



1ER SIMPOSIUM DE CIRUGÍA ORAL Y MÁXILOFACIAL DEL SUR DE CHILE

Libro de Resúmenes

1er. Simposium en Cirugía Oral y Máxilofacial del Sur de Chile

**Facultad de Odontología, Universidad
de la Frontera,**

29 y 30 de Noviembre, 2013

Temuco, Chile



PREPARACIÓN DE NANOMATERIALES BIOCERÁMICOS PARA REPARACIÓN ÓSEA Y SUS PROPIEDADES DE BIOACTIVIDAD IN VITRO

Autores: Arroyo F., Celhay I., Dr. Covarrubias C., Urra C.

Introducción: La reconstrucción de defectos del complejo craneomaxilofacial es un actual desafío clínico en odontología. Actualmente se requieren sistemas más eficientes para lograr la regeneración de tejido óseo; especialmente en aplicaciones de cirugía maxilofacial, implantología y periodoncia. La nanotecnología en conjunto con la ingeniería de tejidos ofrecen innovadoras soluciones, por ejemplo mediante el uso de nanopartículas bioactivas. En este trabajo se sintetizan nanomateriales cerámicos con propiedades potenciales para regeneración ósea

Objetivos: Sintetizar hidroxiapatita (n-HA), vidrio bioactivo (n-BG) y vidrio bioactivo mesoporoso (MBG) con dimensiones nanométricas, y evaluar el efecto de la nanoestructura en sus propiedades bioactivas *in vitro*.

Método: Se sintetizaron partículas de n-HA, n-BG y MBG utilizando la técnica de síntesis sol-gel. Estos materiales fueron caracterizados por medio de difracción de rayos-X (DRX), microscopía electrónica de transmisión (TEM), espectroscopía de infrarrojo (FTIR-ATR), y mediciones de área superficial y tamaño de nanoporos por sortometría de N₂.

La bioactividad *in vitro* se evaluó mediante la capacidad para inducir la formación de hidroxiapatita tipo ósea en fluido fisiológico simulado (SBF) a 36.5°C; analizado mediante microscopía electrónica de barrido (SEM-EDX) y DRX. Se evaluó preliminarmente la capacidad de adsorción de proteínas y de diferenciación osteogénica de células madres dentales.

Resultados y discusión: Las partículas n-HA y n-BG presentaron tamaño nanométrico (40 nm, 70 nm), con áreas superficiales entre 80-90 m²/g, mientras que MBG un tamaño micrométrico (2 μm) pero con nanoporos internos de 4 nm y un área de 480 m²/g.

Todas las partículas presentaron capacidad para inducir formación de hidroxiapatita en SBF, para adsorber proteínas extracelulares, así como de diferenciación celular osteogénica, siendo estas propiedades mayores para n-BG.

Conclusión: El tipo de nanoestructura afecta las propiedades de bioactividad osteogénica de los materiales cerámicos. Un tamaño nanométrico de partícula (n-BG) parece ser más favorable que una nanoestructura porosa interna (MBG) para acelerar la formación de apatita tipo ósea. Estos nanomateriales son promisorios en el campo de regeneración ósea.



**CARCINOMA ESCAMOSO DE LABIO INFERIOR. ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO.
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA A PROPÓSITO DE UN CASO TRATADO CON
BRAQUITERAPIA**

Autores: Dra. Camila Champin Lama, Dra. Ana Lissett Vera Alarcon, Dr. Christian Islas Aguayo

Introducción: El carcinoma escamoso constituye el 30% aproximadamente de las neoplasias malignas de cabeza y cuello. Se presenta preferentemente en hombres blancos entre la quinta y sexta década de vida. Sus principales factores de riesgo son el trabajo bajo exposición solar y el consumo de tabaco.

Se presenta clínicamente como una ulcera costrosa de crecimiento lento, la cual ha evolucionado entre 12 a 16 meses al momento del diagnóstico en el 90 % de los casos

Su tratamiento debe plantearse de acuerdo a su estadio (Clasificación TNM)

Desarrollo: Las opciones de tratamiento incluyen la cirugía micrográfica de Mohs, resección convencional, electrocirugía, criocirugía, radioterapia, terapia fotodinámica, cirugía láser, quimioterapia y braquiterapia.

Se presenta el caso de una paciente de sexo femenino, 38 años, derivada con dg de carcinoma de células escamosas de labio inferior. Al realizar la biopsia Incisional de la lesión se obtiene el diagnóstico histológico de carcinoma de células escamosas bien diferenciado. Se decide como opción terapéutica la braquiterapia con excelente evolución clínica.

Conclusión: Es importante conocer las distintas opciones terapéuticas cuando nos enfrentamos a un paciente oncológico, así como escoger la o las opciones terapéuticas de acuerdo a cada caso.



EXPANSIÓN PALATINA RÁPIDA ASISTIDA QUIRÚRGICAMENTE CON ABORDAJE MÍNIMAMENTE INVASIVO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

Autores: Dr. Ricardo Puentes Palma, Dr. Nelson Barrientos Mora, Dr. Fernando Córdova Franco, Dr. Christian Islas Aguayo.

Introducción: Las deficiencias transversales del maxilar se presenta entre un 10 a un 30% de los pacientes con alguna deformidad dentofacial. Conseguir una adecuada dimensión en este sentido es imprescindible para obtener una oclusión estable y funcional. La compresión palatina requiere un tratamiento eficiente que pueda producir un aumento transversal suficiente y estable en el tiempo. Para esto existen diversos métodos de tratamiento dependiendo de estado de maduración ósea y de la severidad de la alteración.

Desarrollo: La expansión palatina rápida asistida quirúrgicamente, conocida también por su sigla en inglés SARPE (surgically assisted rapid palatal expansión) es un procedimiento diseñado para corregir este déficit transversal del maxilar superior, el cual compromete tanto el paladar como las apófisis alveolares, y consiste en osteotomías controladas que se realizan para liberar estas estructuras de su anclaje, y para producir posteriormente mediante un dispositivo ortodóncico - ortopédico una disyunción y posterior estabilización del proceso.

Esta modalidad de tratamiento presenta varias indicaciones: aumentar el perímetro del arco maxilar y corregir una mordida cruzada cuando no están planificados procedimientos quirúrgicos maxilares adicionales; como procedimiento previo a una cirugía ortognática, disminuyendo riesgos, inexactitud o inestabilidad asociada a osteotomías segmentarias posteriores; proporcionar espacio para la ordenación dentaria cuando no están indicadas extracciones o cuando estas no brindan el espacio suficiente; en hipoplasias asociadas a fisura palatina; cuando la expansión ortodóncica no ha tenido rendimiento.

La gran morbilidad y frecuente aparición de complicaciones post operatorias (principalmente gran edema y dolor) motivan la presentación de una variante técnica mínimamente invasiva consistente en una corticotomía de las paredes laterales maxilares combinada con una osteotomía palatina media transincisal, efectuadas a través de tres pequeñas incisiones.

Conclusión: La técnica propuesta facilita la intervención y disminuye la incidencia de morbilidad y complicaciones post operatorias.



ADENOMA PLEOMORFO DE GLÁNDULAS SALIVALES MENORES

Autores: Dr. Cristóbal Pacheco, Dra. Lorena Núñez, Dr. Luis Pérez, Dr. Andrés Campolo

Introducción. Dentro de las neoplasias de las glándulas salivales menores benignas, la más común es el adenoma pleomorfo, presenta un ligero predominio en mujeres, y estudios establecen como edad de aparición promedio los 41 años. El sitio más frecuentemente afectado es el paladar, con una frecuencia que varía entre un 43% a 70%. Le siguen en frecuencia los labios, mucosa bucal, piso de boca, lengua, amígdalas, faringe, área retromolar y cavidad nasal.

Reporte del caso. Paciente sexo masculino, 59 años, presenta un aumento de volumen ubicado en la región labial superior derecha. Al examen intraoral se observa el vestíbulo ocupado con una lesión cubierta por mucosa sana y circunscrita, transluciéndose amarillenta. Se realiza una biopsia excisional con la hipótesis diagnóstica de quiste dermoide. El estudio histopatológico dio como diagnóstico adenoma pleomorfo de glándulas salivares menores.

Discusión. La exéresis simple en los adenoma pleomorfo está contraindicada debido al riesgo de recurrencia de la lesión debido a los focos extracapsulares de ésta. El diagnóstico clínico debe complementarse con otros exámenes como la resonancia nuclear magnética y la tomografía axial computarizada.

Conclusión. El adenoma pleomorfo es la patología más común de las glándulas salivales y el tratamiento de elección para éste es la enucleación quirúrgica completa de la lesión, acompañada de la resección de la glándula salival implicada. Se debe aludir el hecho de que esta patología puede también presentarse muchas veces en glándulas salivales menores y no descartarlo de los diagnósticos diferenciales al no encontrarse en glándulas salivales mayores.



AUTOTRANSPLANTE DENTARIO COMO TRATAMIENTO REHABILITADOR: REPORTE DE UN CASO.

Autores: Dra. Romina Andrea Pedreros Guarda, Dr. Alfredo Gonzalo Becerra Reyes, Dr. Juan Carlos Gatica Corrales, Dr. León Sofanor Campos Román, Dr. Arturo Fuentes Salazar

El autotransplante dentario o transplante dentario autógeno se define como el movimiento de un diente de una posición a otra, dentro de la misma persona, considerando un sitio dador y un sitio receptor.

Niña de 15 años acude es derivada a Servicio de Endodoncia de Hospital Las Higueras con motivo de consulta “destrucción coronaria pieza 3.6”. Sin antecedentes mórbidos personales o familiares relevantes. Al examen clínico extraoral se constata simetría facial, fascies normal, sin adenopatías palpables. Al examen clínico intraoral se verifica fórmula dentaria permanente completa, ausencia clínica de terceros molares permanentes maxilares y mandibulares. Pieza 3.6 destrucción coronaria, encía normal. Métodos diagnósticos: Se pide Ortopantomografía la cual informa Pieza 1.8 – 2.8 - 3.8 - 4.8 retenidas intraóseas, etapa de Nolla 6. Pieza 3.6 caries penetrante con lesión periapical birradicular. Pza 3.8 posición levemente mesioangular. Senos maxilares de radiotransparencia normal. Cóndilos de configuración anatómica dentro de límites normales. Se realizaron exámenes complementarios para determinar vitalidad pulpar de pieza 3.6, como el test de percusión y de frío- calor, y se comparó con piezas vecinas, el cual resultó negativo. Luego de realizar los exámenes hematológicos y de coagulación pertinentes previos a la cirugía, se realizó extracción de la pieza 3.6 con curetaje de las lesiones periapicales, seguido de la cuidadosa desinclusión de la pieza 3.8 retenida intraósea con su capuchón pericoronario intacto, la cual se implantó en el nicho quirúrgicamente preparado dejado por la pieza receptora. Se realizaron controles post- quirúrgicos inmediatos, semanales y mensuales.

El diente trasplantado con su ligamento periodontal vital intacto tiene propiedades osteoinductoras que da lugar a la regeneración ósea de los defectos óseos alrededor de los trasplantes sin materiales de injerto, lo que reduce significativamente el tiempo y costo en comparación con los implantes, y parece ser eficaz en la prevención de la reabsorción radicular y anquilosis.



CAMBIOS EN LA VÍA AEREA FARÍNGEA ASOCIADOS A CIRUGÍAS ORTOGNÁTICAS

Autores: Dr. Martín Sánchez, Dr. Marco Canales, cirujano dentista, Dr. David López, Dr. Daniel Briones.

La cirugía ortognática restablece adecuadamente la oclusión, función, estética y armonía facial, modificando la posición, forma y tamaño de los huesos faciales, y de esta forma causando cambios en la morfología facial y en la anatomía faríngea. Un incremento en la vía aérea faríngea ha sido reportado por diversos estudios mediante el avance de los maxilares, debido a las uniones musculares con el tejido óseo y el tejido blando entre sí.

El objetivo de este trabajo es cuantificar los cambios cefalométricos en cuatro niveles de la vía aérea faríngea (VAF) en radiografías de pacientes sometidos a cirugías mono o bimaxilares.

Evaluación cefalométrica de 12 pacientes chilenos, post cirugía ortognática. Para este estudio sólo fueron seleccionados pacientes con telerradiografía de perfil pre y post operatoria. Las radiografías fueron estandarizadas en posición postural de cabeza, sin olivas y en el primer contacto dentario, y en la misma escala (1:1).

Los pacientes fueron divididos en 2 grupos: grupo 1 - cirugía de avance maxilar (6 pacientes); grupo 2 - cirugía de avance bimaxilar (6 pacientes). La VAF se evaluó mediante cefalometría realizada por un solo operador, entre uno y doce meses después de la cirugía.

El avance maxilar logró una expansión antero posterior a nivel de la orofaringe. En el avance bimaxilar, hubo un aumento del ancho en la nasofaringe. La técnica de avance maxilar tuvo el mejor desempeño, aumentando la dimensión antero posterior de la faringe en todos los niveles (espina nasal posterior = 5.66mm, paladar blando = 2 mm; lengua: 2,33 mm; hioides: 1,167 mm). El avance bimaxilar tuvo resultados similares, pero a nivel hioideo se produjo una leve reducción de la vía aérea (hioides = - 0,167 mm).

