



CIALACIBU 2025

XXIV Congreso Internacional

2 al 5 de noviembre de 2025

Libro de Resúmenes



Barceló Bávaro Centro de Convenciones
Punta Cana - República Dominicana

ÍNDICE

03 Información científica

05 Listado comunicaciones Orales y E-Pósteres

36 Resúmenes

392 Índice de autores



Información general sobre las Presentaciones Orales

- Hay **2 tipos de presentaciones orales**:
 - **Orales de Residente**: se presentarán en la sesión Encuentro de Residentes, en el Salón Bávaro 2, el domingo 2 de noviembre de 8:00 a 12:50.
 - **Orales de Cirujano**: se presentarán en la sesión Trabajos Libres – Cirujanos, en el Salón Bávaro 3, el domingo 2 de noviembre de 8:00 a 12:50.
- Puede consultar la distribución completa de todas las sesiones de trabajos libres en la página [web del Congreso](#).
- **Descargue la plantilla oficial** para la realización de su presentación.
- La duración total de cada presentación oral es de **10 minutos: 8 minutos para la exposición y 2 minutos para preguntas**.
- Le rogamos **respetar estrictamente el tiempo asignado**, ya que es fundamental para el buen desarrollo de la sesión.
- Las **salas estarán equipadas con recursos audiovisuales básicos**: proyector, sistema de sonido, micrófonos y una computadora para proyectar presentaciones.
- **No se permite el uso de computadoras personales**.
- Si no recuerda el **detalle completo de su participación: fecha, hora, sala y horario de exposición**, por favor, consulte con la Secretaría Técnica en el correo: congresocialacibu@bcocongresos.com

Instrucciones para la descarga de Presentaciones Orales

- Los autores de comunicaciones orales deberán **traer su presentación en una memoria USB y entregarla al técnico de la sala** correspondiente (Bávaro 2 o Bávaro 3) el mismo día de la presentación, con suficiente antelación. El centro de convenciones estará abierto desde las 7:00 h.
- Todas **las presentaciones deben entregarse en formato PDF**. No se permiten animaciones, vídeos, ni transiciones.
- **El número de diapositivas debe ajustarse al tiempo disponible** (8 minutos de exposición).

Información general sobre los E-Póster

- El formato de los pósteres será digital (**E-Póster**).
- **Todos los E-Pósters estarán disponibles en las pantallas interactivas** ubicadas en el pasillo principal del Congreso, que da acceso a las salas.
- **No habrá defensa presencial de los trabajos.** No obstante, el Comité Científico revisará y evaluará todos los E-Pósters presentados y premiará a los mejores al finalizar el Congreso.
- **Revise detenidamente las instrucciones** para la creación de su E-Póster.
- **Acceda a la plataforma para subir su E-Póster** a través del enlace que le proporcionaron y siga las instrucciones que se detallan. El proceso es muy sencillo e intuitivo.
- La fecha límite para recibir su E-Póster es el **miércoles, 15 de octubre**.

Instrucciones para crear su E-Póster

- Antes de comenzar a diseñar su E-Póster, **descargue y utilice la plantilla oficial.** Esta contiene las dimensiones y formato correctos para su creación.
- El E-Póster debe ser creado en **una única diapositiva vertical** (formato VERTICAL) y guardado en **un archivo PDF.** Máximo: 1 diapositiva.
- El **diseño es libre** y puede realizarse según lo que cada autor considere más adecuado, pero le ofrecemos a continuación unas **recomendaciones para el diseño:**
 - Utilice fuentes como **Arial, Tahoma o Verdana.** El tamaño mínimo de fuente debe ser 28 pt.
 - Use un **fondo blanco o claro,** con colores de alto contraste para el texto.
 - **Inserte las imágenes directamente** en la diapositiva; evite usar enlaces o vínculos externos.
- **No se permiten animaciones ni efectos.**

Comunicaciones Orales - Cirujanos

OC-01 Descripción de las complicaciones en la cirugía de terceros molares sin el uso de profilaxis antibiótica, realizadas por el postgrado de Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial en la clínica odontológica de la Universidad Andrés Bello. Santiago. Chile.

Dr. Sandra Montero¹, Dr. Oscar Badillo¹

¹Unab, Santiago, Chile

OC-02 Fotobiomodulación y Campo Electromagnético Pulsado como Coadyuvantes en el Tratamiento de la Osteonecrosis de los Maxilares Relacionada con Medicamentos (MRONJ): Un Estudio Piloto.

Dr. Andre Carvalho Rodríguez¹, Dr. Carlos Eduardo Xavier Santos Riberio Silva¹, Dra. María Cristina Chavantes¹

¹Universidade Nove de Julho, São Paulo, Brasil

OC-03 Fibroma osificante trabecular juvenil terapia conservadora: caso clínico

Dr. Tomas Alfredo Beltrán Gomez¹, Dr. José Bernardo Moreno Zarate¹

¹CEOMED, Rancagua, Chile

OC-04 Mixoma mandibular, resección total y reconstrucción con colgajo microvascular de peroné, presentación de caso clínico

Dr. Carlos Manuel Roa Encarnacion¹

¹UMAE Hospital de Pediatría del CMO, IMSS, Guadalajara, México

OC-05 Reconstrucción mandibular con injerto de cresta iliaca para tratamiento de queratoquiste

Dr. Edder Chamorro¹

¹Clínica Venturelli, Buenos Aires, Argentina

OC-06 Papel de la navegación quirúrgica en cirugía ortognática

Dr. Francisco Jesús Alamillos Granados¹, Dr. Orlando Estévez Cordero¹, Dra. Alicia Dean^{1,2}

¹Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba, Córdoba, España, ²Instituto de Investigación Biomédica de Córdoba. IMIBIC, Córdoba, España

OC-07 Enfoque Conservador en Ameloblastoma Uniquístico: Preservación Mandibular y Condilar en un Paciente en Crecimiento

Dr. Alejandro Venturelli¹

¹Hospital Pirovano, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

OC-08 Customized titanium mesh implant with radial forearm free flap for reconstruction of complex frontal defect

Dr. Jorge Antonio Núñez Paredes¹, Dr. Víctor Vega Barreto¹, Dr. Julio Acero Sanz¹

¹Hospital Ramón Y Cajal. Servicio de cirugía Maxilofacial., Madrid, España

OC-09 Comparativo da resistência mecânica entre placa convencional e experimental usadas para estabilização da maxila em procedimentos de cirurgia ortognática

Dr. Fábio Tadeu Ferreira Rodrigues¹, Dr. Lucas Cavalieri Pereira², Dra. Patrícia Siqueira da Silva Barcellos³

¹São Leopoldo Mandic, Campinas, Brazil, ²São Leopoldo Mandic , Campinas, Brasil, ³São Leopoldo Mandic , Campinas, Brasil

OC-10 Evaluación por TC de las estructuras nasales después de la cirugía ortognática

Dr. Bruno Nifossi Prado¹, PHd Lucas Cavalieri Pereira¹, DDS Juliana Nifossi Prado¹

¹São Leopoldo Mandic, São Paulo, Brasil

OC-11 Síndrome de Shimmelpenning: reporte de un caso

Dra. Johana Marengo¹, Dr. Alan Ponce

¹Hospital Eva Perón, Granadero Baigorria, Argentina

OC-12 Planificación digital en cirugía maxilofacial

Dr. Jorge Benitez¹

¹jefe residente hospital Penna, Bahía blanca, Argentina

OC-13 Cirugía ortognática y feminización facial simultánea usando planeación virtual, guías de corte y posicionamiento y placas a la medida

Dr. José Domínguez Mejía¹, Ing. Catalina Isaza Falla²

¹Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia, ²inmmetec, Medellín, Colombia

OC-14 6 años de evaluación funcional de pacientes posoperados de artroscopia de la ATM, desde nivel 1 hasta nivel 3

Dr. Víctor Hugo González Angulo¹

¹Privado, Mazatlán, México

OC-15 Reemplazo total de la articulación temporomandibular. Nuestra experiencia. Resoluciones y complicaciones.

Prof. Graciela Giannunzio¹

¹Hospital Gral. de Agudos Gral Manuel Belgrano, San Martín, Argentina

OC-16 Tratamiento quirúrgico conservador de la anquilosis de la articulación temporomandibular bilateral en paciente pediátrico

Dr. Omar Antonio Campos Valenzuela¹, Dr. Hiroshi Concha CusiHuallpa¹

¹Hospital Essalud Alberto Sabogal Sologuren, Lima, Perú

OC-17 Abordaje quirúrgico en reconstrucciones primarias y secundarias de fracturas del tercio superior facial, serie de casos

Dr. Anizzolavo Jesús, Dr. Luiz Lobo

¹Hospital Santa Paula, São Paulo, Brasil

OC-18 Tips and trips al momento de tratar fracturas del proceso condilar mandibular

Dr. Federico Bareiro¹

¹traumatocenter, Asunción, Paraguay, ²Hospital de Trauma Manuel Giagni, Asunción, Paraguay

OC-19 Terapia Fotodinámica en el tratamiento de necrosis gingival relacionada con Pseudomonas aeruginosa en paciente inmunosuprimido: Relato de Caso

Dra. Elide Caccelli¹

¹Hospital Santa Marcelina, São Paulo, Brasil

OC-20 Macroglosia y Mordida Abierta. Revisión y Tratamiento

Dra. Daniela Espinoza Espinoza¹, Dr. Mauricio Barreda Hale², Dra. Constanza Gavilán

Tordecilla¹, Dr. Jorge Altamirano Jara¹

¹Universidad Mayor, Santiago, Chile, ²Hospital del Salvador, Santiago, Chile

OC-21 Manejo de Quemaduras en dorso nasal post rinoplastia

Dr. Christian Paul Alanuca Chumbi¹, Dr. Paolo Verona, Dra. Liseth Chacón

¹Aecomf, Cuenca, Ecuador

OC-22 Relación y clasificación de la deformidad esquelética y nasal

Dra. Kleidy María Pabón Barrios¹, Dr. Paolo Verona, Dr. Leober Moro

¹CIMAX Unidad de Cirugía Ambulatoria, Lechería, Venezuela

OC-23 Reconstrucción funcional maxilomandibular. Mas allá de la supervivencia del colgajo

Dr. Camilo Mosquera¹

¹University of Texas Medical Branch, Galveston, Estados Unidos

OC-24 Reconstrucción labial inferior tras resecciones oncológicas con el colgajo funcional de "Yu"

Dra. Alicia Dean^{1,2}, Dr. Orlando Estévez Cordero¹, Dr. Francisco Jesús Alamillos Granados¹
¹Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España, ²Instituto de Investigación Biomédica de Córdoba. IMIBIC, Córdoba, España

OC-25 Granuloma central de células gigantes, resección en bloque y reconstrucción con colgajo microvascularizado de fíbula. Presentación de un caso clínico

Dra. Margarita Contreras López¹

¹Umae Hospital De Pediatría CMNO, Guadalajara, México

OC-26 Secuelas y resolución de casos con el método Asensio. Integrando la realidad de hoy en el manejo de labio y paladar hendido con la praxis que se persigue para el futuro

Dra. Linette Martínez Lara¹, Dra. Andreina González¹, Dr. Rodolfo Asensio Guerrero¹,
Dr. Rodolfo Asensio Mármol¹

¹Centro Infantil de Estomatología , Guatemala

Comunicaciones Orales - Residentes

OR-01 Manejo conservador de la osteonecrosis de los maxilares asociada a bifosfonatos en pacientes con implantes dentales: Reporte de dos casos

Dra. Daniella Fernanda Núñez-Díaz¹, Dr. Jaime Hidalgo-Chávez¹, Dr. Manuel Arrascue-Dulanto¹

¹Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú

OR-02 Abordaje bicoronal con asistencia endoscópica para resección de mucocele orbitocraneal recidivante y reconstrucción anatómica

Dr. Marcos Valdés Fraga¹, Dr. Andrés León, Dr. Leonardo Orellana

¹Universidad Ute, Quito, Ecuador, ²Hospital de Especialidades No. 1 de la Policía Nacional – Quito, Quito, Ecuador

OR-03 Reconstrucción mandibular con colgajo microvascular de peroné tras fracaso de prótesis personalizada

Dr. Noel Alejandro Ibáñez Radillo¹, Dr. Jorge Alfredo Reynaga Martínez, Dr. José Leandro Ernesto Lucio Leonel

¹ENES, UNAM, COLIMA, México

OR-04 Tratamiento de Fibroma Ameloblástico mediante mandibulectomía y reconstrucción con prótesis customizada

Dra. Karen Lilian Morales Martinez¹

¹ISSSTE, Ciudad de México, México

OR-05 Manejo de microsomnia hemifacial severa, tratamiento enfocado en cirugía ortognática y reemplazo de articulación temporomandibular

Dr. Daniel López¹, Dr. Jorge Paez^{1,2}

¹Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia, ²Hospital Universitario Mayor Mederi, Bogotá, Colombia

OR-06 Exéresis de Schwannoma originado en el nervio infraorbitario mediante abordaje transconjuntival con cantotomía lateral: Reporte de un caso

Dr. Jonathan Panchi Lasluisa¹, Dra. Virgen Acuña Peña², Dr. Sebastián Alvarez¹

¹Uce, Quito, Ecuador, ²Hospital Docente de Calderón, Quito, Ecuador

OR-07 Angiofibroma nasofaríngeo: estrategia eficaz de hemostasia durante el abordaje quirúrgico

Dra. Julia Esther Kattan Rodriguez¹, CMF Juan José Guifarro Sierro², CMF Hugo Romero Alvarenga^{2,3}

¹Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México, ²Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras, ³Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa, Honduras

OR-08 Manejo quirúrgico-funcional de fisura de tessier 3, 4 y 5 con anoftalmia bilateral. Presentación de un caso clínico

Dra. Jessy Nicole Zúñiga García¹, CMF. Mauricio González Rebuttú y Gonzalez¹

¹Hospital Regional Primero de Octubre, ISSSTE, Ciudad De México, México

OR-09 Manejo quirúrgico de linfoma de la zona marginal extraganglionar del tejido linfoide asociado a mucosas con depósito de amiloide

Dr. Manuel Arturo Romero de la Vega¹, Dr. Luis Alberto Montoya Pérez¹, Dr. Juan José Trujillo¹

¹Hospital Juárez de México, Ciudad De México, México

OR-10 Granuloma Central de Células Gigantes en Región Maxilar: Correlación Clínico-Radiológica y Enfoque Quirúrgico. Reporte de un Caso

Dr. Gabriel Acevedo¹, Dr. Tebel Izquier

¹Hospital General Del Este "Dr. Domingo Luciani", Caracas, Venezuela

OR-11 Tromboembolismo pulmonar como complicación postoperatoria en cirugía ortognática

Dra. Constanza Paz Gavilán Tordesilla¹, Dr. Juan José Cortés Santander^{2,3}, Dra. Daniela Espinoza Espinoza¹

¹Universidad Mayor, Santiago, Chile, ²Clínica Universidad de los Andes, Santiago, Chile,

³Hospital Regional de Antofagasta, Antofagasta, Chile

OR-12 Efecto de la inyección intra-articular de ácido hialurónico en el tratamiento de dolor de la articulación temporomandibular

Dra. Nadia Elizabeth Ramírez Guzmán¹, Maestro Jorge Chaurand Lara¹

¹Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, CDMX, MEXICO

OR-13 Mucormicosis rino-orbito-cerebral (MROC): experiencia en el Hospital Dr. Franco Ravera Zunino (HFRZ) en 10 años

Dr. Benjamín Puente Martínez¹, Dr. Ricardo Sepúlveda Quezada², Dra. Sandra Montero Riffo^{1,2}

¹Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile, ²Hospital Dr. Franco Ravera Zunino, Rancagua, Chile

OR-14 Efectos de la proteína ósea morfogenética en la regeneración del ancho biológico periimplantario

Dra. Franyelis Daniela Paglia Peña¹, Dr. Henry Arturo García Guevara, Dr. José Gabriel Zambrano, Dr. José Ramon Russian

¹Hospital Universitario De Caracas, Caracas, Venezuela

OR-15 Prevalencia de Mialgia Masticatoria en el servicio de Cirugía Maxilofacial del Centro Médico Nacional “20 de noviembre”

Dr. José Julio Magaña Quiñones¹, Dra. Laura Leticia Pacheco Ruiz¹, Mtro. Jorge Chaurand Lara¹

¹Hospital 20 de noviembre, CDMX, México

OR-16 Uso de policaprolactona funcionalizada con Histatina-1 como biomaterial para la reconstrucción de defectos óseos críticos craneofaciales. Un estudio in vivo

Dr. David González-quintanilla¹, Dr. Vicente A. Torres^{2,3,4}, Dr. Luis Cordova^{5,6,7}

¹Facultad de Odontología, Universidad De Chile, Santiago, Chile, ²Instituto de Investigación en Ciencias Odontológicas, Facultad de Odontología, Universidad de Chile, Santiago, Chile, ³Centro Avanzado de Enfermedades Crónicas (ACCDiS), Universidad de Chile, Santiago, Chile, ⁴Instituto Milenio de Inmunología e Inmunoterapia, Universidad de Chile, Santiago, Chile, ⁵Departamento de Cirugía Oral y Maxilofacial, Facultad de Odontología, Universidad de Chile, Santiago, Chile, ⁶Departamento de Cirugía Oral y Maxilofacial, Clínica MEDS, Santiago, Chile, ⁷Laboratorio de Investigación Craneofacial. Facultad de Odontología, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile

OR-17 Caracterización de la agresividad en granulomas de células gigantes y sus implicaciones quirúrgicas

Dra. Cinthya Quisiguiña-Salem¹, Dr. Alejandro Alonso-Moctezuma²

¹Residente de cuarto año de la Especialidad de Cirugía Oral y Maxilofacial de la DEPel, Facultad de Odontología, UNAM, Ciudad De México, México, ²Adscrito de la Especialidad de Cirugía Oral y Maxilofacial de la DEPel, Facultad de Odontología, UNAM, Ciudad de México, México

OR-18 Reconstrucción maxilar microquirúrgica post-carcinoma adenoideo quístico: microcirugía con peroné e integración protésica con implantes dentales

Dr. Alexander Vallejo Vega¹, Dr. Fernando José Sandoval Portilla^{1,2}

¹Universidad San Francisco De Quito, Quito, Ecuador, ²Hospital Metropolitano de Quito, Quito, Ecuador

OR-19 Análisis comparativo de los efectos nasales de dos técnicas de sutura de cincha alar en la osteotomía Le Fort I

Dr. Luis Alejandro Malaver Caicedo¹

¹Hospital Militar Central, Bogotá, Colombia

OR-20 Reconstrucción auricular asistida por planificación digital y modelos 3D: replicación anatómica en espejo a partir de tomografía en pacientes con microtia
Dr. Esteban Raúl Mar Uribe¹, Iván José Torres Gutierrez², José Del Carmen Martínez Miranda²

¹Residente de la alta especialidad en Cirugía Maxilofacial Pediátrica y Craneofacial, Hospital Del Niño Morelense. Morelos, México, ²Cirujanos Maxilofaciales Pediátricos y Craneofaciales, Hospital del Niño Morelense. Morelos, México

OR-21 Comparación de los resultados clínicos de la osteotomía subcraneal Lefort III modificada con abordaje mínimamente invasivo vs osteotomía Lefort III convencional con abordaje coronal un estudio retrospectivo

Dra. Sorayda del Socorro Navarrete Chavarría¹, Dr. José del Carmen Martínez Miranda¹, Dr. Iván José Torres Gutiérrez¹

¹Hospital del Niño Morelense, Morelos, Mexico

Pósteres Digitales (E-Pósteres)

P001 Impacto de los dispositivos de posicionamiento condilar (CPDs) en la estabilidad esquelética y funcional tras cirugía ortognática, una revisión de la literatura

Dr. Carlo Bacaro¹

¹Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, D.C., Guatemala

P002 Uso de guías quirúrgicas para modelado óseo en displasia fibrosa monostótica: reporte de 2 casos clínicos

Dra. Blanca Abigail Bacilio Villon¹, MSc. Virgen María Acuña Peña²

¹Universidad Central del Ecuador, Quito, Ecuador, ²Jefe y Tratante Del Hospital General Docente de Calderón. Quito, Ecuador

P003 Desplazamiento de Tercer Molar Superior a la Fosa Infratemporal: reporte de un caso clínico

Dr. Eddy Esteban Bazurto Leones¹, Dr. Pedro José Avalos Zurita²

¹Universidad Central Del Ecuador, Quito, Ecuador, ²Universidad Central del Ecuador, Quito, Ecuador

P004 Asimetría facial secundaria a osteoma condilar: corrección mediante cirugía ortognática y reconstrucción mandibular personalizada con tecnología 3D

Dr. Alejandro Castro Guillen¹

¹Ute, Quito, Ecuador

P005 Tratamiento ortodóntico-quirúrgico en paciente con asimetría facial asociada a maloclusión esquelética de clase III: reporte de caso

Dra. Camila Cerantula¹, Dra. Bianca Pulino², Dr. Raphael Capelli Guerra², Dra. Rafaela Scariot³

¹Unesp, Araçatuba, Brasil, ²Hospital Sírio-Libanês, São Paulo, Brasil, ³Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Brasil

P006 Osteotomía de Wing como alternativa en el tratamiento de la asimetría facial. Caso Clínico.

Dr. Jéssica De Andrade¹, Dr. Guilherme Louzada¹, Dra. Bianca Pullino¹, Dr. Raphael Guerra¹

¹Hospital Sírio Libanês, São Paulo, Brasil

P007 Validez y reproducibilidad en la orientación cefálica inicial: una revisión desde la evidencia científica en cirugía ortognática 3D

Dra. María José García Milá¹, Dra. Florencia Jollan¹, Dr. Luis Quevedo¹

¹Universidad De Los Andes, Santiago, Chile

P008 Hipertermia maligna durante cirugía ortognática: Reporte de caso

Dra. Verónica Gómez Arcila¹

¹Hospital Universitario del Valle, Cali, Colombia

P009 Sculpted face: cirugía ortofacial; equilibrio entre función, estética y tecnología

Dr. Miguel Ángel Herrán¹, Dr. Jhon Jairo Osorio¹

¹Universidad Del Valle, Hospital Universitario del Valle, Cali, Colombia, ²Universidad del Valle, Hospital Universitario del Valle, Cali, Colombia

P010 Prótesis de ángulo mandibular de cemento óseo con antibiótico para corrección de hipoplasia de rama mandibular izquierda secundaria a macrosomía hemifacial

Dr. José Luis Llanos Arteaga¹, Dr. Daniel Andrés Delgado Piedra²

¹Universidad Central Del Ecuador, Quito, Ecuador, ²Hospital Eugenio Espejo, Quito, Ecuador

P011 Corrección de Mordida Abierta Anterior Esquelética mediante Cirugía Ortognática Segmentaria con Protocolo "Surgery-First": Reporte de Caso y Revisión de la Literatura

Dra. Stephanie Margarita Manzanares Velasquez¹, Dr. Fernando Cortes Muñoz

¹Unam, Ciudad De México, México

P012 Resolución quirúrgica de síndrome de Treacher-Collins mediante cirugía ortognática y artroplastia bilateral de ATM. Reporte de un caso

Dr. Sebastián Moreno Lobo¹, Dra. Polett Yañez Aravena¹, Dr. Benjamín Puente Martínez¹

¹Servicio de cirugía y Traumatología Maxilofacial, Hospital San José, Servicio de Salud Metropolitano Norte, Santiago, Chile

P013 Doble ostetomía mandibular para corrección de asimetrías faciales y procedimientos estéticos complementarios

Dr. Jean Piedra Burneo¹, Dr. José Antonio García Piña, Dr. Raúl Mendoza García

¹Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México, ²Asociación Mexicana de Cirugía Bucal y Maxilofacial, Puebla, México, ³Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México, México

P014 Experiencia en tratamiento de la estenosis congénita de la apertura piriforme: Reporte de un caso, Hospital Dr. Gustavo Fricke, Viña del Mar, Chile

Dra. Sonia Solimano Ruiz¹, Dra. Catalina Payá

¹Universidad De Valparaíso, Viña del mar, Chile, ²Hospital Gustavo Fricke, Viña del Mar, Chile

P015 Corrección de Microsomía Hemifacial con Prótesis de Articulación Temporomandibular y Cirugía Ortognática: Presentación de un Caso Clínico

Dra. Detsy Mercedes Torres Abad¹, Dr. Sid Brahim Mohamed Salek

¹UTE, Quito, Ecuador

P016 Uso de la tomografía arco en "C" 3D-RX computarizada transoperatoria para verificación de los maxilares en cirugía ortognática mínimamente invasiva. Un estudio prospectivo de serie de casos

Dr. Aldo Zapata Sánchez¹, Dr. Raymundo Ramírez Lugo²

¹Escuela Nacional de Estudios Superiores, UNAM., León, México, ²Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México

P017 Tratamiento mínimamente invasivo vs abierto para el manejo de Luxaciones recidivantes de la articulación Temporomandibular

Dra. Claudia Carrera¹

¹SCBMF Uruguay, Montevideo, Uruguay

P018 Uso de planeación virtual y tecnología 3D en el tratamiento de hiperplasia condilar unilateral: reemplazo articular y cirugía ortognática simultánea. Reporte de un caso

Dra. Perla Davila Villa¹, Dr. Carlos Pérez Ortiz¹, Dr. Nicolás Santiago Álvarez¹

¹Hospital Civil De Guadalajara “Dr. Juan I. Menchaca”, Guadalajara, México

P019 Anquilosis de ATM post administración de triancinolona intraarticular

Dra. Fernando José Germain Edwards¹, Dr. Juan José Cortes Santander

¹Ttmax, VIÑA DEL MAR, Chile, ²Hra, Antofagasta, Chile

P020 Anquilosis temporomandibular bilateral, manejado con colgajo temporal e injerto graso

Dra. Nicole Martínez Ureña^{1,2}, Dr. Zoilo Nuñez^{1,3}

¹Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, Santo Domingo de Guzmán, República Dominicana, ²Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina, San Cristobal, República Dominicana, ³Instituto Nacional de Cancer Rosa Emilia Sánchez, Santo Domingo de Guzmán, República Dominicana,

P021 Manejo de la pseudoanquilosis de articulación temporomandibular como secuela de fractura subcondilea

Dr. Juan Moya López¹, Dr. Marco Vizuite Bolaños¹, Msc. Virgen Acuña Peña¹

¹Universidad Central del Ecuador, Quito, Ecuador

P022 Luxación mandibular crónica irreductible en paciente con discapacidad intelectual: resolución quirúrgica mediante eminectomía condilar unilateral. Reporte de caso

Dr. Kevin Ortiz Acosta¹, Dra. Cristina Alexandra Guerra Erazo¹

¹Universidad Central Del Ecuador, Quito, Ecuador, ²Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, Quito, Ecuador

P023 Condilectomía parcial precoz para manejo de hiperplasia de cóndilo mandibular en paciente adolescente con asimetría facial

Dr. Jorge Antonio Reinoso Ortiz¹

¹Universidad Central del Ecuador, Quito, Ecuador

P024 Importancia del seguimiento en la reabsorción condilar idiopática

Dra. Natalia Roperó Páez¹, Dr. Óscar De León²

¹Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia, ²Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá D.C., Colombia

