrgica, Hospital Barros Lucos Trudeau, ⁵Servicio de Cirugía Maxilofacial, Hospital Asistencial Víctor Ríos Ruiz

Sesiones Orales 09 - Temas Libres 10', Salón Colorado, junio 25, 2016, 8:00 - 10:00

Introducción:

En fracturas complejas de la región craneofacial el acceso debe proporcionar la máxima exposición ósea para lograr la reducción adecuada. En ocasiones las incisiones locales no son suficientes y se recurre al acceso coronal. El acceso pterional se utiliza comúnmente en neurocirugía y consiste en abrir el cráneo para acceder al cerebro a través de su cara lateral.

Objetivos:

Mostrar una modificación del acceso pterional para tratar una fractura cigomáticotemporal.

Caso clínico:

Paciente de 25 años, sufre golpe con objeto contundente resultando en TEC complicado, fractura de arco cigomático conminuta y hueso temporal izquierdo, sin déficit neurológico asociado. Se programa reducción y estabilización de fractura temporal y macizo facial en un mismo tiempo quirúrgico. Se utiliza un acceso pterional combinado con un preauricular para permitir el acceso al arco cigomático. Se exponen los rasgos de fractura, se reduce y fija el arco cigomático mediante osteosíntesis rígida y se sutura por planos. El paciente evoluciona en buenas condiciones, sin alteraciones neurológicas, simetría facial conservada, cicatriz poco visible y dolor en regresión.

Discusión:

El acceso pterional ofrece una gran versatilidad para el tratamiento de lesiones intracraneanas sin embargo también puede ser utilizado para acceder a fracturas de la región temporal y frontal al ser utilizado como acceso de tejidos blandos. La extensión del acceso a la región preauricular amplía las indicaciones al trauma orbito-cigomático y cóndilo mandibular, sin aumentar los riesgos quirúrgicos y con buen postoperatorio asociado. Además permite reparar brechas osteomeníngeas que muchas veces se asocian al trauma.

Conclusiones:

Esta modificación del acceso pterional proporciona un excelente campo quirúrgico para la resolución del trauma medio facial en combinación con trauma temporal o frontal ipsilateral, sin aumentar los riesgos o complicaciones. De esta forma constituye una alternativa al acceso coronal para este tipo de trauma.

SO09.07

Abordaje transconjuntival con cantotomía lateral en reducción de fracturas orbitarias: reporte de complicaciones.

Dr Fernando Rodríguez Castro, Dr. Christian Pedemonte Trehwela¹

¹*Servicio de cirugía maxilofacial Hospital Clínico Mutual de Seguridad*

Sesiones Orales 09 - Temas Libres 10', Salón Colorado, junio 25, 2016, 8:00 - 10:00

Introducción

Las fracturas orbitarias son el tercer tipo más frecuente de fracturas en el territorio maxilofacial y su manejo muchas veces requiere maniobras de reducción abierta con fijación interna según su grado de desplazamiento y compromiso funcional. Por su parte el abordaje transconjuntival (ATC) provee un excelente acceso al piso, rim inferior, pared lateral y medial de la órbita, con una baja tasa de complicaciones reportadas y evitando cicatrices en piel. Quirúrgicamente la incisión transconjuntival (ya sea retro o preseptal) puede estar acompañada por extensiones a nivel del canto lateral y caruncular. La variante retroseptal es habitualmente empleada para tratamiento de fracturas orbitarias gracias al acceso directo que permite al piso orbitario y es por esta razón que ha mostrado ventajas frente a otras alternativas tales como el abordaje subciliar el cual ha reportado una mayor una tasa de complicaciones posterior a su ejecución. No obstante, se han descrito complicaciones asociadas a ATC tales como el entropión, ectropión, triquiasis, granuloma conjuntival y exposición de escleras en una menor cantidad las cuales se han asociado a alteraciones cicatrizales influenciadas por la presencia de focos sépticos y tensión de los tejidos involucrados.

Presentamos un estudio retrospectivo descriptivo de la frecuencia de complicaciones de los abordajes transconjuntivales con cantotomía lateral practicados en la resolución de fracturas en el servicio de cirugía maxilofacial del Hospital Clínico Mutual de Seguridad, Santiago Chile.

Objetivos

Cuantificar la tasa de complicaciones asociadas al uso de ATC con cantotomía lateral.

Metodología

Estudio retrospectivo - descriptivo

Resultados

El ATC presenta una baja tasa de complicaciones.

Conclusiones

El ATC representa una excelente vía de acceso para la reducción de fracturas orbitarias y una baja tasa de complicaciones asociadas a su uso en reducción de fracturas orbitarias.

SO09.08

Reducción abierta con fijación interna en fracturas del complejo orbitocigomático: reporte de secuelas.

Dr. Felipe Gutiérrez Zamorano¹, Dr. Ilich Vargas Farren¹

¹*Servicio de cirugía maxilofacial Hospital Clínico Mutual de Seguridad*

Sesiones Orales 09 - Temas Libres 10', Salón Colorado, junio 25, 2016, 8:00 - 10:00

Introducción

Las fracturas del complejo orbitocigomático comprometen las suturas fronto-cigomática, cigomático-maxilar, cigomático-temporal, efeno-cigomático y reborde infraorbitario. Presentan una alta incidencia conjuntamente con las fracturas nasales y mandibulares. Dentro de sus causas podemos encontrar accidentes de tránsito, agresiones físicas y caídas. El tratamiento quirúrgico mediante reducción abierta con fijación interna (RAFI) se indica en presencia de desplazamiento de los segmentos a fin de evitar secuelas como disfunción ocular, mandibular, alteraciones cosméticas y sensitivas según su compromiso. Sin embargo, posterior a la RAFI también podemos encontrar alteraciones a nivel funcional, sensitivo y estético. Presentamos el reporte de secuelas posteriores a los 3 meses posteriores al tratamiento de fracturas orbitocigomáticas tratadas mediante RAFI por el servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Clínico Mutual de Seguridad Santiago de Chile, entre enero de 2014 y junio de 2015.

Objetivos

Cuantificar la incidencia de secuelas posteriores a un periodo de tres meses de la cirugía de reducción de fracturas orbitocigomáticas.

Resultados

Baja incidencia de secuelas funcionales.

Importante presencia de alteraciones sensitivas a nivel infraorbitario.

Conclusiones

La reducción quirúrgica fracturaria no solo busca una correcta corrección anatómica sino también funcional. Existe una alta labilidad de las estructuras sensitivas de los territorios anatómicos involucrados.

SO09.09

Alternativas terapéuticas en pacientes con secuelas de fracturas panfaciales. Serie de casos.

Dr. Sebastian Andres Tapia Coron, Christian Pedemonte Trehwela

¹Hospital Clínico Mutual De Seguridad

Sesiones Orales 09 - Temas Libres 10', Salón Colorado, junio 25, 2016, 8:00 - 10:00

Introducción

Las fracturas panfaciales son definidas como fracturas que comprometen el tercio inferior, medio y superior de los huesos de la cara. Según el tipo y la intensidad del trauma, puede comprometer mandíbula, maxilar, complejo cigomático, región naso orbito etmoidal, hueso frontal y a menudo están asociados a daño cráneo cerebral y daño a la espina cervical. Los objetivos terapéuticos son recuperar función y estética facial. En la literatura esta ampliamente descrito al manejo primario de las fracturas panfaciales, pero en los casos de pacientes no tratados o con reconstrucciones primarias no satisfactorias, la evidencia científica es escasa.

Objetivo

El objetivo de este estudio consiste en revisar distintas alternativas terapéuticas de pacientes secuelados por fracturas panfaciales y nuestra experiencia en el manejo de estos casos.

Método

Se presentaran una serie de casos de pacientes con secuelas faciales (enoftalmos, distopias, diplopías, parálisis faciales, perdida de tejidos blandos, maloclusiones, asimetrías esqueléticas y dentarias, rinodeformaciones) tratadas secundariamente con diversas técnicas quirúrgicas (osteotomías correctoras, uso de toxina botulínica, injertos de tejidos óseos-blandos, implantes oseointegrados y personalizados de órbita).

Discusión

El tratamiento de pacientes con secuelas por fracturas panfaciales, representa un reto para el cirujano, debido a que el tratamiento debe ser personalizado y varía según la necesidad del paciente. Se describen diversas alternativas terapéuticas, desde el uso de toxina botulínica, injertos óseos en dorso nasal, implantes personalizados de órbita, osteotomía correctoras, entre otras. Todo lo anterior en busca de mejorar las severas secuelas que presentaban, tanto en función como en estética.

Conclusiones

Las secuelas de los pacientes con fracturas panfaciales son un desafío, y es importante conocer diversas alternativas terapéuticas debido principalmente a la complejidad de las secuelas que presentan.

SO09.10

Manejo de las fracturas mandibulares (Generalidades)

Dr. Natan Eduardo Cocha¹, Dr. Martin Gaspar¹

¹*Nuevo Hospital San Roque*

Sesiones Orales 09 - Temas Libres 10', Salón Colorado, junio 25, 2016, 8:00 - 10:00

La mandíbula, parte del sistema estomatognático con participación en la fase inicial de la alimentación, fonación, estética y otras funciones más. Es anatómicamente un hueso fuerte, móvil con características morfológicas específicas donde se insertan las piezas dentarias, músculos, ligamentos y estructuras vasculo-nerviosas. Las fracturas de mandíbula son muy frecuentes en traumatología facial. Estas fracturas varían en complejidad, provocando lesiones aisladas como resultado de un trauma de bajo impacto o lesiones conminutadas, múltiples o avulsivas como respuesta a un trauma de alto impacto. Los diferentes patrones de fracturas nos llevan a distintos tipos de tratamiento con principios básicos estandarizados orientados a la restitución anatómica temprana, fijación estable y pronta inserción a la función. El objetivo de esta presentación es mostrar el manejo de este tipo de procedimiento.

SO09.11

Manejo quirúrgico de fracturas de cóndilo: revisión de la literatura a propósito de una serie de casos.

Dr. Claudio Gatica Quintanilla^{1,2}, Dr. Cristian Nuñez Baeza^{1,2,3}

¹Instituto Traumatológico Dr. Teodoro Gebauer, ²Complejo Asistencial Barros Luco, ³Facultad de Odontología. Universidad de Chile, ⁴Facultad de Odontología. Universidad Católica de Chile

Sesiones Orales 09 - Temas Libres 10', Salón Colorado, junio 25, 2016, 8:00 - 10:00

INTRODUCCIÓN

Existen diversos factores que determinan la decisión de tratamiento para las fracturas condilares, principalmente el nivel de la fractura y el grado de desplazamiento. Con el avance en la calidad y resolución de las imágenes, desarrollo de materiales de osteosíntesis y el progreso en investigación, se ha ampliado el uso de fijación interna estable en este tipo de fracturas. Si bien la calidad de los estudios actuales es pobre, existe una tendencia hacia el tratamiento quirúrgico, señalándose en varios de ellos bajas tasas de complicaciones asociadas.

OBJETIVOS

Realizar una actualización de la literatura respecto al tratamiento quirúrgico de fracturas de cóndilo y presentar la experiencia de un hospital de trauma, mediante una serie de casos.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión de la literatura actual utilizando Pubmed, Cochrane, Scielo, desde el 2009 a la fecha, respecto a la indicación de tratamiento quirúrgico, accesos utilizados, ventajas, complicaciones y material de osteosíntesis. Se presenta una serie de casos de fracturas de cóndilo con indicación quirúrgica, bajo mismo protocolo y equipo tratante mediante reducción abierta, utilizando acceso retromandibular transparotídeo y fijación con miniplacas. El seguimiento se realizó mediante control clínico e imagenológico.

RESULTADOS

El abordaje retromandibular en comparación a otros accesos quirúrgicos, ofrece varias ventajas:

- 1.- Corta distancia de trabajo desde la incisión al cóndilo respecto a otros abordajes.
- 2.- Amplio acceso al borde posterior de la mandíbula y escotadura sigmoídea.
- 3.- Permite fácil reducción y fijación.
- 4.- Cicatriz menos visible en comparación a otros abordajes

CONCLUSIONES.

La reducción abierta de las fracturas logra resultados satisfactorios desde el punto de vista funcional y estético. El acceso retromandibular es utilizado de forma rutinaria en nuestro centro permitiendo una buena visualización y adecuada reducción y fijación, asociado a bajas tasas de complicaciones.

SO10.01

Manejo del tumor odontogénico epitelial calcificante (Tumor de pindborg) revisión bibliográfica.

Julian Andres Ariza Saldaña¹, Dra. Brigitte Gabrielle Corredor Márquez¹
¹Residente Cirugía Maxilofacial, ²Cirujano Maxilofacial

Sesiones Orales 10 - Concurso Trainee, Salón Amazonas, junio 25, 2016, 10:30 - 13:00

El tumor odontogénico epitelial calcificante o Tumor de Pindborg, es una neoplasia odontogénica benigna, de carácter agresivo, poco frecuente, del 0,4% a 3% de todos los tumores odontogénicos, desde el 2004 al 2013 fueron reportados solo 200 casos. El objetivo de éste trabajo es presentar el manejo de éste tipo de tumor en una paciente femenina de 31 años de edad.

SO10.02

Tumor Odontogénico Queratoquístico. Presentación de casos.

Dr. Eduardo Geronimo Huertas¹

¹Hospital San Bernardo

Sesiones Orales 10 - Concurso Trainee, Salón Amazonas, junio 25, 2016, 10:30 - 13:00

Tumor Odontogenico Queratoquistico: asi considerado a partir del 2005 por la Organizacion Mundial de la Salud, es un tumor benigno intraoseo que se origina de restos de la lamina dental, con una alta tasa de recurrencia y una incidencia entre la 2° y 3° decada de la vida y mas comun en hombres que en mujeres. La prevalencia es mas del doble de alta en mandibula que en maxilar con una preferencia en el angulo mandibular.

Se abordara características clinicas , radiograficas como asi tambien los posibles tratamientos.
Presentacion de caso clinico, diagnostico, plan de tratamiento y seguimiento a la distancia .

SO10.03

Granuloma central de células gigantes, presentación de un caso clínico.

Ronald Peña, Dr. Daniel Alfredo Maraz¹

¹Hospital Lucio Melendez

Sesiones Orales 10 - Concurso Trainee, Salón Amazonas, junio 25, 2016, 10:30 - 13:00

El Granuloma Central de Células Gigantes se presenta como una lesión tumoral o pseudotumoral, localizada, proliferante, de tejido fibroso, es de carácter benigno pero de comportamiento biológico agresivo localmente, que afecta tanto al maxilar superior como al maxilar inferior, produciendo una lesión osteolítica, con un componente histológico de células tanto mononucleares como multinucleares y cuya etiología todavía es discutida aunque en general se considera como una lesión hiperplásica o reactiva más que neoplásica. Se presenta una paciente femenina, de 11 años de edad, con una tumoración a nivel de maxilar inferior, en sector anterior, con aumento de volumen en mucosa vestibular de coloración rojo intenso, que produce una leve asimetría del labio inferior. Luego de la valoración de los análisis radiográficos, anatomopatológico, histopatológico y evaluación clínica se concluye en el diagnóstico de granuloma central de células gigantes y se realiza la excisión y legrado de la lesión con un tratamiento y conducta conservadora, preservando las piezas dentarias involucradas y realizando controles diferidos y a distancia en busca de recidivas o recurrencias.

SO10.04

Ranula-revisión bibliográfica y presentación de casos.

Dra. Sonia Tosar Gerosa¹, dr Gerardo Miguel Colavini¹

¹Higa Eva Peron San Martin

Sesiones Orales 10 - Concurso Trainee, Salón Amazonas, junio 25, 2016, 10:30 - 13:00

Una ránula es un tipo de mucocele, es decir, una tumefacción de tejido conjuntivo, encontrado específicamente en el piso de la boca. Consiste en una colección de mucina proveniente de la ruptura del conducto de una glándula salival, lo cual hace que se considere un pseudoquistes, ya que carece de membrana que lo contenga.

La glándula que más frecuentemente se ve afectada en la producción de ránulas, es la glándula sublingual. Sin embargo, pueden estar involucradas la glándula submandibular y las glándulas salivales menores. De presentación más frecuente en niños y adolescentes.

Clínicamente, la ránula es unilateral, ovoide, situada entre la lengua y el maxilar inferior, puede alcanzar gran volumen, es transparente y violácea. De consistencia blanda y puede alcanzar de 2 a 5 cm de diámetro; a la palpación muestra su contenido líquido sin gran presión; puede ser ocasionalmente bilateral; es asintomática, pero cuando alcanza un tamaño considerable puede interferir en el habla y la alimentación. Ciertas formas pueden atravesar el músculo milohioideo y llegar a ser palpables en la región suprahioidea. El tratamiento de una ránula incluye la excisión de la parte superior de la lesión, en un procedimiento llamado marsupialización. Las ránulas pueden tener recurrencia si la glándula afectada no es extirpada. Hay muy poca morbilidad.

En esta oportunidad presentaré una serie de casos clínicos documentados en el Servicio de Cirugía y Traumatología Bucocomaxilofacial HIGA Eva Perón San Martín, al cual pertenezco como residente en formación.

SO10.05

Tumor Odontogénico Adenomatoide. A propósito de un caso clínico.

Julio Matías Davant¹, Maria Florencia Pereyra

¹Higa Eva Perón

Sesiones Orales 10 - Concurso Trainee, Salón Amazonas, junio 25, 2016, 10:30 - 13:00

Introducción:

El Tumor Odontogénico Adenomatoide (TOA) es una neoplasia benigna según la nueva clasificación del 2005 sobre Tumores Odontogénicos. Es una lesión de crecimiento lento pero progresivo y no invasivo. Se presenta caso clínico de paciente femenina de 16 años con TOA en mandíbula asociado a pieza dentaria retenida tratada en nuestro Servicio.

Objetivos:

Conocer las incumbencias de TOA.

Establecer diagnóstico diferencial de la lesión y tratamiento pertinente.

Metodología:

Se presenta el caso clínico de paciente femenina con tumoración en mandíbula, que asiste al Servicio de Odontología de Hospital público de la Provincia de Buenos Aires. Se realiza estudio por imágenes, biopsia incisional de la lesión. El análisis Histopatológico revela como diagnóstico definitivo Tumor Odontogénico Adenomatoide. Bajo anestesia general, se efectúa cirugía conservadora de la misma con exodoncia de la pieza dentaria causante, técnica de regeneración ósea del lecho quirúrgico con sustituto óseo bovino y membrana de colágeno. En el mismo procedimiento se coloca como refuerzo una placa de osteosíntesis sistema 2.0 en zona de tensión. Se realizan controles postoperatorios clínicos y radiográficos a mediano y largo plazo.

Resultados:

La muestra, luego de su enucleación, es enviada para su estudio anatomopatológico, el informe confirma el diagnóstico previo y la eliminación completa de la lesión.

Se realizan controles clínicos y por imágenes, con evolución postoperatoria inmediata y mediata favorables, se descarta la recidiva de la lesión y evalúa la regeneración ósea con objetivo de rehabilitar el sistema estomatognático.

Conclusiones:

El TOA es un tumor benigno de crecimiento lento pero progresivo.

El trabajo en conjunto y multidisciplinario es esencial para arribar al correcto diagnóstico y tratamiento.

Es fundamental la comunicación directa entre el profesional que realiza la biopsia y el patólogo que estudia el preparado.

La cirugía conservadora, sea enucleación o curetaje, es el tratamiento de elección.

Es muy rara la recurrencia.

SO10.06

Quiste triquilemal en la región maxilofacial: Caso clínico

Dr. Ariel Denis Espinoza^{1,2,3}, Dr. Milvio Ariel Freiperger^{1,2,3}

¹Sociedad Argentina De Cirugia, ²Hospital Municipal Dr. Hector Dagnillo, ³Universidad J.F.K. Argentina

Sesiones Orales 10 - Concurso Trainee, Salón Amazonas, junio 25, 2016, 10:30 - 13:00

Quiste triquilemal. Aparece como lesión exofítica en la piel, tumoración de forma redondeada de crecimiento lento. El tamaño puede variar desde milímetros hasta 4 ó 5 cm, como lesión única o múltiple se localiza principalmente en el cuero cabelludo, pudiendo presentarse en la cara, cuello, tronco y extremidades.

Histología

Histológicamente es un quiste verdadero, consta de una capa externa de células basaloides, una capa intermedia de células granulares y una capa interna múltiple de células escamosas que forman queratina.

Sintomatología

Estos quistes son de crecimiento lento, asintomáticos, mientras no sufran complicaciones, su consistencia puede ser algo fluctuante cuando son grandes. Si se ejerce gran presión sobre estos, pueden dejar escapar su contenido de aspecto graso, de olor desagradable y rancio.

Pueden presentar dolor al romperse su cápsula, la cual produce inflamación por reacción a cuerpo extraño, al igual que su infección.

Diagnóstico

Su presunción clínica es a veces difícil de diagnosticar, la característica principal es el olor rancio, pudiendo confundirse a veces con patologías como el Quiste infundibular o Quiste folicular y lipoma para su diagnóstico diferencial.

CASO CLÍNICO

Paciente de 61 años, sexo femenino, sin antecedentes de enfermedades sistémicas, alergias, ni procedimiento quirúrgico previo, quien llega a nuestro Servicio de Cirugía Maxilofacial, derivado de su centro de salud, con aumento de volumen en la región frontal de 2 años aproximadamente de evolución, sin tratamiento previo. Al realizar examen clínico se observa lesión en la piel del cuero cabelludo, con múltiples costras, exofítico de 5 cm de diámetro aproximadamente en su eje mayor, ovalada, blanda e indolora, adherido a los planos profundos.

Se procede a solicitar exámenes complementarios prequirúrgicos, T.A.C. , ecodopler diagnóstico presuntivo: quiste sebáceo.

Tratamiento con anestesia local con apoyo de neurolepto, procedimiento quirúrgico técnica para enucleación total del quiste, biopsia postquirúrgico diagnóstico definitivo: quiste triquilemal.

SO10.07

Quiste dentígero terapéuticas con y sin injerto.

Denisse Urrutia Vazquez¹, Alvaro Alejandro Flores Morales

¹Residente

Sesiones Orales 10 - Concurso Trainee, Salón Amazonas, junio 25, 2016, 10:30 - 13:00

El quiste dentígero es una patología bien conocida por el cirujano maxilofacial. Suele encontrarse como un hallazgo radiográfico comúnmente asociado al tercer molar retenido, pero también puede ser detectado por otros signos como la mal posición dentaria, falta de erupción a término o persistencia de piezas dentarias primarias. Ha sido arduamente estudiada y en la bibliografía se describen diferentes terapéuticas para el mismo, desde la enucleación de la lesión y la exeresis de la pieza retenida hasta la marzupialización. Se conoce poca incidencia de recidivas por lo que, en muchos casos, el determinante de la terapéutica suele ser el tamaño de la lesión y su ubicación anatómica. En esta presentación se abordará dicha patología y sus variables de tratamiento con y sin la utilización de injertos. Se desarrollarán las ventajas y desventajas de este tipo de tratamientos sus variantes e inconvenientes y se presentarán dos casos clínicos realizados.

SO10.08

Tumor de células gigantes: revisión bibliográfica a propósito de un caso clínico.

Maria Florencia Diana¹

¹uba

Sesiones Orales 10 - Concurso Trainee, Salón Amazonas, junio 25, 2016, 10:30 - 13:00

INTRODUCCION: El tumor de células gigantes, es definido por la literatura como una neoplasia ósea benigna y localmente agresiva. Fue descrita por primera vez por Sir Astley Cooper en 1818. En el área Maxilofacial son muy poco frecuentes y asientan, en orden decreciente: mandíbula, maxilar superior, base de cráneo y cóndilo mandibular. Se describen ciertos casos, en los cuales presenta asociación con la Enfermedad de Paget y los quistes óseos aneurismáticos secundarios. Aunque existen diversas teorías sobre su etiopatogenia, no está confirmada la veracidad de alguna de ellas. Es una neoplasia con potencial maligno y en esos casos las metastasis son poco frecuentes y suelen afectar al pulmon. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica.

OBJETIVOS: se presenta un caso clínico, de un paciente de sexo masculino de 49 años de edad, el cual manifiesta aumento de volumen en maxilar inferior, de 30 días de evolución. Con características expansivas, doloroso, exofítico. Se realiza una exhaustiva búsqueda bibliográfica para correlacionar el caso con la literatura actual.

METODOLOGIA: ingresa el paciente por el Servicio de Maxilofacial, se realiza el examen clínico, anamnesis, estudios por imágenes, biopsia y la resección quirúrgica. Se analizan artículos de PubMed así como también literatura Bibliografica.

RESULTADOS: se establecio un diagnostico de Tumor de Celulas gigantes. Se realizo la resección quirúrgica y posterior rehabilitación protética. Aunque continua en seguimientos periodicos inmediatos, por su elevada tasa de recidiva.

CONCLUSION: GCT son neoplasias benignas pero localmente agresivos con un rápido crecimiento ocasional que puede diferenciarse de otras lesiones multiloculares como ameloblastoma, granuloma de células gigantes y sarcomas. Diversos autores refieren sobre su etiopatogenia, histopatología, diagnosticos diferenciales y tratamientos; sin embargo quedan muchas controversias por resolver.

SO10.09

Osteocondroma conceptos teóricos y presentación de un caso clínico.

Od Sibelis Zamora¹, Od Maximiliano Ocampos

¹Hospital Luisa C de Gandulfo

Sesiones Orales 10 - Concurso Trainee, Salón Amazonas, junio 25, 2016, 10:30 - 13:00

Introducción: El osteocondroma de cóndilo mandibular es tumor benigno mas frecuente de la atm. Que causa deformidad en el cóndilo mandibular y dismorfosis facial secundaria. Objetivos: brindar al público conceptos teóricos como la etiología clínica diagnostico primario tratamiento quirúrgico y fisioterapia post operatoria afianzando los conceptos sobre su patología. Entidad patológica benigna y sus implicaciones en la disfunción temporomandibular afectando la funcionalidad y simetría facial en los pacientes que presentan esta patología, exponiendo así la resolución quirúrgica mas conveniente en estos pacientes . metodología : se presenta un estudio de campo descriptivo mas la presentación de un caso clínico tratado en nuestro servicio. basados en los últimos reportes de la literatura de los nuevos tratamientos de esta patología. Resultados: el osteocondroma como lesión exótica de ósea presenta variabilidad de tejido cartilaginoso, La deformidad de estructuras vecinas con mayor predisposición en mujeres y de aparecion en la segunda década de vida con asimetría facial el cual ha sido informada en la literatura tratadas mayormente con condilectomias parciales y totales. Conclusiones: el osteocondroma de cóndilo mandibular se caracteriza por su asimetría facial y a lo largo del tiempo la condilectomia es el procedimiento curativo asociado a la fisioterapia como entidad neoplásica es una m patología el cual su resolución es quirúrgico mediante artrotomía, resección del cóndilo mandibular y cuidadoso despegamiento de la porción medial tratando de ser conservadores del tejido óseo sano remanente y de estructuras anatómicas dispuestas en la región condilea mas correcciones dentarias distintas mejoraran la asimetría y la oclusión.

SO10.10

Ameloblastoma, terapia resectiva y reconstrucción mediante prótesis personalizada de ATM.

Patricio Cesar Gatti¹, Maria Virginia Berdina¹
¹FOUBA

Sesiones Orales 10 - Concurso Trainee, Salón Amazonas, junio 25, 2016, 10:30 - 13:00

El Ameloblastoma es un tumor odontogenico benigno que tiende a crecer lentamente en los maxilares, es localmente invasivo y agresivo. Pueden ser altamente destructivos de la anatomía circundante. El tratamiento dependerá en gran medida de sus características histopatológicas, siendo de elección la Resección con margen de seguridad. Este tratamiento puede contribuir a generar asimetría facial y mal funcionamiento del sistema estomatognatico.

El objetivo de este trabajo es presentar un caso clínico de un paciente diabético con diagnóstico de ameloblastoma en maxilar inferior, quien luego de recibir el tratamiento quirúrgico intercurrió con una infección del sitio, debiendo retirar la placa de osteosíntesis con el fragmento mandibular proximal (cóndilo) que se había mantenido. En forma diferida se realizó la reconstrucción mediante una prótesis de ATM personalizada.

El resultado muestra que la reconstrucción de la ATM a través de la instalación de una prótesis personalizada es una opción segura y eficaz para el restablecimiento de la simetría facial y función del sistema estomatognático

SO10.11

Resecciones marginales mandibulares: cómo y cuándo.

Dra. Ludmila Antonelli¹

¹Hospital César Milstein

Sesiones Orales 10 - Concurso Trainee, Salón Amazonas, junio 25, 2016, 10:30 - 13:00

Ha habido una gran controversia en relación con el método adecuado para el tratamiento de tumores de cavidad oral y la orofaringe que invaden la mandíbula. La imposibilidad de adquirir los márgenes óseos intraoperatorias puede hacer de esto, un proceso de decisión complejo. Frente a esto, el tratamiento de los tumores orales, puede requerir resección mandibular pudiendo ser la misma una mandibulectomía segmentaria o marginal.

El objetivo de este trabajo, consiste en describir las indicaciones de las resecciones marginales, exponer los criterios y formas de evaluación de infiltración mandibular y comparar la seguridad del tratamiento junto con la morbilidad del mismo respecto a resecciones segmentarias mandibulares.

Considerando diferentes factores pronósticos en tumores malignos, entre ellos, el margen de la resección quirúrgica, la infiltración ósea y el tamaño de mandibulectomía, la resección marginal es oncológicamente segura para los pacientes con cáncer en las primeras etapas, no se asoció a una mayor tasa de recidiva ni con un peor pronóstico.

Se expondrá una revisión de la literatura actual y la presentación de casos clínicos.

SO10.12

Osteorradionecrosis de los maxilares.

Dra. Josefina Gutierrez¹

¹Uba

Sesiones Orales 10 - Concurso Trainee, Salón Amazonas, junio 25, 2016, 10:30 - 13:00

Introducción:

En 1922, Regaud publicó lo que sería el primer reporte de osteorradionecrosis (ORN) de los maxilares luego de la radioterapia (RT). Desde ese entonces varias teorías fueron propuestas para explicar las causas de dicha entidad. La postulada por Marx en 1983, incluye hipoxia, hipocelularidad e hipovascularidad del tejido afectado. Desde el año 2004 se comenzó a hablar de la teoría de fibrosis radio-inducida que comprende el daño a todos los tejidos, luego de la RT. Esta nueva concepción de la fisiopatogenia ha llevado al desarrollo de nuevos regímenes terapéuticos.

La ORN afecta en mayor medida a la mandíbula, con una incidencia del 5 al 15% de los casos. El momento de aparición varía desde 4 meses a 2 años finalizada la RT, siendo más frecuente en el primer año. Clínicamente se presenta como tejido óseo expuesto, con o sin dolor, supuración, fístulas mucosas o cutáneas en relación a un área de tejido que ha sido irradiada. Una vez establecida, es irreversible y el tratamiento sigue siendo controversial. Mientras que los estadios iniciales de la enfermedad pueden ser manejados de manera conservadora (antibióticos, analgésicos y antisépticos locales), los estadios avanzados o refractarios deben ser abordados quirúrgicamente.

Objetivos:

- Realizar una búsqueda actualizada de la bibliografía
- Analizar diferencias en definiciones, estadios y fisiopatogénia
- Presentar la resolución de una serie de casos clínicos

Conclusión:

La ORN de los maxilares tiene una incidencia del 5 al 15% de los casos. Una vez establecida, es irreversible y el tratamiento más efectivo sigue siendo la prevención. De allí surge que una evaluación odontológica previa al tratamiento radiante y un equipo multidisciplinario sea invaluable para este tipo de pacientes, mejorando de esta manera la calidad de vida de los mismos.

SO11.01

Hundimiento y cabalgamiento fronto-orbitario posterior al uso de mascara de cpap en paciente operado de plagiocefalia.

Javier Venegas Riquelme¹, Ingrid Trujillo Ramos¹

¹*Servicio de Neurocirugía Hospital Clínico "Dr. Guillermo Grant Benavente", Concepción, Chile*

Sesiones Orales 11 - Temas Libres 10', Salón Amazonas, junio 25, 2016, 10:30 - 13:00

INTRODUCCIÓN

La Plagiocefalia es una craneosinostosis asociada al cierre precoz de la sutura coronal unilateral, la cual puede traducirse en un defecto frontorbitario y asimetría del tercio superior. Sin embargo, existen malformaciones craneales que son consecuencia de otras causas como: hidrocefalia, traumas postpartos, posturales, entre otras. El tratamiento convencional es la remodelación craneal con avance frontoorbitario, dependiendo del caso a tratar.

OBJETIVO.

El objetivo de esta presentación es mostrar una complicación inmediata de hundimiento frontotemporal derecho, en una niña 3 años de edad, posterior al uso inmediato de dispositivo de ventilación mecánica no invasiva CPAP, después de ser intervenida de remodelación craneal y avance frontorbitario bilateral con osteosíntesis de material reabsorbible.

METODOLOGÍA

Es intervenida paciente de 3 años de edad, con diagnóstico de plagiocefalia por trauma postparto, operada de remodelación craneal y avance frontorbitario bilateral. La paciente evoluciona con insuficiencia respiratoria por edema pulmonar durante la extubación, por lo que en la Unidad de Cuidados intensivos, se le instala dispositivo de ventilación mecánica CPAP.

Al control de 24 horas, debe ser reintervenida por hundimiento importante frontorbitario derecho y frontotemporal derecho, con cabalgamiento de fragmentos óseos intraorbitarios derecho.

RESULTADOS.

Posterior a la reintervención, evoluciona de forma favorable, sin complicaciones.

CONCLUSIONES.

El uso de dispositivos de ventilación mecánica no invasiva como el CPAP puede ocasionar hundimientos de fragmentos óseos en la remodelación craneal y avance frontorbitario bilateral, en pacientes de 3 años operados con la técnica convencional con materiales de osteosíntesis reabsorbibles.

SO11.02

Avance Fronto-orbitario con fijación reabsorbible: Serie de casos clínicos.

Ericks Rodriguez Hernandez^{2,4}, Roberto Requena Morales^{1,2,3}

¹Instituto de Neurocirugía Dr. Asenjo, ²Hospital Dr. Sotero del Río, ³Universidad de los Andes, ⁴Complejo Hospitalario San Jose

Sesiones Orales 11 - Temas Libres 10', Salón Amazonas, junio 25, 2016, 10:30 - 13:00

Introducción: El avance fronto-orbitario (AFO) corresponde a una técnica quirúrgica ampliamente utilizada en el territorio de la cirugía craneofacial, permite corregir alteraciones en los arcos supraorbitarios y cráneo, en el caso de patologías como craneosinostosis, aisladas o sindrómicas. El complejo óseo craneal es dividido en segmentos, los que posteriormente serán reorganizados y fijados a través de osteosíntesis con placas y tornillos. Por otro lado, las placas y tornillos reabsorbibles poliméricas se han utilizado ampliamente en pacientes pediátricos en caso de trauma maxilofacial, debido al rol controversial atribuido al uso de placas y tornillos de titanio durante el crecimiento y desarrollo craneofacial. El desarrollo de materiales con mejores propiedades biomecánicas respecto a los disponibles, ha tenido énfasis especialmente en el campo de traumatismo maxilofacial y cirugía ortognática. Actualmente se apunta a la utilización de materiales reabsorbibles con propiedades osteoconductoras. **Objetivo:** Presentar una serie de casos de pacientes portadores de craneosinostosis, intervenidos con cirugía de AFO utilizando placas reabsorbibles. **Metodología:** Se describe una serie de casos clínicos en pacientes pediátricos portadores de craneosinostosis, los cuales fueron intervenidos quirúrgicamente mediante AFO con fijación reabsorbible. **Resultados:** No existieron complicaciones durante el perioperatorio. El TAC de control inmediato postcirugía y al TAC de control actual, se observa un posicionamiento normal del encéfalo en la cavidad craneal. **Conclusiones:** Los sistemas poliméricos reabsorbibles poseen propiedades biomecánicas adecuadas que permiten la estabilización de los segmentos óseos osteotomizados en el cráneo. Este tipo de sistemas ha mostrado un comportamiento predecible y estable en el tiempo, especialmente en pacientes en crecimiento y desarrollo.

SO11.03

Bolas Fúngicas Sinusales: Imagenología y Alternativas de Tratamiento.

Dr. Francisco Lopetegui Cáceres¹, Dr. Ilich Vargas Farren¹

¹Hospital Clínico Mutual de Seguridad

Sesiones Orales 11 - Temas Libres 10', Salón Amazonas, junio 25, 2016, 10:30 - 13:00

Objetivo: Las bolas fúngicas sinusales son una acumulación densa de hifas que forman una masa redonda dentro de la mucosa de los senos paranasales. El objetivo de este estudio es presentar una serie de casos de tres pacientes con bolas fúngicas sinusales en el seno maxilar.

Materiales y Métodos: Se presentan tres casos; los dos primeros; una mujer de 44 años de edad y un hombre de 88 años de edad, ambos diabéticos, que fueron derivados para tratamiento maxilofacial por otras especialidades. Al examen clínico ambos tenían mal olor, sin ninguna causa aparente a nivel facial, y sus respectivas tomografías computadas revelaron una opacificación unilateral en seno maxilar con una región de radioopacidad mayor.

El tercer caso es una mujer de 31 años de edad con antecedentes de un traumatismo facial grave que se había sometido a cirugía y para quien se había planificado cirugía ortognática para corregir las secuelas. Además de ésta, se planificó la eliminación de la lesión que aparecía opaca en el análisis previo a la cirugía. Ella mostró opacificación del seno maxilar y durante la etapa intraoperatoria, se detectó un tejido de aspecto blanquecino-gris en el seno maxilar. La lesión fue eliminada por completo y el resultado del estudio histopatológico arrojó como diagnóstico bola fúngica del seno maxilar. Los pacientes evolucionaron favorablemente y la sintomatología desapareció por completo.

Conclusión: La aparición creciente de bola fúngica y la falta de información sobre el mismo hacen fundamental la publicación de esta patología para poder ser considerado dentro de los diagnósticos diferenciales y de esta manera poder recibir un tratamiento adecuado y oportuno.

SO11.04

Tumor odontogénico queratoquístico: presentación de casos y revisión de la literatura.

Dr. Antonio Nuñez¹, Dr. Diego Alcocer³

¹Universidad Mayor, Santiago, Chile, ²Universidad de los Andes, Santiago, Chile, ³Clínica Maxo, Santiago, Chile, ⁴Servicio Salud Aysén, Puerto Melinka

Sesiones Orales 11 - Temas Libres 10', Salón Amazonas, junio 25, 2016, 10:30 - 13:00

Introducción: El tumor odontogénico queratoquístico es una lesión benigna pero localmente agresiva, presenta alta tasa de recurrencia debido a sus capsula delgada y presencia de quiste satélite, crece de forma lenta, expandiendo y perforando tablas óseas, además de desplazar dientes y gérmenes dentarios. Presenta una versión paraqueratinizada, siendo esta la de mayor prevalencia y otra ortoqueratinizada, con un comportamiento menos agresivo. Se da entre la 2da y 3ra década de vida. Se presentan mayormente en hombres y su ubicación más frecuente es en mandíbula, cuerpo y rama mandibular

Objetivo: evaluar las diferentes opciones de tratamiento, sus ventajas y desventajas para elegir la mejor opción de tratamiento, evitar recurrencias y disminuir la morbilidad según el tratamiento elegido, además de presentar 5 reportes de casos clínicos y experiencia clínica.