Debido a los diversos factores involucrados (multifactorial) que pueden causar cambios en la vía aérea, tales como peso, sexo, edad, tono muscular, magnitud de avance esquelético, es difícil establecer una correlación de los cambios de la VAF y a qué nivel faríngeo estos cambios ocurren. Las técnicas de avance Maxilar y avance Bimaxilar pueden ser beneficiosas para mejorar la vía aérea faríngea y también para prevenir la aparición de apnea del sueño.



CASO CLÍNICO: UTILIDAD DEL AZUL DE TOLUIDINA PARA BIOPSIA DE LESIONES LEUCOPLASICAS Y ERITROLEUCPLASICAS

Autores: Dra. Daniela Herrera Reyes, Virginia Jaramillo Araus, Dr. Igor Miño Solis, Dr. Benjamín Martínez Rondanelli.

Las displasias y los carcinomas en etapas tempranas pueden variar considerablemente en apariencia, generalmente su identificación es difícil y la biopsia frecuentemente es postergada para evaluar la resolución de la lesión tomando medidas para descartar otros diagnósticos. El azul de toluidina es un colorante acidofílico y metacromático que pertenece al grupo de las tiacidas. Tiñe selectivamente componentes ácidos de los tejidos, tales como sulfatos y radicales fosfatos incorporados en el ADN y ARN de las células. Por lo anterior se utiliza para hacer tinciones nucleares "in vivo" basado en que las células displásicas contienen cuantitativamente mayor cantidad de ácidos nucleicos y por tanto retienen la tinción. La sensibilidad de la prueba es alta y como inconvenientes se han señalado los falsos positivos que puede generar. Sin embargo, el beneficio de un pronto diagnóstico en estos casos es crucial para mejorar el pronóstico. Por lo tanto, la tinción con azul de toluidina ha sido vital en el reconocimiento de tejidos displásicos y carcinoma espinocelular en etapas tempranas y por ende, diagnóstico y tratamiento oportuno.

En Marzo del 2013, paciente de 64 años, hábito tabáquico, 1 cajetilla diaria, y bebedora social consulta por lesión de aspecto traumático en el borde posterior derecho de la lengua. Se dan indicaciones respectivas a una lesión traumática y se cita a control a los 15 días. La paciente vuelve para su control y al examen clínico, la lesión persiste. Se realiza biopsia incisional con diagnóstico de carcinoma in situ, derivándose al oncólogo para excisión completa. En Junio de 2013 vuelve a consultar por lesión eritroplásica en relación a la cicatriz de la cirugía. Se realizaron controles sucesivos donde se utilizó azul de toluidina dando el test positivo en reiteradas oportunidades, se decide hacer biopsia incisional con resultado de displasia severa. Se deriva a oncólogo tratante indicando diagnóstico siendo la lesión nuevamente reseca.

En una primera instancia, se realiza sólo biopsia. Después se realiza examen complementario con azul de toluidina para determinar lugar donde se realizará la biopsia.

Se realiza excisión completa de la lesión en primera y segunda cirugía. Actualmente paciente se encuentra en controles periódicos sin evidencia clínica de otra lesión.



ALTERACIÓN DENTOFACIAL DE UNA PACIENTE CLASE III Y SU MANEJO ORTODÓNCICO- QUIRÚRGICO: REPORTE DE CASO CLÍNICO.

Autores: Katherine Peña Cerda, Javiera Almendras Villa, Cristian Molina Belmar, Dr. Ignacio Urrutia Zottele,

La corrección de las maloclusiones de clase III ha sido un problema para el ortodoncista a lo largo de toda la historia de la especialidad; porque no hay forma de corregirla por medios ortodóncicos después de los 16 años, y el tratamiento incluye una combinación de cirugía y ortodoncia. El grado de afectación del perfil y del rostro, provocan una verdadera alteración estética y por lo tanto una afectación psicosocial del paciente, importante de abordar cuando se está en busca de un buen resultado en la corrección de las discrepancias dentoalveolares. Los resultados satisfactorios en tratamientos combinados de ortodoncia y cirugía ortognática dependen no sólo de un buen diagnóstico y tratamiento de la deformidad dentofacial que se trata, sino también de una buena integración de los conocimientos entre los profesionales implicados en su tratamiento.

Cuadro clínico: Se reporta el caso clínico de una paciente, sexo femenino, de diecisiete años de edad con maloclusión dental, clase III esquelética, déficit sagital, transversal y vertical maxilar; mandíbula asimétrica y aumentada de tamaño más agenesias múltiples.

Método diagnóstico: análisis clínico y radiográfico -Rx panorámica-, análisis facial fotográfico (frontal - lateral), modelos de estudio, análisis cefalométricos: Steiner, Roth-jaraback, Ricketts, Vert, sobre teleradiografía lateral.

Tratamiento efectuado: tratamiento multidisciplinario ortodoncia – cirugía maxilofacial; incluye, preparación ortodóncica de la paciente, por un periodo de tiempo de 8-12 meses con objetivos de alineación, nivelación vertical y compensación de torques (inclinación labio lingual), con fin en fase post quirúrgica; Cirugía, con técnica quirúrgica Lefort I multisegmentos para expansión, descenso anterior y avance maxilar; osteotomía sagital de rama mandibular, para disminución de tamaño y retrusión del cuerpo; fase y ortodoncia post quirúrgica, ejecutada en periodo de 8-10 meses en que se logró obtención de engranaje oclusal clase I, guías de desoclusión, acabado del caso; cirugías de implantes - para zonas edéntulas con motivo de agenesias dentarias- en espacios que deben estar preparados con el tratamiento ortodóncico; reposicionamiento de brackets, retiro y contenciones; Terminación.



DISEÑO DE UNA ESCALA PARA MEDIR MANEJO Y ACTITUD DE LOS ODONTÓLOGOS CHILENOS FRENTE A UN TRAUMATISMO DENTOALVEOLAR

Autores: Joselyn Margot Candía Abarzúa , Marcela Paz Leal Silva, Daniela Mercado Vera, Christopher Slattery Hernández.

Introducción: Los cuestionarios y entrevistas son el método utilizado para obtener información sobre la actitud que tienen los odontólogos ante un traumatismo dentoalveolar. Diversos autores concluyen que existe un bajo nivel de conocimiento y manejo por parte de los Odontólogos, sin embargo las escalas utilizadas son heterogéneas, lo que impide la comparación de los resultados. A esto se suma que en nuestro país no existe un instrumento de tales características, siendo necesario un método idóneo de diseño y validación de instrumento psicométrico en salud.

Objetivo: Diseñar un instrumento para medir el manejo y actitud ante un traumatismo dentoalveolar (TDA), en Odontólogos Chilenos.

Material y métodos: Estudio multietápico de generación de escalas con metodología cuantitativa y estrategia cualitativa. En la primera etapa se recopilaron 40 ítems sobre manejo y actitud frente a TDA mediante búsqueda sistemática de la literatura y fueron revisados por expertos para evaluar la redacción. Se realizó el análisis de fachada a 20 Odontólogos de la Universidad Austral de Chile, reduciendo el instrumento a 16 ítems. Se le asignó una escala tipo Likert y se envió vía correo electrónico a Odontólogos Chilenos. En una segunda etapa mediante análisis factorial exploratorio se estableció el dominio de la escala y se analizó la consistencia interna (alpha de Cronbach). Finalmente se presentó a expertos para evaluar la medición final del constructo de TDA.

Resultados: Se obtuvo un instrumento de 13 ítems en un solo dominio con una consistencia interna final del instrumento alpha Cronbach de 0.73. Los expertos concordaron con la definición conceptual del dominio "TDA en dientes permanentes" constituyendo el primer borrador del instrumento "EAMTDAP-esp".

Conclusión: Se diseñó una escala preliminar de manejo y actitud ante un TDA, en Odontólogos Chilenos con lo que se pretende obtener un instrumento válido en futuras investigaciones.



EFICIENCIA DE MULTIVITAMINICOS EN TRATAMIENTO DE ULCERAS RECURRENTES ORALES

Autores: Isidora Peña y Lillo Fontaine*; Mariafrancisca Ruiz, Carla Astorga, Michele Subercaseaux.

Introducción: Las úlceras recurrentes orales forman parte de las lesiones más frecuentes de la cavidad oral, sin embargo aún no se ha encontrado un tratamiento específico para su cura. **Objetivo:** determinar si los multivitamínicos son efectivos en el tratamiento de las úlceras recurrentes orales. **Materiales y métodos:** se efectuó una búsqueda sistemática en las bases de datos Pubmed, Ebsco, Medline y Cochrane. Posteriormente, ensayos clínicos aleatorizados que estudiaran el tema en cuestión fueron analizados de forma crítica, quedando seleccionados tres de ellos que cumplieran con los criterios de inclusión. Los ensayos fueron además clasificados según la escala de Jadad para asegurar su correcta calidad metodológica, y finalmente se efectuó el metanálisis. **Resultados:** se encontró homogeneidad entre los estudios, e indicaron que la terapia propuesta poseía una eficiencia para la reducción de úlceras recurrentes orales. **Conclusión:** se concluyó que el tratamiento podría ser utilizado por los clínicos como una estrategia para curar la enfermedad, pues se observan respuestas favorables. A pesar de esto, se cree que es necesario investigar más al respecto puesto que los estudios analizados fueron escasos, y no apuntaban determinadamente a favor del grupo intervención.



HIPERPLASIA FIBROSA MAXILAR EXTENSA Y SU REPERCUSIÓN A NIVEL SISTÉMICO Y PSICOSOCIAL EN ADULTOS MAYORES, REPORTE DE UN CASO.

Autores: Claudio Bravo Valdés, Angélica Valenzuela Andrighi , Manuel Donoso Zuñiga.

Introducción: Los aumentos de volumen de los tejidos gingivales son muy comunes y su origen es multifactorial, dentro de los cuales tenemos enfermedades sistémicas, inducción por fármacos, factores iatrogénicos y placa dental. Histológicamente se han tratado de clasificar lo que ha sido difícil ya que sus histologías son muy similares y confusas logrando clasificarse en 4 tipos más comunes; granuloma piógeno, granuloma periférico de células gigantes, hiperplasia fibrosa y fibroma periférico con osificación. Uno de los más frecuentes es la hiperplasia fibrosa o epulis fisurado de causa iatrogénica o traumática producto mayoritariamente de prótesis dentales mal ajustadas variando su tamaño desde lesiones de menos de 1 cm. hasta lesiones que abarcan toda la extensión del vestíbulo. **Caso clínico:** Paciente sexo femenino 61 años de edad, se presenta, acompañada de su hija, al Consultorio Municipal de Paillaco, SS.Valdivia, por necesidad de prótesis dentales. Se realiza examen clínico, en donde se observa que la paciente no responde a la anamnesis remota, su hija relata que ha perdido el habla hace un año aproximadamente, producto de una masa que ha crecido que no le permite comer ni hablar bien, observándose clínicamente algún grado de desnutrición. Intraoralmente se observa un aumento de volumen blando, pediculado de aproximadamente 4,5 cm. de diámetro ubicado en toda la premaxila del maxilar superior, abultando el labio superior, su color es de aspecto rojizo y muy vascularizado, la paciente no usa prótesis dental pero si usó una por mucho tiempo hasta que no pudo ser insertada. **Tratamiento:** El tratamiento realizado consistió en tomar exámenes de laboratorios y una radiografía panorámica para descartar origen óseo. Su aspecto, tamaño y estado general de la paciente daba un mal pronóstico por lo que se decide realizar una biopsia excisional de la lesión para descartar su origen maligno, y obtener un diagnóstico certero en donde al estudio histológico resultó ser de una hiperplasia fibrosa, producto de una prótesis mal ajustada que usaba anteriormente. **Discusión:** Este caso no solo difiere de lo común por la extensión de la lesión y apariencia, sino que también cómo puede llegar a afectar el estado general de un paciente física y psicológicamente.



HIPNOSIS, COMO COADYUVANTE EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.

Autores: Daniela Angélica González Sobarzo, José Luciano Monroy Fuentes, Karol Margarita Villarroel Arriagada, Angélica María Fonseca Landeros.

Introducción: Se define como hipnoterapia, o terapia de hipnosis según la División 30 (*Society of Psychological Hypnosis*) de la *American Psychological Association* (APA) (2004), como la terapia que conlleva una introducción al procedimiento durante la cual se dice a una persona que se le presentarán sugerencias de experiencias imaginativas.

La hipnosis es una intervención clínica valiosa constituye un vehículo para aplicar diferentes terapias con el fin de beneficiar a los pacientes. Se aplica en diferentes especialidades como Psicología, Odontología, Cirugía, Obstetricia, Oncología, tratamiento del dolor crónico, en el deporte, con diferentes fines y se obtienen buenos resultados.