P025 Reemplazo Bilateral De ATM En Paciente con Artritis Reumatoide

Dra. Isabela Torres Páez¹

¹Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

P026 Reconstrucción fronto orbitaria secundaria a mucocele fronto-etmoidal recidivado. reporte de un caso clínico

Dr. Mauricio Duarte Ramirez^{1,2}, Dr. Andrés Burstein Andaur²

¹Universidad De Valparaíso, Viña Del Mar, Chile, ²Hospital Biprovincial Quillota Petorca, Quillota, Chile

P027 Ayuda quirúrgica en tumoración orbito cerebral: abordaje supraorbitario como alternativa mínimamente invasiva, descripción del caso y consideraciones técnicas

Dr. Luis Flores Zurita¹, Dra. Cristina Alexandra Guerra Erazo²

¹Universidad Central Del Ecuador, Pelileo, Ecuador, ²Hospital Eugenio Espejo, Quito, Ecuador

P028 Manejo quirúrgico temprano de la disostosis craneofacial en pacientes con síndrome de apert, reporte de un caso clínico y revisión de la literatura

Dr. Christian Rodríguez Solares¹, Dr. José Luis Lastiri Barrios², Dra. María Iliana Picco Díaz³

¹Hospital Regional 1o De Octubre, Issste., Ciudad De México, México, ²Hospital del niño poblano, Puebla, México, ³Hospital Regional 1o De Octubre, Issste., Ciudad México, México

P029 Resección de osteoma frontal con soporte endoscópico

Dra. María José Merchán Cañisarez¹

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

P030 Reconstrucción mandibular por secuelas de ameloblastoma con colgajo microvascular de peroné mediante técnica de doble barra

Dr. Gerardo Bardales Arguelles¹, Dr. Carlos Manuel Roa encarnación

¹Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México, ²Instituto Mexicano Del Seguro Social, Guadalajara, México

P031 Reconstrucción ósea de defectos maxilares de clase 1-2 según Brown: análisis retrospectivo de 15 años

Dr. Francesco Cassanelli¹, Prof. Silvano Ferrari¹

¹University-Hospital of Parma, Maxillo-facial surgery unit, Parma, Italia

P032 Reconstrucción Inmediata del Nervio Alveolar Inferior en defectos Mandibulares Extensos

Dr. Carlos Copello¹, Dr. Mario Copello¹

¹Facultad de Ciencias Médicas de Santa Casa, Sao Paulo, Brasil

P033 Técnica de injerto autólogo inmediato no vascularizado en defectos mandibulares mayores a 6 cm

Dr. Kevin Cristofer Felices¹, Dr. Javier Alejandro Benitez², Dr. Rodolfo Rubén Felices¹

¹Hospital J.B Iturraspe, Santa Fe, Argentina, ²Hospital Z.G.A Gral Manuel Belgrano, San Martín, Argentina

P034 Reconstrucción maxilar y mandibular con injerto óseo autólogo de cresta iliaca anterior presentación de dos casos

Dr. Luis Gerardo Florencio García, Dr. Luis Alberto Montoya Pérez, Dr Juan José Trujillo Fandiño

¹Residente Del Hospital Juárez De México, Cdmx, México

P035 Reconstrucción mandibular con injerto costochondral en defecto secundario a osteomielitis crónica

Dr. Francisco Raúl González Gonzalez¹, Dra. Edith Bahena Martínez¹, Dra. Carmen Guadalupe Sesatty Flores¹

¹Hospital General La Perla Nezahualcóyotl, Ciudad de México, México

P036 Reconstrucción maxilar con implante personalizado secundario a maxilectomia por mucormicosis, reporte de caso clínico y revisión de la literatura

Dr. Hiram Alexis Guzmán Barrera¹, Dr. Adalberto Sánchez Sánchez², Dra. María Iliana Picco Diaz¹

¹Hospital Regional 1ro De Octubre, Ciudad de México, México, ²Asociacion Mexicana de cirugía bucal y maxilofacial colegio, Michoacán, México

P037 Osteosarcoma Mandibular: Desafíos Diagnósticos y Terapéuticos en Cirugía Maxilofacial

Dr. Juan Carlos León Vasconez¹, Dr. Fernando José Sandoval Portilla¹

¹Universidad San Francisco de Quito, Quito, Ecuador

P038 Manejo de fractura mandibular por proyectil de arma de fuego y reconstrucción con injerto de cresta iliaca en dos tiempos quirúrgicos. Reporte de caso clínico

Dr. Bryan Santiago Llumiquinga Ñacata¹, Dr. Eduardo Vinicio Ramos Carcelén²

¹Universidad Central del Ecuador, Quito, Ecuador, ²Hospital Provincial General Pablo Arturo Suárez, Quito, Ecuador

P039 Reconstrucción de subunidades nasales mediante colgajo paramedial, reporte de caso

Dr. Luis Raúl Loperena Licea¹, Dr. José Edgar Garduño Mejía¹

¹Centro Medico Licenciado Adolfo López Mateos, Toluca, México

P040 Alternativas de Reconstrucción del Nervio Dentario Inferior tras Lesión en Cirugía de Terceros Molares: Revisión de Opciones Clínicas y Experimentales

Dr. Omar David Moncada Rochel¹

¹Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

P041 Neoformación condilar tras reconstrucción microquirúrgica mandibular con un colgajo de peroné por tumor mixoma odontogénico

Dra. Valeria Quinapallo López¹, Dr. Sid Brahim Mohamed Salek

¹UTE, Quito, Ecuador, ²Hospital Docente de Calderón, Quito, Ecuador

P042 ¿Es la prótesis customizada la mejor alternativa para la reconstrucción de la sínfisis mandibular? – ¿Mito o realidad?

Dr. Jhonny Sañaicela Cruz¹, Dr. Joe Rojas A.¹, Dr. Sid. Mohamed Salek¹

¹Postgrado de cirugía maxilofacial UTE, Quito, Ecuador

P043 Leishmaniasis cutánea: reconstrucción quirúrgica de labio y nariz con colgajo nasogeniano y colgajo paramedial frontal

Dra. Nathalia Elizabeth Vélez Lucas¹

¹Universidad Tecnológica Equinoccial (UTE), Quito, Ecuador

P044 Tratamiento de fibroma osificante en tercio medio facial izquierdo con extensión a base de cráneo mediante resección y colocación de implante a la medida

Dr. Néstor Raziel Vidaurri Pérez¹

¹Hospital de Especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez” Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS, Ciudad De México, México

P045 Importancia de la reconstrucción del contrafuerte frontoorbitario y techos de la órbita con implante personalizado. Reporte de caso

Dr. Freddy Vivero Alcivar¹, Dra. Ana María Hernández Hernández², Dra. Elsa Carolina González Robles³

¹Residente de cuarto año de la Especialidad de Cirugía Oral y Maxilofacial, DEPEI, Facultad de Odontología, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México, ²Cirujana Oral y Maxilofacial, Unidad Médica de Alta Especialidad de Trauma y Ortopedia “Dr. Victorio de la Fuente Narváez” , Ciudad de México, México, ³Jefa de servicio de cirugía Maxilofacial de la Unidad Médica de Alta Especialidad de Trauma y Ortopedia “Dr. Victorio de la Fuente Narváez” , Ciudad de México, México

P046 Reconstrucción mandibular con colgajo microvascular de fíbula en paciente pediátrico con fibromixoma odontogénico: Reporte de Caso

Dr. Neftali Zuñiga Casillas¹, Dr. Carlos Manuel Roa Encarnación², Dr. Víctor Hugo Santos Enriquez¹

¹Hospital Universitario De Puebla, Puebla, México, ²UMAE Pediatría CMNO, Guadalajara, México

P047 Rinoplastia funcional y estética en cirugía maxilofacial: uso del injerto septal como pilar estructural

Dr. Anthony Steve Ochoa Garcia¹, Dr. Edgar Garduño Mejía

¹Centro Medico Lic. Adolfo López Mateos, Toluca, México

P048 Estrategias híbridas en Estética Maxilofacial y Regeneración celular con inyectables de ácido hialurónico e hidroxiapatita de calcio

Dra. Carolina Flores Idarraga¹, **Dr. Jorge Emmanuel Ortiz Ruiz**¹

¹Facultad de Ciencias Médicas de la Santa Casa, Sao Paulo, Brasil

P049 Comparación entre el uso de técnicas de sutura intradérmica y sutura de punto simple en blefaroplastia superior

Dra. Geraldin Paez Parra¹, Dra. Diana Marcela Ocampo Chavarro¹

¹Santa Casa, São Paulo, Brasil

P050 Análisis fotográfico del perfil facial en jóvenes de diferentes regiones del Ecuador

Dr. Juan Andrés Solano Espinoza¹, Esp. Miriam Verónica Lima Illescas²

¹Universidad Tecnológica Equinoccial, Quito, Ecuador, ²Universidad Católica de Cuenca, Cuenca, Ecuador

P051 Armonización para perfeccionar el resultado estético en cirugía ortognática: revisión de la literatura y presentación de un caso clínico

Dr. Jorge Tello¹

¹Santa Casa, Lima, Perú

P052 Apicectomía de Implante Dental Osteointegrado

Dr. Roberto Barriga¹, Dr. Gustavo Obando Perea²

¹Facultad de ciencia medicas santa casa, Sao paulo, Brasil, ²Universidad Católica de Santa María, Arequipa, Perú

P053 Hallazgos anatómicos del seno maxilar evidenciados en tomografía computarizada de haz cónico

Dra. Viviana De Ascencao Pestana¹, Dra. Jadwiga Sánchez²

¹Postgrado Cirugía Bucal UCV, Caracas, Venezuela, ²Jefe de Cátedra de Radiología. Profesor Asistente del Postgrado de Cirugía Bucal UCV, Caracas, Venezuela

P054 Rehabilitación total del arco superior utilizando la asociación de flujo de trabajo digital y analógico: relato de caso clínico

Dr. Felix Luna Dilone¹

¹Facultad Ciencias Médicas Santa Casa Sao Paulo, Sao Paulo, Brasil

P055 Implantes Subperióísticos como Alternativa Terapéutica en Casos Complejos: Análisis de un Caso Clínico y Revisión de la Literatura

Dr. Javier Marín Wagemann^{1,2}, Dr. Gonzalo Martinovic Guzmán¹, Dra. Victoria Rodríguez Vergara²

¹Servicio de Cirugía Maxilofacial Hospital Militar de Santiago, Santiago, Chile, ²Universidad de Los Andes, Santiago, Chile

P056 Maxilar y mandíbula con atrofia severa. Tratamiento quirúrgico-protésico mediante implantes cigomáticos e implantes cortos más refuerzo con placa de reconstrucción de titanio en un solo día. Reporte de caso

Dr. Alexis Pacha Guerrero¹, Dr. Juan Andres Benenaula Bojorque¹

¹Universidad UTE, Quito, Ecuador

P057 Tracción ortodóncica del tercer molar inferior en relación íntima con el nervio alveolar inferior mediante microimplantes: una alternativa conservadora a la exodoncia quirúrgica

Dr. Bruno Santini Bocianskas, Dr. Andre Rodríguez, Dr. Hugo Yáñez Posligua

¹Facultad de Ciencias médicas de Santa Casa de São Paulo, Sao Paulo, Brasil

P058 Quad Zygoma en Escenarios Críticos: Superando la Atrofia Cigomática Severa

Dr. Steve Valverde Loor¹, Dr. Juan Benenaula Bojorque¹

¹Universidad Ute, Quito, Ecuador

P059 Cirugía de implantes en pacientes con displasia dentinaria tipo I: Una revisión sistemática a propósito de un caso clínico

Dra. Polett Catalina Yáñez Aravena¹, Dr. Sebastián Moreno Lobo¹

¹Universidad Diego Portales, Santiago, Chile

P060 Cierre de fisura nasoalveolar mediante toma y aplicación de injerto óseo autólogo de calota y fibrina rica en leucocitos y plaquetas una alternativa con menor comorbilidad, presentación de caso

Dr. Christopher Iván Escobar Espinosa¹, Dra. Margot Mendoza Martínez, Dr. Juan José Trujillo Fandiño

¹Hospital Juárez De México, Ciudad De México, México

P061 Reposición Quirúrgica de Premaxila

Dr. Carlos Fuenzalida Kakarieka^{1,2,3,4}, Dr. Germán Laissle Casas del Valle^{2,4}, Dra. Francisca Salazar², Dra. Loreto Castellón Zirpel^{2,3}, Dr. Carlos Bahamondes²

¹Hospital Mutual De Seguridad, Santiago De Chile, Chile, ² Hospital Dr Exequiel González Cortés, Santiago de Chile, Chile, ³Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna, Santiago de Chile, Chile, ⁴Clínica Bupa Santiago, Santiago de Chile, Chile

P062 Caracterización de cirugía oral en el paciente fisurado

Dra. Gabriela Jeldes Andrade¹, Dra. Alejandra Contreras Urbina², Dra. Kristine Von Bischhoffshausen²

¹Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile, ²Fundación Gantz, Santiago, Chile

P063 Del fracaso al flujo digital: manejo tridimensional de una fístula nasoalveolar refractaria secuela de labio y paladar hendido

Dr. Nicolás Jiménez Vega¹, Dr. Henry Alexander Aldana¹

¹Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia

P064 Riesgo y efectividad del láser de baja intensidad en fracturas de órbita: evaluación de seguridad por proximidad al globo ocular

Dr. Ricardo Juárez Mota¹, Dr. Erick Fernandes Valente¹

¹Faculdade De Ciências Médicas Da Santa Casa De São Paulo (FCMSCSP), São Paulo, Brasil

P065 Cirugía ortognática en el manejo del síndrome de apnea e hipopnea obstructiva del sueño. Presentación de un caso clínico

Dr. Kenyi Koichi Gonzales Takano¹, Dr. Hiroshi Concha Cusihuallpa²

¹Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, Lima, Perú, ²Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, Lima, Perú

P066 Alternativas de técnicas quirúrgicas en Cirugía de Feminización Facial: Una revisión crítica y actualizada de la literatura

Dr. Felipe Sepulveda Barra¹, Dr. Ricardo Riquelme Mendoza²

¹Universidad De Valparaíso, Valparaíso, Chile, ²Unidad de Cirugía Maxilofacial Hospital Provincial de Huasco, Chile

P067 Nuevo diseño geométrico de hoja de corte piezosónica CROSSonic: nota técnica

Prof. Bianca Pulino^{1,2,3}, Prof. Dr Raphael Capelli Guerra^{1,2,3}

¹Hospital Sírío Libanês, São Paulo, Brasil, ²Hospital Leforte DASA, São Paulo, Brasil, ³Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, Brasil

P068 Evaluación morfológica de la consolidación ósea del injerto autógeno de bóveda craneal con pegamento de cianoacrilato (Superbond)

Dra. Patricia Siqueira¹, Dr. Lucas Cavalieri, Dr. Fábio Tadeu Ferreira Rodrigues

¹Proface Cirurgia, Rio de Janeiro, Brasil

P069 Hemangioendotelioma epiteliode en maxilares desde el 2014 al 2024: revisión de literatura y reporte de caso clínico

Dr. Paul Aguilera Perez¹, Dr. Andrés León Villacis²

¹Residente de 2do año Universidad Tecnológica Equinoccial, Quito, Ecuador, ²Hospital N°1 de la Policía, Quito, Ecuador

P070 Síndrome del Carcinoma Nevoide de Células Basales: Descripción Genética y Análisis de la Presentación de Hallazgos Clínicos e Imagenológicos en un Grupo Familiar Chileno Descendientes de Inmigrante Letón

Dr. Gonzalo Araos Marincovic¹, Dr. Álvaro Palma Gutierrez¹, Dr. Oscar Badillo Coloma²

¹Postgrado De Cirugía y Traumatología Maxilofacial de La Universidad Andrés Bello., Santiago, Chile, ²Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso, Chile

P071 Mediastinitis descendente necrosante secundaria a angina de Ludwing de origen odontogénico, con complicación a toracotomía bilateral: un enfoque multidisciplinario salvavidas

Dra. Diana Arellano García¹, Dr. Jorge Agurto¹

¹Universidad Ute, Quito, Ecuador

P072 Manejo conservador de Ameloblastoma Uniquístico mandibular juvenil: preservación funcional con enfoque individualizado a propósito de un caso clínico

Dr. Oscar Badillo¹, Dr. Juan Pablo Fawaz Stuardo^{1,2}

¹Universidad Andrés Bello, Viña del Mar, Chile, ²Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso, Chile

P073 Uso de ácido acético como antiséptico en infecciones cervicofaciales. una alternativa de tratamiento

Dra. Edith Bahena Martínez¹, Dr. Adrián Juan Hernández Cruz¹, Dra. Carmen Guadalupe Sesatty Flores¹

¹Hospital General La Perla, Nezahualcóyotl, Nezahualcóyotl, México

P074 Manejo quirúrgico del granuloma central de células gigantes en paciente pediátrico: limitaciones terapéuticas y decisión quirúrgica

Dr. Fausto Faubricio Benavides Mora¹, Dr. Nicolas Santiago Alvarez¹

¹Nuevo Hospital Civil De Guadalajara Dr. Juan I Menchaca, Guadalajara, México

P075 Resección en bloque más regeneración osea con xenoinjertos y plasma rico en factores de crecimiento en paciente con fibroma osificante trabecular juvenil. reporte de caso

Dra. Ailyn Bravo Castillo¹, Dr. Héctor Barrera

¹Hospital Universitario De Puebla, Puebla, México

P076 Mutaciones concurrentes en PTCH1 y RUNX2: manifestaciones maxilofaciales en un adolescente

Dra. Odabelys Castro Peguero¹, Dra. Any Martínez Moronta²

¹Hospital Traumatológico Dr. Darío Contreras, Distrito Nacional, República Dominicana,

²Hospital Traumatológico Dr. Darío Contreras, Distrito Nacional, República Dominicana

P077 Manifestación Atípica de Miofibroma Intraóseo Mandibular en un Paciente Pediátrico: Trismo como Síntoma Inicial

Dr. Carlos Alfredo Cedeño Rodríguez¹, Dr. Nicolas Santiago Álvarez¹, Dr. Carlos Pérez Ortiz¹

¹Hospital Civil Nuevo Dr. Juan I. Menchaca, Guadalajara, México, ²Universidad de Guadalajara, Guadalajara, México

P078 Descompresión previa en lesiones quísticas

Dr. Leonardo Celis¹

¹Hospital Pirovano, Buenos Aires, Argentina

P079 Quiste odontogénico ortoqueratinizado: reporte de caso

Roberto Iván Chacón Carrión¹

¹Hospital Cayetano Heredia, Lima, Perú

P080 Manejo conservador de ameloblastoma unicuístico. reporte de caso

Dra. Andrea Vanessa Chango Chávez¹, Dr. Marco Xavier Vizuite Bolaños

¹Universidad Central del Ecuador, Quito, Ecuador, ²Hospital General Docente de Calderón, Quito, Ecuador

P081 Queratoquiste odontogénico: Tratamiento quirúrgico de marsupialización, revisión literaria y presentación de un caso

Dr. Alfredo Raúl Cruz Guerrero¹, Dr. Erick Fernandes Valente¹

¹Facultad de Ciencias Médicas de Santa Casa de Sao Paulo, Sao Paulo, Brasil

P082 Manejo quirúrgico de ránula en cara ventral de lengua: A propósito de un caso

Dr. Gilberto De Jesús Dorantes¹, Dra. Edith Bahena Martínez², Dr. Adrián Juan Hernández Cruz³

¹Hospital General La Perla, Nezahualcóyotl., Nezahualcóyotl, México, ²Hospital General La Perla, Nezahualcóyotl., Nezahualcóyotl, México, ³Hospital General La Perla, Nezahualcóyotl., Nezahualcóyotl, México

P083 Presentación atípica de liposarcoma de diferenciado en bola adiposa de la mejilla: resección quirúrgica y reconstrucción funcional

Dr. Loudwin De Los Santos^{1,2}, Dr. Zoilo Nuñez^{1,3}

¹Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, Santo Domingo de Guzmán, Republica Dominicana, ²Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina, San Cristóbal, Republica Dominicana, ³Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares, Santo Domingo de Guzmán, Republica Dominicana

P084 Ameloblastoma unicuístico tratado con enucleación y curetaje reporte de un caso con seguimiento a 5 años

Dra. Paulina Equihua Martínez¹, Dr. Carlos Alan Bárcenas Ceja, Dr. Luis Felipe Cuevas García

¹Hospital General "Dr. Miguel Silva", Morelia, México

P085 Ameloblastoma Mandibular tratado con Resección en Bloque más Transporte óseo. Reporte de un caso

Dra. Adriana Nataly Espinoza Martinez¹

¹Universidad UTE, Quito, Ecuador

P086 Carcinoma adenoide quístico en paladar duro. A propósito de un caso

Dra. Laura Alexandra Estrella Vargas, Dr. Joel Santiago Mejía Díaz

¹Hospital Traumatológico Dr. Darío Contreras, Santo Domingo Este, República Dominicana

P087 Torus palatino gigante: Reporte de caso con presentación clínica atípica y planificación virtual preoperatoria

Dr. Juan Pablo Fawaz Stuardo^{1,2}, Dr. Oscar Waldo Badillo Coloma^{1,2}

¹Unidad de Cirugía Maxilofacial. Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso, Chile, ²Profesor de postgrado de Cirugía Maxilofacial. Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile

P088 Melanoma de mucosa oral. Experiencia de un caso

Dr. Wilmer Fermin Obando¹, Dra. Hariannys Ortiz Palacios¹

¹Hospital Del Este “Dr. Domingo Luciani”, Caracas, Venezuela

P089 Tumor odontogénico epitelial calcificante (TOEC) maxilar tratado con cirugía conservadora: reporte de un caso

Dr. Felipe Fuentes Zúñiga¹, Dr. Benjamín Puente Martínez

¹Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile

P090 Osteomielitis Crónica de Larga Data: Reporte de un caso clínico e Implicancias para el Manejo Terapéutico

Dr. José Luis Gaona Arias¹, Dra. Cristina Guerra Erazo

¹Universidad Central del Ecuador, Quito, Ecuador

P091 Carcinoma de células acinares: un enigma diagnóstico. Reporte de un caso inusual. Reporte de caso

Dr. Damián Alejandro Garcés García¹, Dr. Eduardo Vincio Ramos Carcelen

¹Universidad Central Del Ecuador, Quito, Ecuador, ²Hospital Pablo Arturo Suarez, Quito, Ecuador

P092 Quiste branquial tipo IV de Bailey en paciente pediátrico

Dr. Luis Alberto García Hernández¹

¹Issste, Ciudad de México, México

P093 Tratamiento conservador en tumores odontogénicos

Dr. Luis Felipe García Lopez¹

¹Hospital Pirovano, Buenos Aires, Argentina

P094 5 Fluorouracilo tópico para el tratamiento del queratoquiste odontogénico: serie de casos clínicos con seguimiento a 2 años

Dra. Grecia Paola García Razo¹, Dr. Víctor Hugo Santos Enríquez²

¹Hospital Universitario De Puebla, Puebla, México, ²Hospital Universitario De Puebla, Puebla, México

P095 Quiste óseo simple asociado a displasia cemento ósea florida reporte de caso y revisión de la literatura

Dra. María Belén Guerra Vásquez¹, Dr. Luis Alberto Montoya Pérez¹, Dr. Manuel Arturo Romero de la Vega¹

¹Hospital Juárez De México, Ciudad De México, México

P096 Mucormicosis ororinosinusal crónica: reporte de caso clínico con evolución de 5 años

Dra. Yaliska Gutierrez Huañec^{1,2}, Coautor Dr. Abel Alex Rivadeneyra Rodriguez^{1,2}

¹Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú, ²Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima, Perú

P097 Ademona pleomorfo submaxilar recidivante-caso clínico

Dr. Carlos Antonio Hernández Torres¹, Dr. Gerardo Cuenca¹

¹Asociacion Salvadoreña de Cirugía Oral y Maxilofacial, San Salvador, El Salvador

P098 Carcinoma que se desarrolla a partir de la pared de un quiste: presentación de caso clínico

Dr. Carlos Isnado¹

¹Hospital Belgrano, Buenos Aires, Argentina

P099 Infecciones Odontogénicas: Impacto clínico de la adherencia al protocolo institucional del Servicio de Cirugía Buco-Maxilofacial del Hospital General del Este "Dr. Domingo Luciani"

Tebel Izquier¹, Alessandra Daniela Montagna Reyes¹, Wilmer Daniel Fermín Obando¹

¹Hospital Dr. Domingo Luciani, caracas, Venezuela

P100 Manejo quirúrgico secuencial de un osteoblastoma mandibular con reconstrucción ósea e implantología mediante guías e impresión en 3d: reporte de caso

Dr. Miguel Ángel Landázuri Males¹, MSc. Virgen María Acuña Peña²

¹Universidad Central del Ecuador, Quito, Ecuador, ²Jefe y Tratante del Hospital General Docente de Calderón, Quito, Ecuador

P101 Quiste dentígero con invasión a seno maxilar. Presentación de un caso

Dra. Marina Leal¹, Dra. Edith Bahena Martínez¹, Dr. Adrián Juan Hernández Cruz¹

¹Hospital General La Perla, Nezahualcóyotl, México

P102 Presentación caso clínico: Tumor en glándulas salivales

Dr. Mario Vinicio López Juárez¹

¹Hospital Instituto Guatemalteco Seguridad Social, Guatemala, Guatemala

P103 Carcinoma ameloblastico mandibular. Revisión de un caso Clínico

Dra. Aileen Monserrat López Silverio¹

¹Hospital Universitario De Puebla, Puebla, México

P104 Quiste branquial un reto quirúrgico: presentación de caso clínico.