Metodología: Se realizó búsqueda bibliográfica en base a la pregunta ¿La descompresión mas enucleación más fresado recidiva menos que la enucleación y fresado por si sola en paciente con queratoquiste odontogénico mandibular?. Se utilizaron los buscadores Pubmed, ScienceDirect, ClinicaKeys y Epistemonikos, incluyendo literatura en inglés y español, con las palabras tumor odontogénico, cirugía, descompresión, queratoquiste.

Resultados: La búsqueda arrojó un total de 469 papers, de los cuales se seleccionaron 163 según título, después de lectura del texto completo se seleccionaron aquellos con la mejor evidencia según criterios PRISMA.

Discusión: de todos los tratamientos utilizados el que presenta menor tasa de recurrencia junto con mínima morbilidad para el paciente es la combinación entre descompresión, curetaje y crioterapia de la lesión quística.

SO11.05

3 tipos diferentes de quistes asociados a terceros molares en un mismo paciente. Reporte de caso.

Felipe Andrés Martínez Campillay¹, Liberto Figueroa Colarte¹

¹*Clinica Alemana De Santiago*

Sesiones Orales 11 - Temas Libres 10', Salón Amazonas, junio 25, 2016, 10:30 - 13:00

Introducción:

La incidencia de quistes y tumores que ocurren en relación a terceros molares difieren ampliamente entre distintos estudios.

Algunos estudios demuestran que el desarrollo de grandes lesiones quísticas relacionadas a terceros molares pueden llevar un periodo entre 2 – 13 años, lo cual parece indicar que entre más largo es el periodo de tiempo que un tercer molar se encuentre incluido y/o impactado, mayor es el riesgo de desarrollar quistes o tumores.

Objetivo:

El propósito de este trabajo es presentar el caso clínico de un paciente masculino de 65 años de edad, el cual presenta 3 lesiones quísticas en relación a dientes 1.8; 3.8 y 4.8, encontradas en un control radiográfico de rutina.

Método:

El paciente es operado en 2 ocasiones.

Mediante biopsias incisionales se determinó que uno de los quistes correspondía a quiste dentígero (diente 3.8) mientras que la lesión asociada al diente 1.8 correspondía a un queratoquiste odontogénico. La lesión asociada al molar 4.8 no se biopsió debido a su pequeño tamaño.

Se insertó dren de descompresión en relación a diente 3.8 y luego de un período de 6 meses se realiza la segunda cirugía, confirmándose mediante estudio histopatológico los diagnósticos previos, además de informar que la lesión asociada al molar 4.8 correspondía a un quiste paradentario.

Discusión:

Los quistes son la patología ósea más prevalente y su asociación con terceros molares es frecuente. Su tratamiento quirúrgico puede incluir terapias coadyuvantes como la descompresión y el tratamiento de las cavidades con criocirugía con el fin de realizar cirugías más conservadoras y con las menores tasas de recidiva.

Conclusión:

Hasta donde sabemos, no existen reportes de la ocurrencia simultánea de 3 tipos diferentes de quistes en un mismo paciente y asociados a terceros molares.

El tratamiento individualizado de cada patología puede ser la clave de un tratamiento exitoso.

SO11.06

Plunging ránula. Reporte de caso y revisión de la literatura.

Felipe Martínez¹, Patricio Quiñones¹

¹*Clinica Alemana De Santiago*

Sesiones Orales 11 - Temas Libres 10', Salón Amazonas, junio 25, 2016, 10:30 - 13:00

Introducción:

Ránulas son lesiones pseudoquisticas que resultan de la ruptura o daño de los conductos de la glándula sublingual, llevando a la extravasación de saliva o dilatación del conducto glandular.

Plunging ránula se presenta como un aumento de volumen cervical luego de la herniación del pseudoquiste a través del músculo milohioideo.

En la literatura existen distintas alternativas terapéuticas para el tratamiento de esta patología, las cuales comprenden escleroterapia (OK-432), exéresis de la ránula; exéresis de la glándula submandibular o sublingual y la extirpación de la ránula; exéresis de la glándula sublingual y submandibular mas la ránula; y exéresis de la glándula sublingual.

Objetivo:

El propósito del trabajo es presentar un caso clínico de una niña de 12 años, con aumento de volumen en piso de boca, que se extiende hacia cervical, diagnosticada como plunging ránula.

Método:

Paciente sexo femenino de 12 años de edad, con aumento de volumen intraoral y cervical, con hipótesis diagnóstica de Plunging ránula. Se realizó un abordaje quirúrgico intraoral en pabellón bajo anestesia general e intubación nasotraqueal, resecando la ránula y la glándula sublingual. La muestra fue enviada a biopsia, confirmando el diagnóstico de ránula.

Discusión:

Es una patología poco frecuente. Su prevalencia es de 0,2 casos cada 1000 personas y representa el 6% de todos los sialoquistes orales, siendo quistes de retención verdaderos solo el 1% al 10% de las ránulas.

Mayor prevalencia en niños y adultos jóvenes, alcanzando el peak de frecuencia en la segunda década de vida.

Conclusión:

El tratamiento definitivo es aquel que tenga la menor tasa de recurrencia y complicaciones, siendo la exéresis de la glándula sublingual en conjunto con la extirpación de la ránula. La exéresis de la glándula submandibular no es justificada, ya que no presenta ninguna relación causal con la patología.

SO11.07

Alternativa de Tratamiento a Tumor Odontogénico Queratoquístico recurrente.

Dr. Juan Francisco Dominguez Diaz¹

¹Universidad Andres Bello

Sesiones Orales 11 - Temas Libres 10', Salón Amazonas, junio 25, 2016, 10:30 - 13:00

El Tumor Odontogénico Queratoquístico (TOQ) representa del 3 al 11% de los quistes maxilares y es de origen epitelial. Frecuentemente en mandíbula, con características imagenológicas de lesión radiolúcida unilocular o multilocular bien delimitada, pudiendo encontrarse asociado o no a un diente no erupcionado. Las opciones de tratamiento quirúrgico conservador son enucleación, curetaje y marsupialización. Tratamientos quirúrgicos agresivos como osteotomía periférica, resección en bloque o hemimandibulectomía y la combinación de estos, con tratamientos como descompresión, criocirugía y aplicación de solución de Carnoy, son utilizadas con el objetivo de eliminar la lesión, evitar recurrencias y disminuir la morbilidad del paciente.

Se presenta un caso clínico de TOQ recurrente. Paciente sexo femenino de 27 años, sin antecedentes sistémicos, se observa en radiografía panorámica imagen osteolítica, radiolúcida, unilocular, de bordes definidos a nivel de cuerpo mandibular derecho, desde mesial de 4.6 hasta distal de 4.7.

Se realiza biopsia incisional, confirmando diagnóstico de TOQ. Planificándose quistectomía, como tratamiento primario de la lesión. Al año presenta lesión abscedada en zona operada, reinterviniendo mediante marsupialización y tratamiento de conductos de dientes 4.6, 4.7.

Durante el control radiográfico del tercer año se observa lesión recurrente que se extiende en rama mandibular derecha y ángulo. Planificándose intervención agresiva que combina, quistectomía, osteotomía periférica y solución de Carnoy. Por la extensión de la lesión y poca resistencia mandibular en función posterior a la intervención, se decide utilizar técnicas de reconstrucción mandibular con placa de reconstrucción de forma preventiva para evitar la fractura patológica. La obtención de impresión en 3D, permitió realizar correcta adaptación de la placa de reconstrucción durante la intervención.

Cada día son más los autores con una postura conservadora para tratamiento del TOQ. La enucleación simple ha demostrado una alta recurrencia, por lo que se recomiendan terapias coadyuvantes.

Procedimientos agresivos deben utilizarse en casos refractarios o de malignidad.

SO11.08

Actualización en el tratamiento del Ameloblastoma Uniquístico: Estudio crítico de la literatura y experiencia clínica.

Diego Alcocer Carvajal, Benjamín Gracia Abuter¹

¹Universidad De Los Andes, ²Universidad Mayor, ³Servicio Salud Aysén, ⁴Clínica Maxo

Sesiones Orales 11 - Temas Libres 10', Salón Amazonas, junio 25, 2016, 10:30 - 13:00

Introducción: El Ameloblastoma corresponde a un tumor odontogénico que se clasifica como neoplasia benigna. Dentro de sus variantes, se encuentra el Ameloblastoma Uniquístico. Este corresponde al 15% de todos los Ameloblastomas y tiene características clínicas, radiográficas e histológicas que son propias de esta variante. En cuanto al tratamiento de este tipo de neoplasia, hay múltiples opciones para abordarlo. **Objetivo:** Evaluar el rol e importancia de la descompresión previa a la enucleación en pacientes con diagnóstico de Ameloblastoma Uniquístico.

Método: Se realizó una búsqueda de la literatura en las bases de datos PubMed, Scienccdirect, ClinicalKeys y Espistemonikos utilizando las palabras claves Ameloblastoma, Tratamiento y Descompresión.

Presentación de tres casos clínicos descomprimidos previo a la cirugía de enucleación.

Resultados: La búsqueda inicial arrojó un total de 274 artículos, luego son descartados 19 artículos duplicados. De estos 30 artículos se seleccionan finalmente 16 mediante texto completo.

Conclusiones: Los artículos analizados avalan como tratamiento la descompresión previa a la cirugía de enucleación del Ameloblastoma Uniquístico, debido a que permite disminuir el tamaño de la lesión considerablemente y de esta manera evitar el daño a estructuras vitales.

Caso Clínico 1: R.C.U. Diagnóstico: Ameloblastoma Uniquístico Intramural (2004). Descompresión desde Marzo a Noviembre 2004. Enucleación, curetaje y exodoncia pieza 4.8. Paciente sin recidiva.

Caso Clínico 2: C.Y.C. Diagnóstico: Ameloblastoma Uniquístico (2005). Descompresión desde Septiembre 2005 a Junio 2006. Enucleación, curetaje, fresado y exodoncia de piezas 3.7 y 3.8. Se utiliza Agua Oxigenada más Sulfato Férrico de forma abundante. Paciente sin recidiva hasta Febrero 2011 en donde se instala implante en zona de pieza 3.7.(Se adjunta foto inicial y final del caso)

Caso Clínico 3: D.B.R. Diagnóstico: Ameloblastoma Uniquístico Mural (2008). Descompresión desde Diciembre 2008 a Mayo 2009. Enucleación, curetaje y exodoncia de pieza 3.8. Paciente sin recidiva hasta Junio 2011.

SO11.09

Uso de Distractores Internos en el Avance del Tercio Medio Facial: serie de casos.

Bernardita Santorcuato Cubillos¹, Roberto Requena Morales^{1,2,3}

¹Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río, ²Instituto de Neurocirugía Dr. Asenjo, ³Universidad de los Andes

Sesiones Orales 11 - Temas Libres 10', Salón Amazonas, junio 25, 2016, 10:30 - 13:00

Introducción:

La distracción osteogénica es una técnica en la cual el tejido óseo es gradualmente extendido bajo tensión, posterior a una osteotomía. Esta es una alternativa muy útil para realizar un avance del tercio medio facial en casos de hipoplasias severas en portadores de síndromes craneofaciales. Dentro de sus principales ventajas permite movimientos más extensos, y disminuye el riesgo de infección y recidiva, debido a la formación de hueso acompañada de los tejidos blandos en forma gradual y progresiva. Generalmente esta indicada en pacientes con hipoplasias severas, quienes requieren avances mayores a 10 mm.

Los distractores pueden ser externos o internos. Dentro de las principales ventajas de los distractores internos, es ser menos sobresalientes que los distractores externos y tienen un menor impacto físico y psicológico en la vida del paciente y su familia. Su desventaja principal es un vector de distracción uniplanar, además de dificultad de manipulación del vector en el postoperatorio y que requiere de un segundo tiempo operatorio bajo anestesia general para su remoción.

Objetivos: Presentar una serie de casos de pacientes con craneosinostosis sindromáticas sometidos a distracción del tercio medio facial mediante el uso de distractores internos.

Método: Se presenta una serie de casos de pacientes pediátricos que presentan hipoplasia del tercio medio facial, en los cuales se realiza distracción mediante el uso de distractores internos.

Resultados: Pacientes sometidos a distracción del tercio medio facial con distractores internos presentan mejorías, tanto en la proyección del tercio medio, como en su competencia orbitaria, y relación oclusal.

Conclusiones: La distracción interna tiene ventajas sobre la distracción externa, principalmente en la conformidad del paciente y su aceptación. Produce un menor estrés, mejora la proyección del tercio medio facial, la competencia orbitaria, y la relación oclusal del paciente.

SO11.10

Plasma Rico en Fibrina. Usos en Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial.

Daniel Horacio Wenedikter, Melina Gandara^{1,2}

¹Hospital Municipal Dr. Hector D Agnillo, ²Universidad Argentina Jhon F. Kennedy

Sesiones Orales 11 - Temas Libres 10', Salón Amazonas, junio 25, 2016, 10:30 - 13:00

Las etapas biológicas de la cicatrización de los tejidos se pueden entender como eventos secuenciales en una escala de tiempo dividida en minutos, horas, días, semanas y meses. Una etapa inflamatoria o inicial es la respuesta a la lesión tisular, de ahí que el objetivo es proporcionar una rápida hemostasia y comenzar la cascada de reacciones que llevan a la regeneración del tejido. Una segunda etapa o fase de proliferación, donde el tejido necrótico es eliminado y reemplazado por tejido vivo, que es específico de cada entorno tisular (epitelial, mesenquimático) y por último una fase final de remodelación, donde se produce una reorganización y adaptación del nuevo tejido generado para parecerse al tejido original. Los avances de la nanobiología en el uso y preparación de los concentrados plaquetarios trajeron numerosos beneficios en las etapas de cicatrización de los tejidos. El plasma rico en fibrina es un concentrado natural sin agregados químicos que fue desarrollado en el año 2001 por Joseph Choukroun (MD, Anesthesiologist, Pain clinic, Nice – France) como segunda generación de concentrados plaquetarios, su principal ventaja es su manejo y la no manipulación bioquímica de la sangre lo que convierte a este en un concentrado estrictamente autólogo. Es decir que con la extracción de sangre venosa en un tubo sin anticoagulante y la centrifugación de la misma se obtiene un material gelificado con excelentes propiedades mecánicas y biológicas. Esta innovación se utiliza para mejorar los periodos de cicatrización y remodelación de los tejidos en las numerosas técnicas quirúrgicas en la especialidad de Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial, proporcionando excelentes propiedades como matriz para las células y favoreciendo el crecimiento de nuevos vasos sanguíneos, mejorando las distintas reacciones de la cascada de cicatrización.

SO11.11

Aplicación de Fibrina Rica en Plaquetas (PRF) en procedimientos de Cirugía Bucal & Máxilo Facial. Revisión de literatura y experiencia en el Hospital San Juan de Dios, Santiago de Chile.

Dr. Osvaldo Gahona Gutierrez^{1,2}, Dr. Stefan Domancic Alucema¹

¹Universidad de Chile, Facultad de Odontología, Departamento de Cirugía y Traumatología Bucal & Máxilo Facial.,

²Universidad Finis Terrae, Facultad de Odontología, Departamento de Medicina Estomatológica y Clínica del Dolor.,

³Hospital San Juan de Dios, Unidad Dental, Servicio de Cirugía Bucal & Máxilo Facial.

Sesiones Orales 11 - Temas Libres 10', Salón Amazonas, junio 25, 2016, 10:30 - 13:00

INTRODUCCIÓN

Los concentrados plaquetarios han sido utilizados en los últimos años para mejorar la cicatrización y reparación local con una fuerte base científica y biológica. Diversos autores han contribuido con distintas técnicas hasta lograr biomateriales de cicatrización autólogos como el Plasma rico en fibrina (PRF, A-PRF del Dr. Choukroun) en sus diversas formas: membranas, plugs y sticky bone, los que son capaces entre otras cosas, de inducir crecimiento de tejidos blandos y duros a partir de la liberación de factores de crecimiento. Se requiere la extracción de sangre del paciente, para ser centrifugada a una velocidad y tiempo determinados. Su aplicación en CBMF es muy amplia, desde ser un co-ayudante en la reparación alveolar post-exodoncia en pacientes con reparación ósea condicionada por patologías sistémicas o medicamentos, hasta la regeneración de tejido óseo al mezclarse con otros biomateriales para cierre de brechas o relleno de cavidades, También en reconstrucciones o procedimientos de cirugía plástica aplicada al área Máxilo Facial.

OBJETIVO

Realizar una revisión de la literatura sobre la técnica, su implementación y aplicación en el área de CBMF y presentar casos clínicos desarrollados

METODOLOGÍA

Revisión según Odontología basada en la evidencia y presentación de casos clínicos con seguimiento y control clínico-radiográfico.

CONCLUSIONES

El A-PRF es un tratamiento complementario de fácil elaboración y bajo costo que permite disminuir el uso de biomateriales u otras técnicas quirúrgicas, comunmente usados en CBMF. Además mejora el post-operatorio de los pacientes y disminuye los riesgos de complicaciones propias de la cirugía. También ha demostrado que mejora la angiogénesis, la respuesta inmune y la proliferación de fibroblastos al aportar con factores de crecimiento y leucocitos extraídos del paciente, esto lo hace de gran utilidad en pacientes con reparación ósea condicionada o donde la vascularización es clave para la sobrevida de distintos tipos de injertos.

SO11.12

La cirugía primero como herramienta de aceleración ortodóncica -Parte I.

Dr. David Saldias¹, Dra. Claudia Gabriela Rodríguez Tuñón

¹*David Saldias*

Sesiones Orales 11 - Temas Libres 10', Salón Amazonas, junio 25, 2016, 10:30 - 13:00

Los protocolos de cirugía primero han demostrado ampliamente en la bibliografía mundial una serie de ventajas. Entre ellas el acortamiento de los tiempos globales del tratamiento, al poder aprovechar en la ortodoncia los fenómenos de aceleración de metabolismo celular. Como también el manejo de la ansiedad del paciente y del profesional .

Se presentará una serie de casos clínicos con nuestra experiencia utilizando los protocolos de "Surgery First", considerando las ventajas y desventajas de la misma como sus dificultades y diferencias en el planeamiento con los protocolos clásicos

SO11.13

La cirugía primero como herramienta de aceleración ortodóncica - Parte 2.

Dr. David Saldias¹, Dra Claudia Gabriela Rodríguez Tuñón

¹*David Saldias*

Sesiones Orales 11 - Temas Libres 10', Salón Amazonas, junio 25, 2016, 10:30 - 13:00

Los protocolos de cirugía primero han demostrado ampliamente en la bibliografía mundial una serie de ventajas. Entre ellas el acortamiento de los tiempos globales del tratamiento, al poder aprovechar en la ortodoncia los fenómenos de aceleración de metabolismo celular. Como también el manejo de la ansiedad del paciente y del profesional .

Se presentará una serie de casos clínicos con nuestra experiencia utilizando los protocolos de "Surgery First", considerando las ventajas y desventajas de la misma como sus dificultades y diferencias en el planeamiento con los protocolos clásicos

SO12.01

Asimetría facial asociada a hiperplasia condilea, presentación de un caso.

Brigitte Gabrielle Corredor Marquez¹, dr. Julian Andres Ariza Saldaña¹

¹Residente De Cirugia Maxilofacial, ²Cirujano Maxilofacial

Sesiones Orales 12 - Concurso Trainee, Salón Amazonas, junio 25, 2016, 13:30 - 16:00

La asimetría facial secundaria a una anomalía condilea comprende no solo problemas estéticos, sino además, abarca alteraciones funcionales como dolor, limitación de la apertura bucal y el crecimiento excesivo de la cabeza condilar que provocan desplazamiento hacia abajo y adelante del cuerpo mandibular, causando discrepancia oclusal. La base para un tratamiento ideal es lograr el correcto diagnóstico por medio de exámenes clínicos y complementarios. A continuación se presenta un caso clínico de tratamiento de hiperplasia condilea

SO12.02

Diagnóstico de los Trastornos Temporomandibulares. Consenso y desafíos.

Dr. Uriel Gustavo Grumberg¹

¹Hospital César Milstein

Sesiones Orales 12 - Concurso Trainee, Salón Amazonas, junio 25, 2016, 13:30 - 16:00

Los trastornos temporomandibulares (TTM) son un grupo de entidades patológicas multifactoriales que alteran el funcionamiento de las articulaciones temporomandibulares (ATMs) y del sistema neuromuscular asociado. El término TTM no es en sí mismo un diagnóstico, sino que involucra a un gran número de patologías de etiología diversa como dolor de los músculos masticadores y de las ATMs, cefaleas, alteraciones intraarticulares, entre otros. Se estima que afecta entre el 5 y 12% de la población mundial. Debido a la gran subjetividad de los síntomas, los DTM resultan difíciles de diagnosticar y los pacientes suelen consultar en diferentes especialidades. Los criterios diagnósticos utilizados en la anamnesis, examen clínico y por imágenes, deben ser claros y reproducibles a fines clínicos y de investigación.

La elección de un adecuado protocolo de tratamiento suele ser compleja, por un lado por la variedad de alternativas terapéuticas disponibles como ser el uso de férulas oclusales, fisiokinesioterapia, farmacoterapia, cirugía artroscópica o de mayor invasividad, y por el otro, por la necesidad de realizar un correcto diagnóstico de la patología específica que genera ese DTM. Los tratamientos conservadores representan la primera elección por su alta efectividad y su bajo riesgo de complicaciones.

El presente trabajo tiene como objetivo presentar la evolución de la clasificación de los TTM y de aquellas herramientas necesarias para alcanzar un diagnóstico preciso, siendo este la base de la elección del correcto abordaje terapéutico, pero que puede resultar complejo en estos pacientes.

SO12.03

Traumatismo de tercio medio facial, experiencias en nuestro Servicio.

Dra. María Florencia Pereyra¹

¹Hospital Higa Eva Peron

Sesiones Orales 12 - Concurso Trainee, Salón Amazonas, junio 25, 2016, 13:30 - 16:00

Las fracturas del tercio medio facial corresponden a una patología frecuente dentro de la especialidad de cirugía cabeza, cuello y maxilofacial, como consecuencia de traumatismos severos en la región, los mismos que pueden ser de diversa etiología. La determinación de este tipo de fractura, por edad, sexo y agente causal es importante para su manejo.

El tercio medio facial es una estructura ósea compleja; comprende principalmente a los maxilares superiores, huesos propios nasales, huesos malares y temporales. Se puede ver afectado por fracturas de trazo unilateral (más frecuentes) y de trazo bilateral (más complejas). El maxilar superior contribuye a la formación de estructuras, como las órbitas, fosas nasales, reborde alveolar y paladar.

Correspondiendo a una patología frecuente en la especialidad de cabeza, cuello y maxilofacial, consecuencia de traumatismos severos, es importante determinar las características de las fracturas del tercio medio facial, para su manejo. Se presentará una estadística de las fracturas del tercio medio facial durante los últimos 5 años en nuestro Servicio. Incluyendo fracturas tipo Lefort, piso de órbita, arco cigomático, malar. Y casos clínicos con su respectivo diagnóstico, tratamiento, controles y seguimientos. Las fracturas del tercio medio facial son las más frecuentes de la región facial; el diagnóstico clínico depende de la estructura afectada. Se debe actuar oportunamente para evitar secuelas y complicaciones.

Autores:

Pereyra, María Florencia

Davant, Julio Matías

SO12.04

Anatomía orbitaria aplicada al trauma facial.

Javier Peñate, Nadia M. Ruiz Lopez¹

¹Hospital Dr. Guillermo Rawson

Sesiones Orales 12 - Concurso Trainee, Salón Amazonas, junio 25, 2016, 13:30 - 16:00

INTRODUCCIÓN: Las fracturas que comprometen a la órbita corresponden al 40% de las fracturas del macizo facial. Es frecuente la aparición de secuelas post quirúrgicas luego del tratamiento de las mismas con déficit estético y funcional, siendo la causa de ello con frecuencia el desmanejo de tejidos blandos y/o duros que componen la región orbitaria.

OBJETIVOS: Es objeto de tal presentación exponer consideraciones relevantes de la anatomía quirúrgica orbitaria, dada la complejidad de la misma y la importancia del conocimiento en profundidad para el correcto tratamiento de traumatismo y/o secuela post traumática que afecte tal región.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se realiza estudio de la anatomía de la región orbitaria a través de revisión bibliográfica y experiencia clínica en centro de salud.

CONCLUSIÓN: El conocimiento de la anatomía normal debe ser la base para lograr resultados favorables en el tratamiento de fracturas o secuelas que comprometan a la órbita. Es fundamental para el diagnóstico y tratamiento de las mismas, posibilitando optimizar recursos humanos y materiales, con resultados satisfactorios.

SO12.05

Manejo de las fracturas en mandíbulas atróficas: Presentación de un caso clínico y revisión bibliográfica.

Dra. Yessica Rodriguez¹

¹Hospital Zonal de agudos Manuel Belgrano

Sesiones Orales 12 - Concurso Trainee, Salón Amazonas, junio 25, 2016, 13:30 - 16:00

OBJETIVOS

El propósito del presente trabajo es describir el tratamiento de una doble fractura de cuerpo en una mandíbula atrófica de un adulto joven y revisar las alternativas de tratamiento planteadas en la literatura.

METODOLOGIA

Se presenta un caso clínico de un paciente masculino, de 38 años de edad, desdentado total inferior con atrofia mandibular y diagnóstico de fractura de cuerpo bilateral, cuyo tratamiento consistió en una única intervención quirúrgica, donde se realizó reducción y fijación rígida mediante abordaje extraoral. La información se obtuvo a partir de la revisión de la historia clínica y el parte operatorio brindados por el servicio de cirugía maxilofacial.

Se realizó una búsqueda en Pubmed y Lilacs utilizando los descriptores fractura mandibular, atrofia, abordaje extraoral.

RESULTADOS

Al día de la fecha se comprueba clínica y radiográficamente la correcta consolidación de la fractura, ausencia de dolor y restablecimiento de la dinámica mandibular.

CONCLUSIONES

El abordaje extraoral permitió un acceso correcto y seguro de ambas fracturas. La reducción y fijación rígida con placas de osteosíntesis de 2.0 a nivel del borde inferior de la mandíbula y con placa de 2.4 a nivel de la basal mandibular es una alternativa efectiva de tratamiento en estos pacientes

SO12.06

Abordaje retromandibular en fracturas de cóndilo "presentación de caso clínico"

Alvaro Alejandro Flores Morales¹, María Victoria Kunz

¹Htal. Eva Peron

Sesiones Orales 12 - Concurso Trainee, Salón Amazonas, junio 25, 2016, 13:30 - 16:00

El abordaje retromandibular es un abordaje actualmente muy utilizado ya que se logra una rápida exposición de toda la rama y cóndilo mandibular. Por lo tanto, es útil para procedimientos que abarquen el área del cuello o cabeza condilar y hasta de la rama misma. En este abordaje la distancia desde la incisión cutánea al área de interés se reduce, siendo un abordaje mucho más rápido que el abordaje submandibular siendo una de estas sus principales ventajas. Este abordaje también se puede combinar con el abordaje preauricular para la exposición de la glándula parótida. Entre sus desventajas es la proximidad con el nervio facial.

Se presentará un caso clínico de paciente con fractura desplazada de cóndilo mandibular izquierdo el cual se realizó un abordaje retromandibular para su reducción y fijación.

Es muy importante conocer la anatomía de la zona para así evitar lesiones a zonas anatómicas importantes, sobre todo lesión del nervio facial provocando una paresia temporal o permanente siendo una complicación importante en este tipo de abordaje.

SO12.07

Injertos óseos autólogos de cosecha intraoral.

Dr. Gerardo Miguel Colavini¹, Dra. Sonia Tosar Gerosa

¹Hospital Eva Perón

Sesiones Orales 12 - Concurso Trainee, Salón Amazonas, junio 25, 2016, 13:30 - 16:00

Introducción.

Los injertos óseos constituyen una de las técnicas más utilizadas en la cirugía reconstructiva.

El tratamiento está indicado en aquellos casos de edentulismo total o parcial que vayan a restaurarse con prótesis implantosoportada cuando el paciente no posea hueso suficiente para la instalación de los mismos.

Para estos tratamientos se utiliza hueso autólogo, heterólogo, o materiales denominados aloplásticos

Los sitios donantes de hueso autólogo pueden ser intraorales o extraorales, siendo los intraorales la sínfisis mentoniana, cuerpo y rama mandibular, tuberosidad, y espina nasal anterior.

Objetivos.

En el presente trabajo, se intentará demostrar la utilidad de este tratamiento, y comparar las diferentes alternativas para su utilización, como así también mostrar casos clínicos resueltos mediante esta alternativa terapéutica un servicio de cirugía maxilofacial hospitalario.

Metodología.

Revisión bibliográfica y presentación de casos clínicos.

Se expondrá la clasificación, las ventajas y desventajas de los injertos intraorales, con sus características, además de la presentación de casos clínicos.

Concluyendo, es fundamental que el cirujano Bucomaxilofacial conozca las diferentes características de las zonas dadoras intraorales y sepa indicar correctamente, el injerto óseo necesario para cada caso clínico.

SO12.08

Comunicaciones Buconasales.

María Victoria Kunz¹, Denisse Urrutia¹

¹Htal Eva Perón

Sesiones Orales 12 - Concurso Trainee, Salón Amazonas, junio 25, 2016, 13:30 - 16:00

La comunicación buconasal se define como una situación patológica que se caracteriza por la existencia de una solución de continuidad entre la cavidad bucal y nasal, como consecuencia de la pérdida de los tejidos duros y blandos que las separan, permitiendo así el paso de líquido y aire entre ambas regiones anatómicas. Una CBN afecta los 3 planos anatómicos (mucosa nasal, hueso maxilar superior y/o palatino, y mucosa bucal). Variadas son las causas de dicha patología: congénita, traumática, neoplásica, dentaria, infecciosa, inflamatoria, postquirúrgica. Clínicamente, dificulta la deglución y fonación de forma muy significativa, produciendo lo que se denomina rinolalia. Realizando un correcto diagnóstico clínico y radiográfico, el tratamiento de elección es quirúrgico, realizándose un cierre en dos planos, utilizando colgajos de mucosa bucal, evaluando realizar un taponamiento nasal postoperatorio y la administración de antibióticos. Los objetivos de esta presentación son dar conocimiento a esta patología, sus posibles tratamientos y evaluar sus resultados obtenidos a lo largo del tiempo. Se presenta un caso clínico de un paciente de sexo masculino de 22 años de edad, quien presenta solución de continuidad de 30 días de evolución, provocada por proyectil de arma de fuego, de 20mm de diámetro, localizada paladar duro. Se evidencia comunicación con fosa nasal derecha y se procede al cierre quirúrgico de dicha comunicación.

SO12.09

Miasis facial: Reporte de un caso.

Dra. Dayana Primera Campillo¹, Dr. Hugo Velasco Iriarte²

¹Residente Segundo Año Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial Pontificia Universidad Católica Argentina - Hospital Luisa C. de Gandulfo. Argentina, ²Residente Segundo Año Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial Pontificia Universidad Católica Argentina - Hospital Luisa C. de Gandulfo. Argentina, ³Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial Hospital Luisa C. de Gandulfo, ⁴Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial Hospital Luisa C. de Gandulfo

Sesiones Orales 12 - Concurso Trainee, Salón Amazonas, junio 25, 2016, 13:30 - 16:00

MIASIS FACIAL: REPORTE DE UN CASO

Introducción

La miasis es la infección de tejidos necrobióticos en hospederos vertebrados por larvas de diferentes especies de moscas, donde los huevos y larvas se nutren y producen una reacción inflamatoria en los tejidos circundantes, se infiltran y forman túneles pudiendo llegar así al tejido óseo. Se realiza un examen clínico e imagenológico para determinar el tamaño, estadio y localización, y así confirma el diagnóstico.

El tratamiento incluye la remoción total de las larvas con el apoyo de sustancias químicas como el éter, continuando con la administración de antibióticos de amplio espectro, a fin de controlar infecciones secundarias.

Objetivo general

Determinar el tratamiento en las infecciones faciales por larvas.

Objetivos específicos

- Definir los criterios clínicos y análisis de exámenes complementarios para diagnosticar la miasis.
- Establecer el procedimiento de eliminación de las larvas y tejido necrótico de la herida.

Metodología

Se utilizó un diseño descriptivo y de campo, utilizando el método bibliográfico para sustentar la información.

Resultados

Al seguir un protocolo terapéutica en las miasis faciales, se consigue la resolución de la infección y una evolución favorable de la herida, disminuyendo los factores perjudiciales para la cicatrización de la herida, asumiendo un tratamiento efectivo.

Conclusiones

- La evaluación inicial y el diagnóstico de la miasis facial es fundamental, ya que se presentan complicaciones y destrucción de estructuras cada vez más profundas y complejas, como las del tejido óseo.
- El tratamiento de la miasis se basa en la remoción total de las larvas con el apoyo de sustancias químicas como el éter y la administración de antibióticos de amplio espectro para controlar la infección secundaria, favoreciendo a una cicatrización satisfactoria de la herida.

SO12.10

Protocolo de tratamiento de mordeduras caninas en regiones faciales.

Hugo Velasco iriarte¹, Dayana Primera Campillo²

¹Residente Segundo Año Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial Pontificia Universidad Católica Argentina - Hospital Luisa C. de Gandulfo, ²Residente Segundo Año Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial Pontificia Universidad Católica Argentina - Hospital Luisa C. de Gandulfo, ³Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial Hospital Luisa C. de Gandulfo, ⁴Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial Hospital Luisa C. de Gandulfo

Sesiones Orales 12 - Concurso Trainee, Salón Amazonas, junio 25, 2016, 13:30 - 16:00

INTRODUCCION: Las mordeduras de animales plantean un importante problema de salud pública para los niños y adultos en todo el mundo; siendo una consulta frecuente en los servicio de urgencias y es muy probable que el profesional en su práctica clínica se vea enfrentado a ella. Las consecuencias para la salud humana dependerán de la especie y el estado de salud del animal, así como también del de la víctima, y la capacidad de acceder a la atención sanitaria adecuada. Siendo los niños lo más afectado. Los seres humanos pueden sufrir mordeduras de un gran número de especies animales; sin embargo, las más importantes son las causadas por perros, gatos, serpientes y monos.

OBJETIVO: Establecer el tratamiento de mordeduras caninas en regiones faciales.

METODOLOGIA: Se utilizó un diseño descriptivo y de campo, utilizando el método bibliográfico para sustentar la información.

RESULTADOS: Se hizo una revisión práctica abordando aspectos tales como la epidemiología, el enfoque del paciente, examen físico, el manejo inicial, lavajes mecánicos y químicos, los cuidados de la herida, el uso de antibiótico e inmunizaciones.

CONCLUSIONES: Las mordeduras caninas son las más frecuentes pero suelen presentar menor riesgo de infección que las producidas por gatos y humanos; sin menospreciar un riesgo de infección bacteriana o viral en la víctima; el uso de antibióticos profilácticos empírico, e inmunización por tétano y rabia, son esenciales en el manejo de las mordeduras caninas.

SO12.11

Manejo quirúrgico de las fistulas cutáneas odontogénicas: fistulectomía.

Jhon Alejandro Cuarán Márquez¹, Leonel Ibáñez López, Maria Eugenia Pirera
¹UCA

Sesiones Orales 12 - Concurso Trainee, Salón Amazonas, junio 25, 2016, 13:30 - 16:00

Presentación de dos casos.

Las fistulas odontogénicas son canales que se originan en un foco infeccioso dental y drenan en la cara o en el cuello; es una condición relativamente poco común que puede significar un diagnóstico difícil y tratamiento inadecuado, por ello, es importante conocer su etiología. El diagnóstico diferencial se hace basado en las características clínicas de la lesión y en diferentes estudios radiográficos periapicales, panorámicos y fistulográficos. El tratamiento consiste en la eliminación de la causa primeramente con endodoncia o exodoncia según requiera el caso y exéresis o fistulectomía de la lesión si esta no se resuelve.

SO12.12

Al Kayat - Bramley, un abordaje versátil.

Dra. Daniela Parrotta¹, Dra Ma. Gabriela Patiño Rocha²

¹Residente de tercer año de Cirugía y Tratamiento Bucomaxilofacial Pontificia Universidad Católica Argentina - Hospital Luisa C. de Gandulfo, ²Residente de tercer año de Cirugía y Tratamiento Bucomaxilofacial Pontificia Universidad Católica Argentina - Hospital Luisa C. de Gandulfo, ³Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial Hospital Luisa C. de Gandulfo, ⁴Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial Hospital Luisa C. de Gandulfo

Sesiones Orales 12 - Concurso Trainee, Salón Amazonas, junio 25, 2016, 13:30 - 16:00

Objetivo: el propósito del siguiente estudio es dar a conocer la técnica quirúrgica del abordaje de Al Kayat - Bramley y sus ventajas tanto para el cirujano maxilofacial, principalmente en su periodo de formación y para el paciente.

Materiales y métodos: en este estudio descriptivo y de campo se realizó una revisión bibliográfica y de casos clínicos, que fueron tratados quirúrgicamente en el hospital. En base a esto, se describe a continuación la técnica quirúrgica correspondiente, su gran versatilidad frente a las diversas patologías a tratar y las ventajas, focalizadas principalmente en la baja tasa de lesión del nervio facial de manera permanente.

Resultados: basándonos en la revisión bibliográfica y nuestra experiencia quirúrgica, el abordaje de Al Kayat - Bramley resulta conveniente realizarlo para diversas patologías, por ejemplo; desordenes internos de la ATM, fracturas a nivel del arco cigomático, quistes en tejidos blandos, anquilosis, entre otros, teniendo como principal ventaja la gran exposición del lecho quirúrgico, la protección del nervio facial.

Conclusiones: el abordaje de Al Kayat - Bramley es utilizado principalmente para intervenir la región temporal, exponer la ATM y el arco cigomático logrando un buen campo quirúrgico. Es una técnica reglada, simple y segura, que evita la injuria del nervio facial y resulta beneficioso, principalmente, para el cirujano maxilofacial en formación. Por último, el resultado estético final es excelente.

SO12.13

Queiloplastia primaria en pacientes con Fisura Labiopalatina. Presentación de dos casos clínicos.

Maximiliano Daniel Ocampo, Sibelis Zamora Silva

¹ *aoa/sac - Trainee*

Sesiones Orales 12 - Concurso Trainee, Salón Amazonas, junio 25, 2016, 13:30 - 16:00

INTRODUCCION: Las fisuras orofaciales son malformaciones, causadas por la falta de fusión de los primordios faciales, que alteran el desarrollo normal de la cara. Las más frecuentes se producen a nivel del labio superior y el paladar y se denominan, en conjunto, fisuras labiopalatinas (FLAP). Estas son, por tanto, defectos embriológicos producidos a nivel del labio y/o el paladar, originadas entre la cuarta y la duodécima semanas del desarrollo gestacional, siendo la sexta semana la de mayor riesgo. En su presentación muestran una gran variabilidad que oscila desde una simple depresión cutánea hasta una hendidura completa del labio superior y/o el paladar, lo que supone una comunicación entre las fosas nasales y la cavidad bucal, con grandes repercusiones estéticas y funcionales.