Problemática pasada, actual y futura : Durante muchos años pacientes temerosos frente al acto quirúrgico, no tenían otra alternativa que someterse a ésta bajo una incomodidad y miedo constante, o sino evitar la cirugía pese a poner en riesgo su salud, sin embargo hoy en día la hipnosis se ha incluido en las intervenciones psicológicas para aliviar la ansiedad de los pacientes relacionada con las intervenciones quirúrgicas, como técnica coadyuvante a la analgesia farmacológica, y para enseñar a los pacientes estrategias de afrontamiento ante la cirugía. Asimismo, se ha utilizado con éxito para reducir la cantidad de medicación pre y post cirugía para el dolor, el sangrado y el tiempo de hospitalización, así como para facilitar el post-operatorio y la recuperación.

Conclusiones: Estudios nacionales es casi nula la presencia de ésta terapia en cirugía, sin embargo a nivel internacional países como Estados Unidos, Cuba, Brazil llevan la delantera en América, en donde se han realizado múltiples estudios basados en esta terapéutica, demostrándose con evidencia científica los valiosos aportes realizados al área quirúrgica.

Es de mucha importancia realizar estudios nacionales y comenzar con la aplicación de estas terapias que no son recientes, sino que se le ha encontrado actualmente la aplicación en nuestra área, pero que realiza un aporte valioso para la comodidad, y tranquilidad de nuestros pacientes.



IMPLANTES CORTOS (BICON) ASOCIADO A SPLIT MANDIBULAR COMO TRATAMIENTO PARA MANDÍBULAS ATRÓFICAS

Autores: Daniel Briones Sindermann, David López Olmos, Martín Sanchez Varela.

Introducción: En Maxilares atróficos, especialmente casos severos, donde el tejido óseo se encuentra disminuido tanto en altura como en ancho se han buscado distintas soluciones. Como recurso para enfrentar esta problemática se han desarrollado implantes cortos, siendo una solución viable con resultados satisfactorios. Si bien en la literatura se encuentran distintas definiciones de implantes cortos, se ha visto que se clasifica como corto a todo aquel implante de una longitud menor a 10 milímetros. Por su parte la técnica de Split maxilar ha sido reportada como una técnica fiable, especialmente en maxilar superior, teniendo un menor rendimiento en mandíbula. Esto debido a que la rigidez de dicho hueso aumenta las posibilidades de fractura y pérdida de la tabla vestibular debido a una disminución de la irrigación de este. De esta forma se plantea un Split en dos tiempos quirúrgicos para mantener la irrigación de la zona.

Problemática: Mostrar una opción válida para devolver la oclusión en pacientes que presentan atrofas óseas severas.

Antecedentes del caso: Paciente género femenino, 55 años, ASA I, desdentada parcial superior e inferior. Presenta una atrofia ósea mandibular importante en relación directa con estructuras nobles (nervio dentario inferior).

Métodos diagnósticos: Examen clínico, Radiografía panorámica y TAC.

Tratamiento realizado: Implantes cortos asociados a técnica de split mandibular en dos tiempos quirúrgicos.



PLANO OCLUSAL: PROYECCION DORSAL Y SU RELACIÓN ANGULAR A LA LÍNEA C1 DEL ANÁLISIS ESTRUCTURAL Y ARQUITECTURAL DE DELAIRE

Autores: Rocio Jara Astete, Constanza Belen Bravo Cortes, Olivia Luengo Cole, Constanza Muñoz Cannesa

Introducción: La proyección dorsal del plano oclusal y su inclinación en función de la base de cráneo son indispensables para generar un análisis cefalométrico simple para rehabilitadores. **Método:** Para determinar la relación del plano oclusal teórico con la columna cervical y la base de cráneo se realizó un estudio descriptivo sobre teleradiografías de perfil de cráneo completo en 124 sujetos de ambos sexos. Se determinó el lugar de proyección del plano oclusal teórico sobre la columna cervical y se midió su angulación con la línea C1 utilizando el Análisis Arquitectural y Estructural de Delaire. Se comparó los resultados por sexo y entre las distintas clases esqueléticas definidas por el mismo análisis.

Resultados: De un total de 124 sujetos, 68 sujetos proyectaron el plano oclusal sobre la porción inferior del atlas (zona 2) y 36 sobre la articulación atlas-axis (zona 3). En relación al ángulo del plano oclusal con C1, se obtuvieron valores entre los 7 y los 14° con un promedio de 9,8° y una moda de 10°. No se observó diferencia entre clases esqueléticas ni entre sexo. **Conclusión:** El plano oclusal tiende a mantener una posición determinada en el espacio que se evidencia en su proyección sobre la articulación cráneo-cervical y su angulación con respecto a la base anterior del cráneo. Estos son parámetros fundamentales para la obtención de las relaciones cráneo oclusales en sujetos con alteraciones del plano oclusal y de la dimensión vertical.



MANEJO ESTÉTICO DE DIENTE ANTERIOR AVULSIONADO: REPORTE DE CASO.

Autores: María Victoria Leiva Maldonado, Leonardo Quezada Espinosa, Hernán Pérez Gutiérrez, Lorena Núñez Castañeda.

Introducción: La avulsión corresponde a la exarticulación completa de un diente en relación a su alvéolo, consecutivo a un trauma, con la consiguiente lesión del ligamento periodontal y del paquete vasculonervioso

De acuerdo a Andreasen, Wilson y Hargreaves la avulsión dentaria representa entre el 1 y el 16% del total de los traumatismos dento alveolares (TDA) que afectan a la dentición permanente, en Chile según Onetto esta representa un 7,4% de los TDA estudiados.

Ante un traumatismo con la consiguiente pérdida de un diente anterior, es importante el reeimplante o reemplazo inmediato de este, con el objetivo de evitar problemas fonéticos, masticatorios y estéticos (5).

Para que un reeimplante dentario sea exitoso, debe cumplir con requerimientos claves como: tiempo extraoral lo más corto posible, evitar la desecación de las fibras periodontales y eliminar o controlar la contaminación del diente .

Problemática de caso: Paciente de género masculino de 39 años de edad consulta al Servicio de Urgencia del Complejo Asistencial Barros Luco por avulsión del diente 8 de 6 horas de evolución consecutivo a una agresión por terceros. Al examen clínico extraoral se observan múltiples lesiones de tipo erosivas en la zona del rostro. Intraoralmente presenta un alveolo vacío en zona de diente 8. No se encontraron otras lesiones de tipo traumáticas en relación a los dientes adyacentes. Al examen del diente avulsionado, la corona y la raíz se encuentran intactas sin signos visibles de daño

Diagnostico Clínico: Avulsión del diente 8 y múltiples lesiones de tipo erosivas a nivel del rostro.

Tratamiento: Se realiza férula provisoria desde diente 6 hasta diente 11. Sobre esta férula se reposiciona, en la zona desdentada, la corona del diente 8 el cual es previamente depulpado y cortada su raíz a nivel amelocementario. En la confección de dicha férula se utilizó resina compuesta sobre los cíngulos de las piezas ferulizadas para la adhesión y un alambre trenzado doble de 0,4 mm.



MORFOMETRÍA VERTICAL Y HORIZONTAL DE MANDÍBULA EN RADIOGRAFÍA PANORÁMICA DIGITAL DE PACIENTES ASIMÉTRICOS.

Autores: Diego Saravia Valenzuela, Hugo Medina Gutiérrez, Susana Zapata Valladares, Dr. Sergio Olate Morales

La asimetría cráneo-facial se expresa como la diferencia en tamaño o relación entre dos partes de la cara, resultado de discrepancias en la forma de los huesos o en la mal posición de uno o más huesos del complejo maxilofacial y también a alteraciones de los tejidos blandos. Las asimetrías se presentan como dentales, esqueléticas o dentoesqueléticas con diferentes grados de severidad. Algunas pueden causar interferencias con la función normal de las estructuras dentales y presentar problemas estéticos. Su etiología se debe imperfecciones genéticas en los mecanismos para crear simetría, y a factores ambientales.

El objetivo del estudio fue realizar un análisis morfométrico de mandíbula bilateral en radiografías panorámicas digitales de pacientes que presentan asimetría facial y determinar en que parte de la mandíbula existe mayor diferencia en cuanto a la medida del lado izquierdo y derecho.

Se seleccionaron 14 radiografías panorámicas digitales, 6 de pacientes de sexo femenino y 8 de sexo masculino, las cuales no presentan artefactos y en las que se puede apreciar completamente la mandíbula. Las mediciones fueron realizadas con las radiografías calcadas utilizando papel vegetal, lápiz mina 0.5 mm y un negatoscopio. Se establecieron nueve puntos para la medición: altura de la rama, ancho de la rama, altura del cuerpo, distancia entre foramen mentoniano y línea media, distancia entre el foramen mentoniano y margen posterior de la rama mandibular, ancho del cóndilo, altura del cóndilo, ancho del cuello del cóndilo, distancia del gonion a la parte superior del cóndilo.

El 100% de los pacientes presentaban asimetría de mandíbula. El punto que registró mayor diferencia en la medida entre el lado izquierdo y derecho fue la distancia del gonion a la parte superior del cóndilo, en segundo lugar el ancho de la rama y en tercer lugar la altura del cóndilo. En pacientes de sexo masculino y femenino el punto más asimétrico también fue esta distancia, aunque en los hombres en segundo lugar está el ancho condilar y en mujeres la altura de la rama.

Actualmente se reporta que las asimetrías son en su mayoría en sentido vertical debido a alteraciones del tamaño del cóndilo, sin embargo, en este estudio fue posible identificar también que existen asimetrías verticales que no están relacionadas con el cóndilo, además de asimetrías horizontales, que según otros estudios son menos perceptibles.

La asimetría de mandíbula puede ser en sentido vertical u horizontal. Además de estar presente a nivel del cóndilo, rama o cuerpo mandibular. La radiografía panorámica digital, permite realizar un análisis para determinar en que sentido y en que parte de la mandíbula está presente la asimetría.



OSTEOMIELITIS CRÓNICA ACTINOMICÓTICA EN MANDÍBULA.

Autores: Dr. Felipe Martínez, Dr. Andrés Almeida.

Objetivo: Presentar un caso de osteomielitis crónica en mandíbula tras consulta odontológica de urgencia.

Introducción

Paciente mujer de 47 años, con historia médica de hipertiroidismo en control tratada hace 20 años con hemitiroidectomía parcial del lado izquierdo y radioterapia. Al examen intraoral desdentada total superior y desdentada parcial inferior. Portadora de prótesis atípica. Acude a la urgencia dental del hospital regional relatando ciertas molestias bajo la prótesis inferior y relata temor de sufrir cáncer oral al ver lesiones similares en internet. Al examen intraoral se observa lesión circular de bordes delimitados con una solución de continuidad sobre la mucosa del reborde alveolar en cuerpo mandibular izquierdo.

Se solicita radiografía panorámica y TAC maxilofacial, se fija control con su ficha clínica en policlínico de cirugía maxilofacial.

En el control se analiza radiografía observándose una lesión radioopaca bien delimitada. Se fija hora para realizar biopsia de tipo excisional.

Se realiza cirugía removiendo la lesión in toto. Se envía a estudio histopatológico.

Resultado: Diagnóstico; Osteomielitis crónica actinomicótica en tejido óseo trabecular.

Conclusiones: El examen clínico, la semiología y el diagnóstico temprano son herramientas fundamentales para el odontólogo en pro de entregar información veraz y por ende, disminuir la ansiedad en los pacientes que cada vez más tienen acceso a la información online.



USO DE BETAMETASONA VIA INTRAALVEOLAR EN CIRUGÍA DE TERCEROS MOLARES. ENSAYO CLÍNICO DE BRAZOS CRUZADOS.

Autores: Pedro Aravena, Estela Troncoso, Analia Gonzalez, Günther Preisler

Introducción: El uso de corticoides en cirugía de terceros molares ha demostrado ser eficaz en el control del dolor, inflamación y trismus. Las vías de administración más usadas son vía oral, vía intramuscular y vía submucosa. Una alternativa de administración es depositar el medicamento directamente en el alveolo luego de la remoción del diente.

Objetivo: Determinar la efectividad del uso de betametasona via intraalveolar (IA) versus vía intramuscular (IM) en el control del dolor, trismus e inflamación posquirúrgica en exodoncia de terceros molares inferiores.

Material y método: Se realizó un Ensayo clínico aleatorio doble enmascaramiento de brazos cruzados. Se seleccionaron pacientes ASA I del servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital de Valdivia-Chile, entre Abril y Junio de 2012. Un Cirujano Maxilofacial realizó las extracciones de los terceros molares inferiores incluidos en dos tiempos operatorios. Previa aleatorización, en una primera exodoncia se aplicó una gelita con 1ml de betametasona 4mg/ml (Laboratorio Chile®) al interior del lecho quirúrgico (IA). En la segunda exodoncia con un intervalo de cuatro semanas, se inyectó 1ml betametasona 4mg/ml en músculo deltoides (IM). Se evaluó dolor (Escala Visual Análoga), Trismus (distancia interincisiva) e Inflamación (método *Gabka-Matsumara*) al primer, segundo y séptimo día postquirúrgico. Se determinó una diferencia significativa entre ambas técnicas con el uso de ttest ($p < 0.05$; STATA 10.0).