Dr. Miguel Geovani Manrique Navarrete¹, CMF Héctor Barrera Vera², Dr. Jesús Javier Márquez Villegas²

¹Hospital General La Perla Nezahualcóyotl, Nezahualcóyotl, México, ²Hospital General de Pachuca, Pachuca, México

P105 Manejo quirúrgico del quiste radicular mediante técnica de enucleación, Apicectomia y regeneración ósea guiada más membrana de colágeno, en paciente de 58 años. Reporte de caso

Dr. Carlos Raúl Mendoza Anaya¹

¹Asociación salvadoreña de cirugía oral y maxilofacial, La libertad, El Salvador

P106 Triamcinolona y curetaje como alternativa en el tratamiento del granuloma central de células gigantes. reporte de un caso

Dra. Sara Ivette Mendoza Torán¹, Dra. Laura Leticia Pacheco Ruiz¹

¹Hospital 20 de Noviembre, Ciudad de México, México

P107 Rbdomiosarcoma Alveolar Orbitario: un reto diagnóstico y terapéutico en cabeza y cuello. Reporte de caso

Dra. Alessandra Daniela Montagna Reyes¹, Dr. Tebel Joshua Izquierd Rojas

¹Hospital General del Este "Dr. Domingo Luciani, Caracas, Venezuela

P108 Tumor odontogénico epitelial calcificante relacionado e hipomelanosis de ito. Reporte de caso inusual

Dr. Luis Roberto Morales Carrillo¹, Dra. Edith Flores Aguilera²

¹Particular, Aguascalientes, México, México, ²particular, Aguascalientes, México, México

P109 Manejo conservador de ameloblastoma en paciente pediátrico: reporte de caso

Dr. Albert Olivera^{1,2}, Dr. Hiroshi Concha Cusihuallpa¹

¹Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, Callao, Perú, ²Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú

P110 Queratoquiste Odontogénico: Tratamiento conservador, uso de 5-fluorouracilo, regeneración de Khoury. Seguimiento de 4 años. Reporte de caso

Dr. Andrés Pacheco Granda¹, Dr. José Luis Viteri García

¹Universidad Central Del Ecuador, Quito, Ecuador

P111 Odontoma complejo erupcionado e infectado en paciente pediátrico: reporte de caso

Dr. Álvaro Palma Gutiérrez¹, Dr. Benjamín Puente Martínez¹

¹Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile

P112 Distracción osteogénica de rama mandibular izquierda en paciente con microsomía hemifacial

Dra. Sol Paredes Gavilanes¹, Dr. José Salinas

¹UTE, Quito, Ecuador

P113 Osteomielitis mandibular diagnóstico y tratamiento conservador

Dr. Freddy Pauta Herrera², Dr. Eduardo Ramos Carcelén¹

¹Universidad Central Del Ecuador, Quito, Ecuador, ²Hospital Pablo Arturo Suarez, Quito, Ecuador

P114 Manejo multidisciplinario de Linfoma de Burkitt esporádico en pediátrico. Reporte de caso

Dra. Nicolle Andreina Pittelli De La Paz¹, Dr. Bladimir Golaszewski, Dra. Mary Drous, Dr. Rafael Muñoz, Dra. Alba Flete

¹Ciudad Hospitalaria Doctor Enrique Tejera, Valencia, Venezuela

P115 Queratoquiste odontogénico maxilar con invasión en seno maxilar. Reporte de caso

Dra. Jennifer Alejandra Ramos Muñoz¹

¹Instituto del seguro social, San Salvador, El Salvador, ²Universidad de El Salvador, San Salvador, El Salvador

P116 Terapia de coagulación con alambre de cobre para tratamiento de lesión vascular en región labial con avance de colgajo

Dra. Guadalupe Del Carmen Razo Duarte¹, Dr. Luis Felipe Cuevas García, Dr. Carlos Alan Bárcenas Ceja

¹Hospital General Dr. Miguel Silva, Morelia, México

P117 Carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciado en paciente con antecedente de carcinoma verrugoso: reporte de caso tras 18 años de remisión

Dra. Nicole Valentina Rincón Dominguez¹, Dra. Kariant Leonella Galviz Vásquez

¹Hospital "Dr. Domingo Luciani", Caracas, Venezuela

P118 Fibroma desmoplásico del cóndilo mandibular en paciente pediátrico: Presentación de caso clínico y revisión de la literatura

Dr. Benjamín Ignacio Riquelme Fernández¹, Dr. Julio Guillermo Cifuentes Fernández¹

¹Clínica Alemana, Santiago, Chile

P119 Mixoma odontogénico: Presentación de un caso clínico

Dr. Pablo Santiago Rodas Pesántez¹, Dr. Richael Antonio Silva Suárez¹

¹Enes, Unam, León, México

P120 Queratoquiste odontogénico con asociación sindrómica en paciente joven. Reporte de un caso clínico

Dra. Jennifer Eliette Rodríguez Quirós¹, Dra. Laura Leticia Pacheco Ruiz¹

¹ISSSTE, CDMX, MÉXICO

P121 Odontoma complejo gigante en maxilar: resección intraoral con enfoque estético-funcional en zona de riesgo anatómico

Dra. Janice Rojas Golac¹, Dr. Eduardo Villanueva Zuñiga

¹Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú

P122 Reconstrucción mandibular con injerto de cresta iliaca por fibroma osificante. Reporte de caso

Dra. María José Romo Leroux Silva¹

¹Universidad Central Del Ecuador, Quito, Ecuador

P123 Manejo quirúrgico de granuloma piógeno secundario a prótesis dental fija de liga de plata

Dr. Luis Rugama¹

¹Privada, Nicaragua, Nicaragua

P124 Tumor neuroectodérmico melanótico de la infancia en región maxilar: reporte de caso clínico y revisión de la literatura

Dra. Carmen Carolina Ruiz Garza¹, Dr. Fernando Ignacio Jiménez Fonseca², Dr. Rodolfo Ruiz Sam³, Dr. Mauricio García Nucamendi⁴

¹Universidad De Ciencias Y Artes De Chiapas, Tuxtla Gutiérrez, México, ²², Tuxtla Gutiérrez, México, ³³, Tuxtla Gutiérrez, México, ⁴⁴, Tuxtla Gutiérrez, México

P125 Incidencia de Complicaciones en Cirugía de Terceros Molares

Dra. Engel Salazar

¹Servicio de Salud Concepción, Concepción, Chile

P126 Osteomielitis crónica secundaria a pseudoartrosis de fractura de ángulo mandibular izquierdo: a propósito de un caso

Dr. Saudi Sánchez Jiménez¹, Dra. Edith Bahena Martínez¹, Dr. Adrián Juan Hernández Cruz¹

¹Hospital General La Perla Nezahualcóyotl, Nezahualcóyotl, México

P127 Reto en el diagnóstico clínico-patológico entre quiste y tumor odontogénico de estirpe epitelial. Presentación de un caso

Dr. Alfonso Sánchez Juárez¹

¹Boulevard la Libertad 206-1, Apizaco, México

P128 Fibromixoma odontogénico mandibular: presentación clínica, diagnóstico y manejo quirúrgico de un caso

Dr. Wellington Andrés Sánchez Rocha¹

¹Residente Cirugía Maxilofacial, Universidad UTE, Quito, Ecuador, ²Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, Quito, Ecuador

P129 Quiste del segundo arco branquial en un paciente adolescente resolución quirúrgica mediante inyección de alginato

Dra. Ana Cristina Sedeño Jiménez¹

¹Dra. Sedeño Jiménez Ana Cristina - Residente de Cirugía Maxilofacial. Universidad UTE Dr. Sid Brahim Mohamed Salek Cirujano Maxilofacial, Quito, Ecuador

P130 Hiperpolarización neuronal con articaína como tratamiento conservador para la neuralgia del trigémino

Dr. Eduardo Serena Gómez¹, Alma Yonnely Castañeda Ayon¹

¹Universidad Autónoma De Baja California, Tijuana, México

P131 Osteosíntesis preformada versus osteosíntesis personalizada en reconstrucción del macizo facial por resección secundaria a patología tumoral benigna: análisis comparativo

Dra. Annet Suarez Peredo¹

¹Particular, Querétaro, México

P132 Queratoquistes dobles en mandíbula: ¿hallazgo aislado o pista sindrómica?

Dr. Juan Pablo Tinoco Arevalo¹, Dra. Claudia Cabrera Arevalo²

¹Universidad Central Del Ecuador, Quito, Ecuador, ²Hospital Eugenio Espejo, Quito, Ecuador

P133 Tratamiento de quiste nasopalatino, regeneración ósea guiada y colocación de implantes en un solo tiempo quirúrgico en paciente adulta femenina: reporte de caso

Dr. Luis Enrique Tipantasig Chango¹, Dr. Leonardo Germanico Orellana Narvaez²

¹Universidad Central Del Ecuador, Quito, Ecuador, ²Hospital Quito No.1 de la Policía Nacional, Quito, Ecuador

P134 Reconstrucción mandibular con colgajo microvascularizado de peroné e implantes dentales tras la exéresis de ameloblastoma

Dr. Ángel Luis Tul Tipantuña¹, Dr. Sid Mohamed¹, Dr. Álvaro Leon¹

¹Ute, Quito, Ecuador

P135 Caracterización, resultados de distintas técnicas de tratamiento y seguimiento de pacientes con queratoquiste odontogénico asociado a Síndrome de Gorlin-Goltz en la Provincia de Aconcagua, Chile

Dra. Bárbara Valenzuela Faunes¹, Prof. Dr. Gonzalo Ibaceta Zamora^{2,3}, Dr. Juan Pablo Martínez Gutiérrez⁴

¹Residente Postgrado Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial, Universidad Nacional Andrés Bello, Santiago, Chile, ²Hospital San Juan de Dios de los Andes, Los Andes, Chile, ³Profesor Postgrado Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial, Universidad Nacional Andrés Bello, Santiago, Chile, ⁴Servicio de Urgencia, Clínica Santa María, Santiago, Chile

P136 Detección y tratamiento temprano para prevenir la transformación maligna de la displasia epitelial oral. Revisión de la literatura

Dr. Luis Felipe Villafuerte Herrera¹, Dr. Oscar Eduardo Corvacho Guevara¹

¹Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

P137 Carcinoma odontogénico de células claras con diagnóstico inicial de ameloblastoma: reporte de caso

Dra. Karol Wilson¹, Dr. Roy Paddy²

¹Residente de Cirugía Maxilofacial del Hospital Santo Tomás, Panamá, Panamá, ²Cirujano Maxilofacial del Hospital Santo Tomás, Panamá, Panamá

P138 Manejo quirúrgico combinado de fractura cigomáicomalar conminuta y reconstrucción condilar protésica en trauma facial por proyectil de arma de fuego

Dr. Kevin Enrique Bardales Bazán¹, Dr. Hiroshi Concha Cusihualpa¹

¹Universidad Cayetano Heredia, Lima, Perú

P139 Herida facial por proyectil de arma de fuego: presentación de un caso clínico

Dr. Santiago Borja Cepeda¹, Dr. Santiago Borja Cepeda

¹Universidad UTE, Quito, Ecuador

P140 Suspensión alámbrica circuncigomática y piriforme como tratamiento de fractura de la mandíbula por proyectil de arma de fuego

Dr. Sergio Evangelista¹, Dra. Edith Bahena Martínez, Dra. Diana Laura Martínez Olmedo

¹Hospital General La Perla, Nezahualcóyotl, México, ²Hospital General La Perla, Nezahualcóyotl, México, ³Hospital General La Perla, Nezahualcóyotl, México

P141 Fractura mandibular multifragmentaria de alta complejidad

Dr. Jorge Erick Fernandez Hidalgo¹, Dr. Jose Salinas

¹Universidad UTE, Quito, Ecuador

P142 Anquilosis en Articulación Temporo Mandibular Post-Trauma - A propósito de un Caso

Dr. Enmanuel Francisco Díaz¹, Doctor Héctor Zorrilla Beras², Doctora Jaisa Díaz Bautista³

¹Hospital Traumatológico Dr. Darío Contreras, Santo Domingo Este, República Dominicana,

²Hospital Traumatológico Dr. Darío Contreras, Santo Domingo Este, República Dominicana,

³Hospital Traumatológico Dr. Darío Contreras, Santo Domingo Este, República Dominicana

P143 Manejo de trauma facial complejo, presentación de un caso

Dr. Daniel García García¹, Dr. Richael Antonio Silva Suárez¹

¹ENES UNAM, León, México

P144 Trauma panfacial severo post-aplastamiento: reconstrucción tridimensional y desafíos quirúrgicos en secuencia

Dra. Paola Fernanda Gómez Bravo¹, Dr. Rodrigo Badilla Monasterio¹, Dr. Patricio Celedón Oliviera¹

¹Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile, ²Hospital Félix Bulnes, Santiago, Chile,

³Universidad San Sebastián, Santiago, Chile

P145 Corrección quirúrgica de deformidades dentofaciales secundarias a trauma facial

Dra. Mairalejandra Del Carmen Guevara Pires¹, Dr. José Bladimir Golaszewski, Dra Mary Drous, Dra. Dionelys Barazarte

¹Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera, Valencia, Venezuela

P146 Presentación de caso clínico: Manejo de Herida compleja mandibular

Dra. María Fernanda Herrera Flores¹, Dr. Alex Josué Pérez

¹IGSS, Guatemala, Guatemala

P147 El mecanismo de trauma facial y su distribución anatómica en fracturas mandibulares: análisis estadístico del Hospital Zonal de Agudos General Manuel Belgrano

Dra. Sthefania Lucero¹

¹Hospital Zonal de Agudos General Manuel Belgrano, Argentina

P148 Trauma facial por arma de fuego: un desafío reconstructivo con injerto microvascularizado de peroné

Dra. Yta Luna Rueda¹, Dr. Marco Antonio Parra Salazar²

¹Residente de Cirugía Maxilofacial, Hospital De Traumatología Y Ortopedia Doctor Y General Rafael Moreno Valle, Puebla, México, ²Jefe de servicio del departamento de cara y cuello del Hospital De Traumatología y Ortopedia Doctor Y General Rafael Moreno Valle, Puebla, México

P149 Reconstrucción mandibular de secuelas por herida de arma de fuego con colgajo miocutáneo de pectoral mayor: reporte de un caso

Dra. Paola Alejandra Marcial Muñoz¹, Dr. Marco Alejandro García Cortés

¹Hospital De Traumatología Y Ortopedia Rafel Moreno Valle, Puebla, México

P150 Fractura conminuta mandibular por proyectil de arma de fuego con manejo conservador mediante tutor externo

Dr. Carlos Eduardo Ortiz Ruiseñor¹, Dr. Edith Bahena Martinez¹, Dr. Sergio Soto Gongora¹

¹Hospital General La Perla, Nezahualcoyotl, México

P151 Manejo Integral de Fracturas de Tercio Medio en paciente politraumatizado

Dra. Mariana Gabriela Pérez Padilla¹, Dr. Nicolas Santiago Alvarez¹

¹Hospital Civil Juan I Menchaca, Guadalajara, México

P152 innovación en el Manejo de Fracturas del Tercio Superior: Abordaje Transciliar. Presentación de Serie de Casos

Dr. Jesús Sanabia¹, CMF Mauricio González Rebattu y Gonzalez², CMF Adalberto Sánchez Sanchez³

¹Hospital Regional 1° de Octubre, ISSSTE., Ciudad de México, México, ²Hospital Regional 1° de Octubre, ISSSTE., Ciudad de México, México, ³Consejo Mexicano de Cirugía Oral y Maxilofacial, Sahuayo, México

P153 Manejo de fractura de cóndilo mandibular izquierdo abordado por vía retromandibular complicado con fístula salival. A propósito de un caso

Dr. Manuel Santaella¹, Dr. Tebel Izquierdo²

¹Hospital Dr. Domingo Luciani, Caracas, Venezuela, ²Hospital Dr. Domingo Luciani, Caracas, Venezuela

P154 Fractura de pared medial de la órbita en paciente con reconstrucción previa del piso: implicancias biomecánicas y abordaje quirúrgico con planificación digital

Dra. Catalina Santibañez Majul¹, Dr. Oscar Badillo Coloma², Dr. Juan Pablo Fawaz Stuardo²

¹Universidad Nacional Andrés Bello, Santiago, Chile, ²Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso, Chile

P155 Secuela por fractura Blowout de piso orbital; un manejo quirúrgico convencional extratemporal. Caso clínico

Dra. Anamaria Zeina Valle Martínez¹

¹Hospital Zacamil, Santa Tecla, El Salvador

P156 Reducción abierta y fijación de polifracturas faciales con sistema de osteosíntesis no reabsorbible en paciente pediátrico de 1 año tras agresión por mordedura de perro: reporte de caso

Dr. Sebastián Varela Espejo^{1,2}, Dr. Rodrigo Badilla Monasterio^{1,3}

¹Hospital Félix Bulnes, Santiago, Chile, ²Universidad San Sebastián, Santiago, Chile,

³Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile

P158 Pseudoartrosis mandibular tras cirugía ortognática para el tratamiento del síndrome de apnea obstructiva del sueño: reporte de un caso clínico

Dr. Erick Valente¹, Leticia Ferro¹

¹Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa, São Paulo, Brasil

P159 Comparación de los efectos de superficies tratadas y no tratadas en implantes subperiósticos

José Miguel Gutiérrez¹, Steven Rodríguez¹, Francisco Chourio², Henry García²

¹Residente del Posgrado de Cirugía y Traumatología Bucal y Maxilofacial del Hospital Universitario de Caracas, Venezuela

²Adjunto del Posgrado de Cirugía y Traumatología Bucal y Maxilofacial del Hospital Universitario de Caracas, Venezuela

P160 Colgajo microvascular radial para reconstrucción de maxilar por secuela quirúrgica en labio y paladar hendido

Dra. Linette Martínez Lara¹, Dra. Andreina González Tovar¹, Dr. Rodolfo Asensio Guerrero¹, Dr. Rodolfo Asensio Marmol¹

¹Centro Infantil de Estomatología, Guatemala

P161 Matriz Dérmica Acelular para el reemplazo irreparable del disco de la Articulación temporomandibular: una prueba de concepto

Rafael Diaz Herrera, Dr. Juan Pablo López Salazar, Dr. Martín Orozco Fernández

P162 Efectividad de la Artroscopia nivel I con Plasma rico en fibrina vs Ácido hialurónico: Estudio preliminar comparativo

Dr. Juan Pablo Mejía Barbosa, **Rafael Diaz Herrera**, Dr. Santiago José Guaitarilla Guarnica, Dr. Carlos Gregorio Torres Restrepo, Dra. Dorys Edelmira Rentería Lozano

Comunicaciones Orales - Cirujanos

OC-01

Descripción de las complicaciones en la cirugía de terceros molares sin el uso de profilaxis antibiótica, realizadas por el postgrado de Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial en la clínica odontológica de la Universidad Andrés Bello. Santiago. Chile

Dra. Sandra Montero¹, Dr. Oscar Badillo¹

¹Unab, Santiago, Chile

Trabajos Libres Cirujanos (I), Salón Bávaro 3, noviembre 2, 2025, 8:00 - 10:40

Introducción: La avulsión quirúrgica de los terceros molares se ha convertido en una práctica quirúrgica común. Sin embargo, es una práctica quirúrgica que puede exponer a los pacientes a una posible infección intra y postoperatoria.

La prescripción de antibióticos sistémicos para la prevención de complicaciones como la alveolitis y la infección del lecho quirúrgico durante la exodoncia del tercer molar es una práctica muy extendida entre los odontólogos, pero también controvertida y debatida. El uso de antibióticos para tratar las complicaciones postquirúrgicas es una práctica habitual pero controversial. Por lo general, la prescripción posterior a la cirugía es lo más indicado con el propósito de prevenir una complicación. Sin embargo, la profilaxis antibiótica también se indica con el mismo propósito. La controversia surge porque la antibioticoterapia profiláctica no suele estar indicada en pacientes sanos y el uso inadecuado de antibióticos pone a los pacientes en riesgo de reacciones adversas y contribuye al desarrollo de resistencia a los antibióticos.

Objetivo: El presente estudio tiene como objetivo describir las complicaciones asociadas al no uso de profilaxis antibiótica en el postgrado de Cirugía maxilofacial de la universidad Andrés Bello entre los años 2019 y 2021.

Material y métodos: Para llevar a cabo esta investigación, se realizó un estudio de tipo cuantitativo observacional transversal a través de la revisión de las fichas clínicas donde se evaluaron variables asociadas a complicaciones relacionadas a procedimientos quirúrgicos.

Una vez ordenados los datos dentro de tablas de tabulación, se analizó esta información según características sociodemográficas y del procedimiento quirúrgico aplicando gráficos y tablas para cada uno según corresponda.

Resultados: Se revisaron 557 fichas clínicas correspondientes al postgrado de Cirugía maxilofacial de la Universidad Andrés Bello entre los años 2019, 2020 y primer semestre del 2021. De este número, un total de 111 fichas cumplían los estadísticos para realizar el estudio.

El presente estudio logra evidenciar que el porcentaje de complicaciones fue de un 20% del total de procedimientos quirúrgicos. Se logra evidenciar que de acuerdo a las características sociodemográficas las mujeres obtuvieron un mayor porcentaje de complicaciones. Dentro de las complicaciones, en los casos en que las hubo, las más frecuentes fueron el dolor, la inflamación y trismus.

Conclusión: Es de vital importancia considerar los beneficios y riesgos al momento de administrar antibióticos a nuestros pacientes, ya sea como profilaxis o como terapia antibiótica, ya que actualmente en muchos países la resistencia antibiótica es un problema de salud pública cada vez más importante. Si bien nuestro estudio no establece un protocolo en el uso de profilaxis antibiótica, genera un aporte estadístico que sirve para tener las consideraciones al momento de realizar una exodoncia de un tercer molar, con el fin de disminuir el uso desmedido de estos fármacos antimicrobianos y de esta manera aportar en la disminución y concientización sobre la resistencia bacteriana.

Figura 1

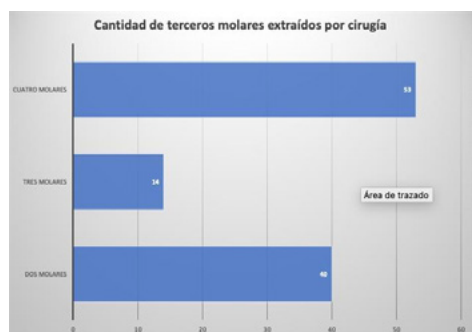


Figura 2

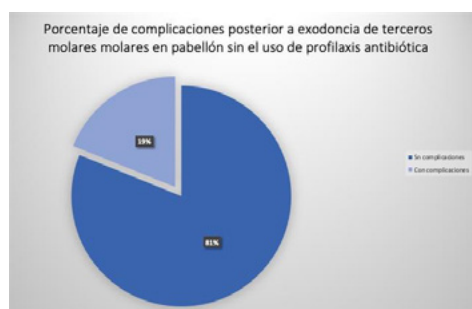


Figura 3



OC-02

Fotobiomodulación y Campo Electromagnético Pulsado como Coadyuvantes en el Tratamiento de la Osteonecrosis de los Maxilares Relacionada con Medicamentos (MRONJ): Un Estudio Piloto.

Dr. Andre Carvalho Rodríguez¹, Dr. Carlos Eduardo Xavier Santos Riberio Silva¹, Dra. Maria Cristina Chavantes¹

¹Universidade Nove de Julho, São Paulo, Brasil

Trabajos Libres Cirujanos (I), Salón Bávaro 3, noviembre 2, 2025, 8:00 - 10:40

Introducción. Los bifosfonatos son fármacos que inhiben la resorción ósea. Aunque su prescripción se limitaba inicialmente a enfermedades que interferían con el metabolismo óseo, actualmente se prescriben ampliamente para tratar la osteoporosis e incluso la osteopenia. Su uso prolongado puede provocar efectos adversos graves, como la osteonecrosis de los maxilares relacionada con medicamentos, una complicación severa y mutiladora que reduce la calidad de vida.

El objetivo de este estudio fue evaluar la respuesta de la fotobiomodulación y la magnetoterapia como adyuvantes al tratamiento quirúrgico de la MRONJ

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio clínico prospectivo, aleatorizado y controlado que incluyó a 12 pacientes mujeres, con edad media de 77,61 años ($\pm 8,35$) y el uso medio de alendronato sódico oral fue de 5,66 años ($\pm 1,62$), de forma continua para la prevención o el tratamiento de osteopenia u osteoporosis. Todas presentaban osteonecrosis mandibular y se habían sometido previamente a procedimientos quirúrgicos en la cavidad oral. Las pacientes fueron divididas aleatoriamente en tres grupos: Grupo I Tratamiento Estándar y placebo, Grupo II Tratamiento Estándar + Láser de Baja Intensidad y Grupo III Tratamiento Estándar + Campo Magnético Pulsado. Las evaluaciones incluyeron análisis bioquímicos del proceso inflamatorio, observación de la cicatrización de la mucosa oral mediante examen clínico visual y comparación de la reparación ósea a través del análisis de la densidad ósea en tomografía computarizada.

Resultados: En la evaluación bioquímica del proceso inflamatorio, el hemograma mostró mayor oxigenación sanguínea debido al aumento de la hemoglobina, disminución de la viscosidad por trombocitopenia y reducción de la PCR en las primeras 72 horas. Además, se observó una reducción en el leucograma en los grupos de Láser e imán en comparación con el grupo placebo. La disminución en los niveles de Creatina Fosfoquinasa y Deshidrogenasa Láctica en los grupos de Láser e Imán, en relación con el grupo placebo, sugirió un cambio en el proceso de reparación muscular y una posible aceleración de la cicatrización. Respecto a la reparación del tejido blando gingival, el Grupo Placebo presentó dehiscencia a los 7 días en el 100% de los casos. En contraste, en el Grupo Láser, se observó un 33,3% de suturas parcialmente cerradas, mientras que en el Grupo imán, el cierre fue completo en el 100% de los pacientes. En la comparación de la densidad ósea tomográfica (Unidad Hounsfield - HU) entre el período preoperatorio y 60 días después del procedimiento quirúrgico, el grupo de Magnetoterapia obtuvo los mejores resultados, con un aumento del 40% en la densidad ósea en comparación con los otros grupos.

En conclusión, la fotobiomodulación y la magnetoterapia demostraron seguridad y eficacia como coadyuvantes en el tratamiento de la MRONJ. Esto se evidenció por la reducción de los signos inflamatorios, una cicatrización más rápida y una menor morbilidad en el período postoperatorio. Nuestros hallazgos sugieren que tan solo cuatro aplicaciones de Láser de Baja Intensidad y Magnetoterapia fueron suficientes para reducir el proceso inflamatorio en la herida quirúrgica, estimular la reparación tisular y proporcionar analgesia en el postoperatorio.

OC-03

Fibroma osificante trabecular juvenil terapia conservadora: caso clínico

Dr. Tomas Alfredo Beltrán Gomez¹, Dr. José Bernardo Moreno Zarate¹

¹CEOMED, Rancagua, Chile

Trabajos Libres Cirujanos (I), Salón Bávaro 3, noviembre 2, 2025, 8:00 - 10:40

Introducción: El fibroma osificante trabecular juvenil es una lesión fibro-ósea benigna que afecta principalmente a la región craneofacial en pacientes pediátricos. A pesar de no ser maligno, presenta un comportamiento agresivo localmente, con crecimiento rápido y potencial para causar asimetría facial y desplazamiento de estructuras dentoalveolares. Se clasifica en dos subtipos histopatológicos: el fibroma osificante juvenil psamomatoideo (FOJP) y el trabecular (FOJT), este último con mayor incidencia en los maxilares. Su diagnóstico y tratamiento temprano son fundamentales para evitar secuelas funcionales y estéticas.

Objetivos: Describir las características clínicas, imagenológicas e histopatológicas de un caso de fibroma osificante juvenil trabecular en la mandíbula, evaluar la eficacia de un abordaje conservador mediante enucleación y curetaje y resaltar la importancia del seguimiento prolongado en el manejo de estas lesiones.

Material y Métodos: Se reporta el caso de un paciente masculino de 7 años y 5 meses, que presenta aumento de volumen asintomático en la hemimandíbula izquierda. Se realiza estudios clínicos, radiográficos y tomográficos, confirmando una lesión fibro-ósea expansiva. Se opta por una cirugía conservadora con abordaje intraoral, enucleación y curetaje de la lesión. La muestra es sometida a análisis histopatológico, y se realiza un seguimiento clínico e imagenológico por 30 meses.

Resultados: La lesión extirpada presenta características típicas de FOJT: tejido fibroblástico hiper celular, trabéculas de hueso inmaduro y osteoide, y células gigantes multinucleadas. La imagen postoperatoria a los dos años muestra remodelación ósea satisfactoria y alineación dental adecuada, sin signos de recurrencia. El manejo conservador fue exitoso y permitió preservar la integridad ósea y la funcionalidad mandibular.