En este estudio se describen las técnicas utilizadas en dos casos clínicos de pacientes con diagnóstico de fisura labiopalatina completa unilateral y bilateral.

OBJETIVOS: Exhibir el manejo quirúrgico de la fisura labial en dos pacientes con diagnóstico de fisura labiopalatina completa unilateral y bilateral por el servicio de Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial.

METODOLOGÍA: Se realizó un estudio descriptivo y de campo, con la presentación de dos casos clínicos de pacientes con fisura labiopalatina completa unilateral y bilateral atendido en el servicio de Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial. La búsqueda científica se realizó por medio de buscadores especializados tales como PubMed, Medline, Epistemonikos, Fundación Cochrane y Lilacs. A través de esta pesquisa de la literatura especializada relacionada se expusieron las características principales de las técnicas quirúrgicas utilizadas.

RESULTADOS: Los pacientes evolucionaron de forma favorable al tratamiento, restituyendo la estética y funcionalidad.

CONCLUSIONES: El objetivo principal que se persigue con la cirugía restauradora, es la restitución de la anatomía y función normales de las estructuras musculares nasolabiales: reduciendo de este modo al máximo los riesgos de secuelas tanto fonatorias como estéticas.

SO13.01

Lesiones benignas maxilofaciales. Enfoques en pacientes pediátricos.

Dra. Deise Ponzoni

Sesiones Orales 13 - Conferencias 20', Salón Colorado, junio 25, 2016, 13:30 - 16:00

Lesiones benignas maxilofaciales: enfoques en pacientes pediátricos

Introducción: Varias lesiones benignas maxilofaciales en tejidos duros y blandos se producen en la población pediátrica. Objetivos: Presentar casos seleccionados de patologías benignas maxilofaciales en niños y su tratamiento. Metodología: La conferencia fue construida a partir de la revisión de la literatura y presentación de casos clínicos de lesiones benignas maxilofaciales más frecuentes en tejidos duros y blandos en pacientes pediátricos. Resultados: Muchas lesiones benignas son asintomáticas y sólo se descubren en una radiografía de rutina. El cirujano debe conocer tanto odontogénico y no odontogénicos procesos que pueden estar involucrados con el fin de evitar que sea innecesariamente agresivo tratamiento con deformidad facial resultante o un tratamiento excesivamente conservador que conduce a la recurrencia. Conclusiones: En el paciente pediátrico puede estar comprendido un pronóstico y preservación de larga duración. La solicitud de soluciones que involucren los tejidos dentales, óseos y blandos, abre una gama de posibilidades para distintas propuestas que, al final deben convergir para el beneficio del paciente.

SO13.02

Ameloblastoma uniuquístico de maxilar superior. Presentación de un caso clínico.

Dr. Antonio Duarte¹

¹HGA "P. Piñero"

Sesiones Orales 13 - Conferencias 20', Salón Colorado, junio 25, 2016, 13:30 - 16:00

El ameloblastoma es una neoplasia odontogénica benigna de estirpe epitelial con un comportamiento localmente agresivo. Según la OMS puede ser clasificado en: sólido/multiquístico, uniuquístico, desmoplásico y extraóseo/periférico. La variedad uniuquística incluye a aquellas lesiones que se manifiestan clínica y radiológicamente como quistes odontogénicos pero cuya histología muestra epitelio ameloblástico tapizando el interior de la membrana, con o sin prolongaciones intraluminales o proliferaciones tumorales en el espesor de la pared. Representa entre el 5-15% de todos los ameloblastomas. Alrededor del 50% de los casos ocurren en la segunda década de vida. La mayoría se presenta en el sector posterior de la mandíbula, generalmente en relación con una pieza retenida. El tratamiento de elección de esta patología es controversial y se mencionan en la literatura las siguientes alternativas: resección, enucleación (con o sin la utilización de adyuvantes como la solución de Carnoy o la crioterapia), marsupialización y descompresión. En este trabajo se presenta un caso de ameloblastoma uniuquístico de maxilar superior asociado a un canino retenido en una paciente de 52 años que fue tratado con resección y reconstrucción inmediata con injerto óseo libre de cresta ilíaca. Aunque se han propuesto terapéuticas conservadoras para el manejo del ameloblastoma uniuquístico, en situación de perforación de corticales óseas e infiltración de los tejidos blandos de recubrimiento es recomendado un abordaje radical para disminuir el riesgo de recidivas.

SO13.03

Queratoquiste odontogenico estudio retrospectivo 1982-2015

Dr. Diego Batwini¹

¹Hospital Aleman

Sesiones Orales 13 - Conferencias 20', Salón Colorado, junio 25, 2016, 13:30 - 16:00

el queratoquiste odontogenico es una lesión de los maxilares que es proclive a la invasión local y recidiva. Nosotros revisamos la experiencia del servicio en 33 años de tratamiento de esta lesión con el fin de elucidar algún factor clínico, radiológico o patológico que pueda sugerir la necesidad de un tratamiento diferente.

Pacientes y métodos De un total de 127 pacientes con lesiones de los maxilares 32 fueron identificados con diagnóstico histopatológico de queratoquiste luego de tomas biopsicas y enucleaciones totales.

Resultados la edad promedio de la lesión fue 36 años, 23 casos masculinos y 9 femeninos.

La lesión quística con compromiso de la dentición fue una característica radiográfica.

En el 62% de los pacientes se realizó una biopsia previa.

En la totalidad de los pacientes se realizó la enucleación de la membrana quística con la extracción de los dientes asociados.

El rango de seguimiento fue de 1 año a 10 años.

Dos pacientes presentaron recidivas.

Discusión El queratoquiste es una lesión de desarrollo con una apariencia microscópica característica.

Philipsen fue el primero en utilizar el término queratoquiste odontogenico en 1956 para designar una lesión odontogenica con queratinización de su revestimiento epitelial.

Los criterios histopatológicos del queratoquiste fueron formulados por Soskolne y Shear 1967, Pindborg 1971, Stoelting 1971.

conclusión el queratoquiste es una lesión benigna con propensión a recidivar. En nuestro estudio el índice de recidiva fue del 6.2% y dentro de los 3 años de haber recibido el tratamiento. Ha sido bien documentado el alto índice de recidiva en pacientes con el síndrome nevobasocelular.

SO13.04

Adenoma pleomorfo en cavidad bucal.

Dr. Luis De Vega¹

¹Privado

Sesiones Orales 13 - Conferencias 20', Salón Colorado, junio 25, 2016, 13:30 - 16:00

Adenoma Pleomorfo en Cavidad Bucal

El tumor mixto benigno o adenoma pleomorfo es el tumor más común de las glándulas salivales mayores y menores. La glándula parótida explica casi el 85% en tanto que las glándulas submaxilar y salivales menores representan el 15%.

Estos tumores surgen a cualquier edad con ligera predilección en mujeres. Tienen la forma de tumefacción indolora y firme con un crecimiento lento. El tamaño de los tumores mixtos varían desde unos cuantos milímetros a varios centímetros de diámetro. Típicamente son lobulados y encerrados en una cápsula de tejido conectivo de espesor variable. Presentan elementos epiteliales y mesenquimatosos. Las características que sugieren la transformación maligna incluye presencia de áreas focales de necrosis, mitosis atípicas y hialinización extensa.

El tratamiento de elección para tumores benignos de las glándulas salivales menores o mayores es la excisión quirúrgica.

SO13.05

Tratamiento quirúrgico de ameloblastoma con reconstrucción ósea inmediata.

Prof. Silvio Scardovi Nuñez¹

¹Universidad

Sesiones Orales 13 - Conferencias 20', Salón Colorado, junio 25, 2016, 13:30 - 16:00

Introducción: se presenta el tratamiento quirúrgico actual de preferencia para los ameloblastomas de gran tamaño, con reconstrucción ósea inmediata.

Objetivos: enumerar y poner de manifiesto las ventajas que presenta la reconstrucción ósea inmediata en este tipo de tumores odontogénicos agresivos.

Metodología: tratamiento quirúrgico de resección mandibular con reconstrucción ósea inmediata por injerto microvascularizado de peroné con pastilla cutánea.

Resultados: alcanzar una resolución terapéutica-rehabilitadora ósea, en un solo acto quirúrgico.

Conclusiones: El tratamiento quirúrgico de las grandes tumoraciones ameloblastomatosas con reconstrucción ósea microvascularizada inmediata, es predecible de excelentes resultados.

SO13.06

TOQ. Revisión literaria a propósito de un caso.

Sr. Julian Sueldo¹
¹*mt*

Sesiones Orales 13 - Conferencias 20', Salón Colorado, junio 25, 2016, 13:30 - 16:00

El Tumor odontogénico queratoquístico es una entidad benigna de prevalencia relativamente alta que surge desde los remanentes de la lámina dental, el cual tiene un potencial comportamiento agresivo y alta recurrencia. Este tiende a crecer lentamente dentro del canal medular en sentido anteroposterior transformándose en una gran lesión sin causar una expansión obvia. Esta revisión describe la clínica, imagenología y tratamientos actuales del Tumor Odontogénico Queratoquístico a propósito de un paciente de sexo femenino de 16 años diagnosticado con esta entidad

SO13.07

Formación del Cirujano BMF en Uruguay.

Prof. Mario Scarrone

Sesiones Orales 13 - Conferencias 20', Salón Colorado, junio 25, 2016, 13:30 - 16:00

En los últimos tiempos en el Uruguay se han logrado grandes avances en lo que se refiere a la formación regular de los especialistas en cirugía BMF. Este área de la docencia de posgrado es sumamente compleja y consideramos debe ser continuamente mejorada y actualizada. Por esa razón es que consideré oportuno presentar un reporte de lo obtenido en Uruguay, haciendo un análisis de las dificultades encontradas en nuestro camino así como de los logros alcanzados.

Relatamos los pasos que se han seguido para concretar una propuesta y cómo se planificó luego su defensa. La concreción de este Programa fue respaldada por acuerdos internacionales, por las recomendaciones de la IAOMS y por las regulaciones de ALACIBU.

Teniendo en cuenta que lo logrado no debe ser considerado como meta final es que aspiramos a que lo expuesto pueda ser sometido a un análisis crítico por parte de los colegas involucrados en la docencia de la especialidad.

Por último se dará nuestra opinión acerca de la recertificación de los especialistas.

SO14.02

Distracción osteogénica. Recurso quirúrgico en el paciente con FLAP.

yanina Marcelloni¹

¹Hospital Español De Rosario, hospital Provincial De Rosario

Sesiones Orales 14 - Temas Libres 10', Salón Amazonas, junio 25, 2016, 16:30 - 18:30

La atención del paciente con fisura labio alveolo palatina, desde el campo de la cirugía máxilo facial, requiere adecuado manejo de tejidos blandos y duros, desde el momento del nacimiento que empieza con la ortesis que requiere el neonato, hasta su edad adulta, con los procedimientos quirúrgicos, ortopédicos y ortodóncicos. Esto hará que el paciente presente satisfactoria armonía facial, compatible con adecuada oclusión dentaria y desarrollo normal de las funciones del área comprometida en estas malformaciones (habla y masticación).

A las prácticas quirúrgicas convencionales, que requieren estos pacientes, hace algunos años, hemos incorporado, como herramienta de relevante utilidad, la distracción osteogénica maxilar y el transporte óseo alveolar. Estos recursos, en pacientes con múltiples bridas cicatrizales por cirugías previas, tanto en labio como en paladar, han mejorado los resultados de las cirugías dentoesqueletales, concernientes a importantes avances del maxilar superior y/o injertos óseos alveolares en el área de fisura.

SO14.03

Preparación ortodóncicas en casos quirúrgicos.

Dra. Elisa Tuber¹

¹*Fundacion Gnathos*

Sesiones Orales 14 - Temas Libres 10', Salón Amazonas, junio 25, 2016, 16:30 - 18:30

El ortodoncista tiene objetivos muy claros en los tratamientos quirurgicos, y cuenta con una herramienta de planificacion previa, el VTO ortodoncico quirugico, que permite preveer como la ortodoncia que se planifica es util para los objetivos quirugicos.

SO14.04

Tratamiento ortodóncico quirúrgico. La importancia de la planificación interdisciplinaria evaluando diferentes opciones de tratamiento.

Caso Clínico de Clase III - Parte 1

Dr. Guillermo Pablo Leanza¹, Clínica Prof. Dr. Roberto G. Blanco III

¹*Fundacion Gnathos*

Sesiones Orales 14 - Temas Libres 10', Salón Amazonas, junio 25, 2016, 16:30 - 18:30

El objetivo de esta presentación es mostrar una secuencia optima de diagnostico, planificación y tratamiento de un paciente Clase III al que se realizo un tratamiento ortodóncico-quirúrgico.

Se muestran y debaten diferentes opciones de planificación quirúrgica con sus ventajas para poder optar por la opción ideal para este caso.

Se realizó una planificación 3 D usando un software mediante el cual se confecciono el Splint correspondiente.

La cirugía fue realizada por el Prof. Dr. Roberto G. Blanco III quien se encargara de explicar esta parte del caso clínico.

Finalmente se realiza la finalización ortodóncica del caso.

SO14.05

Tratamiento ortodóncico quirúrgico. La importancia de la planificación interdisciplinaria evaluando diferentes opciones de tratamiento.

Caso Clínico de Clase III - Parte II -

Dr. Guillermo Pablo Leanza¹, Clínica Prof. Dr. Roberto G. Blanco III

¹*Fundacion Gnathos*

Sesiones Orales 14 - Temas Libres 10', Salón Amazonas, junio 25, 2016, 16:30 - 18:30

El objetivo de esta presentación es mostrar una secuencia optima de diagnostico, planificación y tratamiento de un paciente Clase III al que se realizo un tratamiento ortodóncico-quirúrgico.

Se muestran y debaten diferentes opciones de planificación quirúrgica con sus ventajas para poder optar por la opción ideal para este caso.

Se realizó una planificación 3 D usando un software mediante el cual se confecciono el Splint correspondiente.

La cirugía fue realizada por el Prof. Dr. Roberto G. Blanco III quien se encargara de explicar esta parte del caso clínico.

Finalmente se realiza la finalización ortodóncica del caso.

SO14.06

Ventajas de la incorporación de la planificación 3D en Cirugía Ortognática (Parte II)

Dr. Alejo Emiliano Estrada¹

¹*Universidad Nacional del Litoral / Facultad de Ciencias Médicas*

Sesiones Orales 14 - Temas Libres 10', Salón Amazonas, junio 25, 2016, 16:30 - 18:30

El motivo de la presentación es mostrar las ventajas que aporta la planificación 3D con los diferentes software que existen actualmente en el mercado. Los estudios tomográficos de los macizos craneofaciales, escaneo de modelos y fotografías del paciente son suficientes para realizar estos estudios. Estos tipos de planificaciones aportan numerosas ventajas, desde la precisión en la toma de registros de los pacientes, la planificación de la cirugía en el ordenador, y poder adelantarse a las posibles complicaciones que se producirían en la cirugía realizando diferentes movimientos. De esta manera el aporte que eso brinda a los cirujanos durante la planificación es de gran importancia. Desde poder ver futuras interferencias, hasta poder reconocer las limitaciones de cada cirujano para realizar algunos movimientos.

SO14.07

Diferentes pasos y registros necesarios para planificación 3D en Cirugía Ortognática. (PARTE I)

Dr. Alejo Emiliano Estrada¹

¹*Universidad Nacional del Litoral / Facultad de Ciencias Médicas*

Sesiones Orales 14 - Temas Libres 10', Salón Amazonas, junio 25, 2016, 16:30 - 18:30

Se describirá un protocolo básico para toma de registros faciales necesarios para planificar cada caso en particular. Tipos de estudios complementarios necesarios para realizar este tipo de planificaciones 3D. Características de los estudios topográficos necesarios para poder realizar la cirugía virtual y posteriormente poder imprimir la férula quirúrgica intermedia o final, según lo demande el caso y siempre con la mejor precisión posible.

SO14.09

Utilización de microimplantes en un caso ortodóncico-quirúrgico.

Dra. Carolina Calvo¹, Dr. Guillermo Finguer¹

¹*Cátedra de Ortodoncia Asociación Odontológica Argentina*

Sesiones Orales 14 - Temas Libres 10', Salón Amazonas, junio 25, 2016, 16:30 - 18:30

La presentación tiene como objetivo describir cómo los microimplantes pueden ser utilizados en la etapa de ortodoncia prequirúrgica para lograr una correcta descompensación dentaria de una clase III esquelética. Se destaca la importancia de colocar las piezas dentarias dentro de sus bases óseas en ambos maxilares para una posterior corrección esquelética mediante la cirugía ortognática.

Respaldo por la bibliografía consultada, se presenta un caso clínico de clase III esquelética, su etapa ortodóncica, los resultados finales del triple procedimiento quirúrgico y el seguimiento a 4 años.

SO14.11

Cirugía Ortognática, diagnóstico y tratamiento individualizado.

Dr. Ariel Carlos Fernandez¹

¹*Hospital Italiano Rosario*

Sesiones Orales 14 - Temas Libres 10', Salón Amazonas, junio 25, 2016, 16:30 - 18:30

En la actualidad no podemos realizar cirugía ortognática teniendo en cuenta el diagnóstico y tratamiento únicamente las anomalías de desarrollo según los cefalogramas del paciente, es importante analizar factores anatómicos, raciales, posibles complicaciones y principalmente la demanda estética; llevándonos a una cirugía ortognática individualizada para cada paciente en particular.

SO15.01

Adenoma pleomorfo en glandula submaxilar.

Dr. Martin Ricardo Gaspar¹, Dr. Emilio Jose Cuella

¹Hospital San Roque Nuevo

Sesiones Orales 15 - Temas Libres 10', Salón Colorado, junio 25, 2016, 16:30 - 18:30

El adenoma pleomorfo es el tumor benigno más frecuente de las glándulas salivales. Su incidencia es mayor en glándula parótida, seguida de la glándula submandibular y en menor porcentaje de la glándula sublingual. El objetivo de esta presentación es mostrar procedimientos diagnósticos clínicos y complementarios, así como técnica quirúrgica para el tratamiento de esta entidad en la glándula submaxilar.

SO15.02

Tumor Odontogénico Queratoquístico. Presentación de un caso clínico .

Dr. Joaquín Sesín¹, Dr. Augusto Cardozo²

¹Hopital J.R. Vidal, ²Hospital J.R.Vidal

Sesiones Orales 15 - Temas Libres 10', Salón Colorado, junio 25, 2016, 16:30 - 18:30

Los tumores odontogénicos queratoquísticos representan el 2 al 11% de los quistes de la mandíbula, tienen una alta predilección por los hombres de raza blanca. Se presenta un caso clínico de un paciente varón, con un tumor odontogénico queratoquístico localizado en la mandíbula en el lado izquierdo. El queratoquiste odontogénico ha sido definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una entidad tumoral, y su tratamiento debe ser considerado como el de una neoplasia.

SO15.03

Tumores de la base del cráneo.

Dr. Emilio Jose Cuella¹, dr rodrigo claudio juarez

¹*hospital san roque nuevo*

Sesiones Orales 15 - Temas Libres 10', Salón Colorado, junio 25, 2016, 16:30 - 18:30

Los tumores de la base de cráneo pueden asentar en región de la fosa craneal anterior, media y posterior. La frecuencia de las variantes histológicas encontradas en este sector dependes de la región afectada. En la región anterior son frecuentes los tumores de origen nasal y etmoidal como angiofibromas, condromas y tumores neurovasculares. En región media encontramos con más frecuencia tumores como schwannomas o neurofibriomas, tumores de glándulas salivales menores con invacion a esta región como el carcinoma adenoquistico, tumores del lóbulo profundo de la parótida y paragangliomas. En sector posterior tumores como glomus y condromas. El objetivo de dicha presentación es realizar una reseña anatómica de la región descripción de diferentes abordajes de tumores extracraneales con presentación de clasos clínicos

SO15.04

Adenoma Pleomorfo de paladar duro y blando, revisión bibliográfica y resolución de caso clínico.

Dra. Sofía Ceriani¹

¹Hospital Vicente Lopez Y Planes

Sesiones Orales 15 - Temas Libres 10', Salón Colorado, junio 25, 2016, 16:30 - 18:30

Las neoplasias de las glándulas salivales constituyen alrededor del 3% de todos los tumores y son responsables entre el 2 y 7% de los cánceres de cabeza y cuello.

El tumor benigno más frecuente es el adenoma pleomorfo, representando el 50% de los tumores que afectan a las glándulas menores, de los cuales un 55% se localiza en el paladar. Puede aparecer a cualquier edad siendo más frecuente entre la tercer y la quinta década, con un predominio en mujeres (3:1).

Clínicamente es de crecimiento lento y bien delimitado, generalmente sin cambios en la mucosa que lo recubre. Desde el punto de vista histológico el hallazgo más constante es la presencia de una capsula fibrosa, la cual en ocasiones se puede infiltrar por células tumorales. Suelen ser recidivantes, y el 1% los casos presenta transformación maligna.

Se presenta el caso clínico de un paciente, sexo femenino de 36 años de edad, la cual acude a la consulta por presencia de una lesión asintomática, de 5 años de evolución, ubicada en el paladar duro y blando del lado izquierdo. A la exploración intraoral se observó, una lesión elevada, redondeada, de aproximadamente 4 por 5 centímetros, de base sésil, recubierto de mucosa sana. No se observó, ni clínica, ni radiográficamente relación con las piezas dentarias próximas a la lesión. Se realizó una biopsia, la cual determino el diagnóstico: Adenoma Pleomorfo. Por lo que se procedió a la extirpación quirúrgica mucoperiostica de la lesión, con margen de seguridad, seguido de ostectomía en paladar duro. En la herida se colocó gaza con nitrofurazona. A los controles inmediatos y mediatos presentó evolución favorable.

SO15.05

Reconstrucción mandibular en pacientes pediátricos.

Dra. Anabel Pelaez¹, Dr Jorge A. Ciechomsky¹

¹Htal. De Niños Ricardo Gutierrez

Sesiones Orales 15 - Temas Libres 10', Salón Colorado, junio 25, 2016, 16:30 - 18:30

La posibilidad de reconstruir la mandíbula en un niño es infrecuente y no encontramos un algoritmo de tratamiento que oriente las posibilidades reconstructivas.

Objetivo: evaluar las alternativas de reconstrucción mandibular en pacientes pediátricos sometidos a resección tumoral.

Metodología: se presenta una serie de pacientes pediátricos atendidos en el servicio de Cirugía plástica del Htal. de niños Ricardo Gutierrez y en la práctica privada con diagnóstico de tumor mandibular, se analizan las posibilidades reconstructivas y su evolución. Se realizó un análisis comparativo con una revisión bibliográfica de 10 años a la fecha.

Resultados: se atendieron 10 pacientes con un promedio de edad de 7 años, 5 femeninos, 5 masculinos, de los cuales 5 pacientes con diagnóstico de tumor maligno y 5 benigno. se realizaron 4 reconstrucciones con colgajo libre de peroné, 1 con injerto de cresta ilíaca y 5 pacientes con injerto de costilla. El seguimiento de los pacientes es de 2 meses a 20 años. Se produjo una necrosis parcial de un injerto de peroné, reabsorción parcial de 1 injerto de costilla y fractura de 1 injerto de costilla.

Conclusión: del análisis de la experiencia y de la revisión bibliográfica se concluye que la posibilidad de reconstruir la mandíbula en un niño es infrecuente por lo que esbozamos un algoritmo de tratamiento para esta patología que se adapta a la edad del paciente, la magnitud del defecto y las secuelas del lecho dador.

SO15.06

Leiomioma de Maxilar Superior.

Dr. Augusto Cardozo¹

¹Hopital J.R. Vidal

Sesiones Orales 15 - Temas Libres 10', Salón Colorado, junio 25, 2016, 16:30 - 18:30

El Leiomioma es una neoplasia maligna mesenquimal que presenta características de células musculares lisas, la mayoría de estos tumores se presentan en el retroperitoneo, incluyendo pelvis y útero, siendo poco frecuente en la región maxilofacial, constituyendo su localización intrabucal aproximadamente 0,1% de los tumores primarios, el objetivo es presentar un caso clínico de un paciente de 64 años de edad que fue derivado a la consulta por presentar asimetría facial y tumefacción a nivel de maxilar superior. Se solicitaron exámenes de laboratorio e imagenológico (rx panorámica, TAC). Se procedió a la realización de la biopsia incisional, se remitió a anatomía patológica la muestra, los estudios concluyeron que estábamos en presencia de un sarcoma fusocelular de alto grado por lo que fue necesario realizar técnicas de inmunohistoquímica con anticuerpos poli y mono clonales a fin de arribar a un diagnóstico de certeza y determinar la conducta terapéutica a seguir

SO15.07

Adenoma Pleomorfo de Parótida.

Prof. Rodrigo Claudio Juárez¹

¹Hospital San Roque Nuevo

Sesiones Orales 15 - Temas Libres 10', Salón Colorado, junio 25, 2016, 16:30 - 18:30

Los tumores de glándulas salivales son poco frecuentes y representan aproximadamente entre el 0,5 y 1 % de todos los tumores. Constituyen el 3 % de las neoplasias que afectan a cabeza y cuello en los adultos, mientras que en la infancia alcanzan alrededor del 8 %. La incidencia actual oscila entre 0,4-3,5 casos/100.000 personas/año. El 85-95 % de dichos tumores se origina en la parótida, la glándula submaxilar y las glándulas menores del paladar; el resto se distribuye en el ámbito de otros tejidos salivales dispersos por la cavidad oral y el resto del sistema estomatognático. La mayor parte de las lesiones palpables en las glándulas salivales mayores (parótida, submandibular y sublingual) son de etiología tumoral. La intervención quirúrgica continúa siendo el método de elección para las neoplasias de glándulas salivales, aunque se han experimentado cambios sustanciales, pues las escisiones limitadas, como la enucleación, y las exageradamente radicales como la parotidectomía radical, han quedado reservadas solo para un pequeño grupo de afecciones. En la actualidad se aboga, en la mayoría de los casos, por procedimientos más conservadores con respecto a la sección deliberada del nervio facial, pero que ofrezcan un margen de seguridad adecuado, que evite las frecuentes recidivas.

SO15.08

Hemangioma rino-sinusal: Embolización y Cirugía

Federico Braun¹

¹*Hospital Pedro Moguillansky-Facultad de Odontología Universidad Nacional de Rio Negro*

Sesiones Orales 15 - Temas Libres 10', Salón Colorado, junio 25, 2016, 16:30 - 18:30

El hemangioma en el seno maxilar y la nariz es de baja frecuencia de aparición. Por su presentación y sus características es difícil hacer el diagnóstico histopatológico por biopsia incisional. Cuando crece a un tamaño considerable se acompaña de sintomatología nasal.

Es preciso hacer el correcto diagnóstico en estos tumores ya que presentan un alto riesgo de hemorragia intra y postoperatoria.

Se presentará una breve reseña bibliográfica, diagnóstico por imágenes, signo-sintomatología, clasificación ISSVA y alternativas de tratamiento.

Se presentará un caso clínico de un hemangioma rino-sinusal con destrucción ósea al cual se le realizó una embolización transarterial preoperatoria y un resección local por medio de la operación de Denker.

SO15.09

Fibroma cementificante Hereditario.

Dra. Claudia Alicia Aguilera¹

¹Hospital Escuela General San Martín UNNE

Sesiones Orales 15 - Temas Libres 10', Salón Colorado, junio 25, 2016, 16:30 - 18:30

El Fibroma Cementificante es una lesión pseudo tumoral benigna de origen odontogénico, que se ubica generalmente en la zona de molares y premolares mandibulares. Nuestro objetivo es presentar un caso hereditario de Fibroma cementificante, describiendo las características clínicas, radiográficas, histológicas, tratamiento y seguimiento de cada uno de ellos. Dos pacientes padre e hija con FCementificante mandibular atendidos en el Hospital Escuela que fueron incluidos en este estudio. Es una lesión rara que afecta al 0,1% del total de tumores odontogénicos y típicamente afecta mas a mujeres en la 3ra y 4ta década, es benigna bien delimitada, asintomática. Radiologicamente es variable dependiendo de la etapa de su desarrollo y de su tamaño, originando una asimetría facial creciente con abombamiento de la cortical osea. Es así que en etapas tempranas se presentan como áreas radiolucidas uni o multiloculares con desplazamiento y reabsorción radicular. Todos los pacientes fueron tratados con remoción completa de la lesión y relleno del defecto con injerto de cresta iliaca y injerto oseo particulado y placas de titanio. El tratamiento es conservador y redictivas son raras. Histologicamente se caracterizan: por presentar un estroma fibroso con cel fusiformes entremezcladas con tejido calcificado muy poca actividad mitotica y atipia celular, rodeada de una capsula fibrosa. Es posible observar células gigantes e infiltrado inflamatorio agudo polimorfonucleares. No existe evidencias de que el fibroma cementificamente se transforme en una lesión maligna. Diferenciar con lesiones oseas como: displasia fibrosa, displasia cemento focal y juvenil, osteoblastoma cementoblastoma, osteoma, osteomelitis, osteosarcoma. Conclusión estos tiposde lesiones son importantes diagnosticarlas y determinar que tipo de abordaje terapéutico deben utilizar, ya que el bajo porcentaje de estas lesiones, junto con la gran similitud tanto clínica, radiográfica e histológica que presentan con otras entidades patológicas de los maxilares, puedan llevar a un diagnostico y tratamiento erróneo afectando la calidad de vida del paciente.

SO15.10

Destrucción de Estructura Buco-Maxilo-Facial por cocaína.

Dr. Fernando Gustavo Trigo

Sesiones Orales 15 - Temas Libres 10', Salón Colorado, junio 25, 2016, 16:30 - 18:30

El consumo "permanente" de cocaína por vía nasal se traduce en vasoconstricción "permanente" de los tejidos, genera lesiones en cascada; rinitis, epistaxis, sinusitis, osteitis, necrosis de las estructuras. Se presenta tres pacientes con diferentes lesiones destructivas de la línea media inducidas por la Cocaína, CIMDL (cocaine-induced midline destructive lesions)

Adulto con pérdida grado II y III (Dr. J.C.Trigo) paladar blando (2003) paladar Blando y duro (2005)

Registro de la voz - Técnica protésica

B) Preseñil con Pérdida grado III Paladar Blando, duro y septum nasal

Registro de la voz - Técnica protésica.

C) Paciente Joven con Pérdida grado IV Paladar Blando y Duro, pirámide nasal y ambos cuerpos del hueso etmoides.

Registro de la voz - Técnica protésica

Conclusión: Rescate del paciente con reintegración a la vida diaria.

PRESENTACIONES PÓSTER



POJ01

Complicaciones de Abordajes Transconjuntivales en Clínica Alemana Santiago: Estudio retrospectivo de 5 años y revisión de la literatura.

Dra. Pia Quiroga Aravena¹, Dr. Ariel Barrera Parada, Dr. Patricio Quiñones Vergara, Dra. Constanza Labbé Martínez, Dr. Nicolas Yanine Montaner

¹*Clinica Alemana Santiago*

Sesiones Poster - Jueves 23, Bloque 1, Zona Exposición Comercial, 14:00 - 14:30

El acceso transconjuntival fue descrito por Bourguet el año 1924.

La principal ventaja de este abordaje es que la cicatriz se oculta en la conjuntiva palpebral y, si se realiza correctamente, es imperceptible y rara vez presenta complicaciones.

La disección se puede realizar preseptal o retroseptal, estos varían en la relación del septum orbitario a la vía de disección. El abordaje preseptal se ha asociado a un mayor riesgo de entropión. Por el contrario, en la experiencia de los autores, un enfoque retroseptal realizado en el fondo de saco conjuntival ofrece un acceso adecuado para la mayoría de aplicaciones en la órbita y prácticamente elimina el riesgo de entropion.

El objetivo de este estudio es realizar un análisis retrospectivo de todos los abordajes transconjuntivales realizados para acceder a fracturas de órbita de pacientes niños y adultos diagnosticadas y tratadas entre los años 2010 y 2015 en el Servicio de Cirugía Maxilofacial de Clínica Alemana Santiago para describir los datos epidemiológicos del tratamiento de fracturas orbitarias a través de abordajes transconjuntivales operadas como indicaciones, resultados y complicaciones de estos abordajes y compararlos con la literatura disponible.

Se presentará un estudio retrospectivo de 5 años, en el cual se incluyeron todos los pacientes operados con abordaje transconjuntival y sus modificaciones para reconstrucciones orbitarias.

En conclusión, podemos decir que esta abordaje presenta muy bajas complicaciones en comparación con otros accesos, siempre cuando sea realizado por un cirujano que maneje a perfección la técnica quirúrgica.

POJ02

Paresia Post-Traumática Unilateral del Músculo Recto Lateral.

Francisco Stefan Domancic Alucema¹, Constanza Labbé Martínez¹, Ignacio Araya Cabello¹, Nicolás Yanine Montaner¹, Marcelo Mardones Muñoz¹, Rodrigo Bravo Ahumada¹

¹*Departamento De Cirugía Y Traumatología Buco Máxilo Facial, Universidad De Chile*

Sesiones Poster - Jueves 23, Bloque 1, Zona Exposición Comercial, 14:00 - 14:30

Dentro de las neuropatías asociadas al trauma cráneo-facial se encuentran las que afectan la motilidad ocular, siendo el daño al nervio abducens (VI par craneal) la causa más frecuente de paresia del músculo recto lateral.

La paresia del músculo recto lateral puede presentarse unilateral o bilateralmente, no habiendo consenso actualmente en cuanto a cuál sería más frecuente. En contexto traumatológico es frecuente su asociación con fracturas cervicales y faciales. Las causas se dividen en extracraneales e intracraneales.

Ingresó de urgencia al servicio de cirugía maxilofacial un paciente hombre, 23 años de edad, con antecedentes de poliadicción, fracturado panfacial por accidente en motocicleta. Una vez estabilizado se realizó reducción abierta y fijación interna rígida de las fracturas mediante abordaje coronal y vestibular, a la semana de control se pesquiza, conforme remite el edema, desviación pupilar medial derecha y dificultad para realizar lateroducción derecha, sin diplopia asociada.

Existe consenso en que la particular fragilidad del nervio abducens se encontraría en estrecha relación con su delgada anatomía y relaciones anatómicas durante su largo recorrido intracraneal, sin embargo, no existe actualmente claridad en el mecanismo de lesión.

El pronóstico de la paresia del M. Recto Lateral dependerá de la causa y severidad de la misma pudiendo ser corregible, persistente o transitoria, remitiendo entre 3 y 6 meses post-trauma.

POJ03

Epidemiología de las dismorfosis dentofaciales en el Hospital Clínico San Borja de Arriarán. Estudio retrospectivo a 23 años.

Maximiliano Muñoz Repetto¹, Lorena Núñez Castañeda¹, Erita Cordero Carrasco^{1,2}, Iris Espinoza Santander¹
¹Facultad Odontología, Universidad De Chile, ²Cirugía Maxilofacial, Hospital San Borja Arriarán

Sesiones Poster - Jueves 23, Bloque 1, Zona Exposición Comercial, 14:00 - 14:30

Introducción: Las dismorfosis dentofaciales (DDF) se caracterizan por alteraciones de forma, tamaño y posición de los huesos de la cara con relación al cráneo; teniendo impacto en funciones del sistema estomatognático, estética facial y calidad de vida. Diversos estudios registran y caracterizan las DDF, sin embargo, en Chile sólo encontramos un estudio al respecto.

Objetivo: Determinar los tipos de DDF operados en el Hospital Clínico San Borja Arriarán (HCSBA) entre los años 1993 – 2015 para determinar cuantitativamente cuál es el tipo más prevalente, distribución por sexo y edad al momento de la intervención quirúrgica.

Material y Método: Estudio retrospectivo, la muestra a estudiar será la población atendida en el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del HCSBA. Se revisará la base de datos electrónica del HCSBA, filtrando las cirugías maxilofaciales, para obtener los datos de los pacientes con diagnóstico de DDF y se procederá a realizar el análisis estadístico. Criterio de inclusión pacientes con diagnóstico de DDF (clases II y III) operados en pabellón central del HCSBA entre los años 1993 – 2015 con información completa (diagnóstico, edad, sexo).

Resultados: Se operaron un total de 1.008 pacientes entre los años 1993 – 2015 en el servicio de Cirugía oral y maxilofacial del HCSBA. 570 pacientes fueron operados con cirugía ortognática por DDF tipo II (76) o III (494). 204 pacientes correspondieron al sexo masculino y 366 al femenino. La edad promedio fue de 23,27 años; 26,85 en las clases II y 22,78 en las clases III diferencia que es estadísticamente significativa.

Conclusión: La DDF operada más prevalente es la DDF tipo III, con un mayor número de pacientes de sexo femenino en ambas DDF y un promedio de edad de 23,27 años. Los pacientes con DDF II se operan más tardíamente que los pacientes con DDF III.

POJ05

Corrección de asimetría facial en pacientes con hiperplasia condilar unilateral.

Dr. Juan Jose Cortes Santander¹, Dra. Carolina de la Victoria Rojas^{2,4}, Dr. Felipe Aran Sekul^{2,4}, Dr. Alex Gallegos Flores³

¹cirujano maxilofacial practica privada, ²cirujano dentista practica privada, ³cirujano dentista practica privada, ⁴instructor catedra cirugía oral y maxilofacial. Universidad Antofagasta

Sesiones Poster - Jueves 23, Bloque 1, Zona Exposición Comercial, 14:00 - 14:30

Introducción. La hiperplasia condilar (HC) es una anomalía del desarrollo que se caracteriza por un crecimiento excesivo y progresivo, ya sea uni o bilateral de la mandíbula, comprometiendo cabeza y cuello del cóndilo, rama ascendente y cuerpo. Como consecuencia, se genera asimetría mandibular que origina deformidades secundarias afectando maxilar, nariz, oclusión y tejidos blandos dejando en evidencia una clara asimetría facial. Obwegeser, clasifica la HC en 3 categorías: hiperplasia hemimandibular (tipo I), asimetría por crecimiento vertical, elongación hemimandibular (tipo II), la más frecuente y de crecimiento horizontal y tipo III, combinación de las dos anteriores.

Objetivo. Mostrar la efectividad del tratamiento ortodóncico-quirúrgico, utilizando cirugía ortognática y condilectomía alta para la corrección de la asimetría facial en pacientes con hiperplasia condilar unilateral.

Métodología. Se consideró pacientes diagnosticados con HC entre los años 2011 - 2015. Todos fueron sometidos a evaluación clínica, registro fotográfico e imagenológico y se solicitó un SPECT óseo TC-99M-MDP. Los datos fueron recolectados de los registros en la ficha clínica.

Resultados. Cuatro pacientes fueron operados durante el período descrito. El 100% correspondió al género femenino con rango de edad 17 - 20 años. El diagnóstico en todos los casos fue de HC tipo II Unilateral. A todos se realizó ortodoncia con un promedio de 2 años y condilectomía alta más cirugía ortognática. El seguimiento se realizó entre 3 meses y 4 años, encontrando mejoras en los movimientos céntricos y excéntricos mandibulares, oclusión y simetría facial, lo que se mantuvo en el tiempo.