Resultados: Participaron 17 pacientes (13 mujeres; edad promedio 14,53 años). En total, se extrajeron 34 terceros molares inferiores. No se observaron diferencias significativas en inflamación ($p=0.18$), dolor ($p=0.71$) ni trismus ($p=0.84$) en ningún día de control postquirúrgico entre ambas vías de administración.

Conclusión: El uso de betametasona via intraalveolar permitió un buen control de la inflamación, dolor y trismus en cirugía de terceros molares. Se sugiere el uso de esta vía de administración dada su simpleza en la técnica y la ausencia de molestias que puede generar una inyección intramuscular.



ESTABILIDAD PRIMARIA EN IMPLANTES EN ALVEOLOS POST EXODONCIA Y HUESO CICATRIZADO

Autores: Dr. Ricardo Campos V., Dr. Igor Miño S., Dr. Juan Pablo Acevedo., Alfonso Vergara C.

INTRODUCCION: La estabilidad primaria se define como la resistencia y rigidez de la unión hueso-implante antes de producirse la osteointegración. Dependerá de tres factores: el diseño del implante, el procedimiento quirúrgico utilizado y de la densidad y dureza del hueso. En consecuencia, está directamente relacionada con el torque de inserción o fuerza de roscado

OBJETIVO: Comparar estabilidad inicial y torque de inserción en alvéolos post exodoncia (implante inmediato) y en huesos cicatrizados en maxilar superior e inferior con torquímetro manual.

MATERIALES Y METODO: Se seleccionaron 12 pacientes, 3 de género masculino y 9 de género femenino, ASA I, no fumadores. Se excluyeron de este estudio aquellos pacientes que en su tratamiento requiriesen una reconstrucción extensa del lecho quirúrgico mediante relleno óseo. Se utilizaron implantes de la marca Dentium modelo Superline, de ancho y diámetro de acuerdo a planes de tratamiento estipulados previamente por el operador. En cada implante se midió torque de inserción con un torquímetro manual marca Dentium, que posee un rango de 10 a 100 N/cm.

RESULTADOS: En relación a los valores de torque medidos en 37 implantes instalados se obtuvo un promedio de 63,1 N/cm, dentro de los cuales 22 eran diferidos, y en ellos se obtuvo un promedio de 72,2 N/cm. En aquellos implantes inmediatos se obtuvo un promedio de 50,5 N/cm.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN: Entre los diferentes tiempos de colocación de los implantes, es decir, diferidos o inmediatos, se pudo determinar que en relación al torque de inserción existen diferencias significativas. Esto se puede explicar porque la estabilidad primaria de los implantes viene determinada inicialmente por la densidad ósea, estructura trabecular del hueso, técnica quirúrgica, el número y distribución de implantes utilizados y su distribución en la arcada dentaria. Los implantes Dentium Superline obtuvieron un promedio de torque de inserción y de frecuencia de resonancia adecuados para obtener estabilidad primaria. El valor de torque al comparar implantes instalados en el maxilar superior e inferior son similares, siendo en ambos casos valores que entregan una adecuada estabilidad inicial de los implantes.



PROFILAXIS ANTIBIÓTICA POSTQUIRÚRGICA EN FRACTURAS FACIALES

Autores: Matilde León López, Lorena Núñez Castañeda, Luis Perez Lagos, Tomás Donoso Hofer

La profilaxis antibiótica peri-operatoria tiene como objetivo prevenir el desarrollo de infección asociada a procedimientos quirúrgicos y sus correspondientes consecuencias clínicas. Al mismo tiempo se utiliza con el fin de minimizar el efecto antibiótico sobre la flora normal del paciente, disminuir sus efectos adversos y conseguir su utilización en forma racional. Se indica siempre que exista un riesgo importante de infección, ya sea por las características del procedimiento quirúrgico en sí o por las condiciones locales o generales del paciente a tratar. A la fecha su utilización se ha traducido en una disminución de la tasa de infección asociada a los procedimientos quirúrgicos. Sin embargo actualmente, la infección postoperatoria constituye la principal complicación y causa de mal unión o no unión del hueso en reparación. La sobre indicación de tratamiento antibiótico, profilaxis antibiótica y la falta del cumplimiento de su posología por parte del paciente, entre otras, ha contribuido al aumento de la resistencia-antibiótica en forma global. Las guías de profilaxis antibiótica han aumentado las restricciones respecto a sus indicaciones y a la dosis a utilizar. No se recomienda en forma rutinaria en pacientes bajo procedimientos invasivos. La disminución de la tasa de infección posquirúrgica con administración de profilaxis antibiótica pre e intraoperatoria en el tratamiento de fracturas ha sido demostrado y establecido por diferentes estudios y existen pautas establecidas para ello. Por el contrario, la necesidad de profilaxis antibiótica postquirúrgica en el tratamiento de fracturas faciales constituye un tema controversial y si son indicados, no existen bases científicas claras para establecer protocolo en la duración de su administración. Los estudios concluyen que el uso de profilaxis postquirúrgica en fracturas mandibulares no complicadas no presenta beneficios en la reducción de la tasa de infección. Dentro de las variables analizadas, sólo el abuso de tabaco, alcohol y drogas aparece como factor determinante de riesgo de infección posquirúrgica en pacientes con fractura mandibular. En los diferentes trabajos revisados se observa que la PA intra-quirúrgica es suficiente en el manejo de trauma facial. No se observa consenso respecto a la dosis y duración del tratamiento profiláctico postquirúrgico realizado, todos muestran que su administración, independiente del régimen antibiótico utilizado, no presenta efectos estadísticamente significativos en la disminución de la incidencia de infección posquirúrgica en el manejo de fracturas mandibulares. Cabe destacar, que los resultados encontrados, no son aplicables necesariamente a la realidad nacional debido a las características socio-económico-culturales de nuestros pacientes, así como por el escenario de muchos de los servicios públicos de atención del país, que por diferentes factores impiden el realizar el tratamiento idóneo en el momento indicado, lo que podría aumentar la tasa de complicaciones asociadas.



QUISTE ÓSEO TRAUMÁTICO: REVISIÓN DE LA LITERATURA EN RELACIÓN A DOS CASOS.

Autores: Pablo Reyes Olave, Juan Domínguez Díaz, Rodrigo Muñoz Cortes.

Introducción: El quiste óseo traumático es una lesión pseudoquistica, intraósea desprovista de recubrimiento epitelial y ocasionalmente con presencia de con-tenido seroso y/o hemático.

Caso Clínico nº 1: Paciente sexo masculino, 16 años, asiste a su control ortodoncico de rutina presentando una lesión radiolúcida, ubicada entre piezas 3.5 a 3.8. Clínicamente asintomática. Se solicitan radiografías previas y tomografía computarizada Cone Beam de la zona. Se planificó intervención quirúrgica, con diagnósticos presuntivos de ameloblastoma, tumor odontogenico queratoquistico y quiste oseo traumatico. Durante la cirugia se observo una cavidad sin tejido epitelial. Se efectuo un frotis y biopsia de la zona confirmando el diagnóstico de quiste oseo traumatico.

Caso Clínico nº2: Paciente, sexo femenino, 13 años, se encuentra lesion radiolucida en la zona de sínfisis mandibular. Se realiza Tomografía Computarizada Cone Beam de la zona planificando la intervención quirúrgica, obteniendo como diagnostico quiste oseo traumatico.

Discusión y Conclusión: El diagnóstico correcto del quiste oseo traumatico evita tratamientos incorrectos como desvitalizaciones, exodoncias. La etiología aparente de estas lesiones es de origen multifactorial, encontrando como factor etiológico prevalente el trauma dentario el cual se presenta de diversas formas.



**QUISTE DE CRAIG, COMO ORIGEN DE FLEGMÓN PERIMANDIBULAR:
REPORTE DE UN CASO CLÍNICO.**

Autores: Romina Pedreros Guarda , Alfredo Becerra Reyes, Juan Gatica Corrales, León Campos Román, María Yañez Morales, Arturo Fuentes Salazar.

El quiste de Craig o paradental se asocia principalmente con terceros molares mandibulares, corresponde al 1- 5% del total de casos de quistes odontogénicos. Su principal característica es la presencia de un proceso inflamatorio crónico recurrente, generalmente pericoronaritis. Hombre de 25 años acude a SAPU del Hospital Las Higueras con motivo de consulta “dolor e hinchazón del lado izquierdo de la cara” de inicio agudo. Sin antecedentes mórbidos personales o familiares relevantes. Al examen clínico extraoral se constata aumento de volumen en zona perimandibular y ángulo mandibular del lado izquierdo, con trismus moderado, sin cambio de coloración de la piel en zona afectada, sin adenopatías palpables, afebril. El diagnóstico clínico fue flegmón perimandibular izquierdo de origen odontogénico. Al examen clínico intraoral se constata paciente libre de caries con 30 dientes en boca. Se constata un pequeño aumento de volumen en zona vestibular en relación a tercer molar mandibular izquierdo que se encuentra retenido intraóseo clínicamente semierupcionado. Se pide Ortopantomografía y Tomografía computarizada sin contraste, los cuales informan pieza 3.8 retenida, mesioangulación, impactada en pieza 3.7. En relación paramandibular mesial se observa: lesión radiolúcida de características quísticas sin abombamiento de corticales, erosionando ambas tablas, y desplazando el conducto dentario hacia basilar. No se aprecian signos de exorizálisis ni infiltración ósea.

Se realizaron exámenes complementarios para determinar vitalidad pulpar, como el test de percusión y de frío- calor en piezas 3.8, 3.7, 3.6 y piezas antagonistas, los cuales resultaron positivos. Se realizó un estudio histopatológico de la lesión para conocer el diagnóstico definitivo. Primeramente se realizó tratamiento empírico para tratar la infección aguda con antibióticos vía endovenosa, Penicilina sódica, 5.000.000 UI EV c/6 horas, Ceftriaxona 500 mg c/6 hrs EV, Diclofenaco 75 mg IM c/12 horas, Ketoprofeno 100 mg comp c/8 hrs SOS, las cuales se mantuvieron indemnes hasta el día de la cirugía. La extirpación quirúrgica del diente y el quiste paradental se ha considerado el tratamiento de elección cuando el diente en cuestión es un tercer molar, que fue el tratamiento efectuado en el caso actual.

Durante la cirugía se constata lesión osteolítica mandibular izquierda en relación a tercer molar mandibular izquierdo retenido y región de ángulo mandibular. De bordes no definidos ni corticalizados. Se realizó amplia osteotomía, eliminación de tercer molar. Curetaje de lesión intraósea.



ACTUALIZACIÓN EN TRAUMATOLOGÍA MAXILOFACIAL: REDUCCIÓN ELÁSTICA INTERNA COMO ALTERNATIVA A REDUCCIÓN ABIERTA O CERRADA.

Autores: Dr. Augusto Vignoli, Dr. Claudio Huentequeo, Dr. Mariano Miño, Dr. Sergio Olate, Dr. Alejandro Ostrosky, Dr. Pablo Berbel

La reducción elástica interna es otra alternativa viable para obtener la reducción primaria maxilomandibular, se basa en la colocación de 2 tornillos monocorticales a ambos lados de la fractura y el movimiento se efectúa a través de la tracción por parte de gomas de ortodoncia. El objetivo de este trabajo es presentar una técnica alternativa a la reducción cerrada o abierta.

Se realizó una búsqueda de la literatura entre los años 2002 y 2013, utilizándose base de datos: Pubmed, Scielo y Sciencedirect. Se analizaron estudios que refiriesen la utilización de esta técnica de reducción elástica.

Actualmente, el tratamiento de fracturas craneofaciales se basa en la reducción abierta y fijación rígida. Frecuentemente, nos enfrentamos a fracturas con desplazamientos de los cabos de fractura, siendo indispensable efectuar una reducción primaria para reestablecer una oclusión funcional estable previa fijación rígida. Para ello existen diversos métodos: manuales, utilización de fórceps, a través de ataduras circunferenciales o trans-óseas con alambres.

La reducción elástica interna es una alternativa viable para obtener dicha reducción primaria, se basa en la colocación de 2 tornillos monocorticales a ambos lados de la fractura y el movimiento se efectúa a través de la tracción por parte de gomas de ortodoncia. Se ha descrito en la bibliografía que pueden tratarse fracturas tanto mandibulares como del complejo orbito maxilar y presenta ventajas lo cual puede decirse que es un método simple, que permite un campo quirúrgico libre de instrumental y de acciones por parte del ayudante y que obtiene resultados favorables previa colocación del material y osteosíntesis para la fijación de la misma. Esta técnica es un método no convencional; eficaz para el tratamiento de las fracturas tanto orbito maxilar como de ambos maxilares con desplazamiento. Es un método simple que otorga diversas ventajas devolviendo una oclusión estable previa fijación rígida con placas.