Conclusión: El tratamiento conservador del FOJT puede ser una alternativa eficaz en pacientes pediátricos, minimizando las secuelas y permitiendo un desarrollo óseo normal. Dado su potencial de recurrencia, es esencial realizar controles periódicos a largo plazo. Reconocer esta lesión permite un abordaje oportuno que favorece resultados funcionales y estéticos óptimos.

Figura 1

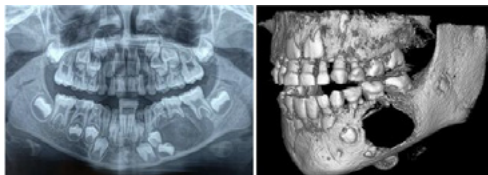


Figura 2



Figura 3



OC-04

Mixoma mandibular, resección total y reconstrucción con colgajo microvascular de peroné, presentación de caso clínico

Dr. Carlos Manuel Roa Encarnacion¹

¹UMAЕ Hospital de Pediatría Del CMO, IMSS, Guadalajara, México

Trabajos Libres Cirujanos (I), Salón Bávaro 3, noviembre 2, 2025, 8:00 - 10:40

Introducción: El mixoma odontogénico es una neoplasia benigna originada en el estroma mesenquimal, que se caracteriza por un comportamiento localmente agresivo. Se presenta con mayor frecuencia en la mandíbula, especialmente en la región posterior. Esta lesión representa entre el 0,5 % y el 20 % de todos los tumores odontogénicos. El tratamiento de elección es la escisión quirúrgica, siendo la resección segmentaria con reconstrucción consecuyente la opción ideal, ya que se asocia con la menor tasa de recidiva.

Presentación de caso: Paciente masculino de la segunda década de la vida, sin antecedentes personales patológicos de importancia, el cual se presenta a la consulta externa de cirugía maxilofacial del UMAE Pediatría, Centro Médico Nacional de Occidente por lesión en región de cuerpo mandibular, contando con diagnóstico histopatológico de Fibromixoma Odontogénico por facultativo de CMF privado (09/08/2022) se protocoliza para mandibulectomía + reconstrucción con placa 2.0 + aditamento Condilar bilateral + toma y colocación de colgajo microvascular de peroné con isla cutánea (07/11/22), se realiza TAC de macizo facial de control corroborando adecuada posición y función de la reconstrucción realizada, posteriormente se decide colocar 6 implantes dentales sobre reborde alveolar inferior (full arch) (16/08/2023) para continuar con confección de prótesis total en arcada inferior. Actualmente se presenta con estabilidad oclusal adecuada y buena calidad de vida.

Discusión: Miloro, M, y cols., mencionan que el tratamiento con curetaje mostró la tasa de recurrencia más alta (31,3%), mientras que la resección marginal (3.1%) y la resección segmentaria (1.3%) demostraron las tasas más bajas de recurrencia de la enfermedad, teniendo en cuenta los márgenes de seguridad apropiados.

Trode H., y cols. Reportan que la reconstrucción mandibular con colgajo libre de peroné en pacientes pediátricos restablece la anatomía y función mandibular, favoreciendo un desarrollo craneomaxilofacial normal y evitando alteraciones en el crecimiento facial.

Conclusión: La reconstrucción mandibular pediátrica y una oclusión adecuada podrían promover el crecimiento y simetría del tercio medio facial. El uso de prótesis dentales posterior al tratamiento reconstructivo ayuda a mantener la estimulación masticatoria y promover el crecimiento y desarrollo craneofacial.

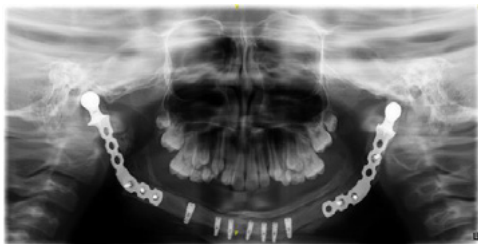
Figura 1



Figura 2



Figura 3



OC-05

Reconstrucción mandibular con injerto de cresta iliaca para tratamiento de queratoquiste

Dr. Edder Chamorro¹

¹Clínica Venturelli, Buenos Aires, Argentina

Trabajos Libres Cirujanos (I), Salón Bávaro 3, noviembre 2, 2025, 8:00 - 10:40

Introducción: El tratamiento del queratoquiste ha sido un tema bastante controversial debido a las distintas alternativas del manejo que esta patología presenta.

Enucleación: Consiste en la extirpación quirúrgica completa del quiste. Dada la fina y friable cápsula del queratoquiste, es común que se fragmente durante la extracción, lo que puede contribuir a la recurrencia si no se elimina por completo.

Curetaje: Raspado de las paredes óseas después de la enucleación para eliminar posibles restos de células quísticas.

Ostectomía periférica: Extirpación de una pequeña capa de hueso alrededor de la lesión para asegurar la eliminación de cualquier célula residual.

Solución de Carnoy: Es una solución química que se puede aplicar en la cavidad después de la enucleación para destruir las células epiteliales remanentes y disminuir la recurrencia.

Marsupialización o descompresión: En algunos casos, especialmente en quistes grandes o en niños, se puede realizar un procedimiento menos invasivo para reducir el tamaño del quiste antes de la enucleación definitiva. Esto implica crear una abertura en el quiste para permitir el drenaje y la descompresión.

Resección en bloque: Es un tratamiento más agresivo que implica la extirpación de un segmento del hueso, reservado para casos complejos, lesiones muy extensas o recurrencias múltiples.

Objetivos: El objetivo principal de esta presentación es demostrar que esta opción de tratamiento es una opción fiable y reproducible para la rehabilitación funcional y estética tras las resecciones mandibulares por lesiones quísticas.

Materiales y métodos: Presentación de un caso de reconstrucción hemimandibular en un paciente con resección segmentaria por queratoquiste odontogénico agresivo. Tras la ablación del defecto mandibular, se realizó un injerto autólogo de cresta iliaca externa modelado para restablecer la forma y el volumen óseo. Se utilizó fijación rígida con placa de titanio de adaptación anatómica para asegurar la estabilidad primaria del injerto. A los seis meses, tras comprobar la integración osteoinjertos y la adecuada vascularización, se procedió a la colocación de tres implantes dentales en la zona reconstruida. El protocolo protésico incluyó una prótesis fija parcial, permitiendo la recuperación de la función masticatoria. Durante un seguimiento de 12 meses, no se observaron complicaciones ni pérdida de injerto ni de implantes, y el paciente retomó su masticación y habla con plena satisfacción.

Resultado: El éxito del tratamiento fue predeterminado por una correcta planificación quirúrgica basada en el diagnóstico histo patológico de la lesión, manejo interdisciplinario con el equipo de traumatología, seguimiento estricto del paciente y sobre todo el control a distancia, donde se observa la buena oseointegración de los tejidos duros y de los implantes.

Conclusión: La resección de este tipo de anomalías con un comportamiento localmente agresivo dejan un defecto importante, por lo tanto, es importante considerar que la reconstrucción mandibular con injerto de cresta iliaca es una alternativa para devolverle al paciente la forma y función.

La importancia del manejo interdisciplinario para el correcto tratamiento es fundamental

Devolver la función masticatoria y estética es fundamental para el bienestar personal y vinculación social del paciente.

Figura 1



Figura 2

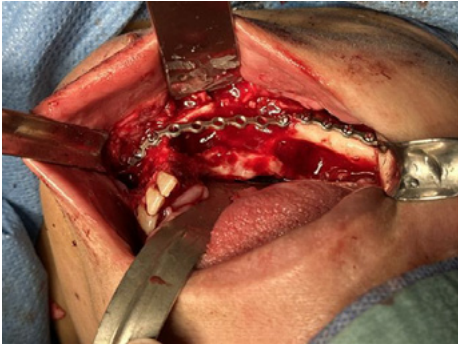
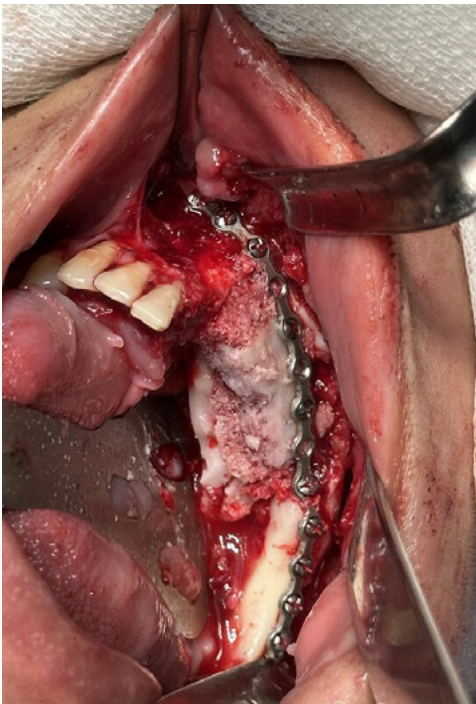


Figura 3



OC-06

Papel de la navegación quirúrgica en cirugía ortognática

Dr. Francisco Jesús Alamillos Granados¹, Dr. Orlando Estévez Cordero¹, Dra. Alicia Dean^{1,2}

¹Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba, Córdoba, España, ²Instituto de Investigación Biomédica de Córdoba. IMIBIC, Córdoba, España

Trabajos Libres Cirujanos (I), Salón Bávaro 3, noviembre 2, 2025, 8:00 - 10:40

Introducción: En el desarrollo de la cirugía ortognática ha habido a lo largo de los años una serie de mejoras como son la planificación virtual 3D, la mejora de los sistemas de osteosíntesis, el diseño CAD-CAM y sin duda la navegación quirúrgica va a suponer una aportación en nuestra especialidad que va a incrementar la precisión y seguridad.

El objetivo de este trabajo es presentar nuestra experiencia en el uso de la navegación quirúrgica en los pacientes tratados de cirugía ortognática. Queremos determinar las indicaciones y beneficios de la navegación quirúrgica en cirugía ortognática y valorar si aumentamos la precisión y seguridad en nuestros resultados.

Material y métodos: Hemos revisado 32 pacientes que han sido intervenidos de cirugía ortognática. Los diagnósticos de los pacientes han sido: hiperplasias condíleas (6), anquilosis de la ATM con deformidad dentofacial (3), clases III, II y mordidas abiertas (23).

Procedimiento: El sistema de navegación utilizado ha sido el navegador de BrainLab. La planificación virtual de todos los pacientes se realizó en el programa iPlan o Elements de BrainLab. Se realizó la importación del plan quirúrgico final en formato STL, desde el programa de planificación de Dolphin[®]. Las guías de corte y osteosíntesis customizadas se importaron en formato STL, preparadas para la navegación quirúrgica en el quirófano. El objeto “nervio dentario” o “bloque anquilótico” fueron determinados con la herramienta “pincel”, cuando estaba indicado. La simetrización condílea se realizó mediante la herramienta “espejo”, cuando estaba indicado.

Variables analizadas: precisión de los resultados en milímetros en medidas lineales, seguridad y facilidad de uso de la tecnología de navegación quirúrgica durante la cirugía y tiempo que consumen los sistemas de navegación quirúrgica en el quirófano.

Resultados:

En todos los pacientes se pudo realizar la navegación y aportó seguridad al equipo quirúrgico. Los resultados tuvieron errores medios menores de 1,5 mm en medidas lineales. El equipo quirúrgico comprobó que los sistemas de navegación presentan una dificultad media en su uso. El tiempo que consumen los sistemas de navegación quirúrgica en el quirófano es una media de 20 min, pero ahorra tiempo global total de la intervención quirúrgica.

Conclusiones: Con la navegación podemos identificar estructuras anatómicas importantes que no debemos lesionar, diseñar osteotomías, comprobar que se cumplen los objetivos de tratamiento y la correcta colocación de las guías de corte y osteosíntesis customizadas y todos esto con precisión y seguridad. La navegación quirúrgica en cirugía ortognática la podemos utilizar para: 1. Transferir el plan de tratamiento en el quirófano, 2. Comprobar la precisión de los resultados durante la cirugía, como la posición vertical del maxilar, posición del cóndilo, o posición de una prótesis; 3. Identificación de estructuras anatómicas importantes o críticas, como el nervio dentario inferior, arteria carótida o maxilar interna, base de cráneo, oído medio. Con la navegación quirúrgica se acorta el tiempo quirúrgico. Es muy útil en asimetrías, casos complejos, impactaciones y movimientos de torsión y facilita la comunicación entre los miembros del equipo.

OC-07

Enfoque Conservador en Ameloblastoma Uniquístico: Preservación Mandibular y Condilar en un Paciente en Crecimiento

Dr. Alejandro Venturelli¹

¹Hospital Pirovano, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Trabajos Libres Cirujanos (I), Salón Bávaro 3, noviembre 2, 2025, 8:00 - 10:40

El tratamiento del ameloblastoma uniquístico en pacientes pediátricos plantea un dilema clínico: erradicar la lesión sin comprometer el potencial de crecimiento facial. Presentamos el caso de un paciente masculino de 11 años con una tumoración expansiva en la mejilla izquierda, que en estudios por imágenes se confirmó como un ameloblastoma uniquístico originado en el germen del tercer molar inferior izquierdo, en posición ectópica.

Frente a la tradicional indicación de resección amplia, se optó por un abordaje conservador, preservando tanto la cortical basal de la mandíbula como el cóndilo mandibular, estructuras claves en el desarrollo craneofacial. La planificación quirúrgica incluyó el cuidadoso curetaje en bloque de la lesión, la conservación de elementos dentarios vitales, incluidos los molares temporarios comprometidos, y el seguimiento tomográfico estrecho.

Este abordaje permitió preservar la anatomía funcional sin recurrir a resecciones segmentarias ni reconstrucciones con injertos. A corto y mediano plazo, se observó una adecuada regeneración ósea espontánea, mantenimiento de la oclusión y preservación del contorno facial. El caso resalta cómo una visión quirúrgica conservadora, respaldada por una técnica meticulosa y diagnóstico precoz, puede favorecer significativamente al paciente en crecimiento, reduciendo el impacto funcional, estético y psicológico del tratamiento.

Este reporte refuerza la necesidad de replantear los esquemas terapéuticos agresivos en niños, promoviendo protocolos individualizados que valoren el potencial regenerativo y adaptativo del paciente joven.

Figura 1

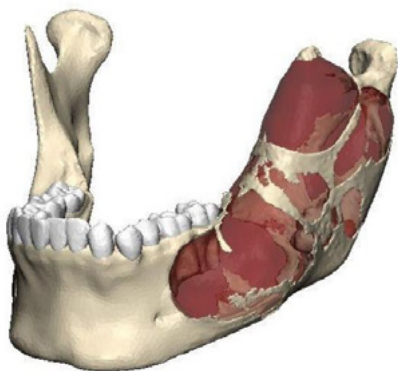
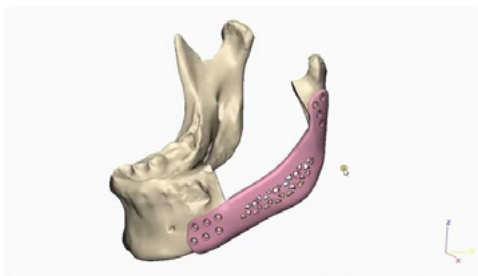


Figura 2



OC-08

Customized titanium mesh implant with radial forearm free flap for reconstruction of complex frontal defect

Dr. Jorge Antonio Núñez Paredes¹, Dr. Víctor Vega Barreto¹, Dr. Julio Acero Sanz¹

¹Hospital Ramón Y Cajal. Servicio de Cirugía Maxilofacial., Madrid, España

Trabajos Libres Cirujanos (I), Salón Bávaro 3, noviembre 2, 2025, 8:00 - 10:40

Introduction: Osteoradionecrosis of the skull base is a rare potentially complication that can cause some deformities. The main goals of anterior skull base reconstruction are to support the brain and orbit, separate the dura from the upper respiratory tract, provide lining for the nasal cavity, reestablish the nasal and nasopharyngeal cavities, obliterate dead space, and restore a 3D contour.

CAD-CAM techniques allow to precisely design alloplastic implants to guarantee the best aesthetic and functional results, reducing surgery duration.

Materials And Methods: A 45 years old patient was referred to our hospital after having undergone surgery and radiotherapy to treat and ethmoidal carcinoma. A frontal craniectomy approach was performed to carry out a bilateral ethmoidectomy with a galea-aponeurotic flap and titanium mesh to reconstruct the postoncologic defect.

Due to adjuvant radiotherapy the patient experienced a process of frontal osteoradionecrosis with exposure of the mesh and duramater through a cutaneous fistulae.

Therefore, it was necessary to remove the necrotic frontal bone and the titanium implant generating, a significant deformity with frontal depression and persistence of a frontonasocutaneous fistulae.

Objectives: Reconstruction of a complex frontal bone defect after the treatment of an ethmoidal carcinoma using a computer designed titanium mesh patient specific implant and a radiaforearm free flap to closure a frontonasocutaneous fistulae and cover the titanium mesh implant.

CAD-CAM reconstruction to cover the frontal defect with two titanium meshes and de-epithelialized forearm free flap covering the frontonasocutaneous fistulae and the implants asolating the duramater. Microsurgical anastomosis was performed to temporal vessels.

Results: Frontal defect and frontonasocutaneous fistulae.

Inmediated and 6 months postoperative period. Adequate frontal projection with absense of residual fistulae. No long-term infection or osteosynthesis material intolerance was observed.

Preoperative CT Scan with 3D reconstruction. A large bone defect is observed at bilateral frontal region affecting both supraorbital rims and encompassing the location of both frontal sinuses, in relation to postsurgical changes. Also, anatomy of cervicofacial vessels were studied to perform the microsurgery anastomosis of the radial forearm free flap.

Postoperative CT Scan with 3D reconstruction. The titanium mesh creates an adequate frontal contour and projection and there is no evidence of recurrence of frontonasocutaneous fistulae.

Conclusión: The CAD-CAM techniques allow us to precisely establish the cranial defect to be reconstructed and manufacture personalized alloplastic prostheses, reducing surgical time and complications.

By combining a custom titanium mesh and a radial forearm free flap we are able to repair a complex cranial and soft tissue defect obtaining a satisfactory aesthetic and functional outcome

Figura 1

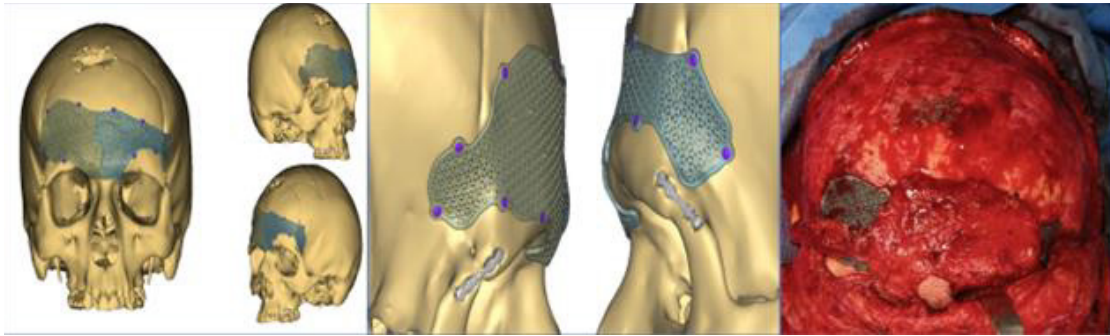


Figura 2



Figura 3



OC-09

Comparativo da resistência mecânica entre placa convencional e experimental usadas para estabilização da maxila em procedimentos de cirurgia ortognática

Dr. Fábio Tadeu Ferreira Rodrigues¹, Dr. Lucas Cavalieri Pereira², Dra. Patrícia Siqueira da Silva Barcellos³

¹São Leopoldo Mandic, Campinas, Brasil, ²São Leopoldo Mandic, Campinas, Brasil, ³São Leopoldo Mandic, Campinas, Brasil

Trabajos Libres Cirujanos (I), Salón Bávaro 3, noviembre 2, 2025, 8:00 - 10:40

Introducción: Uno de los principales objetivos de la cirugía ortognática es corregir las deformidades dentofaciales, proporcionando mejoras funcionales y estéticas. La estabilidad maxilar tras osteotomías de Le Fort I depende de una fijación rígida, generalmente realizada con placas y tornillos de titanio. La correcta posición de la mandíbula respecto al cráneo es esencial para las funciones masticatorias, respiratorias y estéticas, además de prevenir problemas como el dolor articular y los trastornos temporomandibulares. Por lo tanto, la estabilización maxilar desempeña un papel crucial en la rehabilitación oral y la calidad de vida del paciente (MOREIRA, 2023).

Sin embargo, el desarrollo de nuevos diseños de placas busca combinar una mejor resistencia mecánica con un menor volumen, adaptación anatómica y menor morbilidad. A pesar de los avances en cirugía ortognática, aún existen lagunas en la literatura sobre la resistencia mecánica de las placas utilizadas para la estabilización maxilar (SANTOS, 2018).

Objetivos: El presente estudio tiene como objetivo comparar la resistencia mecánica de las placas convencionales en forma de L y tipo Lindorf con un nuevo modelo de placa experimental diseñado para optimizar la distribución de la fuerza en la fijación maxilar durante cirugías ortognáticas.

Materiales y métodos: Se utilizaron cinco modelos maxilares sintéticos estandarizados, divididos en dos grupos: Grupo 1 (G1), con placas convencionales en forma de L en el pilar cigomático y placas Lindorf en la región del pilar canino, y Grupo 2 (G2), con placas experimentales desarrolladas con geometría optimizada en el pilar canino del lado opuesto. Se realizaron osteotomías Le Fort I en todos los modelos utilizando una guía de corte impresa en 3D, seguidas de la fijación con cuatro tornillos monocorticales por placa. Los cuerpos se sometieron a pruebas mecánicas en una máquina de ensayos universal, con la aplicación de fuerza vertical progresiva hasta el fallo del sistema de fijación. Los datos se analizaron estadísticamente con un nivel de significancia del 5%.

Resultados: Las pruebas demostraron que el Grupo 2 (placa experimental) presentó una resistencia media superior ($p < 0,05$) en comparación con el Grupo 1. La carga media soportada hasta el fallo fue de 182 N para G1 y de 217 N para G2. Además, el modo de fallo más frecuente en G1 fue el desplazamiento de la placa debido a la deformación, mientras que en G2 se demostró una mayor resistencia estructural, con una menor incidencia de deformación. El análisis cualitativo mostró que el nuevo diseño de la placa promovió una distribución de tensiones más uniforme, lo que sugiere un rendimiento clínico relativamente mejor en situaciones de mayor carga funcional.

Conclusión: La placa experimental demostró una resistencia mecánica superior en comparación con el modelo convencional, lo que demuestra su potencial como alternativa eficaz para la estabilización maxilar en cirugías ortognáticas. Estos resultados indican que la innovación en el diseño de la placa puede contribuir a una mayor previsibilidad y seguridad en los procedimientos quirúrgicos. Se recomiendan estudios clínicos adicionales para validar los hallazgos in vitro.

Figura 1



Figura 2



Figura 3



OC-10

Evaluación por TC de las estructuras nasales después de la cirugía ortognática

Dr. Bruno Nifossi Prado¹, PHd Lucas Cavalieri Pereira¹, DDS Juliana Nifossi Prado¹

¹São Leopoldo Mandic, São Paulo, Brasil

Trabajos Libres Cirujanos (I), Salón Bávaro 3, noviembre 2, 2025, 8:00 - 10:40

Introducción

La cirugía ortognática es un procedimiento destinado a corregir las deformidades craneofaciales mejorando su función y estética. Sin embargo, Collins y Epker (1982) reportaron cambios en la estética nasal después de la Osteotomía de Lefort 1. La osteotomía de Lefort 1 promueve un agrandamiento de la base nasal que necesita reparación para que vuelva más cerca de su tamaño inicial.

El objetivo de este estudio fue evaluar, a través de tomografías computarizadas preoperatorias y postoperatorias, los cambios nasales ocurridos después de la cirugía ortognática.

Material y métodos

Se utilizaron tomografías computarizadas de 21 pacientes sometidos a cirugía ortognática como osteotomía Le Fort 1 y avance maxilar. Todos los pacientes fueron sometidos a sutura de la base alar durante la cirugía ortognática.

Las estructuras nasales se midieron antes (T1) y 1 año después de la cirugía ortognática (T2). Se evaluó la base alar, las fosas nasales, la distancia intercrural y el ángulo nasolabial.

Resultados

Había una correlación entre el avance maxilar y el aumento de la base alar. Apesar de que la base alar mostró un aumento estadísticamente significativo clínicamente, este aumento tuvo un promedio de 1,1 mm. Todas las estructuras nasales sufrieron alteraciones, pero la que tuvo mayor incremento fue el ángulo nasolabial, evidenciando una mayor percepción estética.

Conclusiones

Las estructuras nasales medidas en las cirugías ortognáticas, la distancia desde la base alar, el ángulo nasolabial y las dimensiones horizontales de las fosas nasales derecha e izquierda muestran diferencias estadísticamente significativas en el postoperatorio.

En cuanto al avance maxilar, existe una asociación positiva, lo que indica que los pacientes con mayor avance maxilar pueden haber experimentado un aumento proporcionalmente mayor de la base alar.

El aumento del ángulo nasolabial no se asocia con el avance maxilar.

En las mujeres, hubo una asociación negativa en la que el avance maxilar condujo a una disminución de la distancia intercrural.

Figura 1

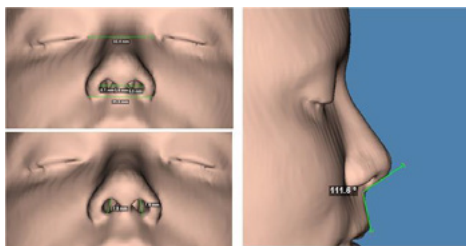


Figura 2

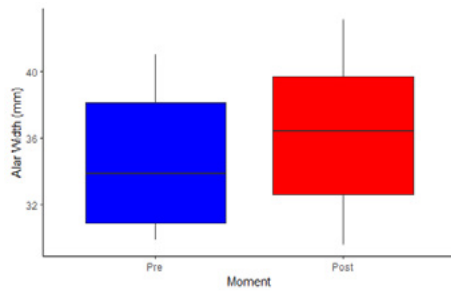
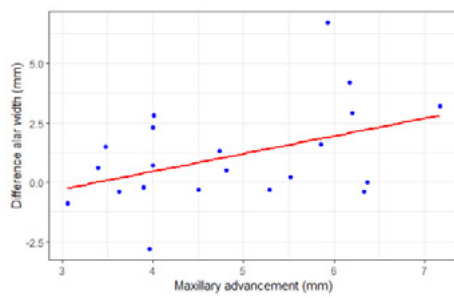


Figura 3



OC-11

Síndrome de Shimmelpenning: reporte de un caso

Dra. Johana Marengo¹, Dr. Alan Ponce

¹Hospital Eva Perón, Granadero Baigorria, Argentina

Trabajos Libres Cirujanos (I), Salón Bávaro 3, noviembre 2, 2025, 8:00 - 10:40

Los síndromes de nevo epidérmico son un grupo de trastornos multisistémicos infrecuentes, entre los que se encuentra la variante clínica de Síndrome de Schimmelpenning. Un síndrome de presentación congénita que se identifica por la existencia de uno o varios nevos sebáceos y suele ir acompañado de anomalías oculares, esqueléticas, cardiovasculares y del sistema nervioso central. Su aparición es esporádica y afecta a ambos sexos por igual. El nevo sebáceo es la lesión característica de este síndrome y suele presentarse en la cara, el cuello o el cuero cabelludo. También puede presentarse en otras áreas del cuerpo siguiendo las líneas de Blaschko. Este tipo de lesiones lo presentan hasta un 0,3% de los recién nacidos, suelen aparecer al nacer o en la primera infancia como una placa lisa sin pelo de color amarillo anaranjado y cerosa, pero con la edad, pueden volverse verrugosas o nodulares e hiperpigmentadas. En la edad adulta, pueden desarrollarse distintas neoplasias sobre el nevo sebáceo, en su mayoría benignas, pero también, podrían malignizar (<5 % casos), siendo objeto de debate su exéresis quirúrgica.