Conclusiones. La HC tiene baja frecuencia, predilección por el género femenino y se presenta a temprana edad. Generalmente, conlleva consecuencias oclusales, articulares y estéticas importantes para el paciente, sin embargo, la cirugía ortognática y condilectomía alta son procedimientos efectivos para la corrección de la asimetría facial.

POJ06

Pacientes con síndrome de apnea obstructiva (OSAS): resultados de seguimiento postoperatorio de cirugía esquelética después de 36 meses en clínica privada de São Paulo.

Dr. Henry Gutierrez Quintana¹

¹*Clinica Privada*

Sesiones Poster - Jueves 23, Bloque 1, Zona Exposición Comercial, 14:00 - 14:30

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), desaturación 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 a avance maxilo-mandibular (AMM) para la apnea del sueño. Se evaluaron 358 pacientes operados entre julio de 2012 y junio de 2015 representando 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 volumétrica ("Cone Beam") con parámetros pre y pos-operatorio. Los resultados fueron analizados por "prueba de la t de Student pareado" (Análisis estadístico 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 ortognática para el tratamiento del SAOS moderada y grave es eficaz para mejorar los parámetros más críticos de esta enfermedad crónica.

POJ07

Artroplastia biconvexa para reconstrucción de la articulación temporomandibular.

Dr. Renan Langie¹, Dr. Felipe Artuzi¹, Profa. Deise Ponzoni¹, Profa. Edela Puricelli²

¹Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS, ²Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre - SCMPA

Sesiones Poster - Jueves 23, Bloque 1, Zona Exposición Comercial, 14:00 - 14:30

Introducción: La artroplastia biconvexa es una técnica de reconstrucción de la articulación temporomandibular (ATM) por interposición de material aloplástico. Está indicada para sustituir el proceso condilar en las patologías proliferativas o ablativas de la ATM. **Objetivos:** Presentar la técnica y discutir el concepto de la artroplastia biconvexa para tratamiento de anquilosis de la ATM, publicada por Puricelli en 1995. **Metodología:** La técnica propone la reconstrucción de la ATM a partir de dos contactos convexos de metilmetacrilato autopolimerizable. La propuesta es el cambio de la dirección del vector de fuerza que, al contrario de la ATM normal, crea un tubérculo articular en el remanente óseo que corresponde al techo de la pared posterior de la cavidad articular. **Resultados:** Después de la reconstrucción a través de esta técnica, el vector de fuerza se dirige en los planos sagitales de inferior a superior y de anterior a posterior. La técnica se puede realizar en adultos y en niños, arriba de ocho años. **Conclusiones:** La artroplastia bioconvexa de Puricelli es una técnica estable, no interfiriendo en los movimientos mandibulares. A través de esta, es posible mantener constante el avance de la mandíbula y la altura vertical del ramo, apoyados en la superficie posterosuperior. En pacientes jóvenes, asimetrías faciales son progresivamente corregidas. En los exámenes por imagen se observa el crecimiento de la base del cráneo como una posible compensación funcional resultante del cambio de la dirección del vector de fuerza de la mandibular sobre la base del cráneo.

POJ08

Artritis Juvenil Idiopática y manejo con inyección intraarticular de artritis de Articulación Temporomandibular.

Maria Victoria Prieto Letelier¹, Pablo Calcumil Herrera¹, Felipe Astorga Mori¹

¹Hospital del Carmen Maipú

Sesiones Poster - Jueves 23, Bloque 1, Zona Exposición Comercial, 14:00 - 14:30

Introducción. La artritis juvenil idiopática (AJI) es una enfermedad autoinmune inflamatoria del tejido conectivo que afecta a las articulaciones, uno de ella la temporomandibular (ATM), ya sea de forma unilateral o bilateral. Actualmente el manejo intraarticular se realiza mediante la artrocintesis sola o en conjunto con drogas.

Objetivos. El objetivo de este estudio es recoger la evidencia más actualizada de tratamientos intraarticulares en pacientes con AJI.

Metodología. Se realiza una revisión bibliográfica utilizando la base de datos Pubmed, mediante términos MeSH "Rheumatic diseases", "Temporomandibular Joints, disorder" y "Steroids", con 49 resultados. La selección se hizo con publicaciones entre los años 2008 – 2015 y en el idioma inglés. Sólo se consideraron publicaciones académicas arbitrarias y en versión texto completo, descartando estudios in vitro y en animales.

Resultados: Los estudios seleccionados fueron 5, con carácter de meta-análisis y retrospectivos con nivel de evidencia 4.

Conclusiones: Todos los estudios analizados demuestran que las inyecciones articulares mejoran los síntomas de pacientes con AJI en más del 50% de los casos, ya sea en mejora de la hipometría bucal y en función articular. En algunos estudios se controlaron ATMs mediante resonancia magnética con resultados de resolución parcial o completa de la artritis. Manfredini y cols. 2012, relata no haber diferencia significativa entre procedimientos de artrocintesis sola y artrocintesis con corticoides y/o ácido hialurónico. El nivel de evidencia actual entrega conclusiones limitadas respecto a que procedimiento es el más efectivo y seguro en tratamiento de artritis de ATM en pacientes con AJI. Se sugiere estudios futuros que incluyan en sus diseños el control a largo plazo de esta modalidad de tratamiento y posible impacto en crecimiento mandibular.

POJ09

Distracción osteogénica de maxilares en pacientes con secuelas dento-esqueléticas.

yanina Marcelloni¹, gabriela basso¹, marisa paz¹

¹Hospital Español De Rosario-hospital Provincial De Rosario

Sesiones Poster - Jueves 23, Bloque 1, Zona Exposición Comercial, 14:00 - 14:30

La distracción osteogénica (DO) engloba el alargamiento y remodelado del hueso, por medio de fracturas quirúrgicas y separación gradual de segmentos óseos. Los tejidos contiguos son expandidos concomitantemente.

Se tomaron tres casos puntuales de pacientes tratados previamente por malformaciones faciales o dismorfosis dento esqueléticas, secuelados, tanto desde el punto de vista estético, como funcional. Estos pacientes fueron tratados en nuestro servicio hospitalario, con distracción osteogénica además del correspondiente tratamiento ortodóncico.

El objetivo del trabajo es mostrar la utilización de una técnica quirúrgica específica, útil en casos en los que la cirugía ortognática convencional, suele mostrar recidiva u otras secuelas en el área tratada .

POJ10

Tumor Odontogénico Queratoquístico: Presentación de un Caso Clínico.

Dr. Lucio Menutti¹, Dr. Oscar Corominas Ruiz¹

¹*Cátedra de Cirugía III, U.N.C. Hospital Privado (cba)*

Sesiones Poster - Jueves 23, Bloque 1, Zona Exposición Comercial, 14:00 - 14:30

El Tumor Odontogénico Queratoquístico (TOQ) es una neoplasia intraósea benigna (OMS 2005), que histopatológicamente presenta un epitelio plano estratificado paraqueratinizado. Es asintomático, cuya característica primordial es el alto potencial de crecimiento, comprometiendo en gran parte la estructura de los huesos maxilares; también es altamente residivante. Su localización más frecuente es en el maxilar inferior, en la zona de ángulo y rama mandibular, entre la segunda y tercera década de vida con mayor predominio.

A continuación se presenta el caso clínico de un paciente de sexo masculino de 50 años de edad, el cual presenta un aumento de volumen, tumoración en la zona mentoniana de más de 6 meses de evolución con escasa sintomatología dolorosa. A la inspección clínica se observa un aumento de volumen en el sector anteroinferior a nivel de fondo de surco vestibular que se extiende desde el elemento dentario N° 45 al 36, presentando una mucosa tensa que transluce en profundidad un aspecto blanco nacarado. En correspondencia y por lingual se observa una lesión de similares características clínicas que se extiende del elemento dentario N° 43 al 31, también se puede precisar el desplazamiento de las carúnculas sublinguales. Dicha lesión fue intervenida quirúrgicamente.

El resultado de la anatomía patológica de la pieza operatoria reveló TOQ.

Como conclusión podemos decir: a) El TOQ es un tumor potencialmente agresivo y de alta recidiva por lo cual los pacientes deberían ser seguidos después del tratamiento de forma periódica y b) el éxito del tratamiento implica eliminar el potencial de recurrencia de dicha patología.

POJ11

Reconstrucción mandibular post Hemimandibulectomía por Ameloblastoma. Reporte de Caso.

Daniel Cortés-Caballero^{1,2}, Pablo Cortés Rabba¹, Camila Oyarzun Paredes³, Humberto Velasquez Mansilla⁴, Rose Schulz Tapia⁴

¹Hospital Puerto Montt, ²Programa de Doctorado en Cs Médicas, Universidad de La Frontera, ³Alumna Odontología, Universidad Austral, ⁴Cirujano Dentista

Sesiones Poster - Jueves 23, Bloque 1, Zona Exposición Comercial, 14:00 - 14:30

Introducción: El ameloblastoma es una neoplasia benigna de origen odontogénico, asintomática, de crecimiento lento pero localmente invasiva, que involucra a la mandíbula en un 80 % de los casos con una predilección en la zona posterior. Tiene una alta tasa de recurrencia (50 – 90%) si no es removido correctamente.

Objetivos: Presentar un caso clínico de paciente con diagnóstico de ameloblastoma mandibular y describir la planificación y tratamiento resectivo y reconstructivo.

Metodología: Se presenta un caso de una mujer de 16 años de edad, con aumento de volumen en zona mandibular derecha, asociado a parestesia y movilidad dentaria. Al examen imagenológico se observó una lesión mixta de aspecto multilocular. Una biopsia incisional confirmó que se trataba de un caso de ameloblastoma folicular. Se realizó planificación de tratamiento resectivo y reconstructivo mediante modelo estereolitográfico. El tratamiento fue hemimandibulectomía derecha a desde el diente 3.2 hacia posterior. La paciente evoluciona satisfactoriamente y es dada de alta hospitalaria.

Conclusiones: El ameloblastoma de grandes dimensiones requiere de un tratamiento resectivo agresivo, que de preferencia incluye la resección en bloque con márgenes de seguridad y de una reconstrucción inmediata siempre que sea posible. El éxito del tratamiento está directamente asociado a un diagnóstico precoz, por lo tanto es importante correlacionar los hallazgos histopatológicos con características clínicas y radiográficas ya que estos tipos de lesiones tienen diferentes comportamientos biológicos y pronósticos, y el diagnóstico final puede alterar la decisión terapéutica de forma significativa. Es de real importancia una planificación tridimensional del caso y un trabajo multidisciplinario para minimizar improvisaciones y riesgos asociado a este tipo de tratamiento.

POJ12

Ameloblastoma Uniquístico Mural. Diagnóstico y tratamiento. Presentación de caso clínico.

Dr. Ricardo Javier Peñate¹, Dr. Nadia Ruiz

¹Hospital Dr. Guillermo Rawson-San Juan

Sesiones Poster - Jueves 23, Bloque 1, Zona Exposición Comercial, 14:00 - 14:30

INTRODUCCIÓN: El Ameloblastoma es un tumor benigno, localmente invasivo y recidivante, que constituye aproximadamente el 11% de los tumores odontogénicos. Estos tumores ocurren más frecuentemente en la mandíbula. De crecimiento lento y asintomático. Tratamiento y pronóstico varían según el diagnóstico histopatológico.

MATERIALES Y MÉTODOS: Paciente sexo femenino, 16 años de edad. Sin antecedente de patología sistémica. Presenta recidiva de tumor mandibular, un año de evolución. Recibió tratamiento previo mediante curetaje. Concorre a consulta para tratamiento del mismo. Se realiza biopsia quirúrgica.

Diagnóstico: Ameloblastoma Uniquístico Mural. **Tratamiento:** Resección radical con margen de seguridad y reconstrucción de cuerpo, rama mandibular y articulación temporomandibular mediante injerto autólogo de cresta ilíaca anterior e injerto condro costal.

RESULTADOS: Control a distancia: 6 meses. Evolución favorable. Buen resultado estético y funcional.

CONCLUSIÓN: La resección radical constituye el método curativo en el tratamiento del Ameloblastoma. La literatura demuestra que los Ameloblastomas Uniquísticos tratados de forma conservadora han presentado una tasa de éxito importante, aunque la probabilidad de recidiva está presente.; mostrando el subtipo intraluminal un porcentaje de recidiva de 0 a 6,5%, y el subtipo mural un 30-60%, indicando en este caso tratamiento resectivo.

En el caso en cuestión se optó por realizar la resección tumoral radical con margen de seguridad ya que se trataba de un Ameloblastoma Uniquístico Mural recidivante.

En cuanto a la reconstrucción mandibular y de articulación temporomandibular se decide realizarla de manera inmediata mediante injerto autólogo de cresta ilíaca anterior y condrocostal; con conocimiento acerca de la morbilidad del tratamiento y posibles complicaciones, se opta por el mismo teniendo en cuenta la necesidad de reconstrucción con resultados estéticos y funcionales inmediatos, el potencial de crecimiento condilar dada la edad del paciente y la disponibilidad de recursos materiales.

POJ13

Tumores Intraorbitarios abordados vía Orbitotomía lateral: Reporte de casos y Revisión de la literatura.

Francisco José Pampin López¹, Roberto Requena Morales^{1,2,3}, Macarena Salas Martinez^{1,2}, Pablo Vigorena Salomon², Ericks Rodríguez Hernández^{2,4}

¹Universidad de los Andes, ²Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río, ³Instituto Neurocirugía Dr. Asenjo, ⁴Hospital San José

Sesiones Poster - Jueves 23, Bloque 1, Zona Exposición Comercial, 14:00 - 14:30

Introducción:

Las alteraciones orbitarias y peri-orbitarias pueden responder a procesos patológicos, anomalías congénitas o secuelas de eventos traumáticos. La necesidad de intervención quirúrgica basa su indicación cuando existe compromiso de la funcionalidad de la región y secuelas estéticas.

La técnica de orbitotomía lateral fue descrita por Kronlien en 1989. Tiene indicaciones en tumores periorbitarios e intraconales, localizados en forma lateral, inferior y posterior al nervio óptico.

Objetivo:

Reportar el uso de la técnica de orbitotomía lateral para el manejo quirúrgico de tumores intraorbitarios.

Metodología:

Se presenta una serie de casos. Ambos pacientes consultan por aumento de volumen, dolor intraorbitario y diplopía, historia de larga data de evolución y con diferentes grados de compromiso en la motilidad ocular. Los exámenes imagenológicos muestran lesiones hiperdensas y circunscritas.

Se realiza una incisión lazy s en la región ciliar que se extiende a nivel del arco cigomático. Se diseñan los límites de la osteotomía en pared lateral de la órbita, y se protege el bulbo con separador, en forma previa a la realización de la osteotomía con sierra recíprocante o piezoeléctrico. Una vez realizada la escisión completa de la lesión, se repone la ventana ósea y se realiza osteosíntesis con placas y tornillos de titanio.

Resultados:

No existieron complicaciones durante el perioperatorio. La histopatología mostró que las lesiones compatibles con adenoma pleomórfico y hemangioendotelioma.

Conclusiones:

En el caso de neoplasias orbitarias, es importante la escisión total de la lesión, debido a la alta tasa de recurrencia y/o potencial malignización, por lo que el abordaje vía orbitotomía lateral permite una visualización completa, y un acceso adecuado a la pared posterior sin provocar excesiva presión en el bulbo ocular. Otras técnicas, como transcraneales, intracraneales y transconjuntivales, tienen una mayor cantidad de complicaciones asociadas o no permiten un acceso total a la lesión.

POJ14

Quiste Mandibular Infectado Bilateral: Características Imagenológicas.

Dra. Estefanía Alvarez Borquez¹, Dr. Patricio Hernandez Flores¹, Dra. Beatriz Gomez Bonilla², Dra. María de los Angeles Fernandez Toro¹, Dra. Francisca Donoso Hofer¹

¹Departamento de Cirugía y Traumatología Máxilo Facial, Facultad de Odontología-Universidad de Chile, ²Begmax Centro Radiológico Oral y Maxilofacial

Sesiones Poster - Jueves 23, Bloque 1, Zona Exposición Comercial, 14:00 - 14:30

El quiste mandibular bilateral infectado (QMBI), es una lesión quística que aparece en los primeros o segundos molares inferiores en erupción. Es reconocido hoy en día como una entidad específica desde 1992 por la Organización Mundial de la Salud.

Su etiopatogenia sigue siendo incierta, aunque aparentemente puede estar relacionada con un intenso proceso inflamatorio a nivel pericoronario, que estimularía la proliferación de los restos epiteliales odontogénicos que permanecen en la parte superficial del ligamento periodontal.

Clínicamente se observa como un aumento de volumen, asintomático de la tabla vestibular ósea. Cuando se sobre infecta, puede cursar con dolor y presentar un crecimiento rápido, lo que hace imprescindible el diagnóstico diferencial oportuno con patologías neoplásicas. Las características imagenológicas son fundamentales para confirmar inicialmente la hipótesis diagnóstica.

Se presentan dos casos clínicos de quiste mandibular infectado bilateral y se discuten sus características clínicas y posibilidades de tratamiento, haciendo énfasis en las características imagenológicas de radiografía convencional y tomografía computarizada.

POJ15

Mixoma mandibular: reporte de caso y revisión de la literatura.

Dr. Antonio Nuñez¹, Dr. Benjamín Gracia², Dr. Francisco Henriquez⁴, Dr. Diego Alcocer³

¹Universidad Mayor, Santiago, Chile, ²Universidad de los Andes, Santiago, Chile, ³Clínica Maxo, Santiago, Chile, ⁴Servicio Salud Aysén, Puerto Melinka

Sesiones Poster - Jueves 23, Bloque 1, Zona Exposición Comercial, 14:00 - 14:30

Introducción: El mixoma odontogénico, es una patología rara, de agresividad local y de alta recurrencia debido a que no presenta cápsula y que el contenido de la lesión es gelatinosa y de difícil remoción, por esto y que la mayoría de los tratamientos que se realizan para esta patología presentan resección de gran cantidad de estructura ósea, presenta gran morbilidad. Afecta mayoritariamente a mujeres y se produce en mayor porcentaje en mandíbula en sector de ángulo y rama mandibular. Se presenta entre la 2da y 4ta década de vida, aunque se han reportado casos pediátricos. Produce desplazamiento y perforación de tablas óseas, así como rizálisis y desplazamiento de gérmenes dentarios. Radiográficamente se presenta como imagen radiolúcida multilocular con un aspecto similar a “panal de abejas”, “raqueta de tenis” o “pompas de jabón”.

Caso clínico: paciente femenina 25 años con diagnóstico de mixoma odontogénico, se realiza hemimandibulectomía izquierda, reconstrucción con placa 2.4 e injerto libre de fibula, seguimiento de 5 años, sin recidiva.

Objetivo: Revisar la información actual sobre tratamiento de esta lesión además de realizar reporte de un caso clínico y tratamiento del paciente.

Método: se realizó búsqueda en Pubmed, ClinicalKey, ScienceDirect y Epistemonikos, de literatura en inglés y español, con las palabras mixoma, tratamiento, cirugía.

Resultado: la búsqueda arrojó 469 papers de los cuales se seleccionaron por título 147 y luego se filtraron aquellos con la mejor evidencia según los criterios PRISMA.

POJ16

Osteonecrosis mandibular por degeneración grasa y su relación con el cáncer de mama. Reporte de un caso y revisión de la literatura.

Dr. Felipe Faúndez Sáiz¹, Dra. Luz María Sernuda Andrade^{1,2,3,4}

¹Universidad Andrés Bello, ²Hospital de Quilpué, ³Hospital de Melipilla, ⁴Universidad de los Andes

Sesiones Poster - Jueves 23, Bloque 1, Zona Exposición Comercial, 14:00 - 14:30

En la mandíbula, se han descrito zonas de menor densidad ósea que se han definido como “osteonecrosis por degeneración grasa del hueso mandibular” (FDOJ, por sus siglas en inglés) y se ha relacionado con una alteración del sistema inmune. Sin embargo, poco se ha investigado al respecto y existe poca evidencia científica que explique la etiología de dichos espacios.

Hay estudios que señalan que existen mediadores de la respuesta inmunológica, específicamente RANTES y FGF-2, en que su presencia relaciona el FDOJ con patologías malignas como el cáncer de mama. En estos estudios se mide y compara, con controles sanos, las citoquinas relacionadas con la inflamación, tanto en el plasma sanguíneo como localmente (en la FDOJ), encontrando un incremento que es estadísticamente significativo de aquellas citoquinas responsables de la inflamación crónica, además de hallar niveles normales de aquellas citoquinas relacionadas con la inflamación aguda. En estos pocos estudios, se postula que en las zonas de FDOJ existe un aumento de tejido adiposo y se postula un incremento en la secreción de citoquinas relacionadas con la inflamación crónica por parte de los adipocitos, además de la reducción del flujo sanguíneo y de la densidad capilar generando hipoxia local, con la consecuente osteonecrosis.

Reportamos un caso de una paciente de sexo femenino de 42 años de edad que presenta carcinoma ductal infiltrante en la mama derecha. Al momento de su diagnóstico, la paciente presentaba una alta actividad metabólica en la cintigrafía en la rama mandibular izquierda, sospechosa de metástasis. Se realiza biopsia incisional y el resultado hispatológico señala “osteonecrosis isquémica mandibular”. La paciente se somete a la extirpación total de su mama y se controla su mandíbula en el tiempo con exámenes radiográficos.

POJ17

Frecuencia de los Quistes Odontogénicos en Servicio de Cirugía Máxilo facial, entre los años 2006-2015.

Jose Patricio HERNANDEZ FLORES², Estefanía Álvarez Borquez², Carlos Misad Saba¹, Patricio Rojas Campos¹, Mirtha Landaeta Mendeoza¹, Patricio Quiñones Vergara¹, Juan Argandoña Pozo¹, María de los Ángeles Fernández Toro^{1,2}, Francisca Donoso Hofer^{1,2}
¹Hospital San Juan, ²Universidad de Chile

Sesiones Poster - Jueves 23, Bloque 1, Zona Exposición Comercial, 14:00 - 14:30

Introducción: Los quistes odontogénicos (QO) representan una de las principales causas de destrucción de los maxilares, sin embargo, existe poca información actualizada acerca de la frecuencia de estas lesiones en nuestro medio hospitalario.

Objetivo: El objetivo de esta investigación es determinar la frecuencia de QO de la población atendida en el servicio de cirugía maxilofacial (CMF) durante el periodo 2006-2015.

Metodología: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo en donde se revisaron los diagnósticos histopatológicos de todas aquellas lesiones clínicamente compatibles con lesiones quísticas de los maxilares entre los años 2006-2015, excluyéndose aquellos informes incompletos o sin un diagnóstico definitivo. Las variables analizadas fueron edad, género, presencia de QO y diagnóstico histopatológico de la lesión.

Resultados: Al analizar el grupo estudio, no se observó una predilección por género. Afectó principalmente a individuos en la 2da y 3era década de vida (19.35 % para ambos). El quiste más prevalente fue el Quiste Periapical (28,94%) seguido por Quiste Dentígero y Queratoquiste (21,05%), luego el Quiste Paradental (10,52%), Quiste Radicular (7,89%) y finalmente Quiste Periodontal Lateral y Quiste Residual (5,26%)

Conclusión: Los resultados encontrados en este estudio concuerdan con la literatura, ya que describe a los quistes asociados a la raíz del diente como los más prevalentes, seguidos por el quiste Dentígero y Queratoquiste y finalmente a los quistes Residual, Paradental y Periodontal Lateral. Respecto a la edad, se observó correlación con la literatura que muestra un peak de prevalencia a los 30 años.

La prevalencia de estas lesiones descritas en otros estudios no muestran asociación según sexo al igual que lo observado en este estudio.

POV01

Manejo del enoftalmo tardío mediante sobrecorrección volumétrica utilizando PEEK y CAD/CAM.

Dr. Felipe Sáez Salas¹, Dr. Christian Pedemonte¹, Dr. Eduardo Navia¹, Dr. Felipe Gutierrez¹, Dr. Fernando Rodriguez¹, Dr. Sebastián Tapia¹, Dra. Marlene Díaz¹

¹Servicio de CMF, Hospital Mutual De Seguridad

Sesiones Poster - Viernes 24, Bloque 1, Zona Exposición Comercial, 14:00 - 14:30

Los mecanismos descritos que determinan la posición del globo ocular en el enoftalmo post-traumático son: 1) aumento de la cavidad orbitaria, 2) herniación de la grasa orbitaria dentro del seno maxilar y 3) atrofia grasa, pérdida del soporte ligamentario y contracción de la cicatriz. El manejo tardío del enoftalmo post-traumático es uno de los procedimientos quirúrgicos más desafiantes. Distintas técnicas han sido descritas para su corrección: injertos óseos y aloplásticos, movilización de fragmentos con osteotomías post-traumáticas, utilización de globos expansivos dentro del seno maxilar, injertos grasos y una combinación de ellos, utilizando, en ciertos casos, navegación y/o conebeam intraoperatorio. En este trabajo se describe un procedimiento correctivo para el manejo del enoftalmo tardío mediante la reconstrucción orbitaria utilizando un implante customizado de PEEK, sobrecorrectiendo la orbita, utilizando tecnología CAD/CAM. La sobrecorrección necesaria fue calculada siguiendo parámetros descritos en la literatura y por un trabajo retrospectivo realizado en nuestro hospital. El seguimiento a los seis meses de la intervención es también presentado.

POV02

Reconstrucción orbitaria bilateral tardía utilizando navegación intraoperatoria: Nuestra primera experiencia.

Dr. Felipe Sáez Salas¹, Dr. Christian Pedemonte¹, Dr. Eduardo Navia¹, Dr. Felipe Gutierrez¹, Dr. Fernando Rodriguez¹, Dra. Tamara Muñoz¹, Dr. Francisco Lopetegui¹

¹Hosp. Mutual De Seguridad

Sesiones Poster - Viernes 24, Bloque 1, Zona Exposición Comercial, 14:00 - 14:30

Las fracturas orbitarias son unas de las lesiones que presentan más desafíos para los cirujanos. Al formar parte del hueso más prominente del rostro, asimetrías, desviaciones y hasta los defectos más pequeños, son notados por los pacientes. El objetivo del tratamiento de las fracturas de órbita es reconstruir la forma tridimensional de las paredes orbitarias para restablecer el volumen orbitario y la función ocular. Diplopía, enoftalmo y/o asimetría facial post-trauma resultado de una reconstrucción insuficiente, son complicaciones relativamente frecuentes en la reconstrucción orbitaria compleja. Para otorgar mayor precisión a la reconstrucción, distintas técnicas han sido descritas. Con la planificación virtual, es posible reconstruir la órbita afectada con un implante customizado utilizando una imagen espejo de la órbita sana. Sin embargo, esto no es posible cuando existe fractura bilateral de los dos complejos orbitarios. El objetivo de este trabajo es presentar nuestra incipiente experiencia utilizando modelamiento de mallas de titanio en modelos estereolitograficos con posterior navegación intraoperatoria, en un intento de reconstruir con mayor precisión ambas órbitas afectadas, optimizando los resultados del tratamiento.

POV03

Secuela post quirúrgica de fractura orbitomalar. Diagnóstico y tratamiento. Presentación de caso clínico.

Nadia M. Ruiz Lopez¹

¹Hospital Dr. Guillermo Rawson

Sesiones Poster - Viernes 24, Bloque 1, Zona Exposición Comercial, 14:00 - 14:30

INTRODUCCIÓN: Trastorno funcional y/o deformidad facial secular son signos de frecuente aparición debido a errores y demoras en el manejo de fracturas orbitarias.

La posición del globo ocular es un indicador de la severidad del trauma y/o del éxito del tratamiento quirúrgico. El exoftalmos se define como la posición anterior del globo ocular en relación al homólogo y el hipoftalmos como la variación en sentido vertical. Ambos se traducen en déficit estético y funcional. Y pueden ser resultado de una secuela post traumática o post quirúrgica.

OBJETIVOS: Es objeto de tal presentación exponer mediante un caso clínico la importancia del manejo correcto del trauma facial.

MATERIALES Y MÉTODOS: Paciente sexo masculino, 23 años de edad. Sin antecedente de patología sistémica. Antecedente trauma facial, fractura orbitomalar. Recibe dos intervenciones quirúrgicas previas. Concorre a la consulta presentando exposición escleral con queratitis irritativa, atrofia de músculo orbicular del párpado (debido a múltiples intervenciones quirúrgicas previas), adherencia de piel palpebral con material de osteosíntesis, exoftalmos, hipoftalmos y diplopía permanente. Diagnóstico: Secuela postquirúrgica de fractura orbitomalar. Se realizan osteotomías correctivas, reconstrucción orbitaria y palpebral.

RESULTADOS: Control a distancia, 12 meses. Evolución favorable, con resultado aceptable estética y funcionalmente. Mejora hipoftalmos y enoftalmos, ausencia de diplopía, mínima exposición escleral, ausencia de irritación ocular.

CONCLUSIÓN: El diagnóstico y tratamiento de las fracturas orbitarias debe realizarse de forma correcta y oportuna; considerándose importante para el éxito del tratamiento y minimizar secuelas del mismo realizar examen clínico y por imágenes adecuado, abordaje quirúrgico indicado, con correcto manejo de tejidos blandos, disección precisa y suficiente, reconstrucción orbitaria con respeto y conocimiento amplio de anatomía normal y correcta elección y colocación de material de osteosíntesis y/o injerto.

POV04

Intubacion Submental en pacientes con Fracturas Panfaciales, presentación de casos clínicos.

Dr. Jean Paul Meriño Soto¹, Dr. Juan Münzenmayer Bellolio², Dr. Maxililiano López Ugarte¹, Dra. Leyla Flores Ariz¹

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

Sesiones Poster - Viernes 24, Bloque 1, Zona Exposición Comercial, 14:00 - 14:30

En pacientes con trauma facial complejo, donde existe compromiso de la pirámide nasal y se requiere de la fijación intermaxilar intraoperatoria, el manejo de la vía aérea es de suma importancia, ya que en éstos casos está contraindicado la intubación oro y nasotraquel, por lo que debe existir el manejo de la vía aérea mediante la traqueotomía o la intubacion endotraqueal submental. La traqueotomia es una alternativa de tratamiento del manejo de la vía aérea la cual presenta una alta tasa de complicaciones. La Intubación endotraqueal Submental es una técnica que proporciona una vía aérea segura, de baja morbilidad técnica, que no interfiere con la fijación intermaxilar o el acceso a las fracturas naso-orbito-etmoidales, permitiendo un acceso ininterrumpido al campo operatorio por parte del cirujano y el correcto control de la vía aérea por parte del anestesista.

El presente trabajo tiene el como objetivo describir la técnica de la intubación endotraqueal submental, y su experiencia en 7 pacientes de sexo masculino, entre los 24 y 48 años de edad, politraumatizados con fracturas panfaciales en los cuales existe gran compromiso del tercio medio facial y componente mandibular, con necesidad de resolución quirurgica.

La intubación endotraqueal submental facilitó la correcta reduccion y osteosintesis de las fracturas faciales mediante el bloqueo y fijación intermaxilar. No se presentaron complicaciones intraoperatoria ni postoperatorias.

POV05

Fractura facial en pacientes pediátricos: Estudio retrospectivo de 5 años y revisión de la literatura.

Pia Quiroga Aravena¹, Constanza Labbe Martinez¹, Patricio Quiñones Vergara¹, Felipe San Martin Olivares¹, Ariel Barrera Parada¹, Nicolas Yanine Montaner¹

¹*Clinica Alemana Santiago*

Sesiones Poster - Viernes 24, Bloque 1, Zona Exposición Comercial, 14:00 - 14:30

El trauma facial en el paciente pediátrico presenta una prevalencia relativamente baja y un patrón de localización asociado a la edad, además si se compara con los adultos, las fracturas cráneo máxilo faciales en niños presentan una menor incidencia y en la mayoría de los casos se presentan menos desplazadas, presentando a la vez baja tendencia a la conminución.

Actualmente el uso de reducción abierta con fijación rígida con placas de osteosíntesis de titanio se ha convertido en el gold standard de tratamiento para el manejo de fracturas desplazadas, a pesar de que existe controversia de su uso para el tratamiento en niños en crecimiento, ya que algunos autores postulan que podría provocar una restricción del crecimiento.

Bajo estos argumentos han aparecido una serie de materiales de osteosíntesis reabsorbibles, los cuales cada se están utilizando más en pacientes en crecimiento para evitar una segunda cirugía de retiro de OTS de titanio.

Por esta razón, el éxito del tratamiento de un traumatismo maxilofacial pediátrico requiere la comprensión del crecimiento y desarrollo, además de seguimiento a largo plazo.

El objetivo de este trabajo es conocer y describir los datos epidemiológicos de las fracturas faciales pediátricas recibidas en un periodo de 5 años, y también describir el tipo de tratamiento recibido y sus complicaciones.

Se presentará un estudio descriptivo retrospectivo de todas las fracturas faciales en pacientes de 0 a 14 años recibidas en Clínica Alemana Santiago entre los años 2010 a 2015, en donde se comparan resultados con la literatura nacional e internacional.

Es de suma importancia el conocer la realidad nacional e internacional actual del trauma maxilofacial en pacientes de manejo pediátrico, así como también evaluar alternativas de tratamiento actuales.

POV06

Cuerpos extraños en trauma maxilofacial: algoritmo de toma de decisiones y serie de casos en centro de trauma nivel 1.

Dr. Felipe Gutiérrez Zamorano¹, Dr. Edgardo González Mora¹, Dr. Christian Pedemonte Trehwela¹, Dr. Fernando Rodríguez Castro¹, Dr. Felipe Sáez Salas¹, Dra. Tamara Muñoz Zavala¹, Dra. Andrea Carmona Avendaño¹, Dra. Marlene Díaz Reiher¹, Dr. Sebastián Tapia Coron¹, Dr. Francisco Lopetegui Cáceres¹

¹Servicio de cirugía maxilofacial Hospital Clínico Mutual de Seguridad

Sesiones Poster - Viernes 24, Bloque 1, Zona Exposición Comercial, 14:00 - 14:30

Introducción

En el contexto del trauma maxilofacial es frecuente observar la presencia de cuerpos extraños (CE) inmersos en los tejidos faciales. Generalmente provienen de objetos asociados a injuria traumática, tales como armas usadas en agresiones físicas, material de vehículos de transporte, entre otros.

En relación a esto, existen distintos criterios para el manejo de los CE en los que se consideran aspectos como la naturaleza del material, el compromiso de estructuras nobles según zonas anátomo-topográficas y la reacción o tolerancia del huésped ante el CE.

Presentamos una serie de casos y un algoritmo de toma de decisiones frente a esta entidad propuesto por el servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Clínico Mutual de Seguridad.

Objetivos

Proponer un algoritmo de conducta frente al manejo de cuerpos extraños según experiencia de casos abordados en nuestro hospital.

Metodología

Retrospectivo - descriptivo.

Presentación de serie de casos.

Resultados

Generación de algoritmo de manejo de C.E. según naturaleza, zona, implicación funcional y exposición de seguimiento de pacientes.

Conclusiones

La tendencia general en relación al manejo de CE esta orientada al retiro del mismo, no obstante hay ocasiones en que por compromiso de estructuras y riesgo quirúrgico no es posible realizar el retiro.

El manejo requiere de una concepción racional acerca del costo-beneficio para el paciente.

Existen casos en que el no retiro del cuerpo extraño constituye bienestar para el paciente.

POV07

Uso de la técnica cirugía-primero en combinación con extracciones dentarias en el tratamiento de pacientes ortodóncico-quirúrgicos: Revisión sistemática de la literatura.

Alberto Del Real Valdés¹, Benjamín Gracia Abuter¹, Alfredo Noguera Pantoja¹, Rodrigo Oyonarte Weldt¹, Pilar González Leiva¹, Pedro Solé Ventura¹

¹Universidad De Los Andes

Sesiones Poster - Viernes 24, Bloque 1, Zona Exposición Comercial, 14:00 - 14:30

Antecedentes

En los últimos años se ha desarrollado la técnica ortognática llamada Cirugía-Primero, que consiste en obviar la ortodoncia prequirúrgica y realizar todos los movimientos dentarios después de la cirugía. Pese a la gran cantidad de literatura que se ha desarrollado en torno al tema, aún no está claro si es posible combinar esta técnica con extracciones dentarias, por la complejidad que esta asociación supondría.

Objetivo general

Sintetizar sistemáticamente la evidencia respecto al uso de la técnica Cirugía-Primero en combinación con extracciones dentarias en el tratamiento de pacientes ortodóncico-quirúrgicos.

Material y método

Se buscó en PubMed, Cochrane Library y otras 4 bases de datos, 9 revistas y 3 registros de ensayos hasta octubre de 2014, junto con la verificación de referencias para identificar estudios adicionales. Se buscaron ensayos clínicos, reportes y series de casos, estudios de cohorte y estudios de caso y control, independiente de su estado de publicación, en inglés y español. Los estudios fueron analizados por 2 investigadores de manera independiente.

Resultados principales

Fueron seleccionados 2 artículos sobre pacientes tratados con Cirugía-Primero y extracciones dentarias, que corresponden a un estudio de cohorte retrospectivo y un reporte de caso, de bajo y moderado sesgo, respectivamente. Ambos estudios indican que la realización de Cirugía-Primero combinada con exodoncias corresponde a una técnica de compleja planificación, aunque permite compensar las alteraciones esqueléticas postquirúrgicas con la ortodoncia postoperatoria. En cuanto a la efectividad, los resultados son satisfactorios, pero no estadísticamente significativos. El tiempo de tratamiento sí resultó estadísticamente menor al protocolo convencional.

Conclusiones

Combinar la técnica Cirugía-Primero con extracciones dentarias ha demostrado obtener tiempos de tratamientos significativamente más cortos que el protocolo convencional. Sin embargo, esta asociación sigue requiriendo más y mejor investigación, en especial respecto a su factibilidad técnica.

POV08

Condilectomía Aislada en Pacientes Jóvenes: A propósito de un Caso.

Dra. Leyla Macarena Flores Ariz², Dr Juan Carlos Pastor Morales¹, Dr Marcelo Antonio Nuñez Ulloa¹, Dr Sergio Moya Pradena¹, Dr Maximiliano Lopez Ugarte²

¹Hospital Las Higueras, ²Universidad de Concepción

Sesiones Poster - Viernes 24, Bloque 1, Zona Exposición Comercial, 14:00 - 14:30

Introducción: La hiperplasia condilea unilateral es una patología compleja que causa graves alteraciones en la función y estética facial. Por lo general se presenta como una progresiva asimetría facial con la desviación de la barbilla hacia el lado contralateral, una mordida cruzada posterior unilateral, o una mordida abierta posterior unilateral.

Entre las posibles etiologías se encuentran alteraciones endocrinas, hiperactividad metabólica, trauma, artrosis, infecciones y la genética.

Entre las opciones de tratamiento, la condilectomía mandibular, tiene como objetivo lograr un equilibrio anatómico de los cóndilos, recuperando la simetría facial, bajo un abordaje quirúrgico con la menor secuela funcional y estética posible.

Objetivo: Exponer la importancia de el tratamiento quirúrgico oportuno de la Hiperplasia Condilea Unilateral en pacientes jóvenes antes de desarrollarse una deformidad facial grave, Presentación de caso clínico.