AMELOBLASTOMAS QUÍSTICOS MANDIBULARES: ALTERNATIVAS TERAPEÚTICAS.

Autores: Dr. Juan Munzenmayer Bellolio, Dr. Marcelo Núñez, Dra. María José Caro, Dra. Valeria Garrido.

El término Ameloblastoma Uniquístico (AU), descrito por primera vez como una entidad distinta por Robinson y Martínez en 1977(1); se refiere a aquellas lesiones que presentan características clínicas y radiológicas de quistes de los maxilares, pero que al examen histológico muestran un epitelio ameloblastomatoso típico que recubre la cavidad del quiste, con o sin proliferación intraluminal y/o mural. Son lesiones quísticas expansivas, no infiltrantes, de tamaño variable y, en general se encuentran en relación a la unión cemento-esmalte de un diente no erupcionado (2). Este trabajo ilustra 3 casos de Ameloblastomas Uniquísticos de la mandíbula en pacientes menores de 18 años.

CASO I: En el año 1996 se presenta en la Facultad de Odontología de la Universidad de Concepción una paciente de sexo femenino de 18 años de edad, por aumento de volumen en relación piezas 4.5 y 4.6. La biopsia reveló epitelio ameloblastomatoso con cambios quísticos. La paciente rechazó realizar el tratamiento propuesto que consistía en la resección marginal de la lesión. 13 años después la paciente consulta en el Hospital Regional de Concepción (HRC), por extensa lesión osteolítica que comprometía desde 4.5 hasta el ángulo mandibular. En esta ocasión se realiza resección en bloque con conservación del Nervio Alveolar Inferior y reconstrucción con colgajo microvascularizado de peroné. Tras 4 años de controles no ha presentado recurrencia.

CASO II: Paciente de 15 años, sexo masculino, referido al Servicio de Cirugía Máxilo Facial HRC en Junio de 2013, por aumento de volumen indoloro del lado izquierdo de la mandíbula de más de un año de evolución. El examen radiográfico reveló lesión radiolúcida uniloculada de bordes bien definidos, de unos 80 mm en su diámetro mayor, extendiéndose desde apófisis coronoides y cuello condilar izquierdo hasta mesial de la pieza 3.7, comprometiendo tanto el borde anterior de la rama con el ángulo mandibular. Se realizó enucleación y curetaje de la cavidad quística. Se realizó además la exodoncia de las piezas 3.8 y 3.7. El informe histopatológico reveló AU de patrón histológico plexiforme, con elementos consistentes con subtipo mural. Se han realizado controles post operatorios seriados durante 18 meses, encontrándose una favorable evolución tanto clínica como radiográfica.

CASO III: Paciente de 16 años, sexo masculino, es sometido a biopsia incisional de lesión quística mandibular. El informe histopatológico revela AU. El equipo quirúrgico ha decidido realizar la descompresión de la lesión previo al tratamiento definitivo.



"ASOCIACIÓN ENTRE OBESIDAD, HIGIENE E ÍNDICE COPD EN NIÑOS DE 12 AÑOS USURARIOS DEL CESFAM PEDRO DE VALDIVIA; AÑO 2012".

Autores: José Monroy Fuentes, Daniela González Sobarzo, Karol Villarroel Arriagada, David Tapia Vidal.

INTRODUCCIÓN: El siguiente estudio es de tipo descriptivo transversal, para determinar una posible asociación entre el estado nutricional, higiene oral e índice COP-D en adolescentes de 12 años de las escuelas pertenecientes al CESFAM Pedro de Valdivia (primer semestre del año 2012).

OBJETIVO: El objetivo del estudio es buscar una asociación entre un índice de masa corporal (IMC) elevado, higiene oral e índice COP-D.

MATERIALES Y METODOS: Se examinó a cada adolescente y se registraron sus datos en una ficha especialmente confeccionada (sexo, índice COP-D, índice de O'leary e IMC). Los análisis de asociación incluyendo IMC, índice O'Leary e índice COP-D se calcularon con un nivel de significación de $p < 0,05$.

RESULTADOS: Los resultados indican que no existe asociación significativa entre las variables.

DISCUSIÓN: Estos resultados apoyan los estudios recientes realizados en Estados Unidos, Francia y Nueva Zelanda en donde las variables estudiadas son independientes aunque comparten varios factores etiológicos, sin embargo si existe un vínculo entre la salud oral y el IMC en los niños no está claro.

CONCLUSIONES: A pesar de los resultados obtenidos, es nuestra obligación como profesionales de la salud, la búsqueda de métodos creativos mediante los cuales podamos lograr un cambio en nuestros pacientes pediátricos así como en sus familias para solucionar la caries y/u obesidad.



PREPARACIÓN Y PROPIEDADES BIOACTIVAS DE BIONANOCOMPÓSITOS PARA REGENERACIÓN ÓSEA, BASADOS EN BIOPOLÍMEROS Y NANOPARTÍCULAS CERÁMICAS.

Autores: Celhay I, Arroyo F, Covarrubias C, Urra C.

Introducción: La hidroxiapatita (HA) y el vidrio bioactivo (BG) son materiales cerámicos conocidos por sus propiedades bioactivas para inducir la formación de tejido óseo. [1] [2] Los bionanocompuestos [3][4] son materiales compuestos de cerámicas bioactivas, en forma de nanopartículas, y polímeros biodegradables. Combinan la bioactividad de las nanopartículas con las propiedades de soporte del polímero poroso (andamio), guiando la proliferación celular y el crecimiento del nuevo tejido.[5] Alginato (ALG) y gelatina (GEL) son biopolímeros que están siendo actualmente evaluados como materiales para la preparación de andamios de regeneración.[6] En este trabajo se presenta la preparación de bionanocompuestos a base de blendas de ALG-GEL [7], cargadas con nanopartículas de HA y BG, y la evaluación de sus propiedades bioactivas *in vitro* para su potencial aplicación en ingeniería tisular ósea en odontología.

Objetivos: Preparación de bionanocompuestos a base de blendas de ALG-GEL cargadas con nanopartículas biocerámicas, y la evaluación de sus propiedades bioactivas *in vitro*.

Materiales y Métodos: Se sintetizaron nanopartículas de HA y BG (nHA, nBG) usando la técnica Sol-Gel. [8][9] Se prepararon bionanocompuestos a base de ALG-GEL, con un 25% de nanopartículas. La porosidad 3D fue producida por congelación a -80°C y liofilizado. La bioactividad se evaluó por la capacidad de inducir apatita tipo ósea en suero fisiológico simulado (SBF). [10] Los bionanocompuestos y la formación de apatita fueron analizados mediante difracción de rayos-X (DRX), microscopía electrónica (TEM, SEM) y espectroscopía de infrarrojo (FTIR).

Resultados y discusión: Los bionanocompuestos presentaron una estructura porosa interconectada con diferente forma y tamaño (60-200um), apropiado para conducir la formación de nuevo tejido. Las nanopartículas mejoraron la estabilidad mecánica y química de los andamios. los ensayos en SBF demostraron que Nanopartículas aceleran la formación de apatita con respecto al andamio puro, particularmente los bionanocompuestos con nBG presentaron mayor grado de formación de apatita con respecto a nHA, probablemente debido a la mayor reactividad de nBG.

Conclusión: Bionanocompuestos de ALG-GEL, cargados con nanopartículas de HA y BG, presentan propiedades adecuadas *in vitro* para su potencial uso en de ingeniería tisular ósea.



OSTEOMIELITIS CRÓNICA MANDIBULAR: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Dr. Igor Miño Solís, Jerko Raffo Solari, Dr. Eduardo Navia Gómez, Dr. Carlos Bahamondes Asencio.

Introducción

La osteomielitis crónica corresponde a una inflamación de los tejidos duros, involucrando tejido medular, cortical, periostio y tejidos adyacentes, de origen infeccioso, que perdura en el tiempo, causando patología asociada como abscesos, secuestros óseos, fistulas, fracturas patológicas, etc.

Caso clínico, antecedentes y tratamiento

En el presente caso, un paciente masculino de 61 años se presenta en la Urgencia del Hospital Militar de Santiago con un aumento de volumen perimandibular de dos semanas de evolución, compatible con flegmón mandibular. Al examen se observa drenaje purulento en el crévice de piezas dentarias remanentes, por vestibular y lingual. Espontáneamente hay drenaje subcutáneo. Se le realiza TAC evidenciando lesión osteolítica extensa y fractura patológica, derivándose al Servicio de Cirugía Máxilo Facial. El diagnóstico clínico incluye osteomielitis o tumor mandibular abscedado. Presenta historia de diabetes e hipertensión no compensada y alcoholismo. El manejo por Medicina Interna e Infectología incluye manejo de diabetes e hipertensión descompensada y sucesivas muestras para cultivo. Se realiza un aseo quirúrgico, toma de muestra mandibular para biopsia y punción aspirativa para cultivo bacteriano, confirmando osteomielitis.

El plan quirúrgico es una resección mandibular segmentaria, con reconstrucción ósea en un segundo tiempo. Se confecciona un modelo estereolitográfico para la adaptación de placa de reconstrucción, con la ayuda de llaves de acrílico. La cirugía fue realizada sin complicaciones mediante un abordaje submandibular tipo Ridson.

El paciente permaneció hospitalizado por dos semanas hasta el alta con controles diarios en Policlínico. Sin embargo, hay mala adherencia al tratamiento y a las visitas, por lo que hasta el momento se descarta una futura reconstrucción mediante injerto.



IDENTIFICACIÓN Y COMPARACIÓN DEL CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL EN ESCOLARES DE OCTAVO BÁSICO CON Y SIN PROGRAMA DE SALUD BUCAL JUNAEB EN VALDIVIA 2013

Autores: Mercado D, Slattery C, Candia J, Leal M.

Objetivo: Identificar y comparar el conocimiento en Salud Bucal en estudiantes de octavo básico beneficiarios y no beneficiarios de JUNAEB en Valdivia en el año 2013.

Material y método: Se realizó un estudio observacional descriptivo en estudiantes de octavo básico de Valdivia. Se incluyó a todos los estudiantes de octavo básico beneficiarios y no beneficiarios de JUNAEB pertenecientes a los establecimientos que autorizaron la aplicación del cuestionario. Se excluyeron a los estudiantes de escuelas que hayan recibido alguna educación adicional a las impartidas por JUNAEB en un tiempo de seis meses antes de la aplicación del cuestionario y a todos los alumnos sin el consentimiento informado firmado por el padre o tutor. Se identificó el nivel de conocimientos a través de un cuestionario aplicado en forma presencial por los autores en un tiempo de 15 minutos. Se registraron los puntos obtenidos en el cuestionario, la pertenencia o no al programa de Salud Bucal de JUNAEB, el sexo y la edad. Los datos fueron ingresados en un formulario de Google Docs y posteriormente se utilizó el software estadístico SPSS 20 para análisis de frecuencias y comparación de medias mediante una prueba t Student.

Resultados: Se obtuvo un total de 1278 cuestionarios de 621 (49%) mujeres y 657 (51%) hombres. La edad promedio de los alumnos fue de 13,3 años. Los participantes beneficiarios del Programa de Salud Bucal de JUNAEB fueron 739 (57,8%) y los no beneficiarios 539 (42,2%). De un máximo de 24 puntos, los beneficiarios de JUNAEB obtuvieron una media de 16,08 puntos y los no beneficiarios 15,92 puntos ($p=0,062$).

Conclusión: El conocimiento sobre salud bucal de los escolares de octavo año básico tanto beneficiarios como no beneficiarios de JUNAEB es similar, aún cuando el grupo de beneficiarios de JUNAEB tuvo sesiones educativas en salud bucal.

Palabras clave: Educación en salud bucal, Conocimiento en salud bucal, Intervención Educativa.



TRATAMIENTO QUIRÚRGICO FRACTURA DE CUELLO DE CÓNDILO BAJA MEDIANTE ABORDAJE RETROMANDIBULAR. PRESENTACIÓN DE TRES CASOS.

Autores: Dr. Juan Carlos Pastor Morales, Dr. Ricardo Puentes Palma, Dr. Fernando Andrés Córdova Franco, Dra. Ana Lissett Vera Alarcón.

Las fracturas de la región de cóndilo mandibular representan el 29% de las fracturas mandibulares. La clasificación de las fracturas condilares se dividen en cabeza del cóndilo, cuello del cóndilo y de la región subcondílar (o cuello de cóndilo baja) .

El tratamiento de las fracturas de la región subcondilar puede ser cerrado mediante bloqueo intermaxilar y abierto mediante reducción y contención con placas de osteosíntesis.