Este informe de caso tiene como objetivo exponer un caso poco común de Síndrome de Schimmelpenning y su tratamiento.

Se evaluó paciente masculino de 18 años de edad, el cual acudió al Servicio de Cirugía Máxilo Facial del Hospital Eva Perón, debido a asimetría facial y lesiones verrugosas ubicadas en la parte media facial que se extendían hacia el cuello, involucrando además cavidad oral.

Al interrogatorio, no presentaba antecedentes de alteraciones de salud general ni tampoco antecedentes familiares patológicos de interés.

Se realizaron estudios por imágenes, hemograma completo, química sanguínea, además de interconsultas a los Servicios de Oftalmología, Neurología y Cardiología.

Posterior a eso, se realizó toma de biopsia de masa ocupante ubicada en maxilar superior mediante colocación de anestesia local, la cual arrojó como resultado Queratoquiste. Luego, se realizó tratamiento quirúrgico de lesiones cutáneas y lesión ubicada en maxilar superior bajo anestesia general, las cuales fueron enviadas a anatomía patológica y prueba de inmunohistoquímica dando como resultado: cuadro compatible con Tumor Odontogénico Adenomatoides.

Debido a las características clínicas de las alteraciones cutáneas, así como los hallazgos histopatológicos, se llegó al diagnóstico de Síndrome de Schimmelpenning.

Luego del primer tratamiento quirúrgico el paciente se mantuvo en seguimiento y se procedió a realizar una segunda cirugía remodeladora.

El caso que se presenta es muy interesante, debido a su baja frecuencia y a la magnitud y compromiso de las lesiones. El pronóstico para las personas con nevo sebáceo es excelente. Si bien existe la posibilidad de transformación maligna, el riesgo general es bajo. El diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado pueden mitigar este riesgo y garantizar resultados favorables. Si los profesionales de la salud conocen este tipo de lesiones cutáneas distintivas, el diagnóstico se puede establecer de forma temprana. Hasta la fecha, hay muy pocos informes del síndrome de Schimmelpenning, y debido a que este se asocia con una amplia gama de anomalías, es necesaria un diagnóstico temprano y evaluación cuidadosa de la afectación multiorgánica.

Figura 1



Figura 2

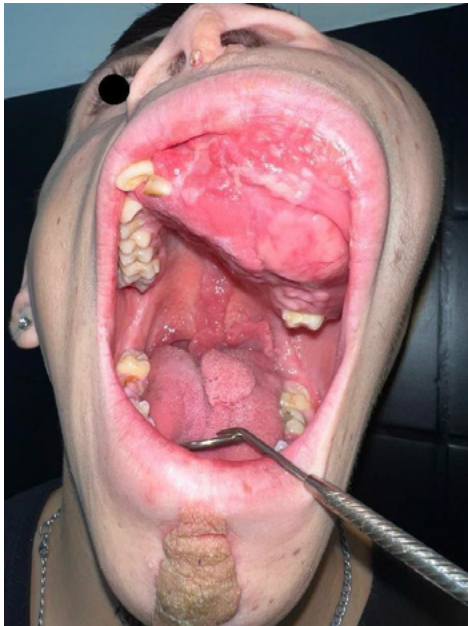
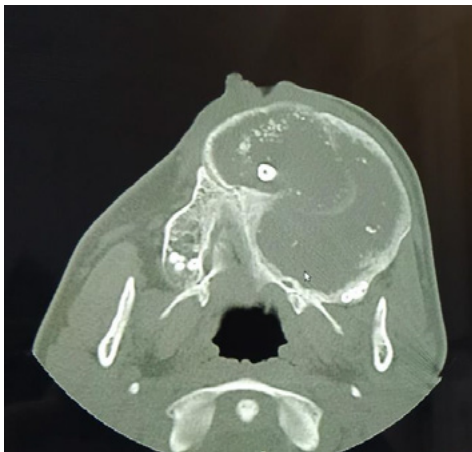


Figura 3



OC-12

Planificación digital en cirugía maxilofacial

Dr. Jorge Benitez¹

¹Jefe residente hospital Penna, Bahía Blanca, Argentina

Trabajos Libres Cirujanos (I), Salón Bávaro 3, noviembre 2, 2025, 8:00 - 10:40

el presente trabajo muestra la resolución de diferentes casos clínicos con la ayuda de herramientas de planificación y navegación digital desde tratamientos en anomalías dentofaciales hasta tratamientos de cirugía reconstructiva y alternativas implantológicas tanto implantes convencionales como no convencionales (cigomáticos)

el objetivo es determinar y demostrar el avance de la cirugía digital sobre la analógica

se presentaran casos clínicos q van de la cirugía ortognática hasta la cirugía reconstructiva con la utilización de prótesis customizadas en defectos graves pasando por la cirugía guiada implantología en tratamiento de atrofas severas

los resultados y conclusiones se verán en la presentación de los diversos casos clínicos con su resolución final.

Figura 1

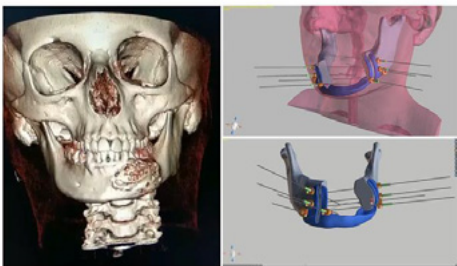


Figura 2

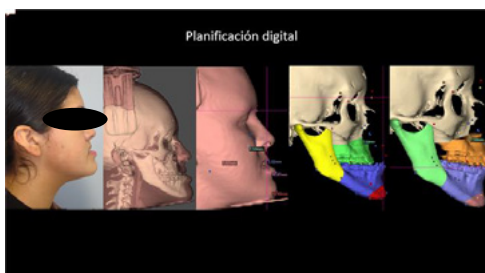
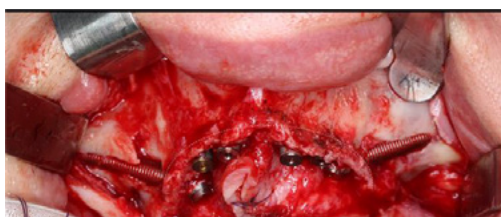


Figura 3



OC-13

Cirugía ortognática y feminización facial simultánea usando planeación virtual, guías de corte y posicionamiento y placas a la medida

Dr. José Domínguez Mejía¹, Ing. Catalina Isaza Falla²

¹Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia, ²Inmmetec, Medellín, Colombia

Trabajos Libres Cirujanos (I), Salón Bávaro 3, noviembre 2, 2025, 8:00 - 10:40

Introducción: La cirugía ortognática ha sido parte fundamental del quehacer del cirujano maxilofacial desde hace varios años, los procedimientos de feminización y virilización facial han ganado poco a poco terreno en la última década dada la mayor demanda de este tipo de procedimientos tanto en personas que desean reafirmar su aspecto facial como en aquellos que desean modificarlo según su inclinación de género.

Los avances en planeación digital han emergido como una gran ayuda en todas las áreas quirúrgicas, lo que que ha permitido no solo realizar planeaciones más precisas, sino también realizar procedimientos mucho más complejos de forma segura y confiable.

Objetivo: Realizar de manera simultánea un procedimiento de cirugía ortognática bimaxilar más mentoplastia y feminización facial usando software de planeación quirúrgica.

Materiales y métodos:

Se realiza cirugía en paciente femenina, 34 años de edad en la cual se hace diagnóstico de hipoplasia de tercio medio facial, micrognatismo mandibular, microgenia, mordida profunda junto con maloclusión clase II, además de glabella y arcos superciliares muy pronunciados, inserción capilar alta con patrón andrógino, ángulos mandibulares marcados y en general un rostro de características masculinas. La paciente desea no solo corregir su anomalía esquelética, sino también feminizar su rostro.

Una vez realizada la cefalometría, y teniendo claras las expectativas y necesidades de la paciente, se realiza planeación para cirugía usando un software de planeación virtual Geomagic (Geomagic design X, 3Dsystems, USA).

Se decide realizar avance maxilar de 3 mm con descenso anterior de 4 mm, avance mandibular a oclusión posquirúrgica deseada usando técnica "surgery first" logrando un avance mandibular de 9 mm y mentoplastia modificada para feminización de mentón con avance de 4 mm, descenso de 4 mm y reducción de amplitud de 8 mm. Adicional a ello se suavizó el rostro remodelando los ángulos mandibulares y se realizó frontoplastia simple con descenso de línea de inserción capilar de 12 mm. Con el software de planeación se realizaron guías de corte y posicionamiento para la osteotomía Lefort y para la mentoplastia, se midió el grosor de la pared anterior del seno frontal para decidir la técnica de frontoplastia, y se midió la cantidad de hueso a remodelar en los ángulos mandibulares, dado que la cantidad a remodelar era mínima en los ángulos, no fue necesario en este caso realizar guías de corte. adicional a ello se diseñaron placas de fijación a la medida en titanio para llevar el maxilar a la posición deseada y garantizar así un movimiento preciso.

Resultados: Se lograron resultados estéticos y funcionales satisfactorios en la paciente, tanto los movimientos esqueléticos, la oclusión planeada y la feminización facial fueron logrados; el tiempo de recuperación fue mínimo, solo 14 días, tiempo a partir del cual reinició su actividad laboral.

Conclusión: La planeación virtual en cirugía maxilofacial es una herramienta útil que permite realizar procedimientos de alta dificultad técnica con muy buenos resultados tanto funcionales como estéticos. Los procedimientos de afirmación de género pueden ser realizados de manera simultánea y exitosa con cirugía ortognática.

Figura 1

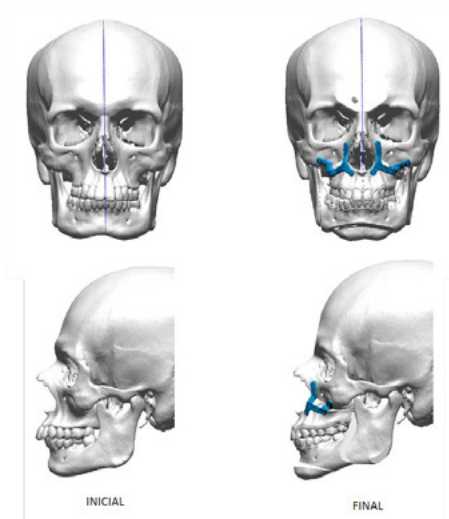


Figura 2

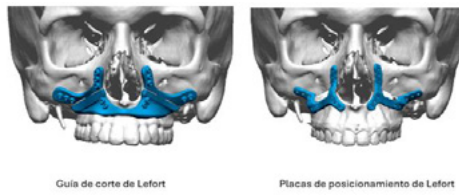
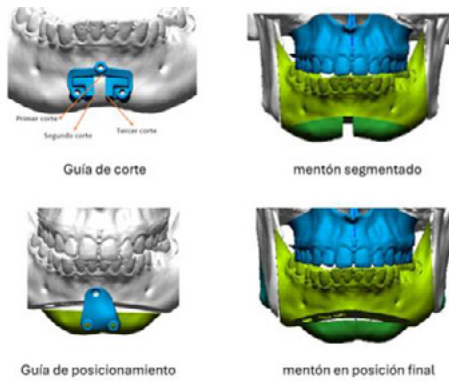


Figura 3



OC-14

6 años de evaluación funcional de pacientes posoperados de artroscopia de la ATM, desde nivel 1 hasta nivel 3

Dr. Víctor Hugo González Angulo¹

¹Privado, Mazatlán, México

Trabajos Libres Cirujanos (I), Salón Bávaro 3, noviembre 2, 2025, 8:00 - 10:40

Los trastornos de la articulación temporomandibular (ATM) figuran entre las afecciones más frecuentes que se atienden en cirugía maxilofacial. Si bien el tratamiento conservador sigue siendo la primera opción terapéutica, en algunos casos no resulta suficiente. Cuando esto ocurre, la intervención quirúrgica —especialmente si se realiza de manera oportuna— puede evitar que el problema avance hacia una degeneración articular más severa.

Analizar la evolución funcional a largo plazo de pacientes intervenidos con artroscopia de la ATM, poniendo especial atención en la reducción del dolor, la eliminación de ruidos articulares y la mejoría en la función mandibular.

e revisaron cerca de 100 casos de pacientes que fueron sometidos a artroscopia de ATM como parte de su tratamiento quirúrgico. Se evaluaron parámetros clínicos como el dolor (usando escala visual análoga), la presencia de ruidos articulares y la funcionalidad mandibular. El seguimiento clínico se extendió hasta seis años después de la intervención, y los datos se analizaron de forma estadística para identificar patrones de evolución.

Más del 80% de los pacientes mostró una respuesta positiva al tratamiento, con disminución del dolor, desaparición de ruidos articulares y recuperación funcional adecuada. Se observó que los pacientes más jóvenes y aquellos con menor tiempo de evolución del trastorno fueron quienes presentaron mejores resultados postoperatorios.

La artroscopia de la ATM no debe entenderse como una solución definitiva, sino como una herramienta útil dentro del enfoque integral de tratamiento. Cuando se indica a tiempo, puede cambiar significativamente el pronóstico del paciente, previniendo la progresión del daño articular y facilitando una recuperación funcional más eficiente.

OC-15

Reemplazo total de la articulación temporomandibular. Nuestra experiencia. Resoluciones y complicaciones.

Prof. Graciela Giannunzio¹

¹Hospital Gral. De Agudos Gral Manuel Belgrano, San Martín, Argentina

Trabajos Libres Cirujanos (I), Salón Bávaro 3, noviembre 2, 2025, 8:00 - 10:40

Introducción: La incorporación tecnológica en todos los campos de la salud es hoy en día una necesidad.

En el área de la cirugía maxilofacial (CMF), el advenimiento de un enorme abanico de softwares han revolucionado la metodología usada para el diagnóstico, planificación terapéutica y seguimiento posoperatorio de todas las patologías que dicha especialidad abarca. Estos avances han obligado a los profesionales a introducirse al mundo virtual, demandándoles optimización en los resultados y tiempos quirúrgicos, minimizando la morbilidad peri y postoperatorio.

La resección mandibular con desarticulación es utilizada en diferentes situaciones clínicas tanto en patologías benignas agresivas como malignas, así como resecciones/ostectomías en patologías de ATM propiamente dichas tanto congénitas como adquiridas.

Estas terapéuticas causa serios problemas funcionales y estéticos, es por eso que independientemente del método que se utilice para la reconstrucción los objetivos principales son reestablecer la forma y la función. Las diferentes alternativas descritas para la reconstrucción de defectos mandibulares que incluyen a la ATM son injertos de cresta iliaca, injertos costochondrales, colgajo musculo cutáneo de pectoral mayor, transporte/distracción ósea, injertos libres microvascularizados (de cresta iliaca o peroné) y prótesis aloplásticas de ATM (de stock o personalizadas). El reemplazo total de ATM pesar de ser una técnica sensible y muy costosa, algunas de las ventajas por sobre los injertos autógenos son que permite la función inmediata luego de la implantación, también elimina la necesidad de un sitio quirúrgico dador, lo cual conlleva a una menor morbilidad. Esto no solo lo hace atractivo al cirujano, sino también al paciente.

Objetivo de este trabajo es presentar la estadística de los reemplazos realizados en el servicio de cirugía maxilofacial del H. Belgrano.

Materiales y métodos: A partir de la estadística realizada en el servicio de cirugía maxilofacial del H. Belgrano se presenta la epidemiología, patologías involucradas, resoluciones y complicaciones en el pre intra y postoperatorio.

Se realizó una búsqueda bibliográfica para poder comparar nuestros resultados.

Conclusión: La reconstrucción de la ATM a través de la instalación de una prótesis aloplásticas es una opción segura y eficaz para el restablecimiento adecuado de la forma y la función del sistema estomatognático. Su diseño, los materiales de fabricación y su estabilidad parecieran brindar resultados exitosos a largo plazo. La meticulosa planificación y preparación del paciente son indispensables para lograr el éxito.

OC-16

Tratamiento quirúrgico conservador de la anquilosis de la articulación temporomandibular bilateral en paciente pediátrico

Dr. Omar Antonio Campos Valenzuela¹, Dr. Hiroshi Concha Cusihualpa¹

¹Hospital Essalud Alberto Sabogal Sologuren, Lima, Perú

Trabajos Libres Cirujanos (I), Salón Bávaro 3, noviembre 2, 2025, 8:00 - 10:40

Introducción: La anquilosis ósea postraumática de la articulación temporomandibular (ATM) limita severamente la movilidad mandibular y afecta funciones esenciales como la masticación, el habla, la higiene oral, además de generar consecuencias estéticas y psicológicas, sin embargo, existe poca información sobre tratamientos quirúrgicos conservadores efectivos para esta afección en pacientes pediátricos.

Objetivo: Presentar un caso pediátrico de anquilosis ósea de la ATM bilateral secundaria a trauma maxilofacial y demostrar que un tratamiento quirúrgico conservador puede lograr una rehabilitación funcional óptima, evitando la resección, la reconstrucción y, consecuentemente, la morbilidad asociada.

Material Y Métodos: Paciente de sexo femenino, de 8 años de edad, acude a consulta externa acompañada de su padre, quien refiere que su hija no puede abrir la boca debido a un accidente ocurrido hace cuatro años, al caer desde un cuarto piso e impactar su mentón contra el pavimento. Aproximadamente un año después del evento, comenzó a presentar limitación progresiva de la apertura bucal, sin dolor. En el examen extraoral, se observó simetría facial conservada, con disminución de la dimensión vertical del tercio inferior de la cara, perfil convexo e hiperdivergente, retrognatismo por hipoplasia mandibular y aumento del ángulo cervicomentoniano. A nivel bilateral de la ATM, se palpó un leve abultamiento óseo, con restricción del recorrido condilar y presencia de una cicatriz en el mentón. En el examen intraoral, la apertura bucal estaba limitada a 4 mm, sin movimientos excéntricos. Presentaba dentición mixta, con alteraciones en el recambio dentario y maloclusión. Los exámenes de radiografía panorámica y tomografía maxilofacial mostraron alteraciones óseas en ambas ATM, con presencia de una masa ósea que fusionaba las superficies articulares en las regiones laterales, y atrofia parcial de los cóndilos con reducción del espacio articular en zonas mediales. Estos hallazgos fueron mejor visualizados y corroborados mediante un modelo estereolitográfico impreso, que facilitó el diagnóstico y la planificación quirúrgica. Se estableció el diagnóstico definitivo de anquilosis ósea bilateral de la ATM postraumática, de tipo A2 en el lado derecho y tipo A3 en el lado izquierdo, según la clasificación de Dongmei He. Ambas formas se caracterizan por una zona de fusión ósea situada en la región lateral de la articulación y una cabeza condilar atrófica con un espacio articular rudimentario en la región medial. Con base en ello, se realizó una artroplastia lateral bilateral con interposición de fascia del músculo temporal. Posteriormente, se realizó la fisioterapia progresiva, enfocado en la rehabilitación funcional, especialmente la apertura bucal, bajo estricta supervisión.

Resultados: Se logró la recuperación funcional de las ATM, con una mejora significativa en la apertura bucal, así como en la función masticatoria y la articulación del habla. El tratamiento quirúrgico conservador mostró una evolución clínica favorable, con resultados funcionales y estéticos satisfactorios, y una morbilidad postoperatoria mínima.

Conclusión: El tratamiento quirúrgico, abordado desde una perspectiva conservadora, debe considerarse una opción terapéutica viable en casos seleccionados de anquilosis temporomandibular. Esta estrategia permite simplificar el procedimiento quirúrgico, disminuir los costos y reducir el riesgo de complicaciones, sin comprometer la eficacia clínica ni los resultados funcionales.

Figura 1

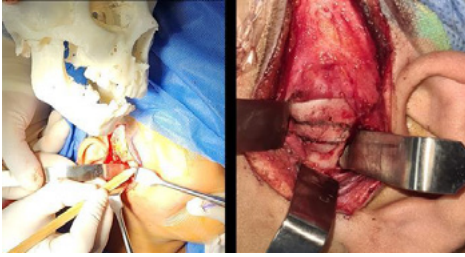


Figura 2

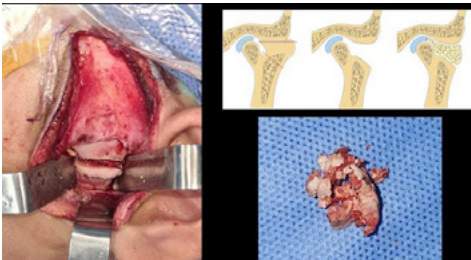


Figura 3



OC-17

Abordaje quirúrgico en reconstrucciones primarias y secundarias de fracturas del tercio superior facial, serie de casos.

Dr. Anizzolavo Jesus, Dr. Luiz Lobo

¹Hospital Santa Paula, São Paulo, Brasil

Trabajos Libres Cirujanos (II), Salón Bávaro 3, noviembre 2, 2025, 11:10 - 12:30

Las fracturas faciales superiores se relacionan principalmente con agresiones físicas y accidentes de tránsito, y son poco frecuentes, representando un promedio del 3% de las fracturas faciales. Una evaluación cuidadosa basada en el examen físico y la tomografía computarizada es necesaria para la planificación quirúrgica. Este estudio tuvo como objetivo realizar una breve revisión bibliográfica y presentar una serie de cinco casos quirúrgicos para describir el protocolo de evaluación y planificación quirúrgica en el tratamiento de fracturas faciales superiores primarias o secundarias. La elección del abordaje quirúrgico se basó en las heridas contusas, el tamaño de la exposición y la estética de la cicatriz. La reducción y fijación de la fractura siguieron los principios de la Organización Americana de Cirugía Craneomaxilofacial (AOCMF). Las prótesis personalizadas de polimetilmetacrilato son una excelente alternativa para la reconstrucción secundaria de defectos óseos craneales y faciales debido a su biocompatibilidad, adaptación marginal y previsibilidad. El manejo de los pacientes con fracturas del hueso frontal debe ser meticuloso y planificado según el vector traumático y la anatomía de la región para garantizar el mejor resultado funcional y estético para la víctima. El análisis tomográfico y el examen físico son de fundamental importancia en la planificación del acceso quirúrgico y la reducción y fijación de la fractura.

Figura 1



Figura 2



Figura 3



OC-18

Tips and trips al momento de tratar fracturas del proceso condilar mandibular

Dr. Federico Bareiro¹

¹Traumatocenter, Asunción, Paraguay, ²Hospital de Trauma Manuel Giagni, Asunción, Paraguay

Trabajos Libres Cirujanos (II), Salón Bávaro 3, noviembre 2, 2025, 11:10 - 12:30

Introducción: Las fracturas del proceso condilar mandibular representan entre el 25 y 40 % de todas las fracturas mandibulares. Su tratamiento continúa siendo motivo de debate entre la opción conservadora o quirúrgica. La correcta indicación, planificación y ejecución quirúrgica son esenciales para minimizar complicaciones.

Objetivos: Identificar claves practicas (tips) para el manejo exitoso de las fracturas del proceso condilar

Describir errores frecuentes (trips) y como evitarlos

Analizar indicaciones precisas para el tratamiento cerrado o abierto

Material y métodos: Diseño: Estudio observacional retrospectivo de pacientes con fracturas del proceso condilar tratados entre el 2020 y el 2024

Muestra: 42 pacientes (35 hombres y 7 mujeres) entre 5 y 58 años

Criterios de inclusión: Fracturas del proceso condilar (cabeza, cuello y subcondílea) con o sin desplazamiento, con tratamiento abierto o cerrado.

Resultados: Abordaje quirúrgico abierto (30 pacientes)

Tips

planificación con TC 3D

tiempo ideal para realizar el abordaje quirúrgico

elección del material de osteosíntesis

elección del abordaje basado en la posición del trazo de fractura

uso del instrumental adecuado al momento de realizar la reducción

Trips frecuentes

incorrecta reducción anatómica

perdida de inserción muscular del pterigoideo lateral

mala elección del abordaje quirúrgico

otra fractura mandibular asociada

experiencia del cirujano

Manejo conservador (12 pacientes)

Tips

desplazamientos que no interfieran en la altura

otra fractura mandibular asociada

Trips frecuentes

estado general del paciente

edad

tiempo de evolución

Conclusión:

El tratamiento exitoso de estas fracturas del proceso condilar requiere de una correcta elección del caso, de la planificación, del tiempo de evolución para el tratamiento y de la correcta elección del abordaje quirúrgico asociado a la experiencia del cirujano.