Metodología: Paciente de 16 años con diagnóstico de Hiperplasia Condilea Derecha con lateromentonismo es sometido a condilectomía aislada para posteriormente realizar tratamiento de Ortodoncia y planificar Cirugía Ortognática. Se muestra evolución a 2 años de realizada la Condilectomía.

Resultados: Posterior a la Cirugía el Paciente presento compensaciones esqueléticas con una alineación adecuada de su línea media mandibular con respecto a la línea media Facial, corrección de las mordidas cruzadas posteriores, compensación de la inclinación en el plano oclusal maxilar.

Conclusiones: La condilectomía temprana como tratamiento primario en pacientes jóvenes ofrece una alternativa estable y predecible en el manejo de pacientes con Hiperplasia condilar, mejorando su pronóstico e incluso disminuyendo en algunos casos la necesidad de efectuar una cirugía ortognática secundaria.

POV09

Artrocentesis, modalidad terapéutica en el bloqueo temporomandibular.

Dr. Tulio César Samaniego¹

¹Hospital General Dr. Ignacio Pirovano

Sesiones Poster - Viernes 24, Bloque 1, Zona Exposición Comercial, 14:00 - 14:30

Introducción.

La artrocentesis es un procedimiento clínico-quirúrgico mínimamente invasivo, mediante el cual se procede al aspirado de fluidos de un espacio articular y la deposición o pasaje de un agente terapéutico al interior del mismo. Este lavado del espacio articular superior en pacientes con limitación a la abertura bucal y con desplazamiento anterior y medial del disco sin reducción se realiza con numerosos agentes como: soluciones de Lactato de Ringer, cloruro de Na, esteroides como la triamcinolona o betametasona, agentes anestésicos (lidocaína, mepivacaína) opiáceos, hialuronato de sodio, entre otros, con diferentes concentraciones y destinados al mejoramiento de la apertura/cierre así como a la eliminación de algas en la zona afectada.

Objetivos.

Evaluar clínicamente la eficacia de la artrocentesis en hallazgos de bloqueo temporomandibular y disfunciones vinculadas a alteraciones de la relación cóndilo-disco.

Metodología.

Estudio descriptivo – prospectivo realizado mediante aplicación clínica del tratamiento en pacientes con bloqueo abierto/cerrado, valoración de la movilidad, apertura/cierre y recuperación funcionalidad de la articulación temporomandibular.

Resultados.

La artrocentesis en ATM permite mediante un lavado del espacio articular superior, así como la aplicación de una presión hidráulica, liberar el disco articular de adherencias, bandas de tejido fibroso que se forman entre el disco articular y la cápsula, lo que impide el libre movimiento del disco. Además eliminan mediadores químicos que acentúan los procesos inflamatorios articulares y los complejos sindrómico potencializadores de los procesos degenerativos articulares.

Conclusiones.

La artrocentesis es un procedimiento mínimamente invasivo que mejora la abertura bucal y alivia el dolor en el bloqueo discal antero-medial de pacientes refractarios al tratamiento convencional.

La artrocentesis permite eliminar sustancias nocivas y mejora la lubricación de la articulación temporomandibular realizándose en una sesión; con los cuidados y el entrenamiento necesario.

POV10

Duplicación parcial Maxilar asociado a fisura Tessier nº 5 y nº 7: caso clínico.

Dr. Carlos Lobo Sierra^{1,2}, Dra. María Loreto Castellón Zirpel^{1,2}, Dr. Carlos Fuenzalida Kakarieka^{1,2}, Dra. Loreto Lennon Zaninovic¹, Dr. Fernando Bozán Santibañez^{1,2}, Dr. Felipe Martínez Vargas²

¹Hospital Exequiel González Cortés, ²Universidad Mayor

Sesiones Poster - Viernes 24, Bloque 1, Zona Exposición Comercial, 14:00 - 14:30

INTRODUCCIÓN

Las fisuras faciales oblicuas son deformidades congénitas extremadamente raras. Su incidencia precisa en la población (0,24% de todas las fisuras faciales). Tessier describe un sistema de clasificación anatómica, en la que se asigna número a cada hendidura craneofacial sobre la base de su posición relativa a la línea media sagital y la órbita.

La fisura Tessier n^o 7 es la segunda de mayor prevalencia luego del labio fisurado (1 es a 3500/5500 nacidos vivos). Su manifestación clínica varía desde una lesión en la comisura labial hasta un defecto que afecta desde la comisura hasta el tragus. Existe poca evidencia de duplicaciones maxilares, sólo se han reportado casos clínicos. Woods et al. Reportó que un 55% pacientes portadores de fisura Tessier n^o 7 presentaba fisura maxilar y se registraba un 39% de duplicaciones maxilares. La etiología de esta alteración no esta clara aún.

OBJETIVOS

Dar a conocer el caso

Exponer su semiología y tratamiento

METODOLOGIA

Paciente acude al hospital, se realizan exámenes clínico e imagenológicos.

RESULTADOS

Mujer, 5 años de edad, con antecedentes de fisura Tessier n^o 5 y n^o 7 con aumento de volumen maxilar derecho, de crecimiento lento, parálisis facial ipsilateral. No relata sintomatología asociada. Al examen clínico, se observa masa de conformación irregular con presencia de dientes temporales y supernumerarias, mucosa sana, que se continua y tuneliza a vestibular del arco maxilar. Consistencia dura y dientes sin movilidad. En el TAC se observa masa con densidad similar a tejido óseo ubicada inferior a cigoma derecho lateral al maxilar. Se realiza resección quirúrgica y biopsia de tejido accesorio.

CONCLUSIONES

El manejo de la duplicación maxilar requiere de una evaluación preoperatoria multidisciplinaria, así como un plan de tratamiento integral, según las etapas de crecimiento.

Se necesita un seguimiento a largo plazo para tratar correctamente esta deformidad craneofacial.

POV11

Implantes Cigomáticos para rehabilitación de paciente portador de fisura labio alveolo palatina y displasia ectodérmica hipohidrótica.

Dr. Matteo De La Fuente Avila¹, Dra. Loreto Canto Contreras¹, Dra. Javiera Beytía Erazo¹, Dr. Omar Campos Salvaterra², Dra. Maria Fernanda Willcock Pintor Willcock², Dr. Ariel Zivov Laufer², Dr. Guido Vidal Vera²
¹Departamento de Cirugía y Traumatología Bucal y Maxilofacial, Universidad De Chile, ²Hospital Clínico de la Universidad de Chile

Sesiones Poster - Viernes 24, Bloque 1, Zona Exposición Comercial, 14:00 - 14:30

Introducción

La displasia ectodérmica hipohidrótica un trastorno hereditario, vinculado al cromosoma X, caracterizado por hipoplasia morfológica y funcional de los órganos y tejidos derivados del ectodermo. Esto provoca entre otras cosas, la ausencia congénita de múltiples dientes, alteraciones en la forma de los dientes, y erupción anormal. Los pacientes portadores de fisuras labio alveolo palatinas presentan un menor desarrollo del tercio medio facial, asociado a hipoplasia maxilar. En el caso de presentar ambas condiciones patológicas la rehabilitación del pacientes es un gran desafío. Existen múltiples alternativas para lograr ese objetivo, dentro de estas se encuentran los implantes cigomáticos. Que permiten, sin el uso de injertos, el anclaje de una prótesis que podrá devolver la oclusión, función y estética de la región afectada.

Objetivo

Reportar un caso de rehabilitación de un paciente con displasia ectodérmica hipohidrótica, portador de secuela de fisura labio alveolo palatina, mediante implantes cigomáticos y prótesis implanto soportadas.

Metodología

Revisión de un caso de un paciente con displasia ectodérmica hipohidrótica y secuela de fisura labio alveolo patina, portador de prótesis implanto soportada bimaxilar sin retención y relación maxilomandibular clase III. Rehabilitado mediante la instalación de 4 implantes cigomáticos y una prótesis implanto soportada. El caso fue documentado mediante fotos clínicas, exámenes imagenológicos, modelos estereolitográficos y fotos intraoperatorias.

Resultados

Se logro devolver una adecuada proyección del tercio medio facial y soporte de los tejidos blandos, mejorando la estética y la función del territorio afectado.

Conclusión

La combinación de fisura labio alveolo palatina y displasia ectodérmica hipohidrótica es un reto complejo para el cirujano maxilofacial, pero que puede ser superado de manera optima mediante el uso de implantes cigomáticos y sin necesidad de utilizar injertos.

POV12

Épulis Congénito de Células Granulares: Reporte de un Caso.

Ariel Barrera¹, Patricio Quiñones¹, Cristian Teuber², Sebastián Tapia², Jack Altschiller²

¹Servicio de Cirugía Maxilofacial Clínica Alemana de Santiago, ²Facultad de Medicina Universidad del Desarrollo - Clínica Alemana de Santiago

Sesiones Poster - Viernes 24, Bloque 1, Zona Exposición Comercial, 14:00 - 14:30

Introducción: El Épulis Congénito de Células Granulares (ECCG) es una lesión tumoral benigna poco común que afecta al reborde alveolar de la cavidad oral. Puede presentarse como una lesión única o múltiple de diferentes tamaños, y en ocasiones provocar problemas alimenticios y/o respiratorios en el neonato. El primero en describir esta masa tumoral fue Neumann (1871), quien desde la fecha describió su etiología asociada a proliferaciones de células musculares, sin embargo, hoy en día se asocia su origen a las células de la cresta neural.

Este tipo de tumor aparece con mayor frecuencia en el reborde alveolar de los maxilares, preponderantemente en el sexo femenino. Clínicamente se observa como una masa tumoral pedunculada, firme, de superficie lisa o lobular y de consistencia gomosa. La ecografía puede confirmar el diagnóstico en el tercer trimestre del embarazo.

Reporte del caso: Paciente neonato, sexo femenino. Al momento de nacer se observan tres masas tumorales, 2 en sector anterior del maxilar superior y una en el maxilar inferior. Estas impedían la lactancia materna, y dificultaban la respiración, aun cuando no comprometían la vía aérea. La paciente fue operada a los 4 días de nacida, en donde se realizó una exéresis completa de las 3 lesiones, con un posterior análisis por anatomía patológica.

Resultados: El estudio de anatomía patológica diagnosticó las tres masas tumorales como un ECCG, con márgenes negativos.

Conclusiones: El tratamiento de este tipo de tumores debe de ser de forma multidisciplinaria. En ausencia de características anatómo-patológicas de malignidad, no es necesaria su exéresis con márgenes negativos, dado a la baja tasa de recidiva (0-2%). Se recomienda realizar el tratamiento quirúrgico de forma precoz, dado a la afeción en la lactancia materna y vía aérea.

POV13

Conducta a seguir en casos donde el diagnóstico histopatológico inicial difiere del diagnóstico final. Presentación de caso clínico.

Sr. Ezequiel Koren¹

¹trainee

Sesiones Poster - Viernes 24, Bloque 1, Zona Exposición Comercial, 14:00 - 14:30

Caso clínico: paciente de 51 años de edad, sexo femenino, que consulta por hallazgo radiográfico en región mandibular izquierda.

Examen radiográfico: lesión radiolúcida, de aspecto quístico, en maxilar inferior que involucra las piezas 37 y 38.

Biopsia incisiva de la lesión. Histopatología: quiste dentígero.

Se decidió la enucleación total de la lesión, curetaje, exodoncia de las piezas 37 y 38 y conservación de las corticales lingual, vestibular y basal.

Diagnóstico histopatológico diferido: Tumor odontogénico queratoquístico.

El tumor odontogénico queratoquístico es una entidad benigna que surge de los remanentes de la lámina dental.

Es una patología con comportamiento clínico agresivo y alta tasa de recidiva (tasa de recurrencia entre el 20–60 %).

En el año 2005 la OMS redefinió la patología ubicándola dentro de los tumores benignos de los maxilares, con lo cual la conducta quirúrgica varía desde la marsupialización hasta la resección en bloque.

En conclusión, al tratarse de una patología con elevada tasa de recidiva se debe realizar un seguimiento estricto del paciente a fin de evaluar las recurrencias que pueden surgir posteriores al tratamiento.

POV14

Linfoma Intraoral en paciente con Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

Dra. Estefanía Alvarez Borquez¹, Dr. Patricio Hernandez Flores¹, Dr. Carlos Misad Saba², Dra. Maria de los Angeles Fernandez Toro¹, Dra. Francisca Donoso Hofer¹

¹Departamento de Cirugía y Traumatología Máxilo Facial, Facultad de Odontología-Universidad de Chile, ²Departamento de Medicina Occidente, Facultad de Medicina-Universidad de Chile

Sesiones Poster - Viernes 24, Bloque 1, Zona Exposición Comercial, 14:00 - 14:30

Los linfomas son los tumores no epiteliales malignos más frecuente en la cavidad oral y región maxilofacial. Representan el tercer grupo más común de lesiones malignas de esta área después del carcinoma de células escamosas y de las neoplasias de las glándulas salivales.

Con respecto a pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), afectan entre el 5 y 10% de esta población siendo la segunda neoplasia más frecuente después del Sarcoma de Kaposi. El riesgo de los pacientes con VIH de presentar esta patología es de 200 veces más en comparación con la población general.

Se presenta un caso clínico, de un paciente de 48 años de edad, sexo masculino, con antecedente de VIH (+) y abandono reciente de terapia antiretroviral, con un recuento de Linfocitos T CD4 de 89cel/mm³, derivado a Servicio de Cirugía Maxilofacial para evaluación de absceso palatino. Al examen presenta un aumento de volumen de 3cm de diámetro mayor en paladar duro, de consistencia firme, límites bien definidos y asintomático.

Se decide realizar una biopsia incisional en pabellón ambulatorio, la cual da como resultado; mucosa revestida por epitelio escamoso con ligera paraqueratosis y papilomatosis en cuyo estroma destaca extenso infiltrado linfoide atípico conformado por células grandes con frecuentes nucléolos prominentes, figuras micóticas y áreas de necrosis. Presenta expresión positiva para los marcadores inmunohistoquímicos, CD79a y CD20. El diagnóstico definitivo fue 'Linfoma difuso de células grandes B de mucosa palatina'. Se realiza la derivación a hemato-oncología para estudio e inicio de quimioterapia.

El linfoma intraoral tiene múltiples presentaciones clínicas en la cavidad oral. El diagnóstico debe realizarse siempre con técnicas inmunohistoquímicas específicas. En pacientes VIH (+) siempre debería ser una hipótesis diagnóstica frente a la presencia de lesiones inespecíficas dentro de la cavidad oral.

POV15

Propuesta de nomenclatura para el quiste folicular inflamatorio a propósito de un caso poco común.

Jorge Lolás Millard¹, Emilio Moreno Apablaza¹, Agustín Márquez Zambrano¹, Carolina Baltera²

¹Facultad de Odontología - Universidad Mayor, ²Departamento de Radiología Oral y Maxilofacial - Universidad Mayor

Sesiones Poster - Viernes 24, Bloque 1, Zona Exposición Comercial, 14:00 - 14:30

La clasificación de quistes odontogénicos de la OMS, describe dentro del origen inflamatorio al quiste radicular, paradental y el mandibular vestibular infectado, sin incluir al quiste folicular inflamatorio (QFI), considerado la mayoría de las veces como un quiste dentífero (QD), catalogado quiste del desarrollo. Objetivos:Mostrar la importancia de la histopatología en el diagnóstico para un correcto tratamiento y la relevancia de una nomenclatura precisa.

Métodos: Búsqueda en Pubmed, ScienceDirect, EBSCO-host de "odontogenic-cysts", "dentigerous cyst of inflammatory origin" y "follicular inflammatory-cyst" como key-words, full-text en inglés o español de los últimos 10 años.

Resultados y discusión: Paciente 10 años de edad, presenta tumoración vestibular de zona de diente 5.3, de consistencia dura, asintomático y cubierto por mucosa normal. Diente asociado sin lesiones cariosas. La radiografía evidenció una extensa área radiolúcida bien definida, rodeando la corona del diente 1.3, desplazando y reteniéndolo. Tras evaluación radiográfica, los diagnósticos diferenciales fueron tumor-odontogénico-adenomatoide, queratoquiste y QD. La histopatología confirmó QFI. Originándose la lesión a partir de la pieza 5.4 con tratamiento pulpar. El Tratamiento fue cirugía conservadora con seguimiento clínico y radiográfico.

Para la nomenclatura de esta lesión se propone utilizar exclusivamente el término "folicular" para QFI y el término "dentífero" exclusivamente para el QD, evitando denominar al QFI como quiste dentífero inflamatorio, lo que repercute en un sobre tratamiento de estas lesiones.

Conclusiones: La imagenología es esencial para evaluar las lesiones centrales, sin embargo el diagnóstico histopatológico es definitorio para un buen tratamiento y pronóstico.

Se debe considerar al QFI como una lesión indistinta a otros quistes inflamatorios (paradentales o radiculares). Se sugiere considerar en dentición mixta, que QFI y quiste radicular del diente temporal son la misma lesión y las diferencias en su aspecto clínico dependerán del tiempo de evolución y la relación de proximidad entre folículo y proceso inflamatorio del diente temporal.

POV16

Actualización en el manejo conservador de tumores maxilares benignos localmente agresivos en relación a un caso clínico.

Constanza Labbe Martinez¹, Patricio Quiñones Vergara¹, Ariel Barrera Parada¹, Nicolas Yanine Montaner¹
¹*Clinica Alemana Santiago*

Sesiones Poster - Viernes 24, Bloque 1, Zona Exposición Comercial, 14:00 - 14:30

El manejo de tumores benignos localmente agresivos de los maxilares es controversial ya que la manera conservadora puede tener una tasa inaceptable de recurrencia pero la resección tiene más morbilidad para el paciente.

La enucleación mas curetaje y solución de Carnoy como co adyuvante proporciona la recurrencia más baja de las técnicas conservadoras.

Estudios de cohorte han demostrado un 10% de recurrencias con solución de Carnoy frente al 35% con la solución modificada sin cloroformo, por lo que se presume que el cloroformo afecta la recurrencia.

La criocirugía con nitrógeno líquido como co adyuvante, luego de enucleación mas curetaje, tiene buenos resultados pero tiene mayor riesgo de fracturas patológicas.

Un estudio retrospectivo concluyo que la mezcla de propano, butano e isobutano utilizada en vez de nitrógeno líquido, tiene similares resultados con menor potencial de congelamiento.

Con respecto a la descompresión como tratamiento intermedio, los resultados de diversos estudios la recomiendan para lesiones de gran tamaño.

En un estudio de cohorte retrospectivo concluyo que todas las lesiones descomprimidas deben ser tratados definitivamente basado en el diagnóstico inicial.

Conocer las técnicas conservadoras utilizadas actualmente para tratamiento de tumores benignos localmente agresivos de los maxilares.

Revisión de la evidencia encontrada en MEDLINE y Cochrane Library a proposito de un caso clínico de un Tumor Odontogenico Keratoquistico Maxilar de gran tamaño en una mujer sana de 30 años. El tratamiento fue conservador y consistió en descompresión por x meses y enucleación mas curetaje y tratamiento con nitrógeno líquido, se realiza seguimiento a largo plazo.

Según la evidencia actual la enucleación mas curetaje y uso de co adyuvantes con o sin descompresión previa, tienen buen resultado y tasas de recurrencia similares a la resección, sin embargo faltan estudios de mejor calidad como ensayos clínicos randomizados que por motivos éticos no se han realizado.

POV17

Tratamiento quirúrgico del tumor Odontogénico Queratoquístico: caso clínico.

Maria Eugenia Belossi

¹*Catedra de Cirugia y Traumatologia Bucomaxilofacial 1. Facultad de Odontología. Universidad de Buenos Aires*

Sesiones Poster - Viernes 24, Bloque 1, Zona Exposición Comercial, 14:00 - 14:30

Las piezas dentarias retenidas son el hallazgo mas frecuente en el campo de estudio por imágenes. Existen muchos factores de impactación como insuficiente espacio o mala posición dentaria. El folículo dental es un componente que rodea la corona del diente retenido y que tiene un rol protagónico, ya que este puede ser el origen de diferentes tipos de quistes y tumores, como por ejemplo quiste dentígero, ameloblastoma o tumor odontogenico queratoquistico.

Se presentara un caso clínico de un paciente de sexo masculino de 27 años de edad. Clínicamente no presenta alteraciones muco gingivales. En el diagnostico radiográfico, se observa la pieza dentaria 3.8 retenida en tejido oseo, siendo su corona rodeada por una imagen radio lúcida en cercanías al nervio dentario inferior. Una vez extraída la pieza y su tejido circundante, la anatomía patológica indica resultado de lesión: tumor Odontogénico Queratoquístico.

El propósito de este trabajo es destacar la importancia del diagnostico temprano y correcto tratamiento de las piezas dentarias retenidas, con la finalidad de disminuir la aparición de este tipo de lesiones y posibles complicaciones que esta acarrea.

POV18

Quiste nasopalatino. Presentaciones de casos clínicos y revisión bibliográfica.

Dra. Antonella Yazmín Paolini¹, Dra. Yamila Carlomagno¹
¹F.O.U.B.A.

Sesiones Poster - Viernes 24, Bloque 1, Zona Exposición Comercial, 14:00 - 14:30

El quiste nasopalatino es el más común de los quistes de desarrollo no odontogénicos. Surge de restos embriológicos del conducto homónimo y en la mayoría de los casos se desarrolla en la línea media anterior del maxilar superior. Las células pueden ser activadas de forma espontánea durante la vida o eventualmente son estimuladas por la acción irritante de diversos agentes (infección, trauma, entre otros). El diagnóstico definitivo se debe basar en conjunto con los hallazgos clínicos, radiográficos, e histopatológicos. El tratamiento es la enucleación del tejido quístico, y sólo en raros casos se necesita realizar una marsupialización. Objetivos: Este poster abarcará una revisión bibliográfica del quiste nasopalatino desarrollando la epidemiología, etiología, presentación clínica, diagnóstico diferencial, hallazgos radiográficos e histopatológicos, tratamiento y tasas de recurrencia, exponiendo tres casos clínicos de pacientes tanto dentados como desdentados totales con sus respectivas imágenes, diagnósticos de certeza y tratamiento.

POV19

Fibroma osificante juvenil trabecular mandibular, revisión de la literatura a propósito de un caso.

Dr. Felipe Gutiérrez Zamorano¹, Dr. Rodrigo Badilla Monasterio^{1,3}, Dr. Leonel Espinoza Dominguez¹, Dr. Patricio Cerda Villagrán²

¹Hospital Clínico Dr. Felix Bulnes Cerda, ²Hospital traumatológico Dr. Teodoro Gebauer, ³Hospital de Urgencia Asistencia Pública (HUAP)

Sesiones Poster - Viernes 24, Bloque 1, Zona Exposición Comercial, 14:00 - 14:30

El fibroma osificante juvenil trabecular corresponde a una neoplasia fibro ósea benigna que puede afectar al esqueleto craneofacial. Generalmente se diagnostica entre la primera y segunda década de vida y muestra una marcada predilección por el género femenino. Sus alternativas de tratamiento aún generan controversias dada su baja incidencia, sin embargo su agresividad local y rápido crecimiento hacen necesario un tratamiento oportuno orientado a limitar el daño en curso y erradicar la lesión. Presentamos el caso de un paciente femenino de 17 años quien acude a nuestro servicio por presentar una tumoración de tres meses de evolución localizada en la zona anterior mandibular, asintomática y que a la tomografía computada se presentaba como un área hipodensa esférica con límites definidos y captante de medio de contraste, la cual desplaza piezas dentarias asociadas y genera expansión de los tejidos blandos circundantes. El diagnóstico definitivo tras la biopsia incisional fue Fibroma Osificante Juvenil en su variante Trabecular. Se decidió realizar tratamiento quirúrgico mediante la resección del segmento óseo comprometido y la estabilización con placa de reconstrucción.

Objetivos

Presentar caso clínico en relación a patología infrecuente

Metodología

Revisión de ficha de caso

Conclusiones

El tratamiento oportuno de patologías de agresividad local es una necesidad inminente a fin de evitar grandes secuelas.

El uso de modelos estereolitográficos en la resolución de quirúrgica de la patología tumoral es una herramienta de gran utilidad a nivel pre e intraoperatorio.

El fibroma osificante juvenil requiere tratamiento quirúrgico y posterior planificación reconstructiva ósea mediante injertos o distracción oteogénica.

POV20

Quiste Óseo Simple Mandibular, presentación de un caso clínico en un paciente Infantil.

Dr. Jean Paul Meriño Soto¹, Dr. Marcelo Nuñez Ulloa², Dr. Daniel Mena Silva¹, Dr. Carlos Muñoz Rocha¹
¹Facultad de Odontología, Universidad De Concepción, ²Hospital Las Higueras

Sesiones Poster - Viernes 24, Bloque 1, Zona Exposición Comercial, 14:00 - 14:30

El Quiste Óseo Simple, Solitario o Traumático, se define como una cavidad intraósea vacía que carece de revestimiento epitelial. Corresponde a una lesión infrecuente, con una incidencia estimada en 1,2% de los quistes maxilares y en 2% de todos los que aparecen en el resto de huesos del organismo. La localización más frecuente en los maxilares, es la sínfisis y cuerpo mandibular. De etiopatogenia desconocida, aunque se relaciona con un hecho traumático precedente en la región ósea afectada. Clínicamente, la lesión es asintomática y con frecuencia se descubre accidentalmente durante un examen radiológico de rutina. El diagnóstico definitivo de quiste óseo simple sólo puede ser determinado durante la cirugía.

El Objetivo de este trabajo, es presentar el manejo clínico y quirúrgico de una paciente femenina de 13 años de edad que durante un examen radiológico de rutina, se encuentra una lesión radiolúcida en la zona de la sínfisis mandibular, sin antecedente de traumatismo previo. Se presentan las características clínicas, diagnósticos diferenciales y conducta quirúrgica del caso, que lleva al diagnóstico de Quiste Óseo Simple.

POJ18

Fibroma ameloblástico: reporte de un caso.

Dr. Juan Jose Cortes Santander¹, Dr. Felipe Aran Sekul^{2,4}, Dra. Carolina de la Victoria Rojas^{2,4}, Dr. Alex Gallegos Flores³

¹ cirujano maxilofacial practica privada, ² cirujano dentista practica privada, ³ cirujano dentista practica privada,

⁴ instructor catedra cirugía oral y maxilofacial. Universidad Antofagasta

Sesiones Poster - Jueves 23, Bloque 2, Zona Exposición Comercial, 16:30 - 17:00

Introducción. Los tumores odontogénicos (TO) son lesiones derivadas de tejidos especializados de la organogénesis dental. El Fibroma Ameloblástico (FA) es una neoplasia poco común, más frecuente en la región posterior mandibular y se observa en pacientes de las dos primeras décadas de vida. Es un TO mixto caracterizado por la proliferación simultánea de tejido epitelial y mesenquimático y ausencia de tejido calcificado.

Objetivo. Mostrar un caso de paciente con diagnóstico de Fibroma Ameloblástico, analizando sus características clínicas, histopatológicas y radiográficas, el tratamiento efectuado y su seguimiento post quirúrgico.

Métodología. Paciente 12 años de edad, género masculino, sin antecedentes mórbidos, que acude a clínica de Odontopediatría por examen de rutina. Clínicamente, se observó ausencia diente 4.5, encontrándose como hallazgo radiográfico una lesión radiolúcida en zona posterior mandibular derecha, unilocular, en relación a diente 4.5 incluido. Tratamiento quirúrgico conservador con ectomía del tumor y curetaje de las paredes óseas, biopsia de la muestra y controles postoperatorios.

Resultado. El estudio histopatológico muestra la existencia de un epitelio odontogénico, restos de tejido calcificado óseo y cuya gran parte recuerda a la papila dental, concluyendo en su diagnóstico como Fibroma Ameloblástico. Paciente en control sin señales de recidiva luego de 6 meses post enucleación.

Conclusiones. El FA es una neoplasia benigna de aparición rara que puede comprometer maxilar y cuerpo mandibular siendo el tratamiento quirúrgico más eficaz la enucleación y curetaje. Aunque la prevalencia es baja, este puede recidivar y en algunos casos presentar potencial de malignidad, por lo que es necesario el seguimiento postoperatorio del paciente. Generalmente, el FA está asociado a un diente incluido y su apariencia radiográfica se asemeja a otras patologías tumorales y quísticas de la región maxilo-mandibular, por tanto, se debe establecer un diagnóstico diferencial a través del estudio histopatológico de la lesión.

POJ19

Lipoma Lingual: Reporte de un caso.

Francisco Stefan Domancic Alucema¹, Marcela Riquelme Videla¹, Iris Espinoza Santander¹

¹Departamento De Cirugía Y Traumatología Buco Máxilo Facial, Universidad De Chile

Sesiones Poster - Jueves 23, Bloque 2, Zona Exposición Comercial, 16:30 - 17:00

El lipoma es una neoplasia benigna común de los tejidos blandos, siendo el tumor mesenquimático más común y localizándose comúnmente en el tronco y porción proximal de las extremidades.

A nivel oral es una neoplasia infrecuente representando 4.4% de las neoplasias mesenquimáticas de presentación intraoral. Pueden localizarse en glándulas salivales, mucosa, labio, lengua, paladar y piso de boca, más frecuentemente en la mucosa oral con 50% de los casos, la lengua constituye el segundo lugar de preferencia con el 15%. La mayoría de los casos se presentan sobre los 60 años, siendo más frecuentes en mujeres.

El tratamiento es exéresis de la lesión, sin diferenciarse un pronóstico particular para sus subtipos histológicos, excepto en lipomas intramusculares, los cuales presentan un patrón de crecimiento difuso, infiltrante y profundo, dificultando la excisión completa. El pronóstico es excelente, sin recurrencias a la fecha, aunque, la mayoría de los reportes presentan periodos de seguimiento muy corto, además, la presencia del marcador inmunoreactivo ki-67 en subtipos podría relacionarse con transformación maligna o recurrencia, por esto el seguimiento a largo plazo permanece como mandatorio.

Se presentó una paciente de 67 años, mujer, que consultaba por fibroma irritativo asociado a prótesis total superior desajustada. Al examen clínico se evidencia como hallazgo un aumento de volumen asintomático en tercio anterior y borde lateral de la lengua, firme, ovoide, bien delimitado, asociado a disartria, se realizó la biopsia excisional de la lesión bajo anestesia general, obteniéndose como resultado histopatológico "Lipoma". A los 5 meses de evolución paciente se presenta sin evidencia de recurrencia y sin signos de disartria.

POJ20

Tumor Odontogénico Quístico Calcificante asociado a Odontoma: reporte de un caso.

Pablo Calcumil Herrera¹, Cristobal Araya Salas², Felipe Astorga Mori³, Benjamín Martínez Rondanelli⁴
¹Hospital El Carmen - Chile, ²Servicio Diagnóstico Escuela Odontología Universidad Mayor - Chile, ³Hospital El Carmen - Chile, ⁴Servicio Diagnóstico Escuela Odontología Universidad Mayor - Chile

Sesiones Poster - Jueves 23, Bloque 2, Zona Exposición Comercial, 16:30 - 17:00

Introducción: El Tumor Odontogénico Quístico Calcificante (TOQC) es un tumor odontogénico benigno del grupo de epitelio odontogénico con ectomesénquima con o sin formación de tejido duro. Esta lesión suele acompañarse de otros tumores odontogénicos como el Odontoma compuesto presentando una aparición simultánea en algunos pacientes. Compromete el sector anterior de los huesos maxilares afectando grupos etarios entre la segunda y tercera década de vida sin predilección por sexo.

Objetivos: Presentación de caso clínico con revisión de los principales aspectos clínicos, imagenológicos e histopatológicos que repercuten en el plan terapéutico implicado en el TOQC.

Metodología: Se realiza evaluación clínica de mujer de 30 años, sin antecedentes mórbidos que consulta por asimetría facial infraorbitaria derecha de crecimiento lento y asintomático. Se indican imágenes complementarias: ortopantomografía y tomografía de haz cónico. Además se indica la toma de biopsia incisional.

Resultado: En radiografía panorámica se presenta una lesión osteolítica extensa sin desplazamiento dentario sobreproyectada a seno maxilar. En el scanner se evidencia una lesión expansiva comprometiendo el seno maxilar y la presencia de un odontoma. La biopsia incisional revela en primera instancia un epitelio plano de 8 capas con hiperchromatismo del estrato basal y características sugerentes de tumor odontogénico queratoquístico. Se solicita una segunda muestra que revela un epitelio plano estratificado con engrosamientos focales asociados a células fantasmas compatible con TOQC. Se instala cánula de descompresión con protocolo de lavados con clorhexidina 0,12% planificando evaluación clínica e imagenológica de la lesión para su posterior enucleación.

Conclusión: La comunicación del cirujano maxilofacial con los equipos diagnósticos para el manejo de estas lesiones es fundamental permitiendo instaurar tratamientos conservadores donde el conocimiento del comportamiento biológico de estos tumores permite evitar amplias resecciones, disminuyendo la morbilidad e incompetencia funcional y/o estética de estos pacientes.

POJ21

Marsupialización modificada como tratamiento conservador para ránulas orales: revisión de la literatura a propósito de un caso.

Luis Pérez Lagos¹, Cristina Mebus¹

¹*Departamento de Cirugía y Traumatología Oral y Máxilofacial, Facultad de Odontología, Universidad De Chile*

Sesiones Poster - Jueves 23, Bloque 2, Zona Exposición Comercial, 16:30 - 17:00

Introducción

Las ránulas corresponden a pseudoquistes de extravasación mucosa. Habitualmente se deben a la obstrucción u obliteración de la glándula sublingual.

Su tratamiento es eminentemente quirúrgico, y sigue siendo controversial debido a que el gold standard incluye la exéresis de la glándula sublingual junto a la lesión. La marsupialización se presenta como una opción conservadora al tratamiento radical, sin embargo, presenta una alta tasa de recidiva. Existe una variante a la marsupialización convencional con menor recurrencia y menor morbilidad asociada, cuando se trata de lesiones que no comprometen espacios cervicales.

Objetivos

Definir las opciones terapéuticas que se encuentran avaladas por la literatura científica actual.
Realizar la intervención propuesta y evaluar los resultados obtenidos.

Metodología

Revisión literaria para decisión clínica adecuada al caso:

Paciente género femenino de 23 años de edad, sin antecedentes mórbidos, consumo de medicamentos ni alergias conocidas. Debuta con aumento de volumen de 2 semanas de evolución, crecimiento rápido y asintomático. Consistencia blanda y fluctuante en hemi piso de boca derecho, respetando línea media. Límites definidos y mucosa eritematosa. Tamaño aproximado de 7x4x2cms.

Se realiza marsupialización de techo del pseudoquiste y drenaje de contenido. Lavado profuso con solución salina. Empacamiento de gasa embebida en Nitrofurasona 0,2% y sutura de márgenes de la lesión. Se cambia la gasa y se vuelve a lavar a los 3 días. A los 7 días se retira la gasa y se dejan los márgenes libres de la lesión. Control a los 14 días, al mes y 3 meses.

Resultados

Se observó cierre espontáneo de los límites de la lesión y a los 6 meses de la intervención no se observa recurrencia.

Conclusiones

La marsupialización modificada demuestra ser una estrategia terapéutica que debe ser considerada en ránulas que no comprometan espacios cervicales.

POJ22

Siringoma condroide: presentación de un caso y revisión de la literatura.

Dra. Yency Arévalo², Dra. Carolina Alvarez¹, Dr. Osvaldo Gahona³

¹Universidad De Talca, Carrera Odontología. Departamento de Estomatología. , ²Dirección General de Aeronáutica Civil, Departamento de Bienestar, ³Universidad de Chile, Facultad de Odontología, Departamento de Cirugía y Traumatología Bucal y Maxilofacial

Sesiones Poster - Jueves 23, Bloque 2, Zona Exposición Comercial, 16:30 - 17:00

INTRODUCCIÓN

El Siringoma Condroide (SC) es un tumor cutáneo raro que se presenta preferentemente en cabeza y cuello como una lesión de crecimiento lento y asintomático, habitualmente benigna. Constituye la contrapartida cutánea del tumor mixto o adenoma pleomorfo de las glándulas salivales.

OBJETIVOS

Presentar un caso de baja prevalencia y realizar revisión de la literatura.

CASO CLÍNICO

Paciente género masculino, sano, acude a consulta por aumento de volumen asintomático en labio superior derecho de 1 año de evolución con aumento de velocidad de crecimiento los últimos 4 meses. Clínicamente se observa un aumento de volumen de límites definidos, firme e indoloro de 1cm de diámetro aproximadamente. La ecotomografía muestra nódulo sólido de 1.3 x 1cm de diámetro con estructura interna homogénea y presencia de pseudocápsula ubicado en el espesor del tejido celular subcutáneo respetando plano muscular subyacente. Se realiza exéresis completa de la lesión y se envía a estudio histopatológico.

RESULTADO Y DISCUSIÓN

El diagnóstico fue Siringoma Condroide.

La literatura describe el SC como una lesión habitualmente benigna, más prevalente en varones en una proporción de 2:1. Histológicamente presenta características de origen mesenquimal y epitelial sobre una matriz mixoide y/o condroide. Se puede diferenciar hacia cualquier estructura anexa cutánea. En el diagnóstico diferencial histológico deben considerarse condrosarcoma mixoide extraesquelético, paracordoma y el tumor fibromixoide y osificante de partes blandas.

CONCLUSIÓN

El SC se presenta preferentemente en hombres entre 23 y 65 años de edad.

Representa el 0,01% de los tumores cutáneos primarios.

La literatura reporta casos de malignización por lo que es necesaria su extirpación completa y posterior estudio histopatológico para llegar a un diagnóstico definitivo.

POJ23

Carcinoma Ex Adenoma Pleomorfo.

Enzo Duilio Cruz¹, Fabian Marcelo Cagnasso, Gabriel Antonio Damiano

¹Hospital " Dr. Ignacio Pirovano"

Sesiones Poster - Jueves 23, Bloque 2, Zona Exposición Comercial, 16:30 - 17:00

Los tumores de glándulas salivales demuestran una amplia variedad de tipo histológico , que varían de benignos a altamente malignos.

Los carcinomas salivales son comparativamente raros , comprenden el 6% de los cánceres de cabeza y cuello.

El carcinoma ex adenoma pleomorfo , es un tumor maligno de glándulas salivales mayores , cuya patogénesis es controvertida ;pueden ser malignos desde el inicio o existir una transformación carcinomatosa en el tumor. La transformación estaría relacionada con el tiempo de evolución en adenomas pleomorfos de larga data. Hay que destacar la relación con el antecedente de resecciones incompletas , que conllevan un mayor riesgo de recidivas y por lo tanto de malignización.

El tratamiento esta enfocado a la resección del tumor obteniendo margenes quirúrgicos de tejido sano , por lo que el tejido que rodea la lesión , como la piel , músculo y tejido óseo puede requerir su sacrificio.

La radiación post quirúrgica está indicada normalmente para este tipo de tumores , siendo que la quimioterapia no ha demostrado una mejora en el pronóstico de sobrevida para este tipo de lesiones.

La sobrevida se correlaciona principalmente con el grado de diferenciación y de invasión del tumor.

Exponemos el caso de una mujer de 73 años , que presenta un carcinoma de glándula parótida de 4 años de evolución según refiere , con un crecimiento explosivo en 3 meses.

POJ24

Biopsia excisional como tratamiento definitivo para un carcinoma basocelular, reporte de un caso.