La clasificación para el manejo de fracturas subcondíleas, utiliza dos variables, el acortamiento de la altura de la rama y desplazamiento condilar, que conduce a una reducción cerrada o abierta y fijación interna:

1. Fracturas clase 1: desplazamiento mínimo que conduce a reducción cerrada; la altura de acortamiento de la rama es de menos de 2 mm y el grado de desplazamiento de la fractura es de menos de 10 grados. 2. Fracturas de clase 2: desplazamiento moderado que conduce a una reducción abierta con fijación interna; altura de acortamiento de la rama de 2 a 15 mm; grado de desplazamiento de la fractura de 10 a 45 grados. 3. Fracturas de clase 3: desplazamiento severo que conduce a una reducción abierta con fijación interna; altura de acortamiento de la rama de más de 15 mm, grado de desplazamiento de la fractura de más de 45 grados.

En el caso del tratamiento abierto se puede acceder a la zona mediante distintos abordajes siendo los más utilizados el preauricular, retromandibular transparotideo y submandibular.

Se presentan tres pacientes diagnosticados y tratados en el Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Clínico Regional de Concepción.

Los tres casos presentan fracturas de región subcondilar, en todos los casos se presentaba un acortamiento de la rama mandibular que indicaba la reducción abierta con fijación rígida. Se realizó reducción y contención con osteosíntesis mediante una placa de titanio con el sistema 2.0 de 4 orificios y se accedió a la zona de la fractura mediante un abordaje retromandibular transparotideo.

Al control postoperatorio inmediato y tardío los pacientes evolucionaron satisfactoriamente sin ninguna complicación en relación a la técnica quirúrgica utilizada.



COMPARACIÓN DE LA ACTIVIDAD ELECTROMIOGRÁFICA DE LOS MÚSCULOS TEMPORAL Y MASÉTERO ENTRE ALUMNOS CON ANTECEDENTES DE BRUXISMO SOMETIDOS AL USO DE UN PLANO ORTOPÉDICO WURGAFT Y ALUMNOS SOMETIDOS A TERAPIA EDUCATIVA, CONCEPCIÓN, 2012.

Autores: Marcela Muñoz Canessa, Mario Fuentes Aránguez, María Olivia Luengo Cole, María Rocío Jara Astete.

Introducción: El bruxismo es un trastorno temporomandibular de alta prevalencia en la población mundial. Existen múltiples terapias para su manejo, pero no hay ninguna que elimine la parafunción. *Objetivo:* Comparar el efecto sobre la actividad electromiográfica en maséteros y temporales entre la utilización de un plano orgánico Wurgaft (POW) y la aplicación de una terapia educativa en sujetos con antecedentes de bruxismo. *Sujetos y método:* Doce alumnos con antecedentes de bruxismo fueron reclutados para este estudio y distribuidos aleatoriamente en dos grupos de 6. En una primera instancia se midió a todos los sujetos la actividad electromiográfica (AEM). Al grupo estudio se le realizó un POW el que ocuparon por un mes y al grupo control se le realizó una terapia educativa aplicada por el mismo periodo de tiempo. Luego de transcurrido el mes, se midió nuevamente la AEM de ambos grupos y se compararon con los resultados iniciales. *Resultados:* No se encontró diferencia significativa entre la AEM inicial y final en pacientes que utilizaron una terapia con POW y con terapia educativa y tampoco se encontró diferencia significativa entre ambas terapias. *Conclusión:* El uso de un POW y una terapia de educación y de autocuidado no produce efectos en la AEM tras ser utilizado por un mes. Se debe investigar más sobre el tiempo útil en que los sujetos deben realizar el manejo con planos oclusales.



RELACIÓN ENTRE ENFERMEDAD PERIODONTAL Y PARTO PREMATURO/BAJO PESO AL NACER. REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Autores: Walter Alexis Ketterer Espinoza, Héctor Hernán Carrasco Moncada, Ezequiel Aaron Candia Burgos, Claudia Patricia Araneda Rodríguez

Se ha investigado la relación entre enfermedad periodontal y complicaciones del embarazo como parto prematuro, bajo peso al nacer, ruptura prematura de membranas, etc. Parto prematuro y bajo peso al nacer son algunas de las principales causas de morbilidad perinatal.

Identificar la relación entre enfermedad periodontal y parto prematuro/bajo peso al nacer mediante una revisión de literatura científica.

Revisión no sistemática de literatura publicada en bases de datos PubMed y Science Direct y metabuscadores Scielo, Lilacs y Cochrane Library, entre los años 2003-2013. Palabras claves: “*periodontal disease*”, “*premature birth*” y “*premature*” en español e inglés. Criterios de inclusión: estudios que en el título, *abstract* y texto completo relacionaran enfermedad periodontal con parto prematuro/bajo peso al nacer. Se seleccionaron estudios acordes y según nivel de evidencia científica. Se identificaron 30 artículos que cumplían los criterios de inclusión.

Se encontraron 16 estudios que arrojaron asociación significativa entre enfermedad periodontal y parto prematuro/bajo peso al nacer y en 14 estudios no existe evidencia sólida que relacione parto prematuro/bajo peso al nacer con enfermedad periodontal que avale esta aseveración.

Las publicaciones revisadas exponen probables mecanismos que asociarían enfermedad periodontal con parto prematuro/bajo peso al nacer, por lo que investigadores han tratado de probar éstas teorías mediante estudios de casos controles, cohortes e intervenciones, sin embargo, la diferencia de las conclusiones pone en duda la validez de sus resultados.

No existe evidencia de un alto nivel que asocie enfermedad periodontal y parto prematuro/bajo peso al nacer, pero consideramos pertinente reconocerla como un factor de riesgo. El tratamiento de la enfermedad periodontal no modifica la incidencia del parto prematuro/bajo peso al nacer, pero se vuelve necesario para mejorar la salud bucal de nuestros pacientes.



TRATAMIENTO FRACTURA PANFACIAL MEDIANTE TÉCNICA DE DEGLOVING FACIAL MÁS INTUBACIÓN SUBMENTAL. REPORTE DE UN CASO

Autores: Angélica Valenzuela Andrighi, Dr. Günther Preisler Encina, Claudio Bravo Valdés, Fernando Salinas Rojas.

Introducción: Las fracturas panfaciales corresponden a fracturas que afectan a distintos tercios faciales. Existen diversas alternativas de abordajes en el trauma facial, como el acceso bicoronal, degloving facial, acceso transconjuntival y subciliar. La técnica de degloving facial realizada en este caso permite exposición de las estructuras del tercio medio facial sin incisiones cutáneas externas. Corresponde a una incisión bilateral sublabial más la elevación del tejido blando del dorso nasal. La realización de esta técnica de abordaje requirió de medias de intubación no convencionales, utilizando la técnica de intubación submental la cual es una alternativa a la traqueotomía en traumatismos faciales extensos. **Caso clínico:** Paciente sexo masculino 29 años de edad, se presenta al servicio de cirugía maxilofacial del hospital base de Valdivia por una agresión por terceros, presentando múltiples contusiones cráneos faciales, con TEC leve, heridas cortantes región geniana, edema y equimosis bipalpebral. Se realiza examen clínico en donde se diagnostica clínicamente presencia de fractura de tercio medio facial y fractura conminuta nasal. Se complementa diagnóstico con TAC de cara arrojando fractura Le Fort II, Le Fort III y fractura conminuta nasal. **Tratamiento:** El tratamiento realizado es la reducción quirúrgica con osteosíntesis rígida, utilizando la técnica de abordaje de degloving facial. Técnica de abordaje que impide la intubación nasal utilizada normalmente en reducción quirúrgica de fracturas faciales, por lo que se realiza la técnica de intubación submental con ingreso oro traqueal la cual facilita el bloqueo intermaxilar al momento de la reducción quirúrgica.



TÉCNICA DE GENIOPLASTÍA EN M PARA AUMENTO VERTICAL Y AVANCE DEL MENTÓN

Autores: Dr. Hernán Pérez Gutiérrez, Dr. Leonardo Quezada Espinoza, Dr. Rodrigo Fariña Sirandoni.

La genioplastia es un procedimiento ampliamente utilizado para cambiar la forma y posición del mentón, ya sea por motivos estéticos o funcionales. Tiene menos complicaciones y mayor estabilidad en el tiempo en comparación a los injertos aloplásticos, por lo que es de elección en la mayoría de los casos. El diseño de la genioplastía debe permitir la movilización del segmento osteotomizado en los 3 sentidos del espacio. En aquellos casos en que se requiere un aumento en el sentido vertical, lo más propuesto es la interposición de un injerto entre los fragmentos.

Se presenta una técnica de genioplastía en forma de M para un aumento vertical y avance del mentón sin la necesidad de injerto de interposición. 5 pacientes con microgenia fueron intervenidos utilizando la técnica mencionada. Los pacientes evolucionaron favorablemente, con gran satisfacción por los resultados obtenidos.

La técnica de genioplastía en M es una cirugía de baja morbilidad, bajo costo y adaptable a la anatomía del paciente con resultados estéticos y funcionales óptimos. Se recomienda como opción en casos de microgenia moderada a severa.



TRATAMIENTO DE PARÁLISIS HEMIFACIAL PERMANENTE CON TÉCNICA DE MIOPLASTÍA TEMPORAL DE LABBÉ.

Autores: Dr. Hernán Pérez Gutiérrez, Dr. Leonardo Quezada Espinoza, Dr. Rodrigo Fariña Sirandoni.

La parálisis facial permanente es una secuela de etiología variada, cuyo tratamiento uno de los desafíos más grandes en cirugía plástica y maxilofacial. Como secuela implica un gran daño funcional, estético y psicológico.

Se presenta el caso de un paciente de género masculino de 60 años de edad que sufrió un accidente vascular encefálico a los 55 años, que le originó una parálisis hemifacial del lado izquierdo, la cual fue tratada mediante la técnica de mioplastía del musculo temporal descrita por Labbé, en la cual se produce una trasposición del tendón del musculo desde la coronoides hacía la zona del labio ipsilateral, creándose una sobre corrección del lado paralizado. Con una consecuente terapia física el paciente ha presentado una mejoría ostensible y sostenida en el tiempo, restituyendo satisfactoriamente la simetría facial en estática y dinámica.

La técnica de Labbé es facilmente reproducible por un cirujano bien entrenado, de baja morbilidad, mantiene la vascularización y es ajustable según el tipo de sonrisa. Por los buenos resultados obtenidos es que se recomienda la difusión y aplicación de este procedimiento cuando sea posible según el caso.



CASO CLINICO ANOMALIA DENTOFACIAL CLASE III ESQUELETAL

Autores: Dr. Juan Pastor, Dr. Ricardo Puentes Palma, Dra. Ana Vera Alarcón, Dr. Fernando Cordova Franco.

Paciente sexo femenino, 32 años, Profesora Educación Física, sin antecedentes mórbidos relevantes, en tratamiento Ortodóncico por anomalía dentofacial Clase III desde hace 8 años en Hospital Regional de Concepción, en espera de Cirugía Correctora de los maxilares. Predisposición a tratamiento: buena.

Al examen clínico extraoral, la estética Facial Sagital: Perfil cóncavo, falta proyección áreas paranasales, Angulo Naso facial disminuido. Vertical: Asimetría Facial, con leve desviación mandibular hacia derecha, tercio inferior levemente aumentado con respecto a superiores.

Al examen intraoral se observa: Asimetría de la relación dentaria de las arcadas superior e inferior en sentido sagital y transversal, Líneas medias dentarias no coincidentes.

Relación labio dentaria de incompetencia labial en reposo, sonrisa franca muestra $\frac{3}{4}$ de incisivos.

En el análisis cefalométrico se establece una asimetría esquelética severa con leve desviación mandibular a la derecha, Clase III esquelética. Crecimiento rotacional anterior, Biotipo facial Braquifacial Severo con un eje facial cerrado.

Se confecciona VTO quirúrgico y se planifica Osteotomía maxilar tipo Le fort 1 de 5 mm de avance en bayoneta mediana y Osteotomía sagital de rama bilateral de retroceso de 7 mm. (de acuerdo a cirugía modelo) y centrado mandibular.

Se realiza cirugía modelo para confección de splint intermedio y final.

En el maxilar se fija con sistema de placas en L y tornillos 2.0 en zona anterior y suspensión en zona posterior. En la mandíbula se realiza Osteosíntesis con tornillos percutáneos.

Se realizan controles posteriores, inmediatos y tardíos cada 15 días, cada 3 meses y al año. Observándose una buena evolución, relación maxilar mandibular estable, cóndilos mandibulares en posición adecuada, oclusión estable, buena cicatrización de los tejidos blandos.



TRANSPOSICIÓN Y AGENESIAS DENTARIAS. REPORTE DE UN CASO.

Autores: Ezequiel Aaron Candia Burgos, Héctor Carrasco Moncada, Walter Ketterer Espinoza, Claudia Araneda Rodríguez

INTRODUCCIÓN: La agenesia dental es la ausencia de uno o más dientes y corresponde a una anomalía del desarrollo de origen genético. Su etiología se encuentra en una alteración durante el proceso de formación de la lámina dentaria. Se clasifica en hipodoncia, cuando existe ausencia de uno a seis dientes y oligodoncia, ausencia de seis o más dientes, en ambos casos excluyendo terceros molares. Anodoncia es la ausencia total de dientes. Los dientes más comúnmente afectados son incisivos laterales, segundos premolares y terceros molares, siendo más prevalente en dentición permanente. Transposición dental es el intercambio en la posición de dos dientes adyacentes. Se identifica una transposición completa cuando corona y raíz de los dientes involucrados intercambian posición, e incompleta cuando solo se limita a la corona, estando las raíces en posición normal. De etiología variada, ocurre más frecuentemente de forma unilateral y con marcada prevalencia en el maxilar, siendo el canino el diente más involucrado. **REPORTE DE CASO:** Paciente sexo femenino, 15 años, sin antecedentes mórbidos relevantes. Al examen intraoral se observa persistencia de canino temporal superior derecho 5.3 y segundo molar temporal inferior derecho (8.5). Ausencia de todos los premolares, excepto primer premolar superior izquierdo (2.4) rotado. Al examen radiográfico se observa canino permanente superior derecho (1.3) translocado con primer premolar superior derecho (1.4) no erupcionado, en evolución intraosea y 1/3 de formación radicular. Agenesia de primer molar inferior derecho (4.6), de segundos premolares superiores, de todos los premolares inferiores y de todos los terceros molares, excepto tercer molar inferior derecho no erupcionado, en evolución intraosea e impactado. Tras la anamnesis, se descarta exodoncia de dientes ausentes. Diagnóstico de oligodoncia por agenesia de 10 dientes permanentes. **CONCLUSIÓN:** Un correcto diagnóstico precoz a fin de instaurar un plan de tratamiento que permita un buen pronóstico y que involucre un enfoque multidisciplinario es necesario en este tipo de condiciones, que suelen acompañarse de diversos problemas funcionales y estéticos.



ACTUALIZACIÓN EN CIRUGÍA MAXILOFACIAL, EL AVANCE EN LOS SISTEMAS DE PLACA DE OSTEOSÍNTESIS.

Autores: Eduardo Rosas Labra, Javiera Salazar Calabrano, Dr. Claudio Huentequeo, Dr. Sergio Olate.

Los sistemas de placas son de gran uso en Traumatología Maxilofacial. Éstas funcionan por compresión de la placa contra la superficie externa del hueso dando rigidez y estabilidad. El objetivo de esta revisión es determinar los sistemas de placas de osteosíntesis actualmente utilizados. Se utilizaron los buscadores Pubmed, Sciencedirect, Cochrane y Scielo, entre los años 2005-2013, estudiándose trabajos que incluyeran el uso actual de los diferentes sistemas de placas.

Un sistema de placas rígido otorga la estabilidad necesaria para la cicatrización ósea primaria, lo cual es imposible mediante una fijación semirrígida. Actualmente las placas de bloqueo ofrecen mayor estabilidad, disminuyendo el dolor y la inflamación, siendo casi nulos a la tercera semana, hasta desaparecer a la sexta semana. Las placas de Titanio son el "gold standard", pero el desarrollo de los biomateriales produjeron una mayor utilización de placas y tornillos biorreabsorbibles; los materiales utilizados son polilactato, poliglicolactato y plidioxanona. Si bien existen dudas sobre la estabilidad de la fijación, el período de tiempo hasta su degradación, posibilidad de reacciones a cuerpos extraños, además de un alto costo y difícil manejo y adaptación; es una alternativa de tratamiento en pacientes pediátricos, ya que no obliga a reintervenir para su retiro, disminuyendo las probabilidades de interferir en el crecimiento y desarrollo mandibular, demostrando además ser bien toleradas y efectivas. En un estudio de 34 pacientes con fractura mandibular, se obtiene un 100% de cicatrización ósea primaria utilizando placas reabsorbibles de 2,5 mm con un 20% de complicaciones menores.

Existe una gama de sistemas de placas para fijación en traumatología maxilofacial. Las placas de bloqueo en la actualidad ofrecen ventajas, disminuyendo la inflamación y el dolor. Las desventajas del uso de placas reabsorbible mantienen a las placas de titanio como "gold standard", en pediatría son una alternativa de tratamiento efectiva.



TRATAMIENTO DE SECUELA DE FRACTURAS MANDIBULARES, RESOLUCIÓN DE UN CASO.

Autores: Dr. Claudio Huentequero, Dr. Alejandro Ostrosky, Dr. Mariano Miño, Dr. Fabian Cagnazzo, Dr. Sergio Olate.

Las Fracturas mandibulares son la tercera fractura más frecuente en el macizo facial (), siendo de manejo complejo y diferente a los distintos huesos de la cara. el objetivo de este trabajo es presentar una resolución de una secuela de fractura mandibular. Paciente sexo masculino de 12 años de edad, llega al hospital DURAND, Buenos Aires, Argentina con un politrauma y un Traumatismo Encéfalo-Craneano severo. El paciente sufrió fracturas múltiples sobre cuerpo mandibular derecho, distal al segundo molar, parasínfisis izquierda con rasgo de fractura a nivel distal del canino y fractura vertical de rama a nivel de la Coronoides con cabalgamiento; por diversos motivos no fue posible la Fijación Maxilomandibular. Luego de 3 meses el paciente presenta una mordida abierta con tope molar derecho e izquierdo, con fracturas evidentemente consolidadas. Se planifica la re-fractura y reducción de 2 de los 3 rasgos de fractura, la de cuerpo mandibular y la de parasínfisis. Además de la consolidación de las fracturas, el principal problema es la rotación hacia lateral del segmento entre las fracturas paramediana y de rama. Una vez re-fracturados los segmentos son reducidos mediante FMM, luego se realizó la reducción de la fractura de cuerpo, chequeo de oclusión y osteosíntesis de la fractura parasinfisiaria con dos placas al igual que la fractura de cuerpo. Debido a la refractura y al rasgo de fractura, se producen gaps que hacen propenso al hueso a una posterior pseudoartrosis, por lo que se decide injertar hueso autógeno de Tibia en ambos defectos. Después de 3 meses desaparecen todas las secuelas, sin pseudoartrosis, ni maloclusiones y la devolución de estética orofacial. Se puede concluir que la resolución de las secuelas de fracturas mandibulares múltiples son tratamientos complejos, que presentan resultados favorables en manos de profesionales indicados.



**PREVALENCIA DE ANOMALÍAS DENTOMAXILARES EN NIÑOS DE 2 A 12 AÑOS
DERIVADOS AL HOSPITAL LAS HIGUERAS PARA ATENCIÓN DE ESPECIALIDAD DE
ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTOMAXILAR DESDE CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PAULINA AVENDAÑO PEREDA PERIODO 2012-2013**

Autores: Natalia Belén Gil, Paulina Ignacia Brevis Morales, Constanza Belén Bravo Cortes, María Jesús Moya García.

Introducción: Malos hábitos y otros factores pueden alterar el desarrollo orofacial, manifestándose clínicamente como Anomalías Dentomaxilares. Estas constituyen la tercera patología bucal más prevalente a nivel nacional, convirtiéndose en una problemática relevante para la salud pública del país. Como la atención que requieren estos pacientes es de especialidad, donde los pacientes deben ser derivados, sumado a su alta prevalencia crea el conocido problema de las listas de espera.

Objetivo: Determinar prevalencia de anomalías dentomaxilares en niños de 2 a 12 años del Hospital Las Higueras derivadas desde CESFAM Paulina Avendaño en los años 2012-2013

Materiales y Métodos: Modelo cuantitativo de temporalidad transversal. La muestra corresponde al total de pacientes entre 2 y 12 años pertenecientes al CESFAM Paulina Avendaño Pereda, que han recibido atención dental y que al diagnosticársele una anomalía dentomaxilar fueron derivados mediante interconsulta al Hospital Las Higueras de Talcahuano para recibir atención de especialidad de ortodoncia.

Resultados y Discusión: Se estableció una prevalencia correspondiente al 48.1%. Con estos altos valores de prevalencia, se puede reafirmar la relevancia de esta patología en Chile, confirmando la necesidad de tratamiento e importancia del cumplimiento de los objetivos sanitarios de salud bucal de prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en niños y adolescentes, con énfasis en los más vulnerables, establecidos por el Ministerio para el 2011-2020. Dentro del 48.1% un 78%, constituyen la lista de espera, y los pacientes ya en tratamiento, tuvieron un tiempo de espera promedio de 12.6 meses, respondiendo a la alta demanda que sufre el Hospital Higueras como centro de referencia, situación similar a lo largo del país.

Conclusión: Las anomalías dentomaxilares son una patología bucal altamente prevalente a nivel nacional con altas demandas por atención que se reflejan en las listas de espera, un importante problema a solucionar. Soluciones a largo plazo deben responsabilizar a los odontólogos APS, intensificar la prevención, no desligarse inmediatamente realizando la derivación. Tener pleno conocimiento de los protocolos de referencia y criterios de selección de estos o establecer normas de derivación propias de cada centro, unificando criterios.



EFICACIA DE LA MONOETANOLAMINA COMO TRATAMIENTO NO QUIRÚRGICO EN HEMANGIOMA

Autores: Sebastian Parra Lobos, Daniela Quiñinao Silva, Dr. Voltaire Navarrete Rozas.

Objetivo: Presentar la eficacia del tratamiento no quirúrgico mediante el uso de un esclerosante en un hemangioma cavernoso en el policlínico maxilo facial del CDT del HHA Temuco.

Los hemangiomas son una lesión de tipo neoplásica vascular benigna y su clasificación más aceptada hasta hoy es la de Mulliken y Glowacki. Otra clasificación lo hace dependiendo sus características clínica, puede ser en superficial o capilar, o bien, profunda o cavernosa. El tratamiento puede ser quirúrgico; embolización aislada, embolización aislada más resección o únicamente resección, también puede ser tratamiento medicamentoso como corticoides, nieve carbónica y en el presente nos interesa enfocarnos en el tratamiento con esclerosante.

Paciente Femenina 14 años de edad, sin antecedentes médicos de importancia llega al servicio dental del CDT en el Hospital Regional de Temuco Dr. Hernán Henríquez Aravena al policlínico Maxilo Facial. Motivo de interconsulta aumento de volumen de bordes definidos de coloración azul violácea de 1 cm de diámetro en la cara dorsal de la lengua, derivada de su consultorio. Evolución de la lesión de hace varios años pero en el último tiempo ha tenido molestias y sangramiento. Al examen intraoral paciente sin lesiones ulcerativas ni complicaciones en relación a la lesión. Se realiza digitopresion buscando signos de isquemia para realizar diagnostico diferencial de otras alteraciones como nevo, sarcoma de kaposi y granuloma piógeno

Diagnostico: Hemangioma cavernoso. **Tratamiento:** Se decide infiltrar monoetanolamina 5% de concentración, 1ml intralesional según características clínicas en dos sesiones a la 1º sesión y en la 3º semana desde la primera punción. **Resultado:** Se logro una regresión total de la lesión. No se encontraron reacciones adversas al medicamento, las sensaciones descritas en la literatura científica como ardor, tumefacción, dolor no fueron reportadas por el paciente.

Conclusión: Se ha probado la eficacia del tratamiento esclerosante, no quirúrgico mediante la utilización de monoetanolamina. En este caso se evidencia una regresión completa de la tumoración permitiendo que esta lesión sea tratada mediante un medio no quirúrgico en una zona que sería difícil de tratar quirúrgicamente y que incluso reportaría mayores molestias para el paciente.



TRATAMIENTO INTERDISCIPLINARIO DE UNA FRACTURA CORONORADICULAR COMPLICADA: REPORTE DE CASO

Autores: Caro, N.; Candia, J.; Uribe. D.

Introducción: La fractura coronoradicular complicada afecta al esmalte, dentina, y cemento exponiendo la pulpa dental. A menudo se extiende bajo del margen gingival y su extensión apical por lo general no es visible radiográficamente, por esto se recomiendan exposiciones periapicales y oclusales. El tratamiento debe ser multidisciplinario envolviendo diferentes especialidades como endodoncia, ortodoncia y prostodoncia.

Presentación del caso: Paciente sexo masculino 19 años, acude a la clínica odontológica de la Universidad Austral, por dolor dental de tipo severo, provocado y persistente producto de una caída que impactó en los dientes anterosuperiores. El diagnóstico clínico fue fractura corono radicular complicada en diente 2.2 sin desprendimiento del fragmento y el diagnóstico pulpar, mediante test de sensibilidad pulpar, fue pulpitis irreversible sintomática con periodontitis apical sintomática. Para evaluar el rasgo de fractura se tomó radiografía siguiendo los principios de fistulografía lo que demostró que el rasgo de fractura palatina estaba 2 mm bajo la cresta ósea. **Tratamiento:** Se extrajo el fragmento y se realizó gingivectomía palatina y cauterización para que este fragmento sirviera de provisional para el tratamiento endodóntico. Posterior al tratamiento de endodoncia se instaló un arco activo de extrusión metálico desde 1.1 a 2.4 para extraer la pieza para su posterior rehabilitación que se mantuvo por 4 semanas, luego de 6 meses se realizó una cirugía para ancho y un año después se procedió a rehabilitar el diente mediante PFU metal cerámica anclada a conducto con perno muñón colado, actualmente el diente está asintomático en control cada 6 meses. **Discusión:** Es fundamental para el Odontólogo tener conocimientos sobre el manejo de una situación de Trauma dentoalveolar, debido a que el oportuno actuar del profesional y las características del trauma determinan el pronóstico de la pieza traumatizada. **Conclusión:** El tratamiento interdisciplinario es fundamental en casos de traumatismos de este tipo. Donde la extrusión ortodóncica es una buena alternativa en pacientes jóvenes en donde el compromiso estético y la funcionalidad son importantes.



TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE FRACTURA MANDIBULAR CONMINUTA, REPORTE DE UN CASO

Autores: Juan Gatica Corrales, Romina Pedreros, Alfredo Becerra Reyes, León Campos Román.

El tratamiento de fracturas conminutas de la mandíbula es un reto debido tanto a la gravedad de las lesiones asociadas con este tipo de fractura, y la falta de consenso en cuanto al método^{1,2}. Existen dos enfoques distintos para el tratamiento de fracturas conminutas de la mandíbula: reducción cerrada con fijación intermaxilar, que es el tratamiento más antiguo y clásico, y la operación quirúrgica abierta y fijación interna^{3, 4,5}. La tasa de morbilidad de la reducción cerrada es menor, pero, con la llegada de la moderna anestesia y antibióticos, la cirugía abierta se ha vuelto más frecuente^{7,8}. La fijación interna estable se realiza utilizando placas, miniplacas y/o tornillos de osteosíntesis^{9, 10}. La ventaja de este enfoque es que hay una reducción más precisa de los fragmentos, con la posibilidad de la función temprana mediante la eliminación o la reducción del tiempo del bloqueo intermaxilar^{9,10,11}. Este trabajo, hablará principalmente de esta última, abordando un caso complejo de fractura.

Caso Clínico

Hombre de 69 años sin antecedentes mórbidos relevantes, ingresa al SAPU del Hospital Higuera producto de un fuerte trauma sufrido a causa de la manipulación de un disco de pulido de una galletera, en la zona perimandibular derecha y mentoniana, que le causó un corte profundo transfixiante en la zona de 8 cm aproximadamente, que la comunica con el piso de boca y región submandibular, con mucho dolor, sangrado y edema. Al examen clínico se observa una fractura mandibular expuesta con muchos fragmentos de huesos lo que le causa al paciente serias dificultades en la apertura bucal con desviación a la derecha de la mandíbula, con gran movilidad de la apófisis alveolar de la zona de los incisivos.

Método Diagnóstico

Luego de controlar la hemorragia suturando las heridas externas e intraorales, se decide realizar examen radiográfico. Para lo cual se toma un TAC de la zona, que, luego ser informado por el radiólogo nos dio el informe de fractura parasinfisiaria derecha con rasgo oblicuo conminuta. Descenso rama derecha con cabalgamiento. No se observa alteraciones de arquitectura en hemimandíbula izquierda.

Tratamiento Efectuado

Se decide realizar tratamiento quirúrgico bajo anestesia general, realizando el abordaje extraoral para llegar a la fractura aprovechando la herida facial, realizando aseo y hemostasia con gasas con espercil 500mg. Luego se realiza la eliminación de fragmentos necrosados y regularización de los fragmentos. Se hace la reducción mediante gancho de tracción de tracción y contensión con placa de reconstrucción 2.4 de 12 orificios y 8 tornillos. El fragmento mentoniano adherido a los músculos se repone y mantiene en posición con 2 tornillos Lag-Screw. Luego de comprobar la reducción y dejar el borde basilar anatómico, se realiza el aseo y hemostasia, se realiza el cierre de la herida por planos utilizando vycril 3-0 intraoral y ethilon 5-0 para piel. No se realiza bloqueo intermaxilar ya que el paciente es edéntulo en la zona posterior. Los controles post-operatorios fueron satisfactorios.



OSTEOSARCOMA PAROSTAL MAXILAR: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO.

Autores: Dr. Leonardo Quezada Espinosa, Dra. Matilde León López, Dr. Hernán Pérez Gutiérrez, Dr. Cristián Núñez Baeza.

Introducción

La mayoría de los casos de osteosarcomas (OS) en la región cráneo facial son lesiones tumorales malignas de alto grado. Los OS en los maxilares y la mandíbula, en comparación con los de los huesos largos, se desarrollan en pacientes adultos. Dentro de la subclasificación de estos tumores óseos, encontramos los OS de superficie, que se subclasifican en 3 tipos: Periostal, de superficie de alto grado y Parostal.

Problemática del caso

El Osteosarcoma Parostal (OP), descrita por primera vez en la región cráneo facial en el año 1961, es una entidad bastante rara de bajo grado de agresividad, que al año 2010 solo se han reportado 12 casos en la literatura inglesa. De ahí su importancia de reconocer este subtipo de OS, ya que el avance en su tratamiento ha dado lugar a un aumento significativo de las tasas de supervivencia de los pacientes.

Caso clínico

Paciente masculino de 29 años de edad consulta al Servicio de Cirugía Oral y Maxilo Facial del Complejo Asistencial Barros Luco por un aumento de volumen localizado en la región anterior del maxilar izquierdo, de un año de evolución, de consistencia dura, e indoloro. Paciente no relata alteración de sensibilidad de la zona ni desplazamiento de estructuras dentarias. Al examen físico se observa una masa de tamaño aproximado de 10 x 7 x 4 mm en la zona vestibular a dientes 9 y 10, recubierta por mucosa sin signos de ulceración. No se evidencia linfadenopatía regional. Se solicita una tomografía computarizada de la zona con y sin contraste donde se aprecia una lesión hiperdensa, de densidad similar a hueso cortical (800 UH), que crece desde su base con un pedículo más hipodenso. La cortical alveolar se observa aparentemente intacta, no apreciándose signos de invasión y de reabsorción o desplazamiento dentario, imagen sugerente de una lesión tumoral de tipo calcificante de baja agresividad. Se realiza biopsia escisional de la lesión. El diagnóstico histológico definitivo fue de OP.

Tratamiento

A la fecha el paciente no ha recibido tratamiento definitivo, el cual consiste en la resección en bloque con márgenes de seguridad de la zona comprometida.



QUISTE ÓSEO TRAUMÁTICO: REVISIÓN DE LA LITERATURA EN RELACIÓN A DOS CASOS.

Autores: Dr. Pablo Reyes Olave, Dr. Juan Francisco Domínguez Díaz, Dr. Rodrigo Muñoz Cortes.

Introducción: El quiste óseo traumático es una lesión pseudoquistica, intraósea desprovista de recubrimiento epitelial y ocasionalmente con presencia de contenido seroso y/o hemático.

Caso Clínico nº 1: Paciente sexo masculino, 16 años, asiste a su control ortodoncico de rutina presentando una lesión radiolúcida, ubicada entre piezas 3.5 a 3.8. Clínicamente asintomática. Se solicitan radiografías previas y tomografía computarizada Cone Beam de la zona. Se planificó intervención quirúrgica, con diagnósticos presuntivos de ameloblastoma, tumor odontogenico queratoquistico y quiste oseo traumatico. Durante la cirugía se observo una cavidad sin tejido epitelial. Se efectuó un frotis y biopsia de la zona confirmando el diagnóstico de quiste oseo traumatico.

Caso Clínico nº2: Paciente, sexo femenino, 13 años, se encuentra lesion radiolucida en la zona de sínfisis mandibular. Se realiza Tomografía Computarizada Cone Beam de la zona planificando la intervención quirúrgica, obteniendo como diagnostico quiste oseo traumatico.

Discusión y Conclusión: El diagnóstico correcto del quiste oseo traumatico evita tratamientos incorrectos como desvitalizaciones, exodoncias. La etiología aparente de estas lesiones es de origen multifactorial, encontrando como factor etiológico prevalente el trauma dentario el cual se presenta de diversas formas.



MANEJO QUIRÚRGICO DE LAS COMUNICACIONES BUCO-SINUSALES, REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Autor: Pablo Muñoz.

Una comunicación buco-sinusal (CBS) es una condición patológica en donde existe solución de continuidad entre la cavidad oral y el seno maxilar, con la consecuente pérdida de tejidos duros y blandos que los separan.

La técnica más aceptada para el cierre de las CBS es el colgajo vestibular descrito por Rehrmann, usada en un 18,2 a 87,2% de los casos , esta técnica comprende el diseño de un colgajo trapecoidal para cubrir la lesión.

Otra técnica es el colgajo de rotación palatino, ampliamente probada y muy exitosa. La técnica comprende el diseño de un colgajo palatino, respetando el trayecto de la arteria palatina mayor, y su posterior rotación hacia la CBS.

Cuando las técnicas antes mencionadas han fallado, el colgajo de bola adiposa de Bichat es una buena elección. Esta técnica consiste en la realización de un colgajo surcular al borde de la CBS, luego, se localizara la porción bucal de la bola adiposa, la cual es traccionada hasta lograr el cierre de la CBS.

La técnica Bony Press-Fit busca el cierre de la CBS mediante la introducción de un injerto óseo a presión en la lesión, obliterando y brindando base ósea a la comunicación.

Otra nueva alternativa a las medianas y grandes CBS es la utilización de cartílago nasal septal. En el procedimiento se toma el injerto en una primera fase nasal, luego en la fase oral se acomoda el injerto de forma tal que oblitere la CBS, luego se fija con sutura y se cubre con un colgajo vestibular ⁽¹²⁾. El cartílago auricular es otra alternativa a esta técnica.

Cuando la posibilidad de rehabilitación con implantes está la técnica utilizada es "Lee technique", donde se prepara en primera instancia la zona de la CBS, con un colgajo trapecoidal y luego la zona donante de hueso (mentón o retromolar), para después elevar el seno maxilar y subsecuentemente instalar el injerto óseo en la lesión.

El manejo quirúrgico es esencial en las lesiones mayores a 5mm, a este respecto las técnicas son variadas y dependerá del tamaño de la CBS, tiempo transcurrido desde el diagnóstico, presencia de infección entre otros para escoger la adecuada a cada situación clínica y sin duda las nuevas técnicas traen un importante aporte al tratamiento de esta lesión.



ROMERO Y SUS POSIBLES USOS EN LA ODONTOLOGÍA (REVISIÓN DE LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS)

Autores: Dra. Karol Villarroel Arriagada, Dra. Angélica Fonseca Landeros.

Introducción: Debido a la creciente resistencia a los medicamentos de uso común en la práctica clínica, la disponibilidad de tratamiento eficaz se reduce siendo necesario la búsqueda de nuevas alternativas. En el último tiempo los elementos de origen vegetal son una opción para los preparados sintéticos. Sus efectos junto a numerosos estudios muestran que diferentes hierbas y sus componentes poseen propiedades útiles relativas a la salud humana. **Objetivos:** Mostrar una terapia natural con evidencia científica teórica y experimental, para su uso en el área odontológica y de este modo complementar las terapias convencionales, debido a su importancia cultural en el colectivo de los pacientes y el mal uso de fármacos en esta época. **Materiales y Métodos:** Se realizó una búsqueda bibliográfica con la finalidad de identificar literatura científica disponible de los últimos 10 años en las bases de datos ScienceDirect, SpringerLink, Francy & Taylor Online, PubMed, Scielo, MedLine. De 43 textos relacionados con ROSEMATY, ROSEMATY & ORAL, ROSEMATY & DENTAL, se seleccionaron 14 que hablaban directamente la hierba y/o con su relación con el área dental. Se excluyeron aquellos referentes a fisiología y cultivo. **Resultados:** El romero (de la familia Lamiaceae) posee aceites esenciales con componentes biológicamente que le da propiedades antibacterianas, antifúngicas y antioxidantes. Estudios in vitro han demostrado que la acción en comparación con la clorhexidina, parece tener un mayor efecto en el control del bio-film oral frente a diferentes cepas siendo *explicada por* su composición química variada, sumando además que una de sus características el ser hidrófobas. Su acción anti-fúngica se centra en cepas dermatomycetes y también en la *Candida Albicans*. Y la acción de esta hierba en combinación con otras como es el clavo de olor, menta, albahaca, salvia, orégano, entre otras, potencia su acción siendo un buen complemento a algunos antibióticos potenciando su acción o ampliando su espectro. **Discusión:** Analizando la información encontrada en la revisión podemos deducir que es un buen complemento en las acciones quirúrgicas en el área dental como son exodoncias simples hasta acciones más invasivas en el área maxilo-facial, donde la finalidad post-quirúrgica es la correcta cicatrización del área tratada como la prevención de infecciones. Siendo también útil en patologías prevalentes en áreas de prótesis removible, como en otras que involucren ulceraciones e infecciones. **Conclusiones:** Corresponde a una alternativa o complemento un elemento de carácter natural. Al tener un amplio marco de seguridad y variadas acciones, puede tener un uso amplio en la rama de la odontología.



1er SIMPOSIUM DE CIRUGÍA ORAL Y MÁXILOFACIAL DEL SUR DE CHILE