Figura 1

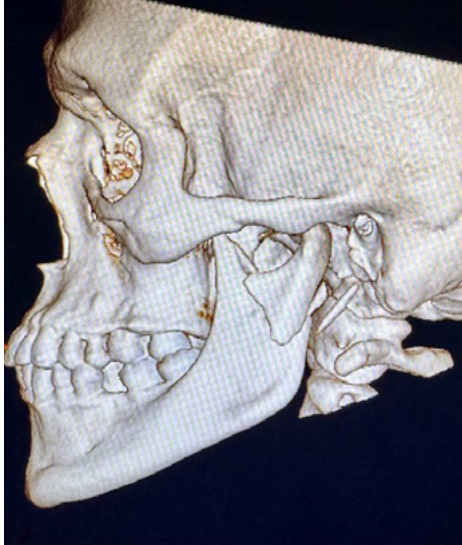


Figura 2



Figura 3



OC-19

Terapia Fotodinámica en el tratamiento de necrosis gingival relacionada con *Pseudomonas aeruginosa* en paciente inmunosuprimido: Relato de Caso

Dra. Elide Caccelli¹

¹Hospital Santa Marcelina, São Paulo, Brasil

Trabajos Libres Cirujanos (II), Salón Bávaro 3, noviembre 2, 2025, 11:10 - 12:30

Introducción: La necrosis de los tejidos orales es rara en individuos inmunocompetentes, pero representa un hallazgo relativamente común en enfermedades infecciosas que afectan a pacientes inmunosuprimidos. La terapia fotodinámica antimicrobiana (aPDT) es una modalidad terapéutica con actividad antimicrobiana efectiva. Cuando se asocia al azul de metileno como fotosensibilizador, la aPDT ha demostrado resultados positivos, con mejora clínica y microbiológica, sin efectos adversos. **Objetivo:** El presente trabajo tiene como objetivo relatar un caso de necrosis gingival generalizada asociada a la infección por *Pseudomonas aeruginosa* en un paciente inmunosuprimido, destacando la efectividad de la terapia fotodinámica como abordaje adyuvante en el control de la infección y recuperación tisular. **Métodos:** Relato de caso clínico de una paciente de sexo femenino, 29 años, leucoderma, admitida en el Servicio de Urgencias del Hospital Santa Marcelina, con cuadro de náuseas, vómitos y fiebre (pico de 38,5 °C). Refería inicio, hace cinco días, de lesiones en la cavidad oral, con limitación de la apertura bucal, dolor intenso y disfagia. Los exámenes de laboratorio revelaron anemia, plaquetopenia, leucocitosis, disfunción renal y Proteína C Reactiva (PCR) aumentada. Inicialmente, se descartó reacción leucemoide. Los exámenes inmunológicos revelaron FAN reactivo (1/160, patrón nuclear punteado fino), siendo diagnosticado Lupus Eritematoso Sistémico (LES), desencadenado por un proceso infeccioso. Se realizó biopsia incisional, examen anatomopatológico y cultivo microbiológico. El informe histopatológico reveló tejido óseo desvitalizado. El cultivo identificó *Pseudomonas aeruginosa* y *Enterococcus faecalis*. Ante el cuadro, se optó por iniciar terapia fotodinámica antimicrobiana (aPDT), con azul de metileno al 0,01% como fotosensibilizador y láser rojo (660 nm), utilizando el equipo Therapy EC (DMC), con potencia de 100 mW y energía de 6 J/cm² por punto. Las sesiones se realizaron una vez al día, durante 10 días consecutivos. **Resultados:** La paciente presentaba necrosis gingival generalizada, con exposición ósea en maxilar y mandíbula, dolor intenso, trismo y dificultad al masticar. Después de 10 días de tratamiento con aPDT asociada a antibioticoterapia y soporte clínico, se observó cicatrización por segunda intención sobre el hueso alveolar expuesto, además de una significativa mejora clínica local y sistémica. **Conclusiones:** Las manifestaciones orales de necrosis gingival, especialmente cuando se asocian a síntomas sistémicos, pueden indicar condiciones clínicas graves, potencialmente fatales si no se tratan precozmente. La terapia fotodinámica y la fotobiomodulación han ganado espacio en el ambiente hospitalario, siendo indicadas y aplicadas por cirujanos dentistas en colaboración con equipos multidisciplinarios, debido a sus efectos benéficos en la modulación de la inflamación, analgesia, reparación tisular y reducción microbiana.

Figura 1



Figura 2



Figura 3



OC-20

Macroglosia y Mordida Abierta. Revisión y Tratamiento.

Dra. Daniela Espinoza Espinoza¹, Dr. Mauricio Barreda Hale², Dra. Constanza Gavilán Tordecilla¹, Dr. Jorge Altamirano Jara¹

¹Universidad Mayor, Santiago, Chile, ²Hospital del Salvador, Santiago, Chile

Trabajos Libres Cirujanos (II), Salón Bávaro 3, noviembre 2, 2025, 11:10 - 12:30

Introducción: Existe vasta evidencia sobre la asociación entre macroglosia y mordida abierta anterior, así como de la relación entre cirugía ortognática y la recidiva de mordida abierta en casos de pacientes con macroglosia en los cuales no se realiza el tratamiento previo de esta anomalía lingual previamente.

Objetivo: El presente estudio tiene como objetivo presentar y analizar un caso clínico de macroglosia y disarmonía dentomaxilar y el protocolo de tratamiento utilizado para la resolución exitosa de este.

Material y método: Se realizó una revisión bibliográfica que incluyó publicaciones sobre macroglosia y su tratamiento quirúrgico, mordida abierta anterior y su asociación con macroglosia, y el tratamiento de pacientes con disarmonías dentomaxilares con macroglosia y la secuencia de tratamiento utilizada.

Resultados: Múltiples autores han reportado la asociación positiva entre macroglosia y la recidiva de mordida abierta anterior en pacientes sometidos a cirugía ortognática, sugiriendo diferentes protocolos de tratamiento que abarquen la resolución quirúrgica de la macroglosia y de la disarmonía dentomaxilar que presenten los pacientes.

Conclusión: La planificación de la cirugía ortognática no debe solo comprender la resolución de la disarmonía dentomaxilar que presente el paciente, sino también la resolución de las diferentes patologías o alteraciones morfofuncionales que puedan generar recidivas o fracaso de la cirugía ortognática realizada mediante cirugías complementarias como la glosoplastia, terapia kinésica o fonaudiológica en los casos que sea necesario.

OC-21

Manejo de Quemaduras en dorso nasal post rinoplastia

Dr. Christian Paul Alanuca Chumbi¹, Dr. Paolo Verona, Dra. Liseth Chacón

¹Aecomf, Cuenca, Ecuador

Trabajos Libres Cirujanos (II), Salón Bávaro 3, noviembre 2, 2025, 11:10 - 12:30

Introducción: La rinoplastia, cirugía estética común, busca optimizar forma y función nasal, pero puede desencadenar quemaduras en el dorso nasal por su piel vulnerable tras procedimiento postoperatorio. Se presentan eritema, edema, dolor, costras, exudado, alteraciones pigmentarias y riesgo de cicatrices. El manejo incluye inmovilización, protección, control inflamatorio, higiene y cuidados cutáneos. Innovaciones regenerativas como membranas de microfat y plasma rico en fibrina aprovechan células madre y factores de crecimiento para acelerar la cicatrización. Adicionalmente, el extracto acuoso de *Triticum vulgare* al 15% y el gel de Fitostimoline potencian proliferación celular, síntesis de colágeno e hidratación, reduciendo complicaciones y mejorando resultados estéticos.

Objetivo: Evaluar la eficacia de membrana de microfat y plasma rico en fibrina combinada con extracto de *Triticum vulgare* 15 % y gel de Fitostimoline en la cicatrización de quemaduras superficiales post-rinoplastia.

Metodología: Paciente femenina de 26 años sin comorbilidades relevantes acudió por inconformidad estética asociada a dorso nasal pronunciado. En el examen facial se observaron asimetría y tercio inferior corto; en la nariz, piel fina tipo Fitzpatrick I, giba osteocartilaginosa y dorso más ancho izquierdo. Durante la rinoplastia se evidenció desprendimiento epidérmico de aproximadamente 1x1 cm sin ampolla, con eritema, vasodilatación e infiltrado inflamatorio. Se manejó con limpieza salina, extracto de *Triticum vulgare* al 15 %, gel de Fitostimoline, apósitos de micropore y férula. La lesión evolucionó con edema y eritema hasta el día 15, sin dolor ni infección, y se decidió injerto de microfat y PRF en membrana tras preparación estéril de ambos componentes. La membrana se aplicó sobre la lesión, recubierta con nanoskin, extracto de *Triticum vulgare*, Fitostimoline y micropore. A día 24 se observó formación epidérmica y se programó segunda aplicación de membrana de microfat/PRF, logrando adecuada regeneración cutánea y estética.

Resultados: La paciente presentó una quemadura superficial del dorso nasal durante la rinoplastia. Se manejó de inmediato con limpieza con solución salina, extracto acuoso de *Triticum vulgare* al 15 %, gel de Fitostimoline, cintas de micropore 3M y férula termostática retirada a los tres días. Para preservar la irrigación, no se aplicó presión en dorso, punta ni osteotomías. Durante el seguimiento se añadió membrana de nanofat para promover la regeneración tisular, acelerando la cicatrización y garantizando piel sin alteraciones de textura, color o cicatrices hipertróficas. Estos resultados indican que la combinación de estos tratamientos es eficaz en quemaduras leves cutáneas postquirúrgicas.

Conclusiones: La rinoplastia, pese a su recuperación satisfactoria, puede causar quemaduras transoperatorias en el dorso nasal por factores mecánicos o térmicos, requiriendo detección precoz de eritema, inflamación y desprendimiento cutáneo. La membrana de microfat con plasma rico en fibrina libera factores de crecimiento, potencia angiogénesis y reduce riesgo de cicatrices hipertróficas. El extracto acuoso de *Triticum vulgare* al 15 % y el gel de Fitostimoline, con hidratación, estimulan proliferación celular, síntesis de colágeno y reepitelización. Adaptar el protocolo quirúrgico, evitando compresiones y aplicando terapias regenerativas, permite resolver quemaduras leves sin secuelas estéticas.

OC-22

Relación y clasificación de la deformidad esquelética y nasal.

Dra. Kleidy María Pabón Barrios¹, Dr. Paolo Verona, Dr. Leober Moro

¹CIMAX Unidad de Cirugía Ambulatoria, Lechería, Venezuela

Trabajos Libres Cirujanos (II), Salón Bávaro 3, noviembre 2, 2025, 11:10 - 12:30

Introducción: La cirugía ortognática es uno de los procedimientos que tiene mayor repercusión en cambios estéticos faciales, sin embargo, su resultado puede ser potenciado asociado a la rinoplastia, de ahí la importancia de evaluar y considerar la combinación de estos procedimientos.

Objetivo: evaluar la morfología nasal en pacientes con deformidades esqueléticas faciales y la relación que existe entre ambas, proponiendo una clasificación y manejo.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, evaluando el registro fotográfico de los pacientes que fueron sometidos a cirugía ortognática combinada con rinoplastia y cirugía ortognática aislada en la institución privada (CIMAX Lechería, Venezuela) entre el julio del 2016 octubre de 2023 con un seguimiento de 12 meses al menos.

Resultados: Se evidenció el patrón común de características nasales en pacientes clase II y clase II relacionado con la morfología del maxilar y se estableció como deformidad nasal asociada a la deformidad esquelética. Por otra parte, se observaron pacientes con características que se salen del patrón asociado y se describió como deformidades intrínsecas nasales. Se estableció una clasificación de 7 tipos de pacientes en base a la relación de la deformidad esquelética y nasal, así como su manejo.

Conclusiones: La clasificación propuesta sirve de guía para establecer diagnóstico y toma de decisiones en la corrección del componente nasal en conjunto a la cirugía ortognática, La rinoplastia potencializa los resultados estéticos y funcionales de la cirugía ortognática.

OC-23

Reconstrucción funcional maxilomandibular. Mas allá de la supervivencia del colgajo

Dr. Camilo Mosquera¹

¹University of Texas Medical Branch, Galveston, Estados Unidos

Trabajos Libres Cirujanos (II), Salón Bávaro 3, noviembre 2, 2025, 11:10 - 12:30

introducción: Los colgajos libres son el gold standard para reconstrucción maxilomandibular, ofreciendo alta tasa de éxito, y predictibilidad. Tradicionalmente, estas reconstrucciones priorizan reparación ósea, y frecuentemente difieren la rehabilitación dental. El procedimiento de mandíbula en un día (Jaw in a Day – JIAD) y los implantes subperiósticos con colgajos libres de tejido blando, han surgido como una técnica avanzada que permite reconstrucción funcional dental inmediata, mejorando significativamente el resultado quirúrgico y la calidad de vida.

Objetivos: Este estudio evalúa los resultados de reconstrucciones funcionales maxilomandibulares con colgajos libres de peroné, JIAD, y colgajos libres de tejido blando con implantes subperiósticos por condiciones como neoplasias malignas, osteonecrosis, osteomielitis, defectos congénitos, y trauma. Los resultados documentados

Materiales y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo incluyendo sujetos con resecciones mandibulares y maxilares reconstruidos con colgajo libre de peroné JIAD, y sujetos reconstruidos con colgajos libres de tejidos blandos e implantes subperiósticos. Se evaluaron variables como cambios en el plan quirúrgico JIAD, supervivencia de implantes, falla parcial o total de colgajos, y complicaciones.

Resultados: Se analizaron un total 20 pacientes con defectos maxilares y mandibulares, tanto unilaterales como bilaterales, reconstruidos mediante la técnica JIAD y con implantes subperiósticos preprotésicos. No se registraron fallas de implantes subperiósticos en ninguno de los casos. Varias modificaciones en el plan quirúrgico fueron evidenciadas. Ajustes en el posicionamiento vertical de los segmentos de fíbula fueron realizados para proveer adecuado espacio protésico. Cambios en posicionamiento medial fue necesario para mantener la emergencia protésica alineada con la superficie oclusal de las prótesis temporales. La posición de los tornillos de fijación fue modificada para evitar interferencias con los implantes dentales y componentes protésicos. En el grupo reconstruido con JIAD, se reportó una falla de implante dental en el postoperatorio tardío, y un caso de desalojo de la prótesis provisional ocurrido a las cuatro semanas de la cirugía.

Conclusiones: La reconstrucción funcional maxilomandibular con la técnica JIAD y el uso de implantes subperiósticos y colgajos libres de tejido blando demuestra ser una estrategia efectiva para reconstrucción compleja del macizo facial. Las modificaciones en la planeación quirúrgica permiten una rehabilitación protésica precisa, con baja tasa de complicaciones y alta supervivencia de los implantes, optimizando los resultados funcionales y estéticos en un solo tiempo quirúrgico.

OC-24

Reconstrucción labial inferior tras resecciones oncológicas con el colgajo funcional de “Yu”

Dra. Alicia Dean^{1,2}, Dr. Orlando Estévez Cordero¹, Dr. Francisco Jesús Alamillos Granados¹

¹Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España, ²Instituto de Investigación Biomédica de Córdoba. IMIBIC, Córdoba, España

Trabajos Libres Cirujanos (II), Salón Bávaro 3, noviembre 2, 2025, 11:10 - 12:30

Introducción: El carcinoma epidermoide de los labios es el más frecuente de los carcinomas de la cavidad oral. Se han descrito muchas técnicas reconstructivas de los labios con la finalidad de aportar estética y función. La técnica de Yu combina un colgajo de rotación y avance para aportar función y estética a la reconstrucción labial. El objetivo de este trabajo es hacer una revisión de esta técnica reconstructiva del labio inferior y evaluar los resultados funcionales y estéticos obtenidos.

Material y métodos: Hemos revisado 37 pacientes con carcinoma epidermoide de labio inferior en los que se realizó ablación del tumor y reconstrucción con el colgajo de Yu. 33 fueron varones. La edad media de los pacientes fue de 68 años. Todos los pacientes del estudio fueron estadios iniciales de carcinoma epidermoide de labio inferior, T1 o T2, N0. Técnica quirúrgica: se realiza una incisión en la piel y tejido celular subcutáneo, sin incidir el músculo orbicular, de forma horizontal desde la comisura labial hacia el surco nasogeniano del lado afecto. La longitud de esa incisión horizontal debe ser igual a la longitud del defecto del bermellón labial. El tercio medial del músculo orbicular se disecciona, se aísla de la mucosa oral y se incide. Posteriormente se hace una incisión curvilínea en la piel y el tejido celular subcutáneo a lo largo del surco nasogeniano y en continuidad del extremo de la incisión horizontal. El colgajo compuesto se traslada medialmente para conseguir el cierre del defecto. La reconstrucción del bermellón labial se realiza con un colgajo de mucosa yugal.

Variables analizadas: todos los pacientes se valoraron en una escala de 0 a 10 para valoración del resultado funcional y estético. Se valoró competencia labial, capacidad para hablar y soplar, apariencia estética y satisfacción global del paciente.

Resultados:

Todos los pacientes se pudieron reconstruir de forma satisfactoria. El valor medio de las variables resultado fue: competencia labial (9), capacidad para hablar (9), capacidad para soplar (8), apariencia estética (9) y satisfacción global (9).

Conclusiones: Los objetivos de la cirugía del cáncer de labio son: tratar la enfermedad, conseguir un labio funcional y una buena apariencia estética. Para conseguir una buena función labial es importante mantener y reconstruir la continuidad e inervación del esfínter muscular labial. Las ventajas del colgajo de Yu son múltiples, una de ellas es que se conservan los 2/3 laterales del músculo orbicular y su aporte neurovascular permitiendo una función labial adecuada. Otra es que se reconstruye la piel del labio con tejido de la cara que aporta piel de color y textura similar al resto del labio. Además, el bermellón se reconstruye con mucosa consiguiendo por tanto una apariencia estética muy favorable. El tamaño de la estoma labial se mantiene, y gran parte de las cicatrices se ubican en zonas de surcos faciales, minimizando por tanto su visibilidad. Otra ventaja es que es una reconstrucción con una sola fase quirúrgica y no interfiere con el vaciamiento ganglionar cervical si estuviera indicado.

Figura 1

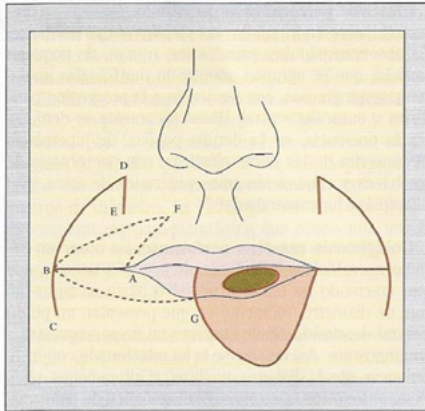


Figura 1. Esquema de la resección de un carcinoma epidermoide de labio inferior. Diseño de colgajo de Yu bilateral.

Figura 2

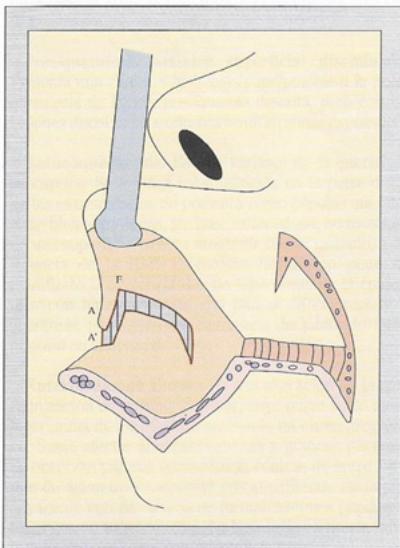


Figura 2. Esquema del colgajo de mucosa y tejido submucoso de la mucosa yugal, que sirve para realizar el bermellón del labio reconstruido. El avance del colgajo lateral para reconstruir el defecto lleva consigo el colgajo mucoso, lo que permite que se doble hasta la piel dando el contorno del extremo libre del labio.

Figura 3

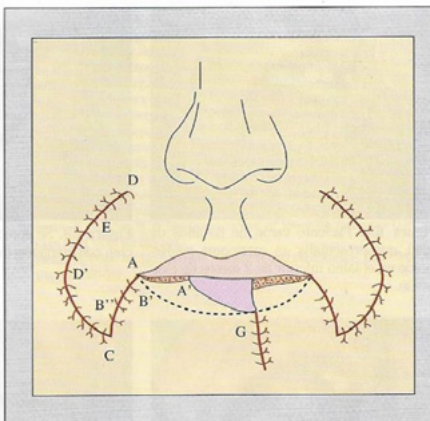


Figura 4. Sutura del defecto y de los colgajos de rotación. La piel «A-B-G» se reseca para realizar el bermellón del labio con el colgajo de la mucosa.

OC-25

Granuloma central de células gigantes, resección en bloque y reconstrucción con colgajo microvascularizado de fíbula. Presentación de un caso clínico.

Dra. Margarita Contreras López¹

¹Umae Hospital de Pediatría CMNO, Guadalajara, México

Trabajos Libres Cirujanos (II), Salón Bávaro 3, noviembre 2, 2025, 11:10 - 12:30

El granuloma central de células gigantes (GCCG) es una lesión benigna pero localmente agresiva, de tipo osteolítica, de etiología idiopática, más frecuente en el sexo femenino y en adultos jóvenes. Se presenta con mayor frecuencia en la mandíbula, pudiendo localizarse también en zona de molares del maxilar, contiene múltiples focos de hemorragia, células gigantes multinucleadas, y algunas veces trabéculas de tejido óseo. Clínicamente se observa asimetría facial, desplazamiento dental, resorción radicular, alteración de la oclusión y trastorno nervioso. Radiográficamente se observa una lesión radiolúcida, en ocasiones se observa un tenue trabeculado, unilocular o multilocular, de bordes poco o bien diferenciados

respecto al hueso normal adyacente.

El tratamiento ideal es quirúrgico por su alto índice de recidiva, el cual consiste en una resección en bloque y la reconstrucción inmediata o diferida con injerto de cresta iliaca o colgajo microvascularizado de fíbula según la extensión del defecto y placas de construcción mandibular de titanio.

El caso clínico trata de masculino de 13 años de edad, con diagnóstico histopatológico de granuloma central de células gigantes en mandíbula, mismo que se protocoliza para resección en bloque más colgajo microvascularizado de fíbula, actualmente presenta injerto osteo-musculo-cutaneo en correcta función y adaptación, bajo protocolo para colocación de implantes dentales.

Figura 1

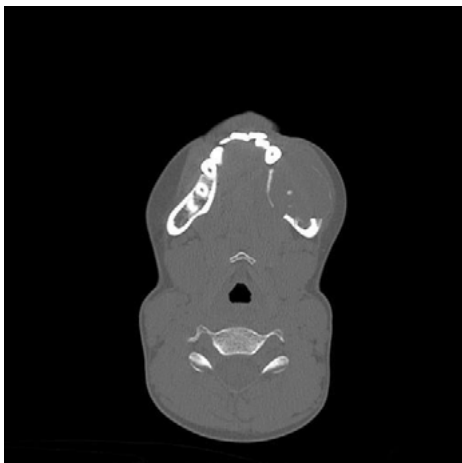
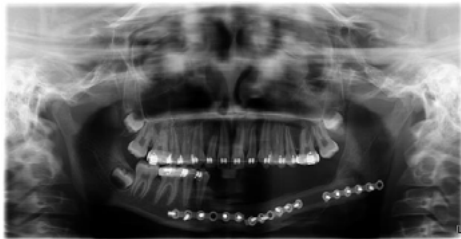


Figura 2



Figura 3



OC-26

Secuelas y resolución de casos con el método Asensio. Integrando la realidad de hoy en el manejo de labio y paladar hendido con la praxis que se persigue para el futuro

Dra. Linette Martínez Lara¹, Dra. Andreina González¹, Dr. Rodolfo Asensio Guerrero¹, Dr. Rodolfo Asensio Mármol¹

¹Centro Infantil de Estomatología, Guatemala

Trabajos Libres Cirujanos (II), Salón Bávaro 3, noviembre 2, 2025, 11:10 - 12:50

Introducción: La resolución ampliamente adecuada para la población doliente por labio y paladar hendido, es cada vez más exigente, requiriendo una serie de componentes que nos permitan desarrollar la capacidad para poder dar resolución indicada y disminuir las secuelas quirúrgicas y el manejo tardío de cada caso.

Objetivo: demostrar la versatilidad de las técnicas Asensio en resolución de Secuelas quirúrgicas.

Material y método: Evaluación y resolución de secuelas quirúrgicas, se presentan 3 casos realizados en otro centro de labio y paladar hendido llevados a resolución de fisura unilateral, bilateral, y Fisura palatina mediante el método Asensio desarrollado en el Centro Infantil de Estomatología (CIE)

Resultados: Se realizan la corrección de tres casos de secuelas quirúrgicas de fisura unilateral, bilateral y palatina con técnicas Asensio obteniendo un resultado estético-funcional adecuados y sin complicaciones

Conclusión: Las secuelas quirúrgicas en labio y paladar hendido, representa un reto para cada cirujano y con la finalidad de dar un resultado estético-funcional adecuado y de reducir la morbilidad del paciente, por lo tanto, se amerita de un entrenamiento que acreciente la curva de aprendizaje y capacite al especialista para la resolución de casos de forma satisfactoria.

Palabras Claves: Secuelas, Labio y paladar hendido, método Asensio, formación.

Comunicaciones Orales - Residentes

OR-01

Manejo conservador de la osteonecrosis de los maxilares asociada a bifosfonatos en pacientes con implantes dentales: Reporte de dos casos

Dra. Daniella Fernanda Núñez-Díaz¹, Dr. Jaime Hidalgo-Chávez¹, Dr. Manuel Arrascue-Dulanto¹

¹Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú

Encuentro de Residentes (I), Salón Bávaro 2, noviembre 2, 2025, 8:00 - 10:40

Introducción: El uso prolongado de bifosfonatos, indicado en enfermedades osteometabólicas, puede producir osteonecrosis de maxilares asociada a bifosfonatos (ONMB), afectando la masticación, fonación, deglución y estética facial, generando dolor crónico e infecciones recurrentes. Con el aumento del uso de implantes osteointegrados, se han reportado múltiples casos de ONMB periimplantaria, que mantiene la osteointegración funcional del implante.

Dentro del desafiante tratamiento de la ONMB, que incluye desde medidas conservadoras hasta cirugía resectiva, se ha propuesto la oxigenoterapia hiperbárica, para acelerar la cicatrización y reducir la necesidad quirúrgica, al promover la angiogénesis.

Objetivo: Reportar dos casos de ONMB en pacientes con implantes dentales, tratados con un enfoque conservador en el Centro Dental Docente Cayetano Heredia.

Material y métodos:

-Caso N°1:

Mujer de 72 años en tratamiento endovenoso prolongado con ácido zolendróico (5mg/año durante 10 años) por osteoporosis, acudió por dolor y tumefacción facial, con cuatro meses de evolución. Fue sometida a la colocación de implantes dentales inferiores siete años antes y recibió múltiples intervenciones sobre la prótesis sin mejoría clínica. Al examen, presentó tumefacción dolorosa bilateral de región geniana y dolor en el reborde alveolar inferior edéntulo total con cuatro implantes en posición, uno de los cuales presentaba secreción purulenta. La tomografía reveló secuestros óseos adyacentes a todos los implantes. Estableciéndose el diagnóstico clínico de osteonecrosis, manejada inicialmente con antibioticoterapia oral (amoxicilina 500mg + ácido clavulánico 125mg c/8 horas por 30 días) y oxigenoterapia hiperbárica coadyuvante (20 sesiones). Posteriormente, en ausencia de secreciones, se exploró quirúrgicamente, evidenciándose ausencia de tejido óseo necrótico y de movilidad del implante afectado. Continuándose la antibioticoterapia oral (clindamicina 300mg c/8 horas por 2 semanas, continuada con amoxicilina 500mg + ácido clavulánico 125mg c/8 horas por 30 días).

-Caso N°2:

Mujer de 79 años en tratamiento oral prolongado con ácido alendróico (70mg/mes durante 7 años) por osteoporosis. Acudió por fístulas persistentes con contenido purulento en mucosa del maxilar, con un mes de evolución. Fue sometida a colocación de implantes dentales superiores e inferiores dos meses antes, recibiendo amoxicilina + ácido clavulánico por un mes. Al examen, presentó dos lesiones fistulosas con secreción purulenta y dolor en mucosa vestibular de reborde alveolar edéntulo superior izquierdo, en la ubicación de implantes. La tomografía reveló pérdida ósea y secuestros óseos adyacentes a los implantes superiores afectados. Estableciéndose el diagnóstico clínico de ONMB, realizándose el drenaje de las fístulas, iniciándose antibioticoterapia oral (clindamicina 300mg c/8 horas por 30 días, continuada con amoxicilina 500mg c/8 horas + ácido clavulánico por 30 días) y oxigenoterapia hiperbárica coadyuvante (15 sesiones).