Luis Pérez Lagos¹, Cristina Mebus¹

¹*Departamento de Cirugía y Traumatología Oral y Máxilofacial, Facultad de Odontología, Universidad De Chile*

Sesiones Poster - Jueves 23, Bloque 2, Zona Exposición Comercial, 16:30 - 17:00

Introducción

El carcinoma basocelular corresponde a un tipo de cáncer no melanótico, en conjunto con el carcinoma escamoso. Es el tipo de cáncer más común y es frecuentemente encontrado en el territorio máxilofacial. Su etiología se atribuye principalmente a la exposición reiterada y prolongada en el tiempo a la radiación UV del sol. El tratamiento es diverso e involucra terapias coadyudantes que permitan disminuir el tamaño de la lesión, biopsias incisionales en lesiones de gran tamaño, biopsias excisionales como método diagnóstico y terapéutico, o resecciones junto a reconstrucciones complejas.

Objetivos

Realizar biopsia excisional de lesión con sospecha de malignidad de acuerdo a los márgenes de seguridad propuestos en la literatura actual.

Metodología

Se presenta el caso de un paciente de género masculino de 72 años de edad con lesión ulcerada de 15x7mm paramediana izquierda de un mes de evolución que no cicatriza. Indolora. Presenta sangramiento espontáneo leve en forma ocasional.

Se realiza biopsia excisional con márgenes de seguridad de 5mm a cada lado del diámetro mayor y 3mm en sentido cefálico-caudal. Se envía a laboratorio con la hipótesis diagnóstica de Ca Basocelular.

El diagnóstico histopatológico confirma nuestra hipótesis, por lo que se deriva al paciente a evaluación por parte de Cirugía de Cabeza y Cuello.

Resultados

A 6 meses de la intervención el paciente se encuentra asintomático y sin signos de recurrencia.

Conclusiones

En lesiones pequeñas (menores a 2cms), se puede realizar una biopsia excisional con márgenes de seguridad de entre 3 a 5mm, sin terapias complementarias asociadas, y obtener buenos resultados clínicos sin recidiva, y buenos resultados estéticos.

POJ25

Visión interdisciplinaria entre cirugía y ortodoncia, en exodoncia, liberación y/o tracción de piezas dentocorticales.

Dra. Laura NIEVES¹, dra Graciela BONFANTI²

¹NIEVES, Laura, ²BONFANTI, Graciela

Sesiones Poster - Jueves 23, Bloque 2, Zona Exposición Comercial, 16:30 - 17:00

INTRODUCCION Presentación de casos clínicos. En los cuales se valorará la interacción de la evidencia científica y los procesos biológicos para llegar al objetivo deseado, el mismo de consideración estable y verdadera teniendo en cuenta la importancia de la visión de la valorización interdisciplinaria al tomar la decisión de realizar una exodoncia, liberación y/o tracción de la pieza en ubicación dentocortical.

OBJETIVOS -De manera interdisciplinaria se planificará la terapéutica disminuyendo inconvenientes. Preservando los tejidos subyacentes, utilizando estudios complementarios T.A.C, Cefalometría o Acuitomo; se tratará de identificar la noxa, para disminuir complicaciones futuras.

METODOLOGÍA El diagnóstico y tratamiento de las piezas retenidas se hace necesario con el fin de evitar complicaciones posteriores que comprometan la salud integral. Para tal fin se plantea un trabajo interdisciplinario que abarque desde la evaluación temprana y oportuna de la pieza hasta que ésta se encuentre en correcta alineación en el arco dentario, reuniendo las áreas de Odontopediatría y Cirugía en una primera fase. La tracción ortodóncica, posterior a la exposición quirúrgica puede ser única o proponerse como la primera parte de un tratamiento más complejo de acuerdo a las necesidades de cada paciente, con estudios complementarios.

RESULTADOS Se han publicado una amplia variedad de aproximaciones terapéuticas, fundamentalmente apelando a técnicas quirúrgicas únicas o ayudadas de técnicas ortodóncicas, con el objeto de devolver la función. Es así como, muchos autores han venido utilizando desde hace varios años diversas técnicas quirúrgicas, con el propósito de establecer cuál de ellas sería la adecuada para obtener mejor estabilidad periodontal post-tracción ortodóncica.

CONCLUSIONES La necesidad de liberación, exodoncia o tracción de las piezas dentocorticales, trae aparejado otros inconvenientes como, reabsorción de tejido subyacente, extrusión y/o desviación de alguna pieza proximal, saco pericoronario devenido en quiste. La importancia del trabajo interdisciplinario está capacitado para lograr el objetivo.

POJ26

Tratamiento ortquirúrgico de caninos superiores retenidos a través de la apicotomía.

Dr. Renan Langie¹, Dr. Felipe Artuzi¹, Profa. Deise Ponzoni¹, Profa. Edela Puricelli²

¹Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS, ²Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre - SCMPA

Sesiones Poster - Jueves 23, Bloque 2, Zona Exposición Comercial, 16:30 - 17:00

Introducción: Puricelli, en 1987, propone una técnica para tratamiento ortquirúrgico de liberación de los caninos superiores retenidos, a través de la fractura quirúrgica del ápice radicular – apicotomía seguida de la tracción elástica del proceso coronoradicular con métodos ortodónticos. Objetivos: Presentar la técnica y el concepto del tratamiento conservador de caninos superiores retenidos con anquilosis y o dilaceración radicular. Metodología: La técnica puede ser realizada bajo anestesia general o local, donde se hacen dos incisiones seguidas de ostectomías. El primer acceso, palatino, busca exponer la corona del canino retenido, permitiendo así el posterior pegado del artefacto de tracción. La segunda incisión, lineal, en el vestíbulo permitirá acceso a la región apical vestibular de la raíz del canino retenido. La apicotomía consiste en la fractura quirúrgica del ápice a través de la utilización de un cincel de doble bisel (de Puricelli), con el cual, mediante un golpe de martillo, se aplica una fuerza dinámica de impacto. No hay rotura de la pulpa dentaria. Resultados: La tracción elástica debe iniciar en el quinto día posoperatorio, con una fuerza inicial media de 100 a 150g. La apicotomía libera el diente retenido para tracción ortodóntica a partir de la fractura quirúrgica del ápice del mismo. El ápice, abandonado en su sitio, libera la erupción del canino a través de la tracción ortodóntica. Conclusiones: La apicotomía permite el tratamiento conservador del canino superior retenido con anquilosis (en el tercio apical o medio radicular) y o dilaceración radicular. No está indicada para tratamiento de dientes con rizogénesis incompleta o anquilosis total.

POJ27

Beneficios de la Fibrina Rica en Plaquetas y Leucocitos (L-PRF) en la reparación de tejidos blandos post-exodoncia.

Dr. Francisco Espinoza Ordóñez¹, Dr. Rodrigo Gutierrez Maldonado, Dr. Oscar Badillo Coloma, Dr. Felipe Faúndez Sáiz

¹Universidad Andrés Bello

Sesiones Poster - Jueves 23, Bloque 2, Zona Exposición Comercial, 16:30 - 17:00

Introducción: La cirugía de terceros molares es una de las maniobras más indicadas en cirugía maxilofacial, requiriendo cuidados especiales y administración de terapia farmacológica por parte del paciente, para poder tener un mejor periodo de recuperación. Algunos de los agentes más estudiados últimamente para la reparación de tejidos son los concentrados plaquetarios como la fibrina rica en plaquetas y leucocitos (L-PRF), que se obtienen procesando la sangre del individuo, proporcionando componentes celulares y moleculares benéficos para los procesos reparativos.

Objetivo: evaluar los beneficios del L-PRF intra-alveolar versus el uso de seda negra trenzada 3-0 para la síntesis de tejidos, frente a parámetros clínicos de edema (medido mediante el índice Laskin), eritema (medido por percepción visual) y percepción del dolor (medido mediante EVA), luego de la extracción de terceros molares mandibulares bilaterales y simétricos en forma, tamaño y posición.

Material y método: Este estudio es un ensayo clínico controlado aleatorizado, realizado en los pabellones de la Facultad de Odontología de la Universidad Andrés Bello, Viña del Mar - Chile, entre Julio y Octubre de 2015. Un total de 21 pacientes fueron intervenidos al azar con L-PRF intra-alveolar en una hemimandíbula y el uso de puntos de sutura en la hemimandíbula contralateral, tras la extracción de terceros molares.

Resultados: La aplicación de L-PRF intra-alveolar reduce la percepción del dolor, además de la aparición de eritema facial, en comparación a la síntesis con sutura de seda. Estos resultados son estadísticamente significativos. El edema frente a la presencia de L-PRF no presentó diferencias estadísticamente significativas en comparación a la síntesis de tejidos convencional con seda.

Conclusión: La falta de reacciones adversas y complicaciones relacionadas al uso de L-PRF apoya su uso clínico, presentando ventajas evidentes al compararlo con el uso de seda para la síntesis de tejidos tras la exodoncia de terceros molares.

POJ28

Evaluación histomorfométrica de la influencia de la terapia por luz de baja intensidad en el reparo perimplantar.

Profa. Deise Ponzoni¹, Profa. Edela Puricelli

¹*Universidade Federal Do Rio Grande Do Sul*

Sesiones Poster - Jueves 23, Bloque 2, Zona Exposición Comercial, 16:30 - 17:00

Introducción: La terapia por luz de baja intensidad (TLBI) viene demostrando acelerar el proceso de reparo y osteointegración de implantes colocados en tibia de conejo. Sin embargo, los beneficios de la TLBI no se pusieron a prueba en mandíbula de conejo, lo que mimetiza la condición humana. **Objetivos:** Demostrar el efecto de la TLBI en el reparo óseo perimplantar en la mandíbula de conejo. **Metodología:** Veinticuatro conejos, machos, Nueva Zelanda, se dividieron randómicamente en 4 grupos, con 6 animales en cada uno. Todos los animales tuvieron el incisivo inferior izquierdo extraído, seguido de la inserción de un implante dentario en el alvéolo fresco. Tres grupos recibieron TLBI (AlGaAs, $\lambda = 830\text{nm}$, 50 mW, CW) en tres diferentes densidades de energía por sesión de tratamiento (E-5 = 5 J/cm²; E-10 = 10 J/cm²; and E-20 = 20 J/cm²). La irradiación se aplicó cada 48 horas durante 13 días, totalizando 7 sesiones. Un grupo recibió el tratamiento sham (control). Cortes histológicos se obtuvieron de cada una de las 24 mandíbulas disecadas y coloreadas con hematoxilina y eosina y Pricrosirius Red para la evaluación histológica. El contacto hueso implante, área de formación ósea y área de fibras colágenas se evaluaron microscópicamente. **Resultados:** Diferencias significativas se encontraron entre el grupo E-20 y todos los otros grupos ($p < 0.05$). El análisis histomorfométrico mostró más contacto hueso implante y más fibras colágenas en el grupo E-20. **Conclusiones:** La fotobioestimulación con TLBI en la densidad de energía de 20 J/cm² por sesión tuvo un efecto positivo significativo sobre la nueva formación ósea alrededor de implantes inseridos en la mandíbula de conejo.

POJ29

Aneurisma de carótida interna secundario a absceso parafaríngeo en paciente pediátrico. Reporte de caso.

Daniel Cortés-Caballero^{1,2}, Pablo Cortés Rabba¹, Rose Schulz Tapia³, Humberto Velasquez Mansilla³, Camila Oyarzun Paredes⁴

¹Hospital Puerto Montt, ²Programa de Doctorado en Cs. Médicas, Universidad de la Frontera, ³Cirujano Dentista,

⁴Alumna Odontología, Universidad Austral

Sesiones Poster - Jueves 23, Bloque 2, Zona Exposición Comercial, 16:30 - 17:00

Introducción: Aneurisma es un término con origen en el griego, citado por Rufo de Efeso en el Siglo I. D.C., que significa “dilatación”. Los aneurismas son condiciones infrecuentes, especialmente en niños. Las causas más frecuentes van desde aterosclerosis, traumatismos, cirugías, infecciones.

Objetivo: Describir un caso pediátrico de aneurisma de la carótida interna extracraneal derecha, consecuente con absceso parafaríngeo, tratado en el Hospital de Puerto Montt, Chile.

Caso Clínico: Paciente de sexo masculino de 6 años de edad, policonsultante en 48 horas, derivado al Servicio de Cirugía Maxilo Facial desde el servicio de urgencia con diagnóstico de faringitis, de dos días de evolución. Clínicamente se aprecia tos, congestión nasal, amigdalectomizado, orofaringe con congestión leve, sin placas de pus. Madre relata estado febril intermitente, odinofagia, disfagia y cefalea. Se solicita CT, evidenciándose absceso parafaríngeo derecho. Se indica hospitalización y se realiza vaciamiento cuidadoso de la colección e instalación de drenaje bajo anestesia general. Evoluciona satisfactoriamente y es dado de alta a las 48 horas. Paciente acude a las 48 horas después, con disfagia, aumento de volumen parafaríngeo, fiebre intermitente, cefalea y síndrome de Claude Bernard-Horner. Es reingresado para estabilización y estudio. Se solicita CT con contraste por sospecha de aneurisma carotideo donde se confirma el diagnóstico, siendo derivado a centro de mayor complejidad para su resolución quirúrgica. El paciente es dado de alta sin secuelas.

Conclusiones: La inflamación asociada a abscesos en espacios profundos del cuello y su tratamiento quirúrgico muestran ser una causa potencial de aneurismas de los grandes vasos al erosionarlo sanguíneos por contigüidad. Un estudio preoperatorio exhaustivo mediante la clínica e imágenes, permitiera en estos casos conocer la anatomía, el establecer un diagnóstico y poder planificar un tratamiento atinente a éste.

POJ30

Parotiditis crónica recurrente, manifestación clínica de Síndrome de Sjogren, revisión de la literatura y presentación de caso.

Jose Patricio HERNANDEZ FLORES², Estefanía Álvarez Borquez², María de los Ángeles Fernández Toro^{1,2},
Francisca Donoso Hofer^{1,2}

¹Hospital San Juan de Dios, ²Universidad de Chile

Sesiones Poster - Jueves 23, Bloque 2, Zona Exposición Comercial, 16:30 - 17:00

La parotiditis crónica recurrente (PCR) y el Síndrome de Sjögren (SS) son patologías de etiología desconocida que afectan a las glándulas salivales, especialmente la parótida. El SS se ha definido como una enfermedad crónica autoinmune que se caracteriza por infiltración de las glándulas exocrinas por linfocitos y células plasmáticas. Los síntomas clínicos principales están relacionados con la destrucción de las glándulas y la sequedad de las mucosas. Aunque el SS es la segunda enfermedad reumatológica autoinmune más frecuente continúa siendo subdiagnosticada en la práctica clínica, debido a que las pacientes no alertan sus síntomas a su médico creyendo que son parte inevitable del envejecimiento. Cuadros de parotiditis crónica recurrente en pacientes adultos podrían ser la primera manifestación clínica de SS

Se presenta una paciente género femenino 40 años de edad, derivada para evaluación de aumento de volumen parotídeo derecho, doloroso a la palpación con exudado purulento del conducto parotídeo. Refiere eventos similares desde hace 4 años con frecuencia de 2 veces por año. Además, refiere dolor articular generalizado, sensación de boca y ojos secos. Se solicitan exámenes inmunológicos los cuales muestran ausencia del factor reumatoide, sin embargo los indicadores ANA y ENA se encontraron elevados. Se realiza la derivación a reumatología para iniciar tratamiento.

Los síntomas del SS son similares a los de muchas otras enfermedades, por esto debemos estar atentos a signos y síntomas, como la xerostomía, xeroftalmia, alteraciones en la fisiología de las glándulas salivales como parotiditis y patología articular, lo que nos pueden orientar a un diagnóstico precoz y a una derivación oportuna.

POJ31

Utilidad de la radiografía tridimensional en el diagnóstico de sinusitis maxilar odontogénica: Revisión sistemática.

Pablo Calcumil Herrera¹, Maria Prieto Letelier², Felipe Astorga Mori³

¹Hospital El Carmen - Chile, ²Hospital El Carmen - Chile, ³Hospital El Carmen - Chile

Sesiones Poster - Jueves 23, Bloque 2, Zona Exposición Comercial, 16:30 - 17:00

Introducción: Las patologías que afectan el seno maxilar se vuelven difíciles de localizar y diagnosticar ante la disposición ósea del complejo maxilofacial. La sinusitis maxilar odontogénica (SMO) representa entre el 10 – 12% de los casos de sinusitis maxilar. La falta de precisión de una causa dental puede conducir a una sintomatología persistente y el fracaso de los tratamientos médicos y quirúrgicos. Imágenes bidimensionales impiden visualizar importantes estructuras anatómicas relacionadas a la mucosa sinusal maxilar. El advenimiento de nuevas tecnologías radiológicas ha abierto importantes modalidades de estudios para la detección de patologías como SMO .

Objetivos: Reconocer el valor diagnóstico de la imagen tridimensional en la identificación de patologías sinusal maxilar de origen dental.

Metodología: Se realizó una revisión de la literatura utilizando base de datos Ebsco y PubMed. Se aplicó una búsqueda de artículos con la frase “Odontogenic Maxillary Sinusitis Radiology” obteniendo 586 resultados. Se consideraron trabajos publicados entre los años 2007 - 2016, en inglés y español, sean esta meta-análisis, estudios de cohortes y casos clínicos. Sólo se consideraron publicaciones académicas arbitrarias, disponiendo del trabajo completo en formato “pdf”.

Resultados: Se preseleccionaron 46 documentos, siendo excluidos estudios “in vitro”, en animales y reportes de 3 o menos casos clínicos. Como resultado final de la búsqueda fueron seleccionados 11 trabajos.

Conclusión: Estudios demuestran que el uso de imagen tridimensional es primordial para identificar el origen de la SMO. La resolución de cortes tridimensionales ofrece una imagen superior y proporcionan una localización anatómica más exacta de la patología sinusal. Es preciso realizar estudios transversales y longitudinales que permitan equiparar en forma definitiva la TC convencional y de haz cónico aludiendo al concepto de “Gold standar”.

POJ32

La toma de decisión en el trauma maxilofacial.

Dr. Sérgio Schiefferdecker

¹Maxiface - Serviço de Diagnóstico e Tratamento Bucofacial - Hospital Ernesto Dornelles, ²Hospital Municipal de Pronto Socorro de Porto Alegre

Sesiones Poster - Jueves 23, Bloque 2, Zona Exposición Comercial, 16:30 - 17:00

Estudios internacionales describen criterios claros y objetivos para el tratamiento de las fracturas de huesos faciales y lesiones consecuentes y recomienda protocolos, las rutinas de aproximación, la reducción y fijación que pueden mejorar la previsibilidad de los resultados. Sin embargo, los cirujanos maxilofaciales y especialistas en trauma, cuando se trabaja en los servicios de emergencia y trauma con los pacientes con politraumatismo, tienen que tomar decisiones que dependen directamente de los protocolos de emergencia, y tienen que interactuar con otros equipos en diferentes momentos de acuerdo con la gravedad y la complejidad de los casos. Los protocolos para estos procedimientos no se encuentran en la literatura. Los pacientes con politraumatismos a menudo reciben tratamiento maxilofacial más tarde de lo recomendado, lo que puede complicar su recuperación y aumentar el número de secuelas.

El autor, basándose en su experiencia en el trauma facial y de emergencia, propone una definición de tratamientos y una secuencia de rutina de los posibles eventos de acuerdo con la prioridad en cada momento, y los define de acuerdo con la complejidad del caso, posibilidades clínicas en cada momento después de un traumatismo, y la adaptación a los protocolos internacionales, tales como el sistema de ATLS. Su protocolo define cinco situaciones de intervención del cirujano en el tratamiento o conductade pacientes con politraumatismo y traumatismo facial:

UT - Tratamiento urgente; Urgent treatment;

TI - Tratamiento inmediato; Immediate treatment;

WT - Tratamiento de espera; Waiting treatment;

DT - Tratamiento definitivo; Definitive treatment;

ST - Secuelas de tratamiento; Sequelae treatment;

Para cada uno de estos momentos, se han definido las indicaciones, objetivos y conducta. Las características particulares de cada caso deben ser tomados en consideración para promover ajustes, establecer normas para definir los tratamientos de gravedad y las posibles y reducir los resultados deseados.

POJ33

Tratamiento interdisciplinario de las anomalías dentofaciales _ clase II esquelética.

Dra. Ma. Eugenia Mateu, Sr. Daniel Roscher, Dr J Valverde, Dr Néstor Mauriño, Dra. Graciela Rigüero, Dra A Virgillito

Sesiones Poster - Jueves 23, Bloque 2, Zona Exposición Comercial, 16:30 - 17:00

Las clases II ocupan un papel preponderante dentro de las anomalías cráneo - esqueléticas, donde las alteraciones faciales y funcionales son el motivo de la consulta del paciente. El diagnóstico y plan de tratamiento ortodóncico quirúrgico debe ser llevado a cabo con un grupo de trabajo que pueda realizarlo interdisciplinariamente. Interviniendo en el mismo, ortodoncistas, cirujano, fonoaudiólogo, otorrinolaringólogo y psicólogo, para asegurarse un éxito certero. Diagnóstico: paciente sexo masculino 20 años de edad, biotipo facial dólico severo, clase II esquelética y dentaria, maxilar sup: bien desarrollado y en leve retrusión y maxilar inferior hipodesarrollado y en retroposición. Funcionalmente resp buco-nasal, deglución atípica. Perfil facial cóncavo y altura facial inferior francamente aumentada. Plan de tratamiento: aparatología de Roth. El objetivo es agravar la anomalía y para ello es necesario realizar extracciones primeros de premolares superiores e inferiores, el cierre de espacios y la coordinación de los modelos en ventaja se decide el momento oportuno de la cirugía. Se realizaron los estudios pre quirúrgicos con desprogramación, cefalometrías, VTO, Holta determinando el plan de tratamiento. Max. Sup: avance 2 mm, impactación 3 mm. Max. Inf: avance de 7mm con una mentoplastia de 14 mm de avance. Osteosíntesis: placas de fijación rígida en maxilar superior dos placas en el sector anterior y en el sector posterior ligadura elástica con alambre , max inf: dos placas por lado y una a nivel del menton. Posterior a la cirugía se realizó la etapa de asentamiento ortodóncico y contención fija inferior y removible sup. Conclusión: el trabajo en equipo nos permite un éxito asegurado ya que se puede trabajar el paciente en forma integral y devolverle de esta manera una adecuada función y relación estética estética .

POJ34

Tratamiento interdisciplinario de las anomalías dentofaciales _ clase III esquelética.

Dr Néstor Mauriño, Dra. Sandra Benitez Roge, Dra. Ma. Eugenia Mateu, Dra. Maria Del Carmen Minutolo, Sr. Daniel Roscher, Dr J Valverde

Sesiones Poster - Jueves 23, Bloque 2, Zona Exposición Comercial, 16:30 - 17:00

Entre las alteraciones esqueléticas cráneo-mandibulares en sentido sagital, las clases III ocupan un lugar de importancia, siendo su tratamiento de incumbencia ortodóncico-quirúrgico. La resolución exitosa de dicha patología requiere de un equipo interdisciplinario en el cual se trabaje coordinadamente en beneficio del paciente. A partir del diagnóstico minucioso la ortodoncia debe generar un agravamiento de la patología suficiente como para que el procedimiento quirúrgico se realice satisfactoriamente. Se presenta el caso clínico de un paciente de 19 años con exceso de crecimiento mandibular y un escaso desarrollo del maxilar superior, biotipo facial braqui severo, clase III dentaria y esquelética, al análisis funcional, respirador nasal y deglución atípica, y en el análisis de tejidos blandos perfil concavo. El objetivo del tratamiento es devolver la función masticatoria, con las desoclusiones necesarias de guía canina e incisiva, correcta intercuspidación, intercoordinación de arcos y asentamiento de la oclusión, así como también devolver la estética y armonía facial. Materiales y métodos: se realizó el diagnóstico utilizando radiografías y estudios cefalométricos, montaje en articulador, ortodoncia con aparatología fija de Roth, luego de finalizada la etapa mecánica se realizaron los estudios prequirúrgicos con desprogramación, cefalometrías, VTO, Holta determinando el plan de tratamiento: max. sup: adelantamiento 6 mm, descenso 4mm lado derecho y 1 mm del lado izquierdo como compensación de un plano cantedado. Max. Inferior con un reubicación de 5 mm y rotación lateral hacia la izquierda para el centrado de las líneas medias. La osteosíntesis se llevo a cabo con placas de fijación rígida, cuatro en el maxilar superior y dos en el inferior . Posterior a la cirugía se realizó la etapa de asentamiento ortodóncico y contención fija inferior y removible sup. Conclusión: el trabajo en equipo coordinado y con puesta en común de objetivos se traduce en los resultados finales logrados en el paciente.

POJ35

Técnica de osteotomía mandibular de Puricelli.

Profa. Deise Ponzoni¹, Dr. Felipe Artuzi¹, Dr. Renan Langie¹, Profa. Edela Puricelli²

¹Universidade Federal Do Rio Grande Do Sul, ²Complexo Hospitalar Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre

Sesiones Poster - Jueves 23, Bloque 2, Zona Exposición Comercial, 16:30 - 17:00

Introducción: La osteotomía sagital bilateral del ramo mandibular es la técnica quirúrgica más utilizada para corrección de deformidades mandibulares. Descrita inicialmente, por Trauner y Obwegeser en 1957, como una osteotomía horizontal del ramo, fue modificada por Dal Pont en 1961, que propuso su extensión hasta la región entre ramo y cuerpo mandibulares. Puricelli, en 2007, describió una modificación significativa en esta técnica, proponiendo extensión anterior de la osteotomía sagital. **Objetivos:** Los autores presentan y describen la técnica de osteotomía mandibular de Puricelli (2007). **Metodología:** Realizada mediante el acceso intrabucal, la técnica propone una osteotomía medial del ramo mandibular realizada arriba de la línula. La extensión de la osteotomía sagital se ejecuta en la cara bucal, anteriormente, haciendo con que el corte lateral en la región de cuerpo de mandíbula esté ubicado en el área mesial de los primeros molares inferiores. El avance de la osteotomía permite una anteriorización aproximada de hasta 20mm cuando comparado a las otras técnicas. **Resultados:** Con la ejecución de la osteotomía de Puricelli, aumenta el área de contacto óseo, resultando en mejor cicatrización, especialmente en el caso de grandes avances. Esa condición también facilita el uso de los sistemas de fijación rígida con miniplacas y tornillos monocorticales, evitando acceso transcutáneos para inserción de tornillos. La osteosíntesis en esa área no contraindica la remoción de terceros molares inferiores en el mismo tiempo quirúrgico, y cuando necesario, puede ser removida fácilmente. **Conclusiones:** El aumento del área del segmento proximal y consecuente disminución del tamaño del brazo de palanca aplicada para la mandíbula proporcionan reducción en los valores de desplazamiento y tensiones, resultando en mayor estabilidad de los segmentos.

POV21

Plasmocitoma Extramedular. A propósito de un caso.

Sebastian Andres Tapia Coron¹, Emilio Zarzar Castro¹, Patricio Quiñones Vergara¹, Felipe Martinez Capillay¹, Cristian Teuber Lobos¹, Jack Altschiller¹

¹*Clinica Alemana De Santiago*

Sesiones Poster - Viernes 24 Bloque 2, Zona Exposición Comercial, junio 24, 2016, 16:30 - 17:00

Introducción

El plasmocitoma extramedular corresponde a una neoplasia de células plasmáticas de baja prevalencia. Su localización más común es en tejidos del tracto respiratorio superior con sintomatología variada según estructuras comprometidas (epistaxis, rinorrea, sensación cuerpo extraño, etc.). Se presenta en una relación de hombres a mujeres de 3:1 y una incidencia entre los 50-70 años de edad, siendo solo un 30% los casos que evolucionan a Mieloma Múltiple.

Objetivo

Reportar el caso de un plasmocitoma extramedular y revisar la literatura al respecto.

Descripción del Caso Clínico

Paciente consulta en servicio de Cirugía Maxilofacial, por sensación de volumen interno facial que se moviliza con los cambios posturales. Antecedentes mórbidos de cáncer de próstata, dislipidemia, hipertensión arterial, resistencia a la insulina. Hábitos: tabaco (suspendido). Al examen se observan molares superiores derechos con movilidad aumentada, asintomáticos. La tomografía axial computarizada muestra un engrosamiento polipoideo de mucosa seno maxilar derecho y un quiste radicular de 19mm por 16mm en piso de seno maxilar en relación a piezas 2 y 3, con osteólisis de la pared lateral de fosa nasal. Se realiza interconsulta a otorrinolaringología (ORL) con el diagnóstico presuntivo de sinusitis y osteomielitis crónica. En conjunto con ORL se realiza meatomía media y se extrae mucosa, cápsula de quiste y piezas dentarias en relación. El diagnóstico histopatológico fue de neoplasia de células plasmáticas. El paciente fue evaluado por comité hemato-oncológico, diagnosticándose como Plasmocitoma Extramedular. Se indica radioterapia sobre sitio intervenido una vez realizado el cierre de la comunicación bucosinusal (secuela de cirugía de exéresis de la lesión). Actualmente el paciente se encuentra asintomático, en controles mensuales.

Conclusiones

El plasmocitoma extramedular es una patología rara, con características similares a patologías no neoplásicas. Su evolución es favorable en comparación a otras neoplasias de células plasmáticas, siendo de suma importancia el manejo interdisciplinario y el estricto control.

POV22

Quiste Ciliado Maxilar en espesor de injerto de cresta iliaca secundario a osteotomía Lefort I. Reporte de un caso clínico y revisión de la literatura.

Constanza Labbe Martinez¹, Nicolas Yanine Montaner^{1,2}, Patricio Quiñones Vergara, Matilde Leon Lopez²
¹Clinica Alemana Santiago, ²Universidad de Chile

Sesiones Poster - Viernes 24 Bloque 2, Zona Exposición Comercial, junio 24, 2016, 16:30 - 17:00

El Quiste Ciliado Quirúrgico es el resultado de la implantación de epitelio respiratorio en sitios quirúrgicos no comunicados directamente con este, luego de cirugías que comprometan el seno maxilar, o incluso después de osteotomías lefort I en cirugía ortognatica.

La gran mayoría de casos han sido reportados en la zona posterior del maxilar, aunque se han descrito casos de Quistes Ciliados Quirúrgicos en injertos de hueso utilizados para reconstrucciones de los maxilares. Imagenológicamente se presenta de manera mas frecuente como una zona osteolítica bien definida. Histopatológicamente se observa epitelio escamoso columnar ciliado pseudoestratificado con células mucosas.

El objetivo de este trabajo es presentar un caso clínico infrecuente en el cuál resulta fundamental un acabado estudio para determinar la etiología y conducta terapéutica.

Paciente de 51 años, hipertensa, consulta en el Servicio de Cirugía Maxilofacial de Clínica Alemana Santiago por dolor y aumento de volumen intermitente en zona maxilar derecha de 6 meses de evolución. Relata que hace 10 años fue sometida a osteotomía lefort e injerto de cresta iliaca para rehabilitación mediante a implantes oseointegrados.

En la tomografía se observa lesión osteolítica maxilar derecha, expansiva y que compromete 3 implantes ubicados en zona desde primer molar hasta el canino.

Se realiza biopsia excisional observándose lesión de aspecto quístico bien encapsulada con plano de clivaje bien definido. El resultado del estudio histopatológico; Quiste Ciliado Quirúrgico.

La etiopatogénia de esta lesión estaría asociada a epitelio respiratorio remanente secundario a un procedimiento quirúrgico. El tratamiento convencional consiste en la enucleación más curetaje (con o sin descompresión previa) de la lesión. El pronóstico es bueno pero puede presentar recidivas. Este caso resulta especialmente interesante, ya que no hay reportes en la literatura, de aparición de esta patología en el espesor de un injerto de hueso ectópico

POV23

Lipomatosis Simétrica de la Lengua. Presentación de un caso clínico y revisión de la literatura.

Stefan Domancic Alucema¹, Nicolas Yanine Montaner¹, Rodrigo Bravo Ahumada¹, Marcelo Mardones Muñoz¹, Ignacio Araya Cabello¹, Constanza Labbe Martinez¹

¹Hospital San Jose

Sesiones Poster - Viernes 24 Bloque 2, Zona Exposición Comercial, junio 24, 2016, 16:30 - 17:00

La Lipomatosis Simétrica de la Lengua (LSL) es una condición extremadamente rara, más aún cuando infiltran tejido muscular. Puede estar asociada a la “enfermedad de Madelung” que se caracteriza por acúmulos grasos no encapsulados localizados de forma simétrica alrededor de cuello y hombros. El objetivo de este caso clínico y revisión de la literatura es presentar una patología muy infrecuente y cuyo tratamiento puede considerarse controversial.

Se evalúa mujer de 81 años de edad, hipertensa, que consulta en el Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital San José por un aumento de volumen bilateral de la lengua de dos años de evolución, asintomático y sin tratamientos previos.

Se realiza biopsia incisional observándose tejido de aspecto adiposo que infiltra estructuras musculares y que se encuentra rodeado de elementos vasculares. No presenta cápsula ni plano de clivaje visible. El estudio anatomopatológico revela proliferación difusa de tejido adiposo infiltrante con aumento de elementos fibrosos y vasculares. No se identifica cápsula ni se observan células atípicas. El diagnóstico histopatológico es compatible con LSL. La paciente evoluciona favorablemente luego de la biopsia, decidiéndose control y seguimiento según evolución clínica.

El tratamiento para la LSL, según la literatura, es la resección quirúrgica cuando produce alteraciones funcionales. Sin embargo, al ser una patología infiltrante y no encapsulada, la resección completa del tumor resulta muy compleja e incluso mutilante. Además, es importante considerar la alta tasa de recurrencia postquirúrgica. El control y seguimiento de los casos de LSL es recomendable tanto en los casos quirúrgicos como no quirúrgicos, ya que, se han reportado casos de malignización a liposarcoma mixoide.

POV24

Manejo quirúrgico de adenoma pleomorfo de glándulas salivales menores en paciente con necesidades especiales, a propósito de un caso clínico.

Dr. Claudio Gatica Quintanilla^{1,2}, Dr. Alexis Carrasco Raimondi¹, Dr. Luis Pino Ahumada¹, Dr. Cristian Nuñez Baeza^{1,2}, Dra. Carolina Castillo Guerra¹

¹Complejo Asistencial Barros Luco, ²Instituto Traumatológico Dr. Teodoro Gebäuer

Sesiones Poster - Viernes 24 Bloque 2, Zona Exposición Comercial, junio 24, 2016, 16:30 - 17:00

INTRODUCCIÓN

El adenoma pleomorfo es un tumor benigno de las glándulas salivales formado por la combinación de elementos epiteliales y mesenquimales. Generalmente constituyen el 60-70% de los tumores de la glándula parótida y el 40-60% de los de glándula submaxilar. Menos frecuente es su desarrollo a partir de glándulas salivales menores, presentándose como una masa intraoral. En este caso se presenta como un aumento de volumen en la región geniana izquierda, con proyección intraoral hacia el fondo de vestíbulo ipsilateral.

OBJETIVOS

Presentar la experiencia de una unidad de cirugía maxilofacial de un hospital, en el tratamiento quirúrgico de un paciente adulto con necesidades especiales que presenta un adenoma pleomorfo de glándulas salivales menores, mediante la exposición de un caso.

METODOLOGÍA

Paciente de 42 años con atrofia muscular congénita severa y retardo mental en segundo grado acude a servicio de cirugía maxilofacial por un aumento de volumen en región geniana izquierda de 2 años de evolución, indoloro, de 4 centímetros de diámetro aproximadamente, de consistencia renitente y firme, al examen clínico se observan piel y mucosas normales. Al estudio imagenológico (ecotomografía) se observa lesión compatible con adenoma. Se decide extirpación completa de la lesión mediante abordaje intraoral, bajo sedación consciente, para su estudio histopatológico como biopsia excisional.

RESULTADOS

El informe histopatológico informa lesión compatible con ADENOMA PLEOMORFO

CONCLUSIONES

- 1.- La consideración del enfoque biopsicosocial en personas con necesidades especiales, presenta a la sedación consciente, como una alternativa efectiva para el tratamiento quirúrgico de un adenoma pleomorfo, como tratamiento inicial y definitivo para este tipo de pacientes.
- 2.- La decisión de extirpación completa, en un mismo acto quirúrgico, fue indicada pensando en el grado de asimetría facial que generaba la lesión. A 10 meses de control clínico post-operatorio la paciente se encuentra clínicamente asintomática.

POV25

Espiroadenoma Ecrino de labio superior. A propósito de un caso.

Dr. Renzo Bosio¹, Alexis Carrasco

¹Hospital Barros Luco-Trudeau

Sesiones Poster - Viernes 24 Bloque 2, Zona Exposición Comercial, junio 24, 2016, 16:30 - 17:00

Introducción:

El espiroadenoma ecrino corresponde a una neoplasia benigna de crecimiento lento derivado de una glándula sudorípara. Su estudio es obligado debido a que algunos pueden ser de estirpe maligna. Durante Noviembre/Diciembre de 2015 consulta paciente género femenino, 85 años, por aumento de volumen facial en relación a labio superior izquierdo.

Caso Clínico:

HTA controlada. Alergia a Penicilinas y Dipirona

Extraoralmente: aumento de volumen de 2cms de diámetro en labio superior de 3 meses de evolución.

Intraoralmente: Relación a línea media, consistencia firme. No se encuentra adherido a planos profundos.

Mucosa adyacente sana

Pabellón: Colgajo lineal, decolamiento, buen plano de clivaje, enucleación total.

Muestra: Masa tumoral de color rojo violáceo. Formalina al 10%. Reposición y sutura Monocryl.

Controles postoperatorios: 7/30 días, sin complicaciones, proceso de cicatrización normal.

Informe: Muestra de 1,2cms de diámetro. Al corte sólido, quístico de contenido

hemorrágico. Espiroadenoma ecrino de labio superior, no se observan atipias, límites quirúrgicos libres

Discusión:

Se sugiere que el espiroadenoma pertenece a los tumores inmaduros de glándulas sudoríparas. Usualmente se presenta en adolescentes y adultos jóvenes con predominio por el género femenino (2:1). Índice de malignización raro con causa desconocida, se sospecha al crecimiento acelerado, cambios de color, ulceración y aumento de la sensibilidad. Difícil diagnóstico clínico. Usualmente se presenta en tronco y extremidades superiores existiendo casos con localización en piel de cabeza, cavidad nasal y pabellón auricular. Generalmente solitario, pero presenta variante múltiple. 90% de los casos presenta dolor espontáneo. Histológicamente: Lesión uni o multilobular ubicado en dermis y tejido celular subcutáneo, sin alterar epidermis

Conclusión:

El espiroadenoma ecrino constituye una patología neoplásica de glándulas sudoríparas de baja prevalencia e incidencia incremental. La exeresis quirúrgica es el tratamiento de elección por su potencial de malignización y en casos de sospecha con márgenes de seguridad de 2cms de borde y 1cm de profundidad. La recidiva de su forma benigna es rara, contrario a su forma maligna

POV26

Granuloma piogénico recidivante. Revisión de la literatura, a propósito de un caso clínico.