Resultados: Posterior al tratamiento con antibióticos y oxígeno hiperbárico, en ambos casos se evidenció ausencia de tumefacción, dolor y secreciones. Asimismo, en el caso N°2 remitieron las lesiones fistulosas. Además, la tomografía de control en el caso N°1 demostró remisión de secuestros óseos inicialmente observados.

Conclusión: La terapia coadyuvante con oxígeno hiperbárico sumada a la antibióticoterapia, en casos de ONMB en pacientes con implantes dentales, es una alternativa de tratamiento conservador viable que preserva los implantes permitiendo la rehabilitación óptima.

Figura 1

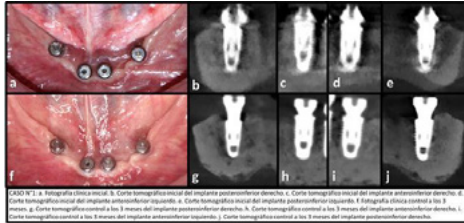
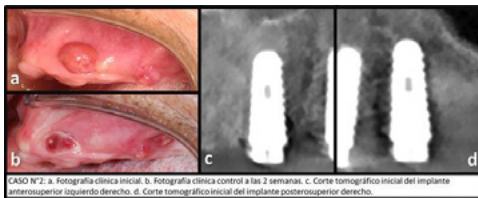


Figura 2



OR-02

Abordaje bicoronal con asistencia endoscópica para resección de mucocele orbitocraneal recidivante y reconstrucción anatómica

Dr. Marcos Valdes Fraga¹, Dr. Andrés León, Dr. Leonardo Orellana

¹Universidad UTE, Quito, Ecuador, ²Hospital de Especialidades No. 1 de la Policía Nacional – Quito, Quito, Ecuador

Encuentro de Residentes (I), Salón Bávaro 2, noviembre 2, 2025, 8:00 - 10:40

Introducción: Los mucocelos frontales son lesiones expansivas de evolución lenta, asociadas a la obstrucción del sistema de drenaje del seno frontal. Su crecimiento progresivo puede generar desplazamiento orbitario, alteraciones visuales, erosión ósea y, en casos avanzados, extensión endocraneal. El tratamiento oportuno y eficaz es clave para prevenir complicaciones funcionales y estéticas. Aunque el abordaje endoscópico representa la primera línea terapéutica, en casos recidivantes o con afectación orbitocraneal, se requieren técnicas quirúrgicas abiertas más agresivas y resolutivas.

Objetivo: Describir el abordaje quirúrgico abierto, la técnica reconstructiva y la evolución clínica de un paciente con mucocele frontal izquierdo recidivante con extensión orbitocraneal, tratado mediante abordaje bicoronal con asistencia endoscópica y reconstrucción del techo orbitario.

Material y métodos: Paciente masculino de 44 años con antecedentes de cirugía endoscópica previa por mucocele frontal izquierdo, sin resolución definitiva. Consultó por proptosis progresiva, cefalea frontal y sensación de presión retroorbitaria. La tomografía computarizada y la resonancia magnética evidenciaron ocupación del seno frontal izquierdo con extensión hacia el seno etmoidal anterior, compromiso orbitario con reabsorción del techo orbitario izquierdo y proptosis secundaria a desplazamiento y alteración del globo ocular, sin evidencia de infiltración intracraneal.

Se realizó un abordaje bicoronal amplio con acceso al seno frontal izquierdo. Se efectuó la apertura de la pared anterior del seno, exéresis completa de la mucosa patológica y evacuación del contenido mucoide. Se utilizó endoscopia nasal intraoperatoria como herramienta de control visual y confirmación anatómica. Dado el compromiso del techo orbitario, se realizó reconstrucción anatómica mediante colocación de malla de titanio conformada y fijada con microplacas. No se efectuó desfuncionalización del seno frontal, en consenso con el equipo de otorrinolaringología. El procedimiento fue técnicamente satisfactorio, con cierre hermético de cavidad y sin necesidad de reintervención hasta la fecha.

Resultados:

El procedimiento se realizó sin complicaciones. Se logró resección completa del mucocele y restauración anatómica orbitofrontal. La proptosis remitió en el postoperatorio inmediato y las imágenes de control confirmaron resolución del cuadro sin recidiva ni secuelas funcionales. El seguimiento clínico demuestra buena evolución funcional y estética.

Conclusión:

Los mucocelos orbitocraneales recidivantes requieren abordajes quirúrgicos avanzados cuando fallan los tratamientos mínimamente invasivos. El abordaje bicoronal con asistencia endoscópica permite una exéresis completa, control anatómico preciso y reconstrucción estructural, consolidándose como una opción eficaz y segura en casos complejos.

Figura 1

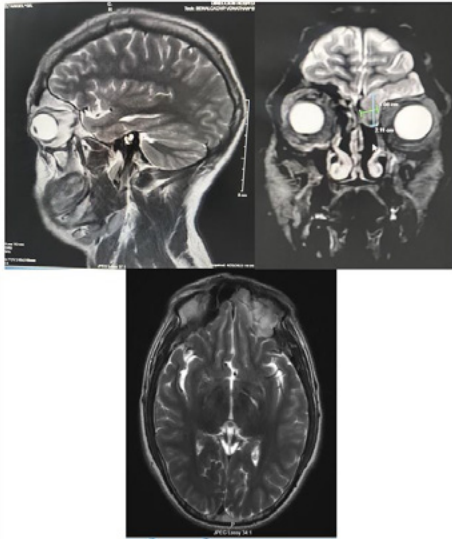


Figura 2



Figura 3



OR-03

Reconstrucción mandibular con colgajo microvascular de peroné tras fracaso de prótesis personalizada

Dr. Noel Alejandro Ibáñez Radillo¹, Dr. Jorge Alfredo Reynaga Martínez, Dr. José Leandro Ernesto Lucio Leonel

¹ENES, UNAM, COLIMA, México

Encuentro de Residentes (I), Salón Bávaro 2, noviembre 2, 2025, 8:00 - 10:40

Introducción: El colgajo microvascular de peroné es una opción ampliamente utilizada en la reconstrucción mandibular, especialmente tras resecciones por traumatismos, tumores o infecciones severas. Su idoneidad radica en la longitud y calidad del hueso, así como en su capacidad para ser modelado con precisión, lo que permite reproducir fielmente la anatomía mandibular. Además, presenta baja morbilidad en el sitio donante, lo que lo convierte en una alternativa preferida para restaurar tanto la función masticatoria como la estética facial en pacientes con defectos mandibulares extensos.

Objetivo: Presentar un caso exitoso de reconstrucción mandibular mediante colgajo microvascular de peroné en un paciente con antecedente de rechazo de prótesis personalizada.

Material y métodos: Paciente masculino de 40 años de edad, que acude al Hospital General de Zona No. 1 del IMSS en Villa de Álvarez, Colima, México; con antecedente de resección mandibular y reconstrucción inmediata mediante prótesis personalizada, la cual resultó fallida por exposición y signos de infección, secundaria a un ameloblastoma mandibular, que posteriormente en un segundo tiempo quirúrgico se le retiró.

Se le propuso como alternativa terapéutica la reconstrucción con colgajo microvascular de peroné. Para su planificación digital, se solicitaron estudios de imagen de cráneo, macizo facial y miembros pélvicos, empleando el software Blender para el diseño de guías de corte específicas para el hueso peroneo.

Con estudios prequirúrgicos completos y bajo anestesia general balanceada con intubación nasotraqueal, se procedió a la preparación del lecho quirúrgico, identificando y disecando la arteria y vena faciales. Se obtuvo el colgajo de peroné, se realizaron los cortes óseos guiados, y los segmentos fueron fijados mediante material de osteosíntesis. Finalmente, se llevó a cabo la anastomosis término-terminal entre la arteria y vena peroneas y sus respectivas contrapartes faciales.

Resultados: El paciente presentó una evolución satisfactoria. Los estudios de ultrasonido, Doppler y angiotomografía evidenciaron una anastomosis término-terminal adecuada. Los abordajes quirúrgicos mostraron una correcta cicatrización, y el paciente logró una deambulación temprana, reintegrándose a sus actividades cotidianas. La tomografía de control del cráneo macizo facial confirmó una adecuada reconstrucción mandibular con el colgajo microvascular.

Conclusión: El colgajo microvascular de peroné continúa siendo el estándar de oro en la reconstrucción mandibular, gracias a su aporte vascular confiable, que permite una integración anatómica precisa, una rehabilitación funcional eficaz y una menor incidencia de complicaciones postoperatorias en comparación con las prótesis personalizadas.

OR-04

Tratamiento de Fibroma Ameloblástico mediante mandibulectomía y reconstrucción con prótesis customizada

Dra. Karen Lilian Morales Martínez¹

¹ISSSTE, Ciudad de México, México

Encuentro de Residentes (I), Salón Bávaro 2, noviembre 2, 2025, 8:00 - 10:40

Introducción: El Fibroma Ameloblástico representa el 2% de los tumores odontogénicos benignos el cual se presenta en la primera y segunda década de la vida con mayor prevalencia en la región posterior de la mandíbula.

Objetivo: El objetivo de este trabajo es describir el manejo de una paciente con diagnóstico de fibroma ameloblástico afectando el cuerpo, rama y cóndilo mandibular del lado izquierdo la cual acudió al servicio de Cirugía Maxilofacial de la UMAE T1 León, Guanajuato, México y fue tratada de manera interdisciplinaria con el servicio de Oncología de Cabeza y Cuello por medio de hemimandibulectomía y reconstrucción mandibular con prótesis customizada con remplazo de cóndilo y cavidad glenoidea.

Materiales y Métodos: Se presenta el caso de una paciente femenina de 17 años con una tumoración mandibular izquierda de 8 años de evolución de 15 cm x 20 cm. Previamente diagnosticada como Fibroma Ameloblástico y tratada mediante enucleación y marsupialización en múltiples ocasiones presentando recidiva.

A su llegada a nuestro servicio se solicitó un estudio tomográfico el cual evidenciaba una lesión osteolítica bien delimitada con bordes escleróticos, afectando cóndilo, rama y cuerpo mandibular izquierdo posterior al primer premolar. La lesión medía 56 mm x 70 mm x 66 mm, con erosión del maxilar izquierdo y desplazamiento de arteria carótida externa y vena yugular interna.

La paciente fue tratada de manera interdisciplinaria con el servicio de Oncología de Cabeza y Cuello y Cirugía Maxilofacial mediante hemimandibulectomía y colocación de prótesis personalizada diseñada mediante planificación virtual

Resultados: Durante el procedimiento quirúrgico se obtuvo una lesión sólida, multilobulada, café amarillento con áreas quísticas de consistencia blanda de 11.5 x 8 x 5 cm, microscópicamente compatible con un diagnóstico de Fibroma Ameloblástico.

El 80% de los casos se encuentra en pacientes menores de 22 años y es tres veces más común en la mandíbula que en el maxilar, predominando en la región posterior mandibular con un 69% como lo reportado con esta paciente.

No se ha observado recidiva a lo largo de dos años, sin embargo, es crucial un seguimiento a largo plazo debido a su potencial malignización, reportada hasta en un 24%.

Conclusión: El manejo del Fibroma Ameloblástico presenta múltiples retos debido a su naturaleza infrecuente y características específicas, como su asociación frecuente con dientes no erupcionados o desplazados. Si bien en casos iniciales puede optarse por un manejo conservador, como la enucleación y curetaje, las lesiones más avanzadas o recurrentes, como la aquí descrita, demandan abordajes radicales que incluyan resección segmentaria y reconstrucción inmediata.

La reconstrucción mandibular mediante prótesis personalizada constituye una opción terapéutica moderna y efectiva, especialmente en casos complejos que involucran la articulación temporomandibular.

OR-05

Manejo de microsomía hemifacial severa, tratamiento enfocado en cirugía ortognática y reemplazo de articulación temporomandibular

Dr. Daniel López¹, Dr. Jorge Paez^{1,2}

¹Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia, ²Hospital Universitario Mayor Mederi, Bogotá, Colombia

Encuentro de Residentes (I), Salón Bávaro 2, noviembre 2, 2025, 8:00 - 10:40

Introducción: La microsomía hemifacial (MHF) es un desorden congénito caracterizado por alteraciones esqueléticas a nivel de los huesos del macizo craneofacial y de los tejidos blandos circundantes. Los pacientes con microsomía facial severa (Clase IIb y III, Pruzansky Y Kaban) presentan asimetrías faciales significativas combinadas con anomalías faciales clase II, compromiso articular y oclusal y una marcada deficiencia de tejidos blandos. Esta entidad requiere una planificación individualizada basada en la severidad de la alteración ósea y la funcionalidad. Los principios del manejo quirúrgico facial se basan en aumentar el tamaño mandibular y de los tejidos blandos asociados, crear una ATM cuando está ausente, estimular el crecimiento vertical del maxilar y lograr una oclusión estable.

Objetivos: El manejo reconstructivo de la microsomía hemifacial ha sido un desafío constante para las especialidades médico-quirúrgicas de cabeza cuello, múltiples guías y protocolos en la literatura muestran variados protocolos de manejo. El manejo con cirugía ortognática y prótesis personalizada bajo planeación virtual como protocolo quirúrgico en la institución brinda una opción predecible y eficaz para brindar salud y funcionalidad a largo plazo para pacientes con microsomía hemifacial.

Material y métodos: Se presenta el caso clínico de una paciente de sexo femenino, diagnosticada con microsomía hemifacial tipo III izquierda, manejada extrainstitucional previamente con distracción osea en dos tiempos quirúrgicos e injerto costocentral. Mediante un manejo integral se realizaron estudios clínicos, fotográficos, radiográficos y modelos digitales 3D para análisis cefalométrico y planificación virtual. El abordaje quirúrgico consistió en una cirugía ortognática bimaxilar combinada con la colocación de una prótesis personalizada de articulación temporomandibular izquierda. La intervención fue realizada, siguiendo protocolos estandarizados del Hospital Universitario Mayor MEDERI. Se evaluaron parámetros funcionales y estéticos pre y postoperatorios, incluyendo apertura bucal, oclusión, simetría facial y nivel de satisfacción mediante escala EVA.

Resultados: La paciente presentó como indicación principal para el reemplazo de articulación y la cirugía ortognática bimaxilar con mentoplastia y manejo de tejidos blandos a nivel de labio superior, la microsomía hemifacial tipo III con deformidad osea severa. Preoperatoriamente, paciente reportaba dolor articular contralateral, disminución a la función masticatoria, cierre labial incompleto y gran compromiso del complejo facial. Tras el procedimiento quirúrgico y a lo largo de un control de 18 meses, se evidenció mejora significativa en apertura bucal, disminución del dolor articular, oclusión funcional y estable y simetría facial aceptable según evaluación clínica y análisis fotográfico. La calidad de vida mejoró según apreciación subjetiva reportada por paciente, destacando satisfacción con la estética facial, confort funcional y capacidad para alimentación y el habla. No se reportaron complicaciones intraoperatorias ni efectos adversos en el seguimiento a 18 meses como infección, aflojamiento de la prótesis, compromiso del nervio facial.

Conclusión: El manejo de la microsomía hemifacial con cirugía ortognática bimaxilar y reemplazo de articulación temporomandibular con prótesis personalizada hecha a la medida es una opción estable y predecible a largo plazo que brinda adecuada función, estética y satisfacción al paciente.

Figura 1



Figura 2



Figura 3



OR-06

Exéresis de Schwannoma originado en el nervio infraorbitario mediante abordaje transconjuntival con cantotomía lateral: Reporte de un caso

Dr. Jonathan Panchi Lasluisa¹, Dra. Virgen Acuña Peña², Dr. Sebastián Alvarez¹

¹Uce, Quito, Ecuador, ²Hospital Docente de Calderón, Quito, Ecuador

Encuentro de Residentes (I), Salón Bávaro 2, noviembre 2, 2025, 8:00 - 10:40

Introducción: El schwannoma es una neoplasia benigna de estirpe neuroectodérmica que se origina a partir de las células de Schwann de los nervios periféricos, se le puede denominar neurinoma o neurilemoma. Aunque su presentación es más frecuente en la región intracraneal, su aparición en trayectos nerviosos periféricos como el nervio infraorbitario constituye un hallazgo poco habitual. Su comportamiento clínico suele ser insidioso, y su diagnóstico requiere correlación clínica, imagenológica e histopatológica.

Objetivos: Analizar la viabilidad y eficacia del abordaje transconjuntival con cantotomía lateral como vía de acceso quirúrgico para su resección.

Describir la importancia de la aplicación intraoperatoria de fármacos antiinflamatorios y neuroprotectores como coadyuvante en la preservación sensitiva.

Descripción del caso clínico

Paciente femenina de 32 años de edad, con diagnóstico previo de anemia microcítica hipocrómica, acude a consulta por una tumoración en la región infraorbitaria izquierda de crecimiento progresivo. La paciente refería como síntoma inicial una leve sensación de hormigueo en la región nasogeniana, sin déficit sensitivo objetivo; sin embargo, su principal motivo de consulta fue la alteración estética provocada por la protrusión local. La exploración física reveló una masa subcutánea, firme y no dolorosa, sin signos inflamatorios ni pérdida sensitiva evidente.

Se realizaron estudios imagenológicos que evidenciaron una lesión compatible con schwannoma del nervio infraorbitario. La biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF) y el análisis histopatológico confirmaron el diagnóstico. Se planificó la resección quirúrgica utilizando un abordaje transconjuntival asistido por cantotomía lateral. Durante el procedimiento se aplicaron dexametasona e Impletol directamente sobre el nervio infraorbitario expuesto, con el objetivo de reducir la inflamación y prevenir alteraciones sensoriales. Se procedió a la resección quirúrgica de la lesión a través de un abordaje transconjuntival con apoyo de cantotomía lateral, lo que permitió un acceso adecuado y mínimamente invasivo al tumor y trayecto del nervio infraorbitario. Durante la intervención se infiltró dexametasona e Impletol sobre el trayecto nervioso expuesto, con fines antiinflamatorios y neuroprotectores.

La paciente presentó una evolución posoperatoria favorable. En controles a los 3, 6, 9 y 12 meses, se documentó adecuada cicatrización, sin parestesias en el territorio inervado por el nervio infraorbitario. No se evidenció recurrencia clínica ni imagenológica.

Resultados:

- Integridad funcional del nervio infraorbitario conservada postoperatoriamente.
- Recuperación postquirúrgica favorable, sin signos de recurrencia a corto, mediano y largo plazo

Discusión: El schwannoma infraorbitario representa una localización poco frecuente de esta entidad tumoral. Su detección temprana, junto con un abordaje quirúrgico preciso, permiten una resección efectiva sin comprometer la funcionalidad neurosensorial. El acceso transconjuntival asistido por cantotomía lateral ofrece una visualización amplia y un resultado estético superior, siendo una opción quirúrgica válida en estos casos. La infiltración intraoperatoria con agentes antiinflamatorios podría desempeñar un rol coadyuvante en la preservación nerviosa.

Conclusiones: La resección quirúrgica de schwannomas en trayectos nerviosos periféricos debe planificarse cuidadosamente para garantizar la preservación de la función neurológica. Este caso demuestra que un abordaje transconjuntival, complementado con técnicas de protección nerviosa farmacológica, puede permitir una resolución completa de la lesión con excelentes resultados funcionales y estéticos.

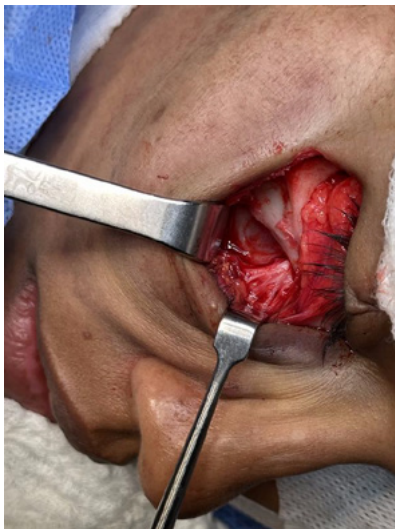
Figura 1



Figura 2



Figura 3



OR-07

Angiofibroma nasofaríngeo: estrategia eficaz de hemostasia durante el abordaje quirúrgico

Dra. Julia Esther Kattan Rodriguez¹, CMF Juan José Guifarro Sierra², CMF Hugo Romero Alvarenga^{2,3}

¹Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México, ²Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras, ³Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa, Honduras

Encuentro de Residentes (I), Salón Bávaro 2, noviembre 2, 2025, 8:00 - 10:40

Introducción: El angiofibroma nasofaríngeo juvenil es un tumor hipervasculoso localizado en el foramen esfenopalatino, con posible extensión a la fosa pterigopalatina, senos paranasales, cavidad nasal e incluso intracraneal en casos avanzados. Representa aproximadamente el 0.05% de los tumores de cabeza y cuello y afecta con mayor frecuencia a varones adolescentes entre los 7 y 19 años. Histológicamente, sus canales vasculares carecen de la capa de músculo liso que recubre los vasos normales, lo que explica el sangrado profuso durante la resección quirúrgica.

La cirugía continúa siendo el tratamiento de elección; sin embargo, el principal desafío intraoperatorio es el control del sangrado, siendo esta la complicación más frecuente y en ocasiones requiriendo transfusión sanguínea. Para reducir esta complicación, se han desarrollado diversas estrategias como la ligadura de la arteria carótida externa, el uso de anestesia hipotensiva y, más recientemente, la embolización de los vasos nutricios. Aun así, persiste la necesidad de métodos más eficaces, seguros y accesibles.

Objetivo: El objetivo de este trabajo es evaluar la eficacia de una técnica complementaria de hemostasia intraoperatoria mediante la infiltración directa de una solución 1:1 de peróxido de hidrógeno y ácido tranexámico en el tumor, así como analizar microscópicamente su interacción y posible sinergia sobre el tejido tumoral.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, en el Hospital Escuela de Tegucigalpa, Honduras. Se incluyeron seis pacientes con diagnóstico de angiofibroma nasofaríngeo intervenidos quirúrgicamente entre 2022 y 2025. En todos los casos se realizó ligadura de la arteria carótida externa e infiltración tumoral con una solución 1:1 de peróxido de hidrógeno y ácido tranexámico antes de la resección.

Se evaluaron las siguientes variables: volumen de sangrado intraoperatorio, tiempo quirúrgico, necesidad de transfusión sanguínea, estadio tumoral (clasificación de Radkowski), estancia hospitalaria y presencia de complicaciones postoperatorias. Paralelamente, se está desarrollando un análisis experimental *in vitro* para estudiar la interacción química entre ambos compuestos, observando su efecto sobre la vascularidad tumoral mediante técnicas microscópicas.

Resultados: En los seis casos operados, el volumen promedio de sangrado fue de 141.6 cc (DE \pm 58.7), y el tiempo quirúrgico promedio fue de 2.4 horas (DE \pm 0.67). Ninguno de los pacientes requirió transfusión sanguínea. Según la clasificación de Radkowski, un paciente presentaba clasificación Ib, dos pacientes presentaban tumores estadio IIa y tres estadio IIb.

La estancia hospitalaria promedio fue de 2.3 días (DE \pm 0.5), sin registrarse complicaciones postoperatorias. Los análisis de laboratorio preliminares evidencian una posible sinergia entre el peróxido de hidrógeno y el ácido tranexámico, con disminución de la vascularidad tumoral sin efectos sistémicos adversos.

Conclusión: La infiltración directa de una solución 1:1 de peróxido de hidrógeno y ácido tranexámico en angiofibromas nasofaríngeos representa una estrategia hemostática eficaz, segura y de bajo costo. Se requieren estudios bioquímicos concluyentes para comprender mejor sus mecanismos de acción y validar su utilidad como herramienta complementaria en la cirugía de estos tumores.

Figura 1

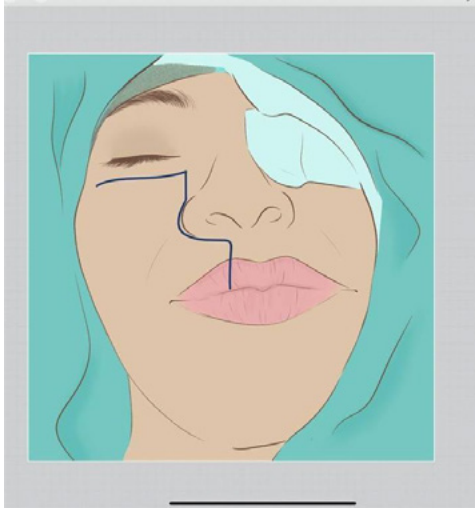


Figura 2

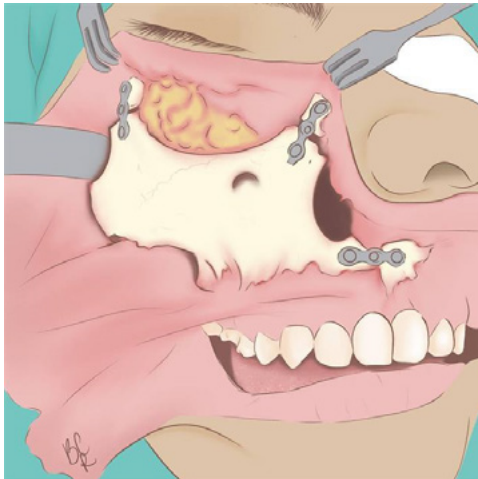
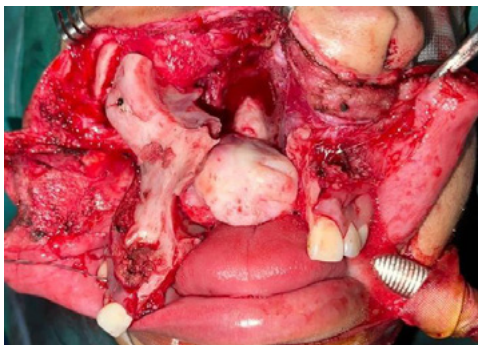


Figura 3



OR-08

Manejo quirúrgico-funcional de fisura de tessier 3, 4 y 5 con anoftalmia bilateral. Presentación de un caso clínico.

Dra. Jessy Nicole Zúñiga García¹, CMF. Mauricio González Rebattú y Gonzalez¹

¹Hospital Regional Primero se Octubre, ISSSTE, Ciudad de México, México

Encuentro de Residentes (I), Salón Bávaro 2, noviembre 2, 2025, 8:00 - 10:40

Introducción: las fisuras craneofaciales son un grupo heterogéneo de deformidades congénitas, y su tratamiento representa un reto para los cirujanos maxilofaciales. las malformaciones craneofaciales pueden clasificarse de distintas maneras, de acuerdo con su etiología o a la región afectada. fue paul tessier, en 1973, quien describió de forma más completa las deformidades en los tejidos blandos y óseos, según los hallazgos en los estudios radiográficos y los hallazgos quirúrgicos.

el propósito de este trabajo es reportar un caso de fisura de paul tessier 3, 4 y 5 con anoftalmia bilateral de considerable severidad.

Caso clínico: se describe paciente masculino de 1 año con diagnóstico de fisura facial de paul tessier 3, 4 y 5 congénita y anoftalmia bilateral. (fig.1) la madre niega ingesta de medicamentos teratógenos durante la gestación. padecimiento actual: inicia durante el crecimiento y desarrollo intrauterino manifestado al nacimiento, presenta fisura facial orbito nasal bilateral; acude a unidad hospitalaria a los 12 meses de edad, y no recibe tratamiento médico, posteriormente acude a hospital issste regional 1º de octubre.

Técnica quirúrgica: la técnica quirúrgica consistió en cierre de las fisuras faciales por planos, inicialmente mucosa nasal y posteriormente cierre de piel. iniciamos con marcaje del área anatómica involucrada. se realiza incisión media y lineal hasta plano óseo a través de la fisura para separar mucosa nasal de piel (fig. 2); se disecciona piel del plano óseo y de la mucosa nasal hasta afrontar los tejidos y cerrar la fisura facial. se comprueba afrontamiento de colgajos para posterior cierre por planos. se sutura mucosa nasal con monocryl 5-0 para lograr la cubierta interna y conformar así la fosa nasal bilaterales. realizamos cierre de plano muscular y piel de la fisura logrando afrontar los tejidos sin tensión con vicryl 5-0. se logra el cierre del defecto en una primera intención con nylon 5-0. (fig.3) actualmente con evolución satisfactoria de tres años de evolución de cierre de fisuras de tessier 3, 4 y 5.

Discusión: en la actualidad el concepto de cierre de fisuras faciales consiste en una intervención temprana para la corrección del defecto y se considera que los mejores resultados estéticos, funcionales y psicológicos se obtendrán si la intervención es oportuna. la edad promedio para el cierre de estas fisuras es de los 6 a 8 meses de vida. el uso de la tomografía computarizada tridimensional debe ser rutinario para realizar un diagnóstico más exacto de estas hendiduras. así como el uso de la estereolitografía la cual otorga una gran ayuda para la planificación quirúrgica. la técnica quirúrgica debe ser individualizada basada en las características anatómicas del paciente y la región comprometida. para optimizar los resultados es conveniente identificar y tratar oportunamente tales defectos anatómicos, y así brindarles a los pacientes un resultado funcional y una mejor calidad de vida.

Figura 1



Figura 2



Figura 3



OR-09

Manejo quirúrgico de linfoma de la zona marginal extraganglionar del tejido linfoide asociado a mucosas con depósito de amiloide

Dr. Manuel Arturo Romero de la Vega¹, Dr. Luis Alberto Montoya Pérez¹, Dr. Juan José Trujillo¹

¹Hospital Juárez de México, Ciudad de México, México

Encuentro de Residentes (I), Salón Bávaro 2, noviembre 2, 2025, 8:00 - 10:40

Introducción: El linfoma de la zona marginal extraganglionar del tejido linfoide asociado a mucosas (linfoma MALT) es una neoplasia de células B maduras que se presenta en múltiples tejidos extranodales, incluidos el tracto gastrointestinal, el pulmón, la orofaringe, los anexos oculares, piel y como en este caso, glándulas salivales. A menudo surge en el contexto de una inflamación crónica o una enfermedad autoinmune. Asimismo, el depósito de amiloide asociado a linfoma MALT es poco frecuente.

Objetivo: Mostrar el manejo quirúrgico y el diagnóstico de linfoma MALT con depósito de amiloide asociado a glándula submandibular.

Materiales y métodos: Paciente femenino de 34 años de edad, inicia padecimiento actual en noviembre de 2022 al notar aumento de volumen en región submandibular del lado izquierdo, sin sintomatología asociada. En marzo de 2025 se le realiza una biopsia por aspiración con aguja fina y se obtiene como resultado neoplasia benigna de glándula salival Milán IV A. Posteriormente en mayo del mismo año, acude al Hospital Juárez de México para valoración y tratamiento. Debido a la descripción en el reporte histopatológico que presentó la paciente, se planteó diagnóstico probable de adenoma pleomorfo. Se programó para la extirpación de la lesión y mediante abordaje tipo Risdon se retiró a lesión, la cual fue enviada para su estudio histopatológico, en el que se obtuvo como diagnóstico linfoma de la zona marginal extraganglionar del tejido linfoide asociado a mucosas con depósito de amiloide, confirmado mediante estudios de inmunohistoquímica. La paciente fue remitida al servicio de hematología del hospital.

Resultados: Mediante estudios de imagen se confirmó la ausencia de enfermedad y la paciente continúa en observación por parte del servicio de hematología.

Conclusión: Las neoplasias malignas de estirpe linfoide son una posibilidad diagnóstica, sobre todo en lesiones de glándulas salivales. Se destaca la importancia de la evaluación clínica, imagenológica y el uso de inmunohistoquímica para corroborar el diagnóstico, con la finalidad de evitar errores en el diagnóstico y optimizar el tratamiento del paciente.

Figura 1



Figura 2

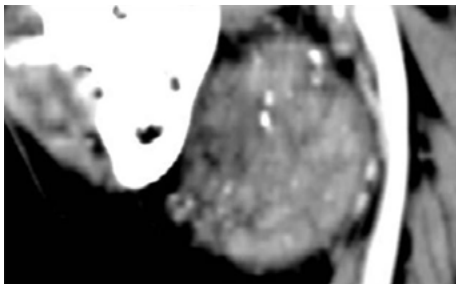


Figura 3



OR-10

Granuloma Central de Células Gigantes en Región Maxilar: Correlación Clínico-Radiológica y Enfoque Quirúrgico. Reporte de un Caso

Dr. Gabriel Acevedo¹, Dr. Tebel Izquier

¹Hospital General Del Este "Dr. Domingo Luciani", Caracas, Venezuela

Encuentro de Residentes (I), Salón Bávaro 2, noviembre 2, 2025, 8:00 - 10:40

Introducción: El granuloma central de células gigantes (GCCG) es una lesión intraósea benigna, pero localmente agresiva, que afecta con mayor frecuencia a los maxilares. Se caracteriza por la presencia de múltiples células gigantes multinucleadas en un estroma fibroso vascularizado. Clínicamente, el GCCG puede manifestarse con aumento de volumen, dolor, movilidad dental o parestesia, mientras que radiográficamente se presenta comúnmente como una lesión radiolúcida uni o multilocular, bien o mal definida, que puede causar desplazamiento radicular o resorción ósea.

Objetivo: Describir las características clínico-radiológicas de un caso de granuloma central de células gigantes en la región maxilar y correlacionar los hallazgos clínicos y radiográficos para un diagnóstico preciso. A su vez, se busca detallar el enfoque terapéutico quirúrgico empleado para el manejo de la lesión.

Materiales y Métodos: Se presenta un caso clínico de un paciente femenino de 19 años, quien acude a consulta por un aumento de volumen indoloro en la región anterosuperior maxilar derecha, de crecimiento lento

Para la evaluación radiológica, se realizó una tomografía computarizada (TC) del macizo facial, en la TC se evidenció una imagen isodensa en región maxilar con expansión de corticales e invasión de meato medio e inferior.

El diagnóstico definitivo se obtuvo mediante una biopsia incisional realizada bajo anestesia local, la cual fue sometida a un estudio histopatológico, arrojando como resultado: Granuloma Central de Células Gigantes

El plan de tratamiento consistió en una exéresis total de la lesión bajo anestesia general inhalatoria balanceada. Se accedió a la lesión a través de un abordaje vestibular-maxilar desde canino derecho a canino izquierdo realizando un colgajo mucoperióstico a espesor total hasta exponer la lesión tumoral. Se realizó la disección del tumor por toda la periferia, donde se procede a realizar división del mismo en dos partes, una superior y una inferior. Una vez se realiza la enucleación de la porción superior se procede a la disección del lóbulo inferior respetando las unidades dentales y las características anatómicas de la región maxilar. Posteriormente se realiza suspensión palatina con lámina palatina y ferulización de órganos dentales con un alambrado de tipo escalera. Por último se realiza cierre por planos, un lavado profuso y manejo hemostático. Cirugía culmina sin complicaciones

Resultados: El paciente presentó una buena recuperación postoperatoria inmediata, con una resolución del aumento de volumen y mínima inflamación, no presentó complicaciones transoperatorias ni postoperatorias con resultados funcionales y estéticos satisfactorios.

Conclusión: El granuloma central de células gigantes en la región maxilar representa un desafío diagnóstico y terapéutico debido a su variabilidad clínica y radiográfica. La correlación clínico-radiológica es esencial para establecer un diagnóstico preciso y guiar el plan de tratamiento. En el caso presentado, la combinación de una detallada evaluación clínica, estudios radiográficos avanzados como la CT, y una confirmación histopatológica, permitió un manejo quirúrgico exitoso mediante la exéresis total de la lesión. El seguimiento a largo plazo es crucial para monitorizar la resolución de la lesión y detectar precozmente cualquier signo de recurrencia, asegurando un pronóstico favorable y una óptima recuperación del paciente.

Figura 1



Figura 2



Figura 3



OR-11

Tromboembolismo pulmonar como complicación postoperatoria en cirugía ortognática

Dra. Constanza Paz Gavilán Tordesilla¹, Dr. Juan José Cortés Santander^{2,3}, Dra. Daniela Espinoza Espinoza¹

¹Universidad Mayor, Santiago, Chile, ²Clínica Universidad de los Andes, Santiago, Chile, ³Hospital Regional de Antofagasta, Antofagasta, Chile

Encuentro de Residentes (I), Salón Bávaro 2, noviembre 2, 2025, 8:00 - 10:40

Introducción: En la actualidad, existe evidencia limitada respecto a la incidencia y factores de riesgo potenciales de tromboembolismo pulmonar (TEP) en pacientes que se someten a una cirugía maxilofacial.

Objetivo: El presente estudio tiene como objetivo analizar retrospectivamente la incidencia de tromboembolismo pulmonar (TEP) en pacientes sometidos a cirugía ortognática, a partir del estudio de dos casos clínicos ocurridos dentro del mismo equipo quirúrgico, bajo la dirección del mismo cirujano principal.

Materiales y métodos: Se realizó una revisión bibliográfica. La población incluyó pacientes sometidos a cirugía ortognática; la muestra se conformó por los pacientes que desarrollaron complicaciones posteriores a la cirugía compatibles con tromboembolismo pulmonar.

Variable independiente: tipo de cirugía ortognática

Variable dependiente: desarrollo de TEP.

La información se obtuvo a partir de revisiones bibliográficas y reportes de casos clínicos.

Se analizó tipo de cirugía ortognática, duración del procedimiento, comorbilidades y evolución postoperatoria.

Resultados: Al realizar la revisión bibliográfica y luego de analizar nuestro reporte de caso se encontró que la incidencia es baja, de un 0.15% a 2.3% considerando los diferentes estudios. Este porcentaje varía acorde al tipo de cirugía ortognática realizada en cada paciente.

Conclusión: Es recomendable evaluar los diferentes factores de riesgo en cada paciente asociándolos al tipo de cirugía al que será sometido, el tiempo estimado de duración y el tiempo de inmovilización necesario post operatorio.

OR-12

Efecto de la inyección intra-articular de ácido hialurónico en el tratamiento de dolor de la articulación temporomandibular

Dra. Nadia Elizabeth Ramírez Guzmán¹, Maestro Jorge Chaurand Lara¹

¹Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, CDMX, México

Encuentro de Residentes (I), Salón Bávaro 2, noviembre 2, 2025, 8:00 - 10:40

Introducción: El uso de ácido hialurónico (AH) intra-articular es utilizado en diferentes articulaciones, sin embargo, su uso en la articulación temporomandibular (ATM) es controversial en pacientes con dolor de la ATM y en pacientes con enfermedad del sistema osteomuscular y del tejido conectivo. La mayoría de los estudios reportados muestran resultados inconsistentes y excluyen pacientes con enfermedad sistémica osteomuscular (Ej. artritis reumatoide).

Por lo que existen las siguientes preguntas con respecto al tema:

- 1.- ¿El uso de AH intra-articular en la ATM en pacientes con y sin enfermedad del sistema osteomuscular y de tejido conectivo, reduce el dolor y mejora la movilidad?
- 2.- ¿Es más eficaz el uso de AH posterior a la lisis y lavado artroscópico (LLA) que la inyección aislada de AH?

Objetivos: Evaluar el efecto terapéutico de la lisis y lavado artroscópico + AH, en el tratamiento del dolor de la ATM en pacientes con y sin enfermedad del sistema osteomuscular.

Material y Métodos: Los datos de 19 pacientes con dolor de la ATM que fueron atendidos en el departamento de cirugía maxilofacial del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre en el periodo de Julio 2023 a Junio 2025, fueron recolectados y se obtuvieron las 2 variables de estudio: apertura máxima interincisal (AMI, medida en milímetros) y escala visual análoga (EVA, 0 al 10) para dolor articular, previa a tratamiento y a los 3 meses. Los pacientes fueron divididos en 3 grupos: Grupo 1: Pacientes con enfermedad del sistema osteomuscular tratados con lisis y lavado artroscópico + ácido hialurónico (AH). Grupo 2: Pacientes sin enfermedad del sistema osteomuscular tratados con LLA + AH. Grupo 3: Pacientes con o sin enfermedad del sistema osteomuscular tratados solo con inyección intra-articular de AH de manera directa.

Resultados: De los 19 pacientes incluidos en el estudio 18 fueron mujeres y 1 hombre, el promedio de edad fue de 52 años (min 22/max 74), la EVA inicial fue: Grupo 1: 8 (min 8/max 10), Grupo 2: 8 (min 7/max 9), Grupo 3: 8 (min 7/max 10), la AMI inicial fue: Grupo 1: 38.5mm (min 32mm/max 45mm), Grupo 2: 31.5mm (min 30mm/max 55mm), Grupo 3: 43mm (min 38mm/max 50mm); en el control a 3 meses la EVA fue: Grupo 1: 2.5 (min 0/max 6), Grupo 2: 0, Grupo 3: 3.5 (min 0/max 7) y la AMI fue : Grupo 1: 41mm (min 27mm/max 53mm), Grupo 2: 39mm (min 33mm/max 49mm), Grupo 3: 47mm (min 40mm/max 55mm).

Conclusión: La inyección de ácido hialurónico en los pacientes incluidos en el estudio resultó en un efecto benéfico para la reducción del dolor de ATM en los 3 grupos, a los 3 meses de seguimiento. Sin embargo, los pacientes sometidos a LLA previo a la inyección del AH muestran mejor movilidad a los 3 meses.

OR-13

Mucormicosis rino-orbito-cerebral (MROC): experiencia en el Hospital Dr. Franco Ravera Zunino (HFRZ) en 10 años

Dr. Benjamín Puente Martínez¹, Dr. Ricardo Sepúlveda Quezada², Dra. Sandra Montero Riffo^{1,2}

¹Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile, ²Hospital Dr. Franco Ravera Zunino, Rancagua, Chile

Encuentro de Residentes (II), Salón Bávaro 2, noviembre 2, 2025, 11:10 - 12:30

Introducción: La MROC es una infección fúngica fulminante, que presenta una alta mortalidad en pacientes inmunocomprometidos. Entre sus principales factores predisponentes, la cetoacidosis diabética (CAD), se presentan en 60–80% de los casos. Desde el año 2000, su incidencia incrementó a nivel mundial. En Chile es la tercera infección fúngica más frecuente y en el HFRZ, se observó un alza de casos en la última década.

Objetivos: Se realiza un estudio retrospectivo de pacientes con diagnóstico confirmados de MROC entre 2014 y 2024 en el HFRZ, para identificar síntomas y signos, factores de riesgo, evolución clínica, métodos diagnósticos, tratamiento empleado y desenlace.

Material y Método: Se incluyó a pacientes con diagnóstico confirmado con estudio histopatológico. Se revisaron fichas clínicas electrónicas y físicas del HFRZ y centros de salud primarios. Se definieron fechas clave (inicio de síntomas, ingreso al sistema de salud, comienzo hospitalización, toma biopsia y desenlace) y variables clínicas (edad, sexo, comorbilidades, síntomas, tratamientos y evolución).

Resultados: Se identificaron 13 pacientes (7 hombres, 6 mujeres), de edades entre 46 a 75 años (promedio 62). Todos padecían Diabetes Mellitus tipo 2; 11 hipertensión, 2 cardiopatía coronaria, 1 asma y 1 daño hepático crónico. Un paciente presentó CAD, pero todos tenían glicemias elevadas (132,9–743,3 mg/dL; promedio 251,8 mg/dL). Los signos y síntomas se dividieron en oculares, faciales y otros. De los oculares, el más frecuentes fue la paresia (6). En los faciales, el más frecuentes fue el dolor (8). En la última categoría fue la tos (2). Se realizaron 18 TAC: 9 sin alteraciones y 9 con signos inflamatorios. En 5 AngioTAC cerebrales, no se evidenció compromiso vascular. De 12 RM, 9 mostraron infiltración infecciosa o isquémica. Todos fueron biopsiados; 3 casos tuvieron cultivo positivo a *Mucor* spp. A 12 pacientes se les administró Anfotericina B y tratamiento de comorbilidades; 8 recibieron tratamiento quirúrgico. El promedio entre el inicio de síntomas y la primera consulta fue de 9,2 días (rango: 2–22). Seis pacientes fueron tratados en centros primarios y luego derivados; tres consultaron directamente al HFRZ. El ingreso hospitalario ocurrió en promedio 3,3 días tras la primera consulta (rango: 0–8). La hospitalización duró entre 1 y 61 días (promedio: 18,3). Fallecieron 6 pacientes a los 12,6 días en promedio; sobrevivieron 3 con hospitalizaciones más prolongadas (promedio 29,3 días). El diagnóstico histológico se confirmó en promedio 1,4 días tras el ingreso hospitalario.

Conclusiones: Los signos y síntomas iniciales de la MROC suelen confundirse con sinusitis o celulitis periorbitaria, siendo confundida hasta estados tardíos. El diagnóstico temprano es un gran desafío, por su progresión rápida y potencialmente mortal. Se recomienda un protocolo diagnóstico, con exámenes complementarios y tratamiento médico – quirúrgico oportuno, por un equipo multidisciplinario, para mejorar la tasa de supervivencia. Hay que recalcar que el factor de riesgo más importante es una glicemia fuera de rango por lo que se debe sospechar de esta infección en pacientes con DMT2 que presenten celulitis periorbitaria y/o sinusitis de rápida evolución. Se realiza un protocolo de atención.

Figura 1

Tabla 1: Descripción Población Estudiada.

Paciente	Sexo	Edad	Ubicación	Factores de riesgo	Glucosa en sangre mg/dL
1	F	51	Ranagua	DM2 ¹ , HTA ² , CC ³	153,7
2	F	60	Maichal	DM2 ¹ , HTA ² , DM2 ⁴	195,8
3	M	68	San Fernando	DM2 ¹ , HTA ²	180
4	M	72	Collauro	DM2 ¹ , HTA ²	318
5	F	64	San Vicente	DM2 ¹ , HTA ²	228,0
6	M	56	Codégu	DM2 ¹ , HTA ²	184
7	M	73	Rengo	DM2 ¹ , HTA ²	196,7
8	F	50	Collauro	DM2 ¹ , HTA ² , CC ³	170
9	M	63	Ranagua	DM2 ¹	241,9*
10	F	75	Requinoa	DM2 ¹ , HTA ² , A ⁵ , AP ⁶	132,9
11	M	58	Collauro	DM2 ¹	210,4
12	F	46	Chiguca	DM2 ¹ , HTA ²	188
13	M	74	Santa Cruz	DM2 ¹ , HTA ²	187

¹ Diabetes Mellitus Tipo 2. ² Hipertensión Arterial. ³ Coronopatía Coronaria. ⁴ Daño Hepático Crónico. ⁵ Asma. ⁶ Alérgico a la yencina. *Paciente con Cetocidosis Diabética.

Tabla 2: Signos y Síntomas Oculares

Signo/Síntoma	Número de Pacientes	Porcentaje (%)
Anisocoria	5	38,5
Pareja Ocular	6	46,5
Proptosis	4	30,8
Floja Palpebral	2	15,4
Ausencia del reflejo fotomotor	1	7,7
Midriasis	4	30,8
Quemado	1	7,7
Amaurosis	1	7,7
Disminución de agudeza visual	1	7,7
Cigarras	1	7,7
Afectación ojo derecho	7	53,8
Afectación ojo izquierdo	2	15,4

Tabla 3: Signos y Síntomas Faciales

Signo y Síntoma	Número de Pacientes	Porcentaje (%)
Cefalea	6	46,2
• Hemisfera facial derecha	3	23,1
• Hemisfera facial izquierda	2	15,4
• Toda la cabeza	1	7,7
Dolor	8	61,5
• Ocular Ojo Derecho	2	15,4
• Ocular Ojo Izquierdo	2	15,4
• Dolor retro ocular	1	7,7
• Dolor apertura y cierre bucal	1	7,7
Dolor a la palpación	2	15,4
• globo ocular	1	7,7
• Zona maxilar izquierda	1	7,7
Edema	4	30,8
• Conjuntival, palpebral y zona geniana	1	7,7
• Hemisfera izquierda	1	7,7
• Periorbitario derecho	1	7,7
• Periorbitario izquierda	1	7,7
Hipoestesia	3	23,1
• Hemisfera izquierda	1	7,7
• Hemisfera derecha	1	7,7
• Perinasal izquierda	1	7,7
Parálisis Facial	1	7,7

Figura 2

Tabla 4: Otros signos y síntomas

Signo/Síntoma	Número de pacientes	Porcentaje (%)
Fiebre	1	7,7
Sinusal	1	7,7
Alteración en el estado de conciencia	1	7,7
Desorientación en el tiempo y espacio	1	7,7
Marcha inestable	1	7,7
Romberg positivo	1	7,7
Dronca	1	7,7
Vértigos	1	7,7
Tos	2	15,4
Náuseas	1	7,7
Malestar general	1	7,7

Tabla 5: Signos y síntomas por paciente

Paciente	Sexo/Edad	Factores de riesgo	afectación lado ocular	Signos y síntomas craneales	Signos y síntomas faciales	otros signos y síntomas
1	F/51	DM2 ¹ , HTA ² , CC ³	Derecho	-	Cefalea hemisférica derecha, dolor ocular derecho y proptosis ojo globo ocular derecho	-
2	F/60	DM2 ¹ , HTA ² , DM2 ⁴	Izquierdo	pareja globo ocular, anisocoria, midriasis	dolor ocular izquierdo, edema conjuntival y palpebral	-
3	M/68	DM2 ¹ , HTA ²	Derecho	-	-	Sinusal
4	M/72	DM2 ¹ , HTA ²	Derecho	ptosis palpebral, ausencia reflejo fotomotor, paresia, anisocoria, midriasis	dolor facial	Marcha inestable y tambaleo, romberg positivo, tos, dronca, vómitos
5	F/64	DM2 ¹ , HTA ²	Izquierdo	ptosis palpebral, disminución movimiento ocular	Cefalea hemisférica izquierda, dolor globo ocular izquierdo, edema e hipoestesia hemisférica izquierda	-
6	M/58	DM2 ¹ , HTA ²	-	-	-	-
7	M/73	DM2 ¹ , HTA ²	Derecho	Proptosis, disminución movilidad ocular, anisocoria, midriasis	-	-
8	F/50	DM2 ¹ , HTA ² , CC ³	Derecho	Proptosis, paresia, anisocoria, disminución agudeza visual, anisocoria y midriasis	Cefalea hemisférica derecha, edema periorbitario globo ocular derecho	-
9	M/63	DM2 ¹	Derecho	Proptosis, paresia, anisocoria, disminución agudeza visual, anisocoria y midriasis	Cefalea cabeza completa, dolor retroocular derecho	Fiebre, alteración conciencia y desorientado
10	F/75	DM2 ¹ , HTA ² , A ⁵ , AP ⁶	-	-	Cefalea hemisférica izquierda, edema en edema membranas, hipoestesia perinasal, dolor palpación retroocular esquerdo	-
11	M/58	DM2 ¹	Derecho	Proptosis globo ocular derecho, dolor movimiento ocular, quemado	Dolor periorbitario globo ocular izquierdo, edema periorbitario globo ocular izquierdo	-
12	F/46	DM2 ¹ , HTA ²	Derecho	Cigarras	Cefalea hemisférica derecha, dolor globo ocular derecho	-
13	M/74	DM2 ¹ , HTA ²	-	-	Edema región geniana derecha, hipoestesia hemisférica derecha	Malestar general, alteración a TO

Tabla 6: Exámenes Imagenológicos de los Pacientes

Pacientes	1° Examen	2° Examen	3° examen	4° examen	5° examen
1	TAC C, TAC O	A TAC C	TAC O	RM C	
2	TAC O	A TAC C	RM O		
3					
4	TAC C	A TAC C	RM C	RM O	RM SP
5	TAC C	A TAC C	RM C	A RM C	RM O
6					
7	A TAC C y RM O	A TAC C			
8	TAC C				
9	TAC O				
10	TAC MF				
11	TAC MF, TAC C, TAC O	TAC C	RM C	TAC MF	
12	A TAC C	TAC MF	TAC MF	RM C	
13	TAC C				

TAC = Tomografía Axial Computarizada. RM = Resonancia Magnética. C = Cerebro. O = Órbitas. MF = Mucosa Facial. A = Agudo. SP = Senos Paranasales.

Figura 3

Tabla 7: Biopsias realizadas

Paciente	Equipo de toma	Zona
1	Crugía	Tejido Conectivo y Subcutáneo
2	Otorrinolaringólogo	Cavidad Nasal y Grasa Periorbitaria
3	Otorrinolaringólogo	Seno Maxilar
4	Crugía	Cavidad Nasal
5	Otorrinolaringólogo	Cavidad Nasal, Seno Maxilar, Seno Frontal, Grasa Periorbitaria
6	Maxilofacial	Hueso Maxilar
7	Otorrinolaringólogo	Cavidad Nasal
8	Maxilofacial	Hueso Maxilar, Seno Maxilar, Globo Ocular
9	UCI Adulto	Cavidad Nasal
10	Maxilofacial	Hueso Maxilar, Seno Maxilar
11	Maxilofacial	Tejido Conectivo y Subcutáneo
12	Crugía	Tejido Conectivo y Subcutáneo, Globo Ocular, Cavidad Nasal, Hueso Maxilar
13	Maxilofacial	Tejido Conectivo y Subcutáneo

Tabla 8: Tratamiento y Desenlace

Pacientes	Antidolorífica	1ª Intervención quirúrgica	2ª Intervención quirúrgica	3ª Intervención quirúrgica	Desenlace
1	S.I.	S.I.	S.I.	S.I.	Muerte
2	SI	Aenostoma Seno Maxilar	Crugía Endoscópica Nasal		Vivo
3	SI	Crugía Endoscópica Nasal	Maxilectomía		Muñado
4	SI	Maxilectomía			Vivo
5	SI	Aseo Quirúrgico	Aseo Quirúrgico		Muñado
6	SI	Maxilectomía Radical con Exenteración Ocular			Vivo
7	SI	Maxilectomía Radical con Exenteración Ocular			Muerte
8	S.I.	S.I.	S.I.	S.I.	Muerte
9	SI	Fallecido*			Muerte
10	SI	Crugía Exploratoria Maxilar con Biopsia			Vivo
11	SI	Aseo Quirúrgico con Biopsia	Maxilectomía	Cierre Platino	Vivo
12	SI	Maxilectomía Radical