Dr. Claudio Gatica Quintanilla^{1,2}, Dr. Alexis Carrasco Raimondi¹, Dr. Luis Pino Ahumada¹, Dr. Cristian Nuñez Baeza^{1,2}, Dra. Carolina Castillo Guerra¹, Dr. Guillermo Quezada Riveros¹

¹Complejo Asistencial Barros Luco, ²Instituto Traumatológico Dr. Teodoro Gebäuer

Sesiones Poster - Viernes 24 Bloque 2, Zona Exposición Comercial, junio 24, 2016, 16:30 - 17:00

INTRODUCCIÓN

El Granuloma Piógeno es una lesión hiperplásica inflamatoria ulcerada que cuando aparece en la mucosa de la cavidad oral, frecuentemente se localiza en la encía. Es una patología que no tiene predilección en cuanto a edad y sexo. La literatura muestra como tratamiento su extirpación quirúrgica total, el tratamiento de la lesión con láser y con inyección intralesión de etanol y corticoides.

OBJETIVOS

Presentar la experiencia de una unidad de cirugía maxilofacial de un hospital, en el tratamiento quirúrgico de un paciente adulto que presenta un granuloma piogénico recidivante, mediante la exposición de un caso.

METODOLOGÍA

Paciente de 25 años acude a servicio de maxilofacial por un aumento de volumen de 2 centímetros de diámetro, granulomatoso, doloroso, sangrante, ubicado en encía vestibular en relación a piezas 4.2 y 4.3. Al estudio imagenológico se observa compromiso cortical alveolar en relación a la lesión. Se decide extirpación completa de la lesión y su estudio histopatológico. La biopsia informa lesión compatible con Granuloma Telangectásico (piogénico) Mandibular. A los 3 meses paciente vuelve al servicio por recidiva de la lesión ubicada en el mismo lugar y con un mayor grado de agresividad, invadiendo encía vestibular y lingual, comprometiendo además a la pieza 4.2 (movilidad grado 3). Se realiza la extirpación completa de la lesión con margen de seguridad, incluyendo exodoncia de la pieza. Se envía la lesión a su estudio histopatológico el cual informa lesión compatible con Granuloma Piogénico Ulcerado en Inflamado.

RESULTADOS

Después de 28 meses de controles clínicos e imagenológicos no se muestran signos de recidiva.

CONCLUSIONES

Es importante evaluar algunos puntos en el tratamiento quirúrgico efectivo de estas lesiones, como por ejemplo:

- 1.- Compromiso de estructuras vecinas en el desarrollo del granuloma piogénico
- 2.- Factores de posible recidiva
- 3.- Criterio en margen de seguridad en la resección quirúrgica

POV27

Recidiva de tumor odontogénico queratoquístico (ex queratoquiste) en segunda década de la vida. Presentación de un caso clínico.

Dr. Héctor Mena Silva¹, Dr. Juan Munzenmayer Bellolio^{1,2}, Dr. Carlos Muñoz Rocha^{1,2}, Dr. Jean Paul Meriño Soto^{1,2}

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

Sesiones Poster - Viernes 24 Bloque 2, Zona Exposición Comercial, junio 24, 2016, 16:30 - 17:00

Introducción: El tumor odontogénico queratoquístico (TOQ), antiguamente llamado Queratoquiste, es una lesión odontogénica benigna, asintomática, de larga evolución, múltiple o única que presenta un alto grado de recidiva. • Representa el 4-12% del total de los quistes odontogénicos, con una prevalencia de 65-83% en la mandíbula, siendo más frecuente en el ángulo mandibular. • El siguiente caso clínico trata de un paciente de sexo masculino de 28 años cuyo primer diagnóstico de TOQ fue realizado el 2001 a la edad de 15 años. Paciente sexo masculino, raza caucásica, 28 años de edad, sin antecedentes mórbidos de importancia, más que la excéresis quirúrgica de una lesión mandibular hace 13 años cuya biopsia resultó en un TOQ. • Al examen clínico el paciente se encuentra asintomático y no se observan alteraciones a nivel de la rama mandibular izquierda ni tampoco movilidad dentaria, control con toma de ortopantomografía y Cone Beam para determinar la extensión real y tridimensional de la lesión en relación con las estructuras de sostén. La ortopantomografía nos muestra una lesión uniloculada con potenciales quistes satélites circundando la lesión.

Discusión y Conclusión: Estas lesiones son de cuidado, debido a su alta tasa de recurrencia, siendo ideal vigilar mediante radiografías anuales, al menos 5 años después de realizada la cirugía y posteriormente en controles con intervalos de tiempo más extensos

POV28

Aumento de seno maxilar técnica de escalada realizado en la PUC RJ.

Dr. Angel Vladimir Verdesoto Jacome¹

¹*Pontificia Universidad Catolica De Rio De Janeiro*

Sesiones Poster - Viernes 24 Bloque 2, Zona Exposición Comercial, junio 24, 2016, 16:30 - 17:00

AUMENTO DE SENO MAXILAR TÉCNICA DE ESCALADA REALIZADO EN LA PUC

RJ

INTRODUCCION

La atrofia ósea y la neumatización del seno maxilar después de la pérdida de elementos dentarios produce una baja densidad ósea en esta región, teniendo una proporción local inadecuada para la instalación de implantes dentales. La técnica Climbing actualmente es un procedimiento que consiste en elevar el seno maxilar realizado con diversos materiales de injertos, incluyendo huso autógeno, aloinjerto xenoinjerto y material aloplásticos, siendo considerado un procedimiento con alto índice de suceso.

OBJETIVO

Describir la CLIMBING TECHNIQUE. Y demostrar el suceso del levantamiento de seno maxilar para instalación de los implantes considerando altura ósea, remanente del hueso alveolar, la extensión del seno maxilar y el material de uso como injerto autólogo.

PROTOCOLO TERAPEUTICO

- El levantamiento del seno maxilar con injertos óseos a través del acceso lateral es una buena alternativa de tratamiento, para la región posterior del maxilar, siempre y cuando sean respetadas las estructuras anatómicas, los principios fisiológicos de cicatrización de los tejidos y la extensión del seno maxilar, tanto en el sentido antero posterior como; la altura horizontal, pues ambos dificultan la técnica de ventana lateral simultáneamente con los implantes dentales.
- No hay dudas que el injerto autólogo, es considerado el "Patrón de oro" pues posee las mejores características como material de aumento y sustitución ósea, siendo el único biomaterial disponible con capacidad osteogénica.

CONCLUSION:

- El levantamiento del seno maxilar con injertos óseos a través del acceso lateral ha tomado una excelente alternativa de tratamiento, para la región posterior de la maxila, desde que sean respetadas las estructuras anatómicas, y los principios fisiológicos de cicatrizada dos tejidos.
- El injerto autólogo es considerado "Padrón de oro" porque posee las mejores características como material de aumento y de sustitución ósea.

POV29

Osteotomía Le Fort I para avance maxilar simultánea a implantes cigomáticos.

Dra. Javiera Beytía^{1,2}, Dra. Loreto Canto Contreras^{1,2}, Dr. Omar Campos Salvaterra^{1,2}, Dr. Ariel Zivov Laufer¹, Dra. María Fernanda Pintor Willcock¹, Dr. Matteo De La Fuente Ávila^{1,2}
¹Hospital Clínico Universidad De Chile, ²Departamento de Cirugía y Traumatología Oral y Maxilofacial de la Universidad de Chile

Sesiones Poster - Viernes 24 Bloque 2, Zona Exposición Comercial, junio 24, 2016, 16:30 - 17:00

INTRODUCCIÓN. Los pacientes con edentulismo total maxilar, sufren procesos de reabsorción de los rebordes óseos que, después de un largo periodo de tiempo, produce una discrepancia máxilo-mandibular generando una pseudoclase III esquelética. Se han descrito múltiples procedimientos para la corrección de estos fenómenos y la posterior rehabilitación oral mediante prótesis. La osteotomía LeFort I complementada con la instalación de implantes cigomáticos en un solo tiempo quirúrgico, constituye un método efectivo en el tratamiento de estos pacientes ya que permite corregir la discrepancia máxilo-mandibular y, por otro lado, la rehabilitación inmediata con implantes cigomáticos.

OBJETIVO. Reportar un caso de avance maxilar mediante osteotomía LeFort I simultáneo a rehabilitación de implantes cigomáticos.

METODOLOGÍA. Se realizó una búsqueda retrospectiva de los pacientes sometidos a cirugía de implantes cigomáticos más avance maxilar con osteotomía LeFort I.

RESULTADOS. Se rehabilitaron tres pacientes con 4 implantes cigomáticos a quienes se les practicó, de manera simultánea, un avance maxilar mediante osteotomía LeFort I. El seguimiento de ambos pacientes incluía exámenes imagenológicos y fotografías clínicas a 24 meses de tratamiento.

CONCLUSIONES. La combinación de ambas técnicas, osteotomía LeFort I y la instalación de implantes cigomáticos en un solo tiempo quirúrgico, constituye un método efectivo en el tratamiento de los pacientes edéntulos con gran reabsorción ósea maxilar, permitiendo corregir la pseudoclase III que genera este fenómeno.

POV30

Comparación de la cantidad de tejido óseo vital de cuatro diferentes materiales de injerto en terapias de regeneración ósea: Estudio clínico controlado.

Emilio Moreno Apablaza¹, Jorge Lolas Millard¹, Andrés Rezuc Hernández², Agustín Márquez Zambrano³, Anita Montecinos Cerón³, Christian Nappe Abaroa², Alfonso Vergara Carmona^{1,2}

¹Departamento de Cirugía - Facultad de Odontología, Universidad Mayor, ²Departamento de Periodoncia e Implantología - Facultad de Odontología, Universidad Mayor, ³Facultad de Odontología, Universidad Mayor

Sesiones Poster - Viernes 24 Bloque 2, Zona Exposición Comercial, junio 24, 2016, 16:30 - 17:00

Los injertos óseos son ampliamente utilizados en cirugía reconstructiva e implantológica. Se establecen los materiales autógenos como “gold-standard”. Sin embargo, la morbilidad asociada ha disminuido su indicación. Por lo tanto, se ha puesto a prueba la eficacia clínica de alternativas exógenas.

Objetivo: Comparar el porcentaje de hueso vital (HV) obtenido con diferentes injertos óseos en procedimientos de regeneración ósea previo a la colocación de implantes.

Métodos: Se seleccionaron 29 muestras de 22 pacientes durante los años 2013-2015, con previa aprobación de comité-ético-científico de la U.Mayor y consentimiento informado. Se realizaron diferentes procedimientos de regeneración con distintos injertos óseos. Se clasificaron en xenoinjertos-aloinjertos-aloplásticos y sulfato de calcio con plasma-rico-en-plaquetas (SC-PRP) injerto aloplástico de reabsorción rápida modificado con concentrados plaquetarios.

Previo a la instalación de implantes se obtuvieron muestras con trefina-Ø2.0 en el sitio de preparación del lecho. Se analizó la cantidad de HV y de injerto remanente mediante el software ImageJ®.

Resultados y discusión: En cuanto a HV, no se observaron diferencias significativas entre aloinjerto-aloplástico o entre xenoinjerto-aloplástico, pero siendo significativamente mayor en el aloinjerto que en el xenoinjerto. Por otro lado el SC-PRP mostró diferencias significativas respecto a los demás grupos, además, fue el único material con diferencias en la cantidad de partículas remanentes debido a su reabsorción prácticamente completa. Si bien las características biológicas, como porcentaje de HV, son deseables, existen otros parámetros para la elección del material ideal para cada caso, por ejemplo, reabsorción paulatina en defectos óseos de gran tamaño. Significando una tasa de degradación mayor a la de neoformación, una posible deficiencia volumétrica en la ganancia ósea final.

Conclusiones: Todos injertos presentaron características histológicas que demuestran su biocompatibilidad, osteoconducción y aposición de HV. Los compuestos aloplásticos demuestran ser alternativas efectivas en comparación con otros materiales. Todos los materiales estudiados mostraron buenas características para su uso en terapias de regenerativas.

POV31

Plasma rico en plaquetas asociado a sulfato de calcio hemidrato de grado médico como alternativa de injerto en preservación alveolar previo a instalación de implantes: Caso clínico y estudio histomorfométrico.

Emilio Moreno Apablaza¹, Jorge Lolas Millard¹, Javier Cuellar Gutierrez², Agustín Márquez Zambrano², Alfonso Vergara Carmona¹

¹Departamento de Cirugía - Facultad de Odontología, Universidad Mayor, ²Facultad de Odontología - Universidad Mayor

Sesiones Poster - Viernes 24 Bloque 2, Zona Exposición Comercial, junio 24, 2016, 16:30 - 17:00

El plasma rico en plaquetas y leucocitos(L-PRP) ha sido utilizado en múltiples cirugías ortopédicas y del territorio maxilofacial, fundamentalmente para favorecer la regeneración ósea mediante liberación de factores-de-crecimiento, sin embargo su uso aislado, según literatura actualizada, tiene una relevancia discutible en regeneración ósea.

El Sulfato de calcio (SC) es un compuesto multi-poroso de reabsorción rápida. Actúa por osteoconducción, interactuando con los tejidos fibro-vasculares, permitiendo proliferación celular en su espesor.

Objetivos:Evidenciar cuantitativamente la regeneración ósea mediante histomorfometría-ósea con SC-PRP, como alternativa a otros injertos en preservación alveolar previa a instalación de implantes.

Métodos:Se ejecutó el procedimiento de preservación alveolar post-extracción en un paciente género femenino/ASA1, previa aprobación del comité-ético-científico de la U.Mayor y firma de consentimiento informado. Se obtuvieron 4 tubos de sangre de 8.5ml con 1.5ml ACD/solución-A, en el preoperatorio inmediato. Se realizó un protocolo de doble-centrifugado por 2'15''x1130g el primero, para separar eritrocitos de leucocitos,trombocitos y plasma. Se recolectó el sobrenadante para someterlo al segundo spin(5'x1130g) para separar la fracción pobre en plaquetas (PPP) del pellet plaqueto-leucocitario, el que fue re-suspendido en una fracción determinada de PPP para lograr una concentración superior a los niveles fisiológicos.

El L-PRP se mezcló según proporciones establecidas con SC formando una masilla/putty, llevada directamente al lecho. Luego de 4 meses, durante la instalación del implante se obtuvo una muestra del sitio con trefina-Ø2.0 para análisis histológico con tinciones tricrómico-de-Masson y Hematoxilina-Eosina.

Resultados y discusión:El SC-PRP evidenció un favorecimiento en la regeneración ósea con alto porcentaje de hueso vital y escasas partículas remanentes de injerto considerando una posible influencia osteoinductiva del L-PRP concomitante a la naturaleza osteoconductiva del SC y su rápida reabsorción, obteniendo propiedades que ambos no poseen por si solos.

Conclusiones: la histomorfometría evidenció una considerable neoformación ósea en los defectos rellenados. Siendo una alternativa efectiva de bajo costo para preservación alveolar.

POV32

Nuevo diseño de tornillo para fijar distractores internos: Utilidad y facilidad de retiro.

Dr. Felipe Sáez Salas, Dr. Rodrigo Fariña^{1,2,3}, Dr. Andrés Hinojosa

¹Servicio de CMF, Hospital del Salvador, ²Servicio de CMF, Hospital San Borja Arriarán, ³Universidad de Chile

Sesiones Poster - Viernes 24 Bloque 2, Zona Exposición Comercial, junio 24, 2016, 16:30 - 17:00

La distracción osteogénica es una técnica que permite la formación de nuevo tejido óseo en un espacio que es gradualmente separado utilizando un dispositivo de distracción. Existen dos tipos de dispositivos para distracción mandibular: internos y externos. Las ventajas de los dispositivos internos son la estabilidad del dispositivo, el confort del paciente y el ratio uno es a uno entre la activación del distractor y la separación ósea. Por otro lado, los dispositivos externos requieren pins de inserción que dejan cicatrices poco estéticas, son inestables, presentan un mayor riesgo de que se pierda el pin y causan discomfort a los pacientes. La mayor desventaja para los distractores internos es que necesitan una segunda cirugía para removerlos y, se debe considerar también, la dificultad para retirar los tornillos que aseguran el dispositivo en su posición. En distracción vertical de rama mandibular (microsomia hemifacial, disco de transporte en anquilosis de articulación temporomandibular, etc), el hueso neoformado habitualmente cubre la cabeza de los tornillos, especialmente en el segmento proximal que se aleja con dirección hacia cefálico durante la distracción. Lo anterior, dificulta aún más el proceso de retiro del material de osteosíntesis una vez finalizado el proceso de consolidación. Para resolver este problema, se diseñó un nuevo tornillo de osteosíntesis que facilita su retiro cuando los distractores internos son usados en distracción vertical de rama mandibular. Adicionalmente, este tornillo reduce la manipulación del segmento óseo recién formado, evita extender el abordaje inicialmente utilizado o la necesidad de utilizar un nuevo abordaje (generalmente preauricular) para remover el material de osteosíntesis convencional y, finalmente, disminuye significativamente los tiempos quirúrgicos.

POV33

Reconstrucción de defecto órbito-malar con prótesis biocerámica.

Dra. Javiera Beytía Erazo^{1,2}, Dra. Loreto Canto Contreras^{1,2}, Dr. Omar Campos Salvaterra^{1,2}, Dr. Ariel Zivov Laufer¹, Dra. Fernanda Pintor Willcock¹, Dr. Matteo De La Fuente Ávila^{1,2}

¹Hospital Clínico Universidad De Chile, ²Departamento de Cirugía y Traumatología Oral y Maxilofacial de la Universidad de Chile

Sesiones Poster - Viernes 24 Bloque 2, Zona Exposición Comercial, junio 24, 2016, 16:30 - 17:00

Introducción.

La reconstrucción de defectos craneofaciales puede incluir múltiples alternativas, dentro de las que se encuentran implantes aloplásticos, injertos óseos, distracción osteogénicas, prótesis customizadas y colgajos microvascularizados. En el caso presentado, se describe la reconstrucción de un defecto en la zona orbitomalar consecutivo a anoftalmia en un paciente pediátrico con síndrome braquio-oculo facial (SBOF) mediante una prótesis customizada de hidroxapatita (HA) y beta-fosfato tricálcico (B-TCP) OSTEOSYNT®.

Objetivo.

Reportar un caso de una paciente pediátrica con asimetría facial por depresión de la zona orbitomalar, reconstruida mediante prótesis biocerámica.

Metodología.

Paciente de 9 años de edad con diagnóstico de SBOF, consulta al servicio de cirugía maxilofacial derivada de oftalmología para corrección de defecto orbitomalar derecho consecutivo a anoftalmia.

Al examen facial se observa asimetría por depresión en zona orbitomalar derecha.

Se programa, mediante planificación 3D, la instalación

de una prótesis customizada (OSTEOSYNT®) mediante una reconstrucción en espejo. Mediante un abordaje bicoronal y complementación mediante abordaje transoral vestibular maxilar, se procede a acondicionar el lecho receptor mediante múltiples perforaciones óseas, posiciona la prótesis y se fija mediante tornillos reabsorbibles de 7mm. Posteriormente se realiza un colgajo rotado de músculo temporal para compensar el déficit de tejido blando, con lo que se logra simetrización facial.

Resultados.

A 9 meses de la cirugía, la prótesis se encuentra en posición, se observa simetría del contorno facial y adecuada proyección malar.

Conclusión.

Al realizar el análisis de pacientes con asimetrías faciales se deben tener en cuenta múltiples factores, dentro de los que encontramos: edad, causa del defecto, cantidad de déficit de tejido, enfermedades sistémicas concomitantes, entre otros.

La utilización de prótesis aloplásticas osteoinductoras y osteoinductores, constituye una buena alternativa para la reconstrucción de tejidos duros craneofaciales en pacientes en crecimiento, que debe ir acompañado con el relleno de tejidos blandos para lograr una correcta simetrización facial.

POV34

Concentrados plaquetarios: comparación de diferentes protocolos en relación a sus aplicaciones clínicas en cirugía oral y maxilofacial. Revisión de la literatura.

Jorge Lolas Millard¹, Emilio Moreno Apablaza¹, Agustín Marquez Zambrano, Alfonso Vergara Carmona¹
¹Departamento de Cirugía - Facultad de Odontología, Universidad Mayor, ²Facultad de odontología - Universidad Mayor

Sesiones Poster - Viernes 24 Bloque 2, Zona Exposición Comercial, junio 24, 2016, 16:30 - 17:00

Objetivos:

El uso de factores liberados por plaquetas es cada vez más común dentro de la práctica quirúrgica-odontológica. El presente estudio compara las propiedades, aplicaciones clínicas y liberación en el tiempo de factores de crecimiento (FDC) en diversos protocolos de obtención de concentrados plaquetarios analizando sus ventajas y desventajas.

Métodos:

Para la búsqueda mediante Clinical-key, Science-direct y Ebsco-host se consideraron artículos publicados en los últimos 5 años del area oral y maxilofacial, full-text en inglés.

Las key-words fueron "Platelet-rich-fibrin" y "Platelet-rich-plasma" y sus diferentes abreviaciones. Se encontraron 1068 artículos donde se seleccionaron 40 por relevancia.

Resultados:

El análisis los protocolos en relación a la liberación de FDC difiere según técnica y periodo de liberación, los cuales fueron PDGF-AA, PDGF-BB, TGFB1, VEGF y PDGF-AB en orden decreciente. En cuanto a la velocidad de liberación el PRP supera a los protocolos de PRF en los primeros 15 a 60 minutos, sin embargo, la duración de liberación posterior a la aplicación se evidencia activa hasta 10 días en los distintos PRF, siendo mayor la cantidad y vida media de los FDC en el A-PRF.

Tanto las características físicas como las aplicaciones clínicas mostradas en la literatura son diversas y dependen del procedimiento clínico a realizar.

Conclusiones:

Diferentes protocolos de obtención de concentrados plaquetarios difieren en disposición tridimensional y comportamiento biológico.

El PRP en estado líquido/gel presenta una concentración significativamente mayor de FDC pero con una vida media menor a diferencia del PRF que cuenta con una liberación sostenida y constante de bajas concentraciones de FDC contenidos en una matriz de fibrina, cobrando relevancia en la necesidad de estimulación celular de forma sostenida.

En relación a los tipos de PRF, se observa que el A-PRF libera concentraciones de FDC significativamente más altas que el L-PRF. Ambos concentrados poseen propiedades físicas y aplicaciones clínicas similares.

POV35

Osteotomía de Moammerts: una alternativa en la hipoplasia cigomática, reporte de un caso.

Dr. Erick Gilsson Rojas Quiroz¹

¹Universidad De Chile

Sesiones Poster - Viernes 24 Bloque 2, Zona Exposición Comercial, junio 24, 2016, 16:30 - 17:00

Introducción:

La hipoplasia malar se considera en general un rasgo facial poco atractivo y se encuentra presente en algunos pacientes con retrusión del tercio medio. En estos casos la osteotomía Le Fort I convencional no es suficiente para lograr una proyección y ancho adecuado y se recurre a osteotomías Le Fort más altas, injertos autógenos o aloplásticos para dar volumen a la zona.

Objetivos:

Mostrar la osteotomía de Moammerts como una opción en un caso de hipoplasia malar.

Metodología:

Paciente de 27 años, acude derivada de ortodoncia por dismorfosis dentofacial clase III, laterognatismo, mordida cruzada derecha. Se realiza estudio clínico, medidas faciales y cefalometri de Delaire, donde destaca un maxilar en buena posición sagital pero marcada hipoplasia malar. Se planifica una osteotomía de moammerts, sagital de rama unilateral con centrando de líneas medias y genioplastía de avance y centrado. Se comienza con la sagital de rama unilateral llevando mandíbula a oclusión, luego se realiza acceso para vestibulotomía lateral superior bilateral, seguidamente se realiza osteotomía de Moammerts, avanzando malar hasta lograr resultado clínico-estético aceptable, y luego genioplastía. En los controles a largo plazo paciente se encuentra sin edema, con simetría facial conservada, oclusión estable y buena proyección malar.

Resultado:

La osteotomía de Moammerts aumentó la proyección de ambos huesos cigomáticos, según medidas faciales posoperatorias en comparación con medidas iniciales

Conclusión:

Los injertos óseos en esta región han dado buenos resultados, sin embargo se han descrito tasas de reabsorción variables. Por otro lado los injertos aloplásticos son más susceptibles a complicaciones, tales como infecciones o reacción a cuerpo extraño. En estos casos las osteotomías cigomáticas como la técnica de Moammerts surge como una alternativa; es un procedimiento seguro, sencillo, con buenos resultados estéticos, En este caso como en la literatura los resultados son estables a largo plazo en comparación a otras técnicas

POV36

Profilaxis antibiótica en pacientes diabéticos sometidos a procedimiento de cirugía bucal.

Emilio Moreno Apablaza, Jorge Lolas Millard, José Agustín Márquez Zambrano¹, Dr. Jorge Arriagada Lubascher¹, Cristobal Araya Salas¹, Monserrat Peña Martínez¹

¹Universidad Mayor

Sesiones Poster - Viernes 24 Bloque 2, Zona Exposición Comercial, junio 24, 2016, 16:30 - 17:00

Introducción:

La diabetes mellitus (DM) es una patología frecuente de ver en la clínica odontológica. Debido a la fisiopatología de esta enfermedad, estos pacientes presentan alteraciones en la cicatrización y son susceptibles a infecciones posteriores a procedimientos quirúrgicos bucales, principalmente aquellos que presentan un pobre control glicémico. El uso de profilaxis antibiótica previa a procedimientos invasivos es controversial entre los profesionales.

Objetivos:

Valorar el grado de evidencia científica de las indicaciones de antibioterapia previa a un procedimiento quirúrgico bucal en pacientes con DM.

Materiales y Método:

Se revisaron artículos sobre el uso de antibióticos en pacientes con DM bajo procedimientos quirúrgicos bucales en las bases MedLine, EBSCOhost, Clinicalkey y SCielo mediante los términos "Antibiotic prophylaxis", "Bacteremia", "Diabetes Mellitus", "Dental treatment". Los límites fueron: trabajos en español e inglés con resumen y texto completo disponible desde el año 2000. Se incluyeron revisiones sistemáticas, estudios randomizados, estudios observacionales, estudios transversales y opiniones de expertos. Se excluyeron estudios en modelos animales y cartas al editor. No se requirió de análisis estadísticos.

Resultados:

Fueron seleccionadas 18 publicaciones (entre 2001 y 2013) correspondiente a una revisión sistemática, cinco estudios observacionales, ocho revisiones de literatura (no sistemáticas) y cuatro opiniones de expertos.

Discusión:

El uso de profilaxis antibiótica podría prevenir infecciones post operatorias, sin embargo una dosis única es insuficiente como medida preventiva y no garantiza evitar infecciones durante la reparación. No se encontraron indicaciones basadas en estudios randomizados ni ensayos clínicos. Un estudio observacional considera indicar profilaxis a partir de una encuesta a cirujano dentistas evidenciando diversidad de opiniones y falta de consenso.

Conclusión:

No existen fundamentos de medicina basada en la evidencia que sustenten utilizar profilaxis antibiótica por sobre esquemas de tratamiento en pacientes diabéticos. Esto establece la necesidad de estudiar y profundizar para validar protocolos adecuados para estos pacientes.

POV37

Enfermedad de kikuchi presentación de un caso.

Dr. Matteo De La Fuente Avila¹, Dra. Loreto Canto Contreras¹, Dra. Ingrid Pass del Corral², Dra. Javiera Beytia Erazo¹, Dr. Luis Pizarro Garay²

¹Departamento de Cirugía y Traumatología Bucal y Maxilofacial, Universidad De Chile, ²Instituto Nacional del Cáncer

Sesiones Poster - Viernes 24 Bloque 2, Zona Exposición Comercial, junio 24, 2016, 16:30 - 17:00

Introducción

La enfermedad de Kikuchi-Fujimoto (KF) o linfadenitis histiocítica necrotizante, es una entidad poco frecuente, benigna y autolimitada que se asocia a compromiso viral o autoinmune. Se caracteriza por compromiso inflamatorio de linfonodos, a menudo cervicales, que afecta principalmente a mujeres jóvenes. Normalmente se resuelve en un periodo de 2-3 meses. A continuación se presenta un caso de una paciente con enfermedad KF.

Objetivo

Reportar un caso de Enfermedad de KF en una paciente de genero femenino, mostrando el cuadro clínico y el manejo de la patología.

Metodología

Revisión de un caso de enfermedad de KF, mediante registros clínicos, imagenológicos y citológicos.

Resultados

De acuerdo al diagnostico establecido el manejo de la enfermedad se realizo mediante aines y corticoides en bajas dosis, logrado la resolución completa de la patología.

Conclusión

La enfermedad de Kikuchi-Fujimoto es una forma benigna y autolimitada de linfadenitis necrotizante, con mayor prevalencia en mujeres jóvenes, caracterizada clínicamente por la existencia de linfadenopatías, fundamentalmente laterocervicales y supraclaviculares, junto con un síndrome febril prolongado. La exploración física y analítica suelen ser normales aunque puede encontrarse leve trombocitopenia, neutropenia. Por lo general se resuelve por sí sola en varias semanas o meses. El 3-4% de los enfermos presentan recurrencia de la enfermedad, a veces hasta varios años después del episodio inicial. No existe tratamiento específico y sólo en casos muy sintomáticos los pacientes pueden beneficiarse de la administración de antiinflamatorios no esteroideos o esteroides a bajas dosis.

POV38

Absceso del espacio masticatorio: complicación post exodoncia en paciente sistémicamente comprometido.

Dr. Mauricio Sandoval Tobar¹, Dra. Carolina Ortega Sobarzo¹, Dr. Victor Sanhueza Olea², Dr. Daniel Reyes Court²

¹Universidad De Chile, ²Hospital de Urgencia de la Asistencia Pública

Sesiones Poster - Viernes 24 Bloque 2, Zona Exposición Comercial, junio 24, 2016, 16:30 - 17:00

Introducción:

Se presenta una paciente de 56 años, con antecedentes de HTA y DMII descompensada (HGT 357 mg/dl al ingreso), al hospital de Urgencia de la Asistencia Pública (HUAP), con aumento de volumen geniano y maseterino derecho, de consistencia firme, límites definidos, doloroso a la palpación, con 72 hrs de evolución, y refiere que se realizó exodoncia molar superior hace 9 días.

Objetivos:

Estabilizar sistémicamente al paciente, Detener el avance de la infección, vaciamiento y aseo quirúrgico de espacios anatómicos comprometidos, resolver compromiso del estado general y restaurar a valores normales los indicadores de infección.

Metodología:

Examen clínico, TC de cara y cuello con contraste; Diagnóstico: absceso maseterino. Previa hospitalización se realiza tratamiento quirúrgico bajo anestesia general en pabellón central, se realiza cultivo y antibiograma con resultados negativos. Luego de mantener drenajes con irrigación diaria y antibioterapia (ATB) empírica endovenosa, el cuadro evoluciona a un absceso del espacio masticatorio. 5 días después se somete a una segunda intervención quirúrgica con vaciamiento de los espacios maseterino, temporal, pterigomandibular, submandibular y sublingual derechos. Luego de 4 días sin mejoría, el cultivo arroja positivo para *Enterococcus faecalis* y se cambia terapia ATB empírica a terapia específica donde se aprecia una mejoría progresiva hasta lograr el alta en 10 días.

Resultados:

Luego de una hospitalización de 21 días, dos intervenciones quirúrgicas bajo anestesia general y aseo diario de los drenajes, se logró controlar la infección y estabilizar sistémicamente a la paciente

Conclusiones: En la evolución de este caso se logró apreciar como la infección empeora el control de la glicemia a la vez que el mal control de la diabetes deteriora la capacidad del organismo de combatir las infecciones. Sin embargo pese a los protocolos existentes para el manejo odontológico de pacientes diabéticos aún son muchos de estos pacientes desarrollan complicaciones infecciosas graves odontogénico.

POV39

Actualización en manejo odontológico-quirúrgico de paciente bajo tratamiento con Bifosfonatos Endovenosos. A propósito de un caso.

Dr. Renzo Bosio¹, Alfredo Gantz¹, Victor Fuentes¹

¹*Clínica Alemana De Santiago*

Sesiones Poster - Viernes 24 Bloque 2, Zona Exposición Comercial, junio 24, 2016, 16:30 - 17:00

Introducción:

En Enero del presente año se presenta al servicio de cirugía maxilofacial de Clínica Alemana Santiago, paciente genero femenino, 61 años, derivada de departamento de oncología, consultando por lesión lítica a nivel de cuerpo mandibular derecho. Sospecha de osteonecrosis. Paciente presenta antecedentes de cáncer mamario metastásico controlada confirmada por PET-CT y signos de daño hepático crónico con hipertensión portal. Paciente ha estado en tratamiento de quimio y radioterapia y actualmente se encuentra bajo tratamiento con Faslodex y Zometa vía oral.

Caso Clinico

Al examen introral, paciente presenta exposición ósea a nivel mandibular derecho de 2cms de largo y 1cm de ancho ubicada en reborde alveolar mandibular derecho. Tejido ose se aprecia no vital y mucosa adyacente se eritematosa. Al examen PET-CT se informa lesión lítica, hipermetabolica visible en examen previo sin cambios significativos. Se observa captación mandibular en múltiples cintigramas óseos precios por lo que se presume lesión antigua.

Paciente opta por estrategia de tratamiento conservadora mediante fármacos orales, se adopta conducta expectante y preventiva según recomienda la AAOMS. Lavados periódicos de exposición mediante irrigación profusa de solución de Clorhexidina al 0,12% y suero fisiológico al 0,9%.

Discusión:

El tiempo que el paciente ha estado bajo terapia con bifosfonatos, es directamente proporcional al riesgo de presentarla. Un correcto diagnostico y una planificación del tratamiento son fundamentales para evitar que se produzca esta complicación.

Las nuevas terapias a favor de estos pacientes, involucran una nueva generación de medicamentos (denosumab), aplicaciones de hormona paratiroides e incluso aplicación de laser de bajo nivel (LLLT).

Conclusion:

Actualmente existe mayor certeza con respecto a la ONMRM / MRONJ, el manejo de los pacientes que la padecen o pueden padecer y el tratamiento a seguir, involucrando un equipo multidisciplinario, una correcta detección mediante anamnesis, prevención y un plan de tratamiento elaborado correctamente.

POV40

Mediastinitis Necrotizante Descendente de origen Odontogénico: Reporte de caso.

Dr. Mauricio Sandoval Tobar¹, Dra. Carolina Ortega Sobarzo¹, Dr. Victor Sanhueza Olea², Dr. Daniel Reyes Court²

¹Universidad De Chile, ²Hospital de Urgencia de la Asistencia Pública

Sesiones Poster - Viernes 24 Bloque 2, Zona Exposición Comercial, junio 24, 2016, 16:30 - 17:00

Introducción: Se presenta un paciente de 34 años de edad, sin antecedentes mórbidos con dolor cervical y dentario, calor y aumento de volumen cervical bilateral de 5 días de evolución, odinofagia, trismus y compromiso del estado general.

Objetivos: Estabilizar sistémicamente al paciente, Detener el avance de la infección, vaciamiento y aseo quirúrgico de espacios anatómicos comprometidos, resolver el compromiso del estado general y restaurar a valores normales los indicadores de infección

Metodología: Examen clínico, TC de cara y cuello con contraste; **Diagnóstico:** flegmón cervical. Previa hospitalización se realiza tratamiento quirúrgico (aseo quirúrgico, instalación de drenajes y desfocación dentaria) bajo anestesia general. Posteriormente a su traslado a UCI con drenajes y antibioterapia (ATB) empírica endovenosa, evoluciona con absceso cervical, mediastinitis superior, y anterior. El paciente se mantiene en UCI con ventilación mecánica invasiva y 3 días después se somete a una segunda cirugía con vaciamiento de espacios cervicales profundos, mediastino superior y fosa pterigomaxilar (aseo quirúrgico y cultivos). Luego de 5 días sin mejoría y ATB específica, se realiza toracotomía posterior (vaciamiento y drenajes mediastínicos anteriores y posteriores). A los 5 días se instalan drenajes pleurales, y a los 10 días se logró extubar. Finalmente luego de un segundo cambio de esquema antibiótico 8 días después el paciente salió con alta.

Resultados: Después de 31 días hospitalizado, 25 días en la UCI, 19 días intubado y 3 intervenciones quirúrgicas el paciente logró controlar la infección

Conclusiones: Frente a este tipo de infecciones severas, con compromiso de espacios y estructuras vitales, es de suma importancia el tratamiento quirúrgico temprano y agresivo, antibioterapia endovenosa específica en un ambiente hospitalario, bajo la asistencia de un equipo multidisciplinario con la posibilidad de reevaluación constante de signos vitales y parámetros infecciosos, para lograr la remisión de la infección y salvar al paciente de un peligro mortal

POV41

Labio fisurado: ¿Las formas mínimas deben operarse?

Dra. Claudia Letelier¹, Prof. Roberto Pantoja¹
¹Hospital San Borja Arriarán

Sesiones Poster - Viernes 24 Bloque 2, Zona Exposición Comercial, junio 24, 2016, 16:30 - 17:00

Introducción: Existen fisuras labiales con un compromiso tan leve de las estructuras que pueden plantear en los padres dudas acerca si deben operarse o no.

Objetivo: En este trabajo se presentarán 7 casos de fisuras labiales con expresión mínima; con su tratamiento, fundamentación y resultados obtenidos.

Materiales y métodos: 7 pacientes acudieron al servicio por fisuras labiales mínimas, con asimetría labial y nasal mínima. Se realizó una cirugía de reconstrucción de labio en todos los pacientes con el propósito de reinsertar la musculatura nasolabial para así obtener un crecimiento y desarrollo adecuado de toda la anatomía. Se continuó con controles y seguimiento.

Resultados: En todos los pacientes hubo un resultado satisfactorio de la cirugía tanto estético como funcional y un crecimiento y morfogénesis normal del resto de las estructuras anatómicas.

Conclusión: Es necesario operar todas las formas mínimas de los pacientes con fisuras labiales, ya que es de suma importancia reinsertar los músculos en su lugar musculares para obtener un correcto desarrollo labial, nasal, maxilar y facial.

POV42

Macrostomía Bilateral.

Dra. Claudia Letelier¹, Dr. Roberto Pantoja¹

¹Hospital San Borja Arriarán

Sesiones Poster - Viernes 24 Bloque 2, Zona Exposición Comercial, junio 24, 2016, 16:30 - 17:00

Introducción: La macrostomía es una malformación que tiene una incidencia de 1 en 225.000 o en 0.02% de los nacidos vivos. Habitualmente se asocia a otras patologías como Disostosis otomandibular, microsomía hemifacial, Treacher-Collins, Síndrome de Goldenhar, y además se puede presentar en conjunto con deformidades en el hueso mandibular, proceso coronoides o cóndilo. Se han descrito distintas formas de corrección de estas malformaciones.

Objetivo: Presentar un paciente con macrostomía bilateral no asociada a ningún síndrome, asimétrica, sin poder contener alimentos líquidos en la boca; Presentar su tratamiento quirúrgico y evolución.

Materiales y métodos: Se presenta la cirugía realizada, que fue distinta en ambos lados considerando la diferente extensión de la fisura.

Resultado: Hubo una buena evolución, el paciente obtuvo competencia labial y recuperación de la normalidad de la alimentación del bebe.

Conclusión: La macrostomía son casos aislados donde su intervención quirúrgica tiene como objetivo recuperar la función de la comisura labial. La técnica quirúrgica debe adaptarse a cada caso en particular

POS01

Conducta clínica del paciente con angioedema posquirúrgica ortognática.

Dr. Felipe Ernesto Artuzi¹, Dr. Renan Langie, Dra. Deise Ponzoni, Dra. Edela Puricelli

¹Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Sesiones Poster - Sábado 25, Bloque 1, Zona Exposición Comercial, 13:00 - 13:30

Introducción: El angioedema es un edema de gran proporción que afecta la submucosa o subepitelio. La condición se manifiesta principalmente en la cara, especialmente en región periorbitaria, labios, lengua y laringe, pudiendo causar la obstrucción de la vía aérea superior del paciente. El angioedema es clasificado como adquirido o hereditario, desencadenado por un trauma físico, estrés psicológico o incluso de forma idiopática. Tratamientos odontológicos y procedimientos quirúrgicos orales pueden llevar al desarrollo de la condición. **Objetivos:** relatar y discutir formas terapéuticas utilizadas en el tratamiento de esa importante condición clínica en paciente sometido a la cirugía ortognática. **Metodología:** En la forma adquirida del angioedema, el uso terapéutico de epinefrina y de suplementos esteroides, como la hidrocortisona, proporciona una respuesta adecuada al tratamiento. En los casos en los que ya existe una historia de crisis de edema, generalmente involucrando la deficiencia proteica de C1-INH, se recomienda el método profiláctico. **Resultados:** El caso clínico relatado no presentaba alteraciones sistémicas previas o historia familiar de angioedema. El paciente desarrolló la forma adquirida después de la cirugía ortognática combinada. Las lesiones por angioedema son indoloras, inicialmente abarcando labios y regiones periorbitarias. No promueven aumento de temperatura. La forma adquirida es muchas veces, interpretada como reacción alérgica, por presentar prurigo (síntoma semejante a la urticaria). **Conclusiones:** En manifestaciones agudas, con riesgo de obstrucción de las vías aéreas, la intubación inmediata y administración de epinefrina debe ser instituida. En el postoperatorio de cirugía ortognática, la condición puede determinar un período mayor de intubación postoperatoria como una medida complementaria al tratamiento farmacológico.

POS02

Índice de Helkimo e índice craneomandibular en las clasificaciones de los trastornos temporomandibulares. Estudio comparativo.

Alex De Freitas Rodrigues Rodrigues, A.F.¹, Rubens Camino Junior Camino Junior, R¹, Maria Cristina Zindel Deboni Deboni, MCZ¹, Maria da Graca Naclerio-Homem Naclerio-Homem, MG¹, Joao Gualberto Cerqueira Luz Luz, JGC¹

¹*Departamento de Cirurgia, Prótese e Traumatologia Maxilofaciais da Faculdade De Odontologia Da Universidade De Sao Paulo*

Sesiones Poster - Sábado 25, Bloque 1, Zona Exposición Comercial, 13:00 - 13:30

Introducción: Los trastornos temporomandibulares tienen intensidades variadas y diversos síntomas. Por lo tanto, los índices se han utilizado con el fin de ordenar los casos de acuerdo con su gravedad en base a los signos y síntomas y prueba estandarizada. **OBJETIVO:** El propósito de este estudio fue comparar los resultados obtenidos a través de la anamnesis y la disfunción índices clínicos Helkimo (1974) y el índice de craneomandibular propuesto por Fricton (1987) del mismo grupo de pacientes. **Materiales y métodos:** Se evaluaron 30 pacientes con trastornos temporomandibulares. Se recogieron datos para obtener la anamnesis y los índices clínicos de disfunción Helkimo, y la disfunción del contenido de los datos y el índice de la palpación en el índice de composición craneo-mandibular (BCI). Los datos fueron sometidos a la prueba de correlación de Spearman. **RESULTADOS:** Se observó una correlación estadísticamente significativa entre el índice y el ICM anamnesis ($p = 0,019$) y entre el índice de disfunción clínica y el MIC ($p = 0,001$). Hubo una correlación entre el índice de disfunción Helkimo clínica con el índice de disfunción ($p < 0,001$) y el índice de la palpación ($p = 0,004$), ambos componentes de ICM. La comparación de los elementos componentes del índice Helkimo disfunción y componentes clínico de ICM, hubo una correlación en la mayoría de cruces. **Conclusión:** Se concluye que existe una correlación estadísticamente significativa entre la anamnesis y los índices clínicos de disfunción Helkimo y el índice Craneomandibular, con una correlación en la mayoría de sus subtemas.

POS03

La importancia del tratamiento integral en el paciente mimaxilectomizado.

Dr. Carlos Ernesto Flores Ceja¹, Dr José Federico Torres Teran¹, Dr René Jiménez Castillo¹, Dr Gabriel Sáez Espínola¹, Dr Juan Carlos López Noriega¹

¹Universidad Nacional Autónoma de México División de Estudios de Posgrado e Investigación

Sesiones Poster - Sábado 25, Bloque 1, Zona Exposición Comercial, 13:00 - 13:30

Paciente Masculino de 11 años de edad nació en Tlaquiltenango, Morelos, México en 2003, diagnosticado con fibrosarcoma ameloblástico en la porción izquierda del Maxilar. Se le pidieron estudios de extensión y se realizó una hemimaxilectomía izquierda por medio de una incisión Webber-Ferguson y la escisión quirúrgica en 2008, lo cual derivó en la pérdida de soporte facial del lado izquierdo, ectropión y comunicación oro-nasal.

Tuvo una segunda cirugía en 2012 para el cierre palatino y blefaroplastía, y una tercera cirugía en 2014 para cierre palatino con un colgajo.

Entre las cirugías, fue referido al departamento de Prótesis Maxilofacial de la División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México para colocar una prótesis obturadora.

Como parte del diagnóstico se pidieron estudios imagenológicos: Ortopantomografía, Proyección cefalométrica lateral de cráneo, Radiografía de mano y tomografía axial computarizada (TAC), con la TAC se imprimió una estereolitografía, en la cual se detectó una rotación importante del maxilar hacia la línea media.

Reunimos un equipo multidisciplinario integrado por Prótesis Maxilofacial, Cirugía Maxilofacial y Ortodoncia de la DEPeI UNAM, para la rehabilitación integral del paciente. El tratamiento consistió en la colocación de mini implantes como anclaje para rotar de vuelta el maxilar, por medio de una máscara facial modificada, previo al tratamiento ortodóntico y finalmente la elaboración de una prótesis que devuelva al paciente sus funciones, estética y de ésta manera reincorporarlo a la sociedad.

POS04

Utilización de bisturí piezoeléctrico en cirugía de torus palatino.

Sra. Florencia Koppen¹, Sra. Camila Beteluz Majo¹
¹UNRN

Sesiones Poster - Sábado 25, Bloque 1, Zona Exposición Comercial, 13:00 - 13:30

Introducción:

El Torus palatino es una exostosis benigna formada por tejido óseo, revestido por una mucosa delgada y poco vascularizada. Se ubica en el rafe medio del paladar a nivel de la zona premolar y presenta un crecimiento progresivo y muy lento. Se detecta a partir de un examen clínico de rutina ya que no presenta sintomatología.

Objetivos:

Presentar un caso de extirpación de Torus palatino con la utilización de bisturí piezoeléctrico.

Metodología:

Paciente de sexo femenino de 40 años de edad, desdentada con prótesis completa superior e inferior, epiléptica controlada y con buen estado de salud general, acude a la consulta con una exostosis en la región media palatina; la lesión presentaba un tamaño moderado y de forma simple. Se realizó una incisión en forma de doble "Y" con bisturí frío, se realizaron marcas guías de profundidad con el bisturí piezoeléctrico, con martillo y escoplo se efectuó la eliminación por capas. Luego se suturó con sutura continua. Finalmente se realizó el rebasado de la prótesis y se indicó analgésicos por vía oral.

Resultados:

La utilización del bisturí piezoeléctrico resultó de utilidad en la realización de las osteotomías. Se obtuvo un buen resultado. En el postoperatorio se controló la paciente a los 7 y 15 días, no presentó complicaciones.

Conclusiones:

La utilización del bisturí piezoeléctrico combinado con la técnica convencional logra alcanzar los objetivos de la cirugía sin el uso de instrumental rotatorio.

POS05

Síndrome de Gardner.

Srta Ornella Aguilar Medina¹

¹Universidad Nacional De Rio Negro

Sesiones Poster - Sábado 25, Bloque 1, Zona Exposición Comercial, 13:00 - 13:30

Esta presentación toma como base un caso clínico, de una paciente que presenta Síndrome de Gardner. El objetivo final del tratamiento fue la instalación de prótesis. Por el momento el trabajo no ha tenido injerencia en el ámbito quirúrgico, pero se ha trabajado en conjunto constantemente con un cirujano a lo largo de la atención, guiando los cuidados que se deben tener al realizar los distintos tratamientos. El síndrome de Gardner, variante de la poliposis adenomatosa familiar (PAF), es una enfermedad autosómica dominante caracterizada por presentar Osteomas múltiples, principalmente en los huesos faciales y en huesos largos; Quistes epidermoides cutáneos, Poliposis múltiples colorectales. Además de osteomas se pueden manifestar quistes dentígenos, cementomas, alteración en la fórmula dentaria y piezas retenidas.

Específicamente los osteomas habitualmente no presentan sintomatología clínica pero pueden invadir zonas vecinas (senos, piso de órbita) y provocar desviación mandibular, alteración en la oclusión, tumefacción y a simetría facial limitando la apertura bucal.

En el caso presentado fue necesario tener en cuenta la necesidad o no de realizar cirugías pre-prótésicas, si bien los osteomas no tienden a malignizar su crecimiento es impredecible y a futuro, el estímulo de la prótesis sobre los rebordes alveolares puede generar un aumento en el tamaño de algún osteoma y provocar lesiones en tejidos blandos y dolor sobre todo al momento de la masticación, por lo que el manejo de las masas asintomáticas suscita cierta controversia. Se debe realizar una evaluación individualizada de cada caso, en función del tamaño, localización, riesgo derivado de la intervención así como el riesgo derivado de la conducta expectante, para decidir la actitud terapéutica. El tratamiento es sintomático y consiste en resección quirúrgica de osteomas los cuales no suelen recurrir luego del tratamiento. Por el momento se están realizando controles clínicos y radiográficos periódicos.

POS06

Doble tracción ortoquirúrgica en las retenciones dentales.

Dr. Felipe Ernesto Artuzi¹, Dr. Renan Langie, Dra. Deise Ponzoni, Dra. Edela Puricelli

¹Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Sesiones Poster - Sábado 25, Bloque 1, Zona Exposición Comercial, 13:00 - 13:30

Introducción: La doble tracción es una técnica quirúrgica que, por medio de la fijación de dos soportes metálicos en la corona dental, permite la aplicación alternada de fuerzas para la tracción ortodóntica. **Objetivos:** Presentar la técnica y concepto del tratamiento conservador de dientes retenidos portadores de dilaceraciones radiculares y corono-radiculares. **Metodología:** Una vez expuesta y liberada la corona, se establecen las condiciones para el pegado con resina compuesta de los soportes metálicos para tracción ortodóntica, junto al borde incisal y cervical del diente. **Resultados:** La tracción del diente podrá iniciarse entre el quinto y séptimo día postoperatorio. La primera tracción se aplicará en el hilo incisal, empezando la promoción de la rotación del diente. La fuerza cervical se producirá por la tracción en el colon dental y dirige la alineación y alargamiento de la raíz. Estas fuerzas deberán intercambiarse, en media, cada 15 días, y por ello, deberán aplicarse aisladamente. **Conclusiones:** El concepto de doble tracción se basa en la aplicación de dos fuerzas de tracción, una cervical para el estímulo de la rizogénesis y la otra incisal para la rotación vestibulo-palatina de la corona. Su indicación se relaciona a la etapa de la rizogénesis, que involucra los tercios medio y apical de la raíz.

POS07

Experiencia en abordaje tunelizado para SARPE en Hospital Regional de Concepción.

Dr. Maximiliano Lopez Ugarte¹, Dr. Juan Carlos Pastor Morales², Dr. Jean Paul Meriño Soto¹, Dra. Leyla Macarena Flores Ariz¹, Dr. Juan Munzenmayer Bellolio²

¹Universidad De Concepción, ²Hospital Regional

Sesiones Poster - Sábado 25, Bloque 1, Zona Exposición Comercial, 13:00 - 13:30

Las deficiencias en sentido transversal del maxilar son comunes, estudios muestran que 30% de los adultos que necesitaron de tratamiento por deformidades dento-faciales presentaban deficiencias transversales del maxilar. Cuando los pacientes han pasado su brote puberal, a medida que la sutura se cierra, la mayor parte de la expansión ortopédica ocurre a expensas de inclinación de las piezas dentarias y flexión del hueso alveolar, más que a través de un movimiento esquelético, por lo que el protocolo para ensanchar el paladar requiere de una expansión de tipo ortopédica-quirúrgica. La expansión rápida del maxilar quirúrgicamente asistida es un tratamiento donde el maxilar es osteotomizado para liberarlo de sus principales suturas, y a través de un dispositivo, el maxilar es expandido diariamente hasta alcanzar el tamaño deseado.

Actualmente, a pesar de la difusión de técnicas con abordajes quirúrgicos amplios, existe una tendencia clara a utilizar osteotomías restringidas, dirigidas a las áreas de mayor resistencia, con abordajes que tienen como objetivo generar el menor trauma posible.

El objetivo del presente trabajo es dar a conocer la técnica quirúrgica y experiencia en el hospital regional de concepción del acceso tunelizado para realizar las corticotomías laterales en SARPE, presentando sus principales ventajas en comparación a las diferentes variantes en los abordajes mediante una revisión de la literatura.

Cuando se compara al acceso tradicional para el tratamiento de SARPE que se realiza mediante un acceso vestibular desde premolar a premolar, el acceso tunelizado presenta ciertas ventajas; estas van asociadas a un menor trauma de tejidos, entre las que se describen una mejor respuesta de los tejidos blandos, un menor edema postoperatorio, y mejores resultados estéticos: menor adelgazamiento del labio superior, menor pérdida del bermellón, menor ancho de la base alar, y en general, una preservación de la morfología del labio superior.

POS08

Frenectomia: ¿Cómo, Cuándo y Por qué?

Federico Belotti¹, Georgina Perea¹, Odontóloga Jorgelina Bertoni¹

¹Facultad De Odontología De Rosario (FOR)

Sesiones Poster - Sábado 25, Bloque 1, Zona Exposición Comercial, 13:00 - 13:30

La palabra Frenectomia proviene en su etiología del Latín Fren(um) significa freno, brida y del griego ektomia significa extirpación quirúrgica.

En medicina Frenectomia es la extirpación quirúrgica del frenillo anormal del labio o la lengua.

Algunas veces se observa un frenillo en la lengua anormalmente corto (anquiloglosia) que dificulta sus movimientos y algunas funciones biológicas como ser fonética, con las letras R, S, D y las combinaciones PD, PL, y PR, y funciones de deglución y succión. También se pueden presentar frenillos labiales superiores o inferiores causales de problemas dentales (Diastemas), problemas protesicos y estéticos (labios cortos o retraídos); para lo cual requiere tratamiento quirúrgico.

Se puede optar por técnica quirúrgica convencional (Bisturí) o láser, siempre acompañada por terapia interdisciplinaria con ortodoncista, fonoaudiólogos o protesistas para devolver función y estética.

Se procede a la presentación de casos clínicos utilizando técnicas quirúrgicas convencional, donde se explicara protocolo quirurgico

POS09

Lesión Implantaria Periapical asociada a fístula. Caso clínico.

Camila Oyarzún Paredes¹, Nicolás Flores²

¹Universidad Austral de Chile, ²Universidad Austral de Chile

Sesiones Poster - Sábado 25, Bloque 1, Zona Exposición Comercial, 13:00 - 13:30

Introducción: La cirugía de implantes dentales es cada vez más frecuente en el territorio oral con una tasa de supervivencia del 98%. La lesión periimplantaria alrededor de la porción apical de un implante durante el periodo de osteointegración es una condición poco frecuente, ya que se ha descrito una aparición en 10 de cada 3800 casos, siendo más prevalente en el maxilar.

Su etiología es multifactorial, donde elementos como la contaminación bacteriana, calidad ósea y preparación del lecho quirúrgico jugarían un rol importante.

Clínicamente, muestran signos y síntomas de infección como son dolor, tumefacción, presencia de fístula, imagen radiolúcida periapical, pero presentan estabilidad clínica del implante, con ausencia de movilidad

Objetivo: Dar a conocer un caso de un paciente que desarrolló una lesión implantaria periapical asociada a fístula sin causa aparente, luego de postura de implante.

Metodología: Paciente, género femenino de 28 años de edad, acude a la consulta para solucionar el espacio edéntulo entre dientes 1.4 y 1.6. Se planifica tratamiento para Implantes en zona de 1.5. Al mes, desarrolla un absceso con fístula vestibular no dolorosa, asociado a inflamación que no cedió con tratamiento antibiótico. El Tratamiento final fue curetaje en zona apical del implante.

Resultados: A las 7 semanas, se resuelve fístula vestibular, sin signos de inflamación ni infección.

Conclusiones: Es esencial la cuidadosa planificación interdisciplinaria para combinar en un concepto, los parámetros quirúrgicos, protésicos, restauradores y periodontales.

POS10

Gel Plaquetario a Altas Concentraciones: nuevo aporte de la Medicina Transfuncional a la Cirugía y Traumatología Buco-Maxilo-Facial.

Sr. Eugenio Luis Garcia Reig¹, Sr. Gonzalo Gabriel Ibañez¹, Dr. Matias Coderch¹, Dr. Gerardo Speroni²
¹Universidad De Buenos Aires, ²Hospital Privado de Comunidad

Sesiones Poster - Sábado 25, Bloque 1, Zona Exposición Comercial, 13:00 - 13:30

El Gel Plaquetario a altas concentraciones (GPAC) es un hemocomponente autólogo, sellador y adhesivo de tejidos y heridas, que aporta factores de crecimiento celulares, no tóxico, no inmune, obtenido de la activación de un Concentrado de Plaquetas, procesado por plaquetaféresis, en circuito cerrado, de grandes volúmenes de sangre citratada (450cc), con un recuento de plaquetas superior a 4.000 veces al nivel normal, de una manera segura, rápida, conveniente y económica, que permite favorecer la cicatrización de las heridas.

La activación del GPAC se realiza con Suero Autólogo Rico en Trombina Activada combinados en proporciones adecuadas, que revierten el proceso de anticoagulación creando un coagulo traslúcido, amarillo ámbar de consistencia gelatinosa.

Es una sustancia con una concentración muy alta de factores de crecimiento derivado de plaquetas y de pro coagulantes, que acelera y optimiza el proceso de cicatrización natural de diversos tejidos (etapa inflamatoria, etapa de proliferación, etapa de reparación y etapa remodelado).

La presencia de altos niveles de factores de crecimiento de tejidos juega un papel en la recuperación del paciente, estimulando la angiogénesis, acelerando la regeneración ósea y evitando mayores pérdidas de fluidos, formación de seromas y disminuyendo los riesgos de infección.

La obtención del GPAC es a su vez un procedimiento mucho menos invasivo y reduce la morbilidad de sitio donador.

La habilidad de dichos concentrados de acelerar la curación de los tejidos blandos y duros ha estimulado la investigación de su aplicación clínica en varias áreas de la cirugía oral y maxilofacial, entre las cuales se encuentra, regeneración de alvéolos post-extracción (incluyendo dientes retenidos), implantología, lesiones quísticas, manejo de úlceras, osteonecrosis de los maxilares relacionados con bisfosfonatos, entre otros. Todas las maniobras de hemoterapia referidas en el trabajo fueron creadas por el Dr. Gerardo Speroni, Jefe del servicio de Medicina Transfuncional del Hospital Privado de Comunidad (HPC)

POS11

Anquiloglosia. Enfoque y resolución interdisciplinaria de casos pediátricos.

Sr. Leandro Lyardet¹

¹Universidad Nacional De Rio Negro

Sesiones Poster - Sábado 25, Bloque 1, Zona Exposición Comercial, 13:00 - 13:30

INTRODUCCIÓN

La siguiente presentación abordará la anquiloglosia presentando tres casos pediátricos que requirieron intervención quirúrgica para corrección del frenillo lingual, mediante una frenectomía a través de la técnica romboidal.

Las cirugías fueron llevadas a cabo por estudiantes de 5to año de la carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Rio Negro, bajo la supervisión del cirujano a cargo y odontopediatra de la cátedra.

OBJETIVO

Se tiene por propósito una descripción detallada de los procedimientos quirúrgicos llevados a cabo, bajo diagnóstico y tratamiento multidisciplinario, de los diferentes casos presentados, donde se buscó lograr el pronóstico más favorable con una mejor respuesta postoperatoria y funcional de la lengua.

METODOLOGÍA

El abordaje quirúrgico fue realizado mediante la técnica romboidal, a través de la incisión y resección del frenillo, previamente tensado. Luego se realizó legrado, resección y ampliación del rombo para brindar más movilidad lingual, hasta el punto considerado óptimo y funcional por la odontopediatra de la cátedra. Finalmente se suturó con sutura reabsorbible VICRYL 3-0 y se realizó el control post operatorio a los 7 días.

RESULTADOS

Luego del acto quirúrgico en los tres casos se logró un aumento inmediato de la movilidad lingual y longitud de extensión de la misma. El post operatorio evoluciono normalmente, con leves molestias ante los movimientos y cicatrización normal de las heridas. En solos dos de los casos fueron indicados tratamientos fonoaudiológicos, por verse comprometida la fonación.

CONCLUSIÓN

La anquiloglosia debe ser tratada de manera temprana, de no ser así, deberá evaluarse la cirugía rigurosa e interdisciplinariamente con articulación de fonoaudiólogos, odontólogos y cirujanos para su corrección. La resección del frenillo y la consecuente ampliación de la movilidad de la lengua, constituyen un método sencillo que no resulta invasivo para el paciente, que siendo acompañado de una terapéutica fonoaudiológica apropiada demuestran excelentes resultados a corto plazo.

ÍNDICE DE AUTORES



A

Adan, Roque	SO06.08
Aguilar Medina, Ornella	POS05
Aguilera, Claudia Alicia	SO15.09
Alcocer, Diego	POJ15, SO11.04, SO11.08
Altschiller, Jack	POV12, POV21
Alvarez Borquez, Estefanía	POJ14, POV14, POJ17, POJ30
Alvarez, Carolina	POJ22
Antonelli, Ludmila	SO10.11
Aran Sekul , Felipe	POJ05, POJ18
Arancibia Quezada, Vicente	SO03.06
Araya Cabello, Ignacio	POJ02, POV23
Araya Salas, Cristobal	POJ20, POV36
Arévalo, Yency	POJ22
Argandoña, Juan	SO07.01, POJ17
Ariza Saldaña, Julian Andres	SO10.01, SO12.01
Arriagada Lubascher, Jorge	POV36
Artuzi, Felipe	POJ07, POJ26
Artuzi, Felipe	POJ35, POS01, POS06
Astorga Mori, Felipe	POJ08, POJ20, POJ31
Azevedo, Andrea	SO06.02, SO06.04

B

Badilla Monasterio, Rodrigo	POV19
Badillo Coloma, Oscar	POJ27
Ballesteros Castañeda, Maria Doris	SO03.11
Baltera, Carolina	POV15
Barrera, Ariel	POV12, POV05, POV16, POJ01
Basso, Gabriela	POJ09
Batwini, Diego	SO13.03
Belossi, Maria Eugenia	POV17
Belotti, Federico	POS08
Beltrán Quezada, Jorge	SO03.01
Benitez Roge , Sandra	POJ34
Berdina, Maria Virginia	SO10.10
Berenstein, Barbara	SO06.08
Bertoni, Jorgelina	POS08
Beteluz Majo, Camila	POS04
Beytia Erazo, Javiera	POV37, POV11, SO01.01, POV33
Beytía, Javiera	SO07.05, POV29
Blanco III, Roberto G.	SO14.04, SO14.05

Bonfanti, Graciela	POJ25
Bosio, Renzo	POV25, POV39
Bozán Santibañez, Fernando	POV10
Braun, Federico	SO15.08
Bravo Ahumada, Rodrigo	POJ02, POV23
C	
Cagnasso, Fabian Marcelo	POJ23, SO02.01
Cagnone, Guillermo	SO06.01
Calcumil Herrera, Pablo	POJ08, POJ20, POJ31
Calvo, Carolina	SO14.09
Camino Junior, R, Rubens	POS02
Campana, Veronica Laura	SO03.13
Campos Salvaterra, Omar	SO01.01, SO07.05, POV29, POV33, POV11, SO06.09B
Canto Contreras, Loreto	POV29, POV33, POV11, POV37
Cappello, Lucas Ariel	SO02.04
Cardozo, Augusto	SO15.02, SO15.06
Carlomagno, Yamila	POV18
Carmona Avendaño, Andrea	POV06, SO02.05
Carrasco, Alexis	POV25, POV24, POV26
Carrasco, Rolando	SO07.01
Castellón Zirpel, María Loreto	POV10
Castillo Guerra, Carolina	POV24, POV26
Cerda Villagrán, Patricio	POV19
Ceriani, Sofía	SO15.04
Ciechomsky, Jorge A.	SO15.05
Cocha, Natan Eduardo	SO09.10
Coderch, Matias	POS10
Colavini, Gerardo Miguel	SO10.04, SO12.07
Cooper Monsalves, Hugo	SO07.08
Cordero Carrasco, Erita	POJ03
Corominas Ruiz, Oscar	POJ10
Corredor Marquez, Brigitte Gabrielle	SO12.01, SO10.01
Cortés Rabbá, Pablo	SO06.09
Cortes Caballero, Daniel	SO06.09, POJ11, POJ29
Cortés Rabba, Pablo	POJ11, POJ29
Cortes Santander, Juan Jose	POJ05, POJ18
Cosmelli Maturana, Rodrigo	SO06.05
Cruz, Enzo Duilio	POJ23, SO05.01
Cuarán Márquez, Jhon Alejandro	SO12.11
Cuella, Emilio Jose	SO15.01, SO15.03
Cuellar Gutierrez, Javier	POV31

D

Damiano, Gabriel Antonio	POJ23
Davant, Julio Matías	SO10.05
De La Fuente Avila, Matteo	POV11, SO06.09B, SO07.08, POV37, POV29, POV33
De la Victoria Rojas, carolina	POJ18, POJ05
De Vega, Luis	SO13.04
Deboni, MCZ, Maria Cristina Zindel Deboni	POS02
Del Real Valdés, Alberto	POV07
Diamante, Maximiliano	SO08.01
Diana, Maria Florencia	SO10.08
Díaz Reiher, Marlene	POV06, SO09.02
Díaz, Marlene	POV01
Domancic Alucema, Francisco Stefan	POJ02, POJ19, POV23, SO11.11
Dominguez Diaz, Juan Francisco	SO11.07
Donoso Hofer, Francisca	POJ14, POV14, POJ17, POJ30
Duarte, Antonio	SO13.02

E

Echepare , Orlando Martin	SO08.02
Elias, Carlos Nelson	SO04.01
Escala Pérez, Francisco	SO03.12, SO03.09
Espinoza , Ariel Denis	SO10.06
Espinoza Dominguez, Leonel	POV19
Espinoza Ordóñez, Francisco	POJ27
Espinoza Santander, Iris	POJ19, POJ03
Estrada, Alejo Emiliano	SO14.06, SO14.07

F

Fariña, Rodrigo	SO07.02, SO07.03, POV32
Faúndez Sáiz, Felipe	POJ16, POJ27
Fernandez Toro, Maria de los Angeles	POV14, POJ14, POJ17, POJ30
Fernandez, Ariel Carlos	SO14.11
Figueroa Colarte, Liberto	SO11.05
Finguer, Guillermo	SO14.09
Flores Ariz, Leyla	POV04, POS07, POV08
Flores Ceja, Carlos Ernesto	POS03
Flores Morales, Alvaro Alejandro	SO10.07, SO12.06
Flores, Nicolás	POS09
Freiperger, Milvio Ariel	SO10.06
Fuentes, Victor	POV39
Fuenzalida Kakarieka, Carlos	POV10

G

Gahona, Osvaldo	POJ22, SO11.11
Gallegos Flores , Alex	POJ05, POJ18
Gandara, Melina	SO11.10
Gantz, Alfredo	POV39
Garcia Reig, Eugenio Luis	POS10
Garcia Suarez, Marco Antonio	SO02.06
Gaspar, Martin Ricardo	SO15.01, SO09.10
Gatica Quintanilla, Claudio	POV24, POV26, SO09.11
Gatti, Patricio Cesar	SO10.10
Genovesi, Wladimir	SO07.09
Gomez Bonilla, Beatriz	POJ14
Gonçalves Faro, Gláucia	SO07.09
González Leiva, Pilar	POV07, SO07.04
González Mora, Edgardo	POV06
Gracia, Benjamín	POJ15, POV07, SO07.04, SO07.06, SO11.08
Grumberg, Uriel Gustavo	SO12.02
Gutierrez Africano, Iván Darío	SO03.11
Gutierrez Maldonado, Rodrigo	POJ27
Gutierrez Quintana, Henry	POJ06
Gutiérrez Villalobos, Juan Francisco	SO03.02, SO03.04
Gutiérrez Zamorano, Felipe	POV06, POV19, SO09.08
Gutierrez, Felipe	POV01, POV02
Gutierrez, Josefina	SO10.12
Guzmán González, Ana Carolina	SO07.10

H

Henriquez, Francisco	POJ15
Heredia Morales, Néstor Alejandro	SO08.03
Hernández Flores, Patricio	POJ14, POV14, POJ17, POJ30
Herrero, Cynthia Valeria	SO08.01
Hinojosa, Andrés	POV32
Huertas, Eduardo Geronimo	SO10.02, SO05.04

I

Ibañez, Gonzalo Gabriel	POS10
Ibañez López, Leonel	SO12.11

J

Jiménez Castillo, René	POS03
Jirón, Jessika	SO02.02
Juarez, Rodrigo Claudio	SO15.03, SO15.07

K

Koppen, Florencia	POS04
Koren, Ezequiel	POV13
Kornecki, Felipe	SO04.04
Kunz, María Victoria	SO12.06, SO12.08

L

Labbe Martinez, Constanza	POV05, POV16, POV22, POV23, POJ01, POJ02
Landaeta Mendeoza, Mirtha	POJ17
Langie, Renan	POS01, POS06, POJ07, POJ35, POJ26
Leanza, Guillermo Pablo	SO14.04, SO14.05
Lennon Zaninovic, Loreto	POV10
Leon Lopez , Matilde	POV22
Letelier, Claudia	POV41, POV42
Lobo Sierra, Carlos	POV10, SO02.02
Lolas Millard, Jorge	POV15, POV34, POV36, POV30, POV31
Lopetegui Cáceres, Francisco	POV06, SO11.03
Lopetegui, Francisco	POV02
López Noriega, Juan Carlos	POS03
Lopez Ugarte, Maximiliano	POS07, POV04, POV08
Loutayf Terán, María Guadalupe	SO08.04
Luz, JGC, Joao Gualberto Cerqueira Luz	POS02
Lyardet, Leandro	POS11

M

Mangili Godoy, Juan	SO03.06
Maraz, Daniel Alfredo	SO10.03
Marcelloni, Yanina	POJ09, SO14.02
Mardones Muñoz, Marcelo	POJ02, POV23
Márquez Zambrano, Agustín	POV31, POV30, POV36, POV34, POV15
Martínez Rondanelli, Benjamín	POJ20
Martínez Vargas, Felipe	POV10
Martínez, Felipe	SO11.06, SO11.05, POV21
Mateu, Ma. Eugenia	POJ33, POJ34
Mauriño, Néstor	POJ33, POJ34
Mebus, Cristina	POJ21, POJ24
Mena Silva, Daniel	POV20
Mena Silva, Héctor	SO07.11, POV27
Menutti, Lucio	POJ10
Meriño Soto, Jean Paul	POV04, POV20, SO07.07, POV27, POS07
Minutolo, Maria Del Carmen	POJ34
Misad Saba, Carlos	POJ17, POV14

Molina, Santiago	SO04.05
Mombrú, Mariano	SO05.03
Montecinos Cerón, Anita	POV30
Moreno Apablaza, Emilio	POV15, POV34, POV36, POV30, POV31
Moya Pradena, Sergio	SO07.07, POV08, SO06.14
Muiño, Juan Manuel	SO08.01
Munzenmayer Bellolio, Juan	POS07, SO07.11, POV27, POV04, SO06.07
Muñoz Repetto, Maximiliano	POJ03
Muñoz Rocha, Carlos	POV20, POV27, SO06.07
Muñoz Zavala, Tamara Alejandra	POV06, SO09.01
Muñoz, Tamara	POV02

N

Naclerio-Homem, Maria da Graca	POS02
Nappe Abaroa, Christian	POV30
Navia, Eduardo	POV01, POV02
Nieves, Laura	POJ25
Noguera Pantoja, Alfredo	POV07
Nuñez Baeza, Cristian	POV24, POV26, SO09.11, SO09.03, SO09.04, SO07.10, SO09.05, SO09.06
Núñez Castañeda, Lorena	POJ03
Nuñez Ulloa, Marcelo	POV20, SO06.14
Nuñez Ulloa, Marcelo Antonio	POV08
Nuñez, Antonio	POJ15, SO11.04

O

Ocampo, Maximiliano Daniel	SO12.13, SO10.09
Olivos, Victor	SO06.12
Ortega Sobarzo, Carolina	POV38, POV40
Ortega sobarzo, carolina andrea	SO09.03, SO09.04
Oyarzun Paredes, Camila	POJ11, POJ29, POS09
Oyonarte Weldt, Rodrigo	POV07

P

Pampin López, Francisco	SO03.12, POJ13, SO03.05
Pantoja, Roberto	POV41, POV42
Paolini, Antonella Yazmín	POV18
Parrotta, Daniela	SO12.12
Pass del Corral, Ingrid	POV37
Pastor Morales, Juan Carlos	POS07, POV08, SO06.13
Patiño Rocha, Ma. Gabriela	SO12.12
Paz, Marisa	POJ09
Pedemonte, Christian	POV01, POV02, SO02.05, SO09.02, SO09.09, POV06, SO09.07, SO09.01
Pelaez, Anabel	SO15.05
Peña Martinez, Monserrat	POV36
Peña, Ronald	SO10.03
Peñate, Javier	SO12.04, POJ12
Perea, Georgina	POS08
Pereyra, Maria Florencia	SO10.05, SO12.03
Pérez Lagos, Luis	POJ21, POJ24
Pino Ahumada, Luis	POV24, POV26
Pintor Willcock, Fernanda	POV33
Pintor Willcock, María Fernanda	POV29, POV11
Pirera, Maria Eugenia	SO12.11
Pizarro Garay, Luis	POV37
Ponzoni, Deise	POS01, POS06, POJ07, POJ35, POJ26, POJ28, SO13.01
Prieto Letelier, Maria	POJ31, POJ08
Primera Campillo, Dayana	SO12.09, SO12.10
Puricelli, Edela	POS01, POS06, POJ07, POJ26, POJ28, POJ35

Q

Quevedo, Cristobal	SO06.10, SO06.11
Quezada Riveros, Guillermo	POV26
Quiñones Vergara, Patricio	POJ17, POV05, POV21, POV22, POJ01, POV16
Quiñones, Patricio	POV12, SO11.06
Quiroga Aravena, Pia	POJ01, POV05

R

Rabinovich, Silvina	SO04.02
Raffo Solari, Jerko	SO06.06
Ramos, Emilio	SO08.01
Raposo Castillo, Araceli	SO09.05, SO09.06
Requena Morales, Roberto	SO03.09, SO03.12, SO11.02, SO11.09, POJ13, SO03.05, SO03.10

Reyes Court, Daniel	POV38, POV40
Rezuc Hernández, Andrés	POV30
Riguero, Graciela	POJ33
Riquelme Videla, Marcela	POJ19
Rodrigues, Alex De Freitas Rodrigues	POS02
Rodríguez Castro, Fernando	SO09.07, POV06
Rodriguez Hernandez, Ericks	SO11.02, POJ13, SO03.12
Rodríguez Tuñón, Claudia Gabriela	SO11.12, SO11.13
Rodriguez, Fernando	POV01, POV02
Rodriguez, Yessica	SO12.05
Rojas Campos, Patricio	POJ17
Rojas Quiroz, Erick Gilsson	POV35
Roscher, Daniel	POJ33, POJ34, SO01.02
Rubio, Eduardo D.	SO05.03
Ruiz , Nadia	POJ12, POV03, SO12.04

S

Sáez Espínola, Gabriel	POS03
Sáez Salas, Felipe	POV01, POV02, POV06, SO07.02, SO07.03, POV32
Sagredo Torres, Herta	SO03.02
Salas Martinez, Macarena	POJ13, SO03.10, SO06.06
Saldias, David	SO11.12, SO11.13
Samaniego , Tulio César	POV09
San Martin Olivares, Felipe	POV05
Sandoval Tobar, Mauricio	POV38, POV40
Sanhueza Olea, Victor	POV38, POV40
Santorcuato Cubillos, Bernardita	SO03.12, SO11.09
Scardovi Nuñez, Silvio	SO06.03, SO13.05
Scarrone, Mario	SO13.07
Schiefferdecker, Sérgio	POJ32, SO02.07, SO03.03
Schulz Tapia, Rose	POJ29, POJ11
Sernuda Andrade, Luz María	POJ16
Sesín, Joaquín	SO15.02
Solé Ventura, Pedro	POV07
Speroni, Gerardo	POS10
Sueldo, Julian	SO13.06

T

Tapia Aravena, Maria Eugenia	SO06.13
Tapia, Sebastián Andrés	POV01, POV12, POV06, POV21, SO09.09
Teuber, Cristian	POV12, POV21
Torino, Pablo Adrian	SO05.02
Torres Teran, José Federico	POS03
Tosar Gerosa, Sonia	SO10.04, SO12.07
Trigo , Fernando Gustavo	SO15.10
Trujillo Ramos, Ingrid	SO11.01
Tuber, Elisa	SO14.03

U

Urrutia , Denisse	SO12.08, SO10.07
-------------------	------------------

V

Valenzuela Chaigneau, Francisco	SO07.06
Valverde, J	POJ33, POJ34
Vargas Farren, Ilich	SO09.08, SO11.03
Velasco iriarte, Hugo	SO12.10, SO12.09
Velasquez Mansilla, Humberto	POJ11, POJ29
Venegas Riquelme, Javier	SO11.01
Verdesoto Jacome , Angel Vladimir	POV28
Vergara Carmona, Alfonso	POV30, POV31, POV34
Vidal Vera, Guido	POV11
Vigorena Salomon, Pablo	POJ13
Virgillito, A	POJ33
Vizcarra, Martin	SO04.03

W

Wachter Soza, David	SO03.04
Wenedikter, Daniel Horacio	SO11.10

Y

Yanine Montaner, Nicolas	POV05, POV16, POV22, POV23, POJ02, POJ01
--------------------------	--

Z

Zamora , Sibelis	SO10.09
Zamora Silva, Sibelis	SO12.13
Zarzar Castro, Emilio	POV21
Zivov Laufer, Ariel	POV11, POV29, POV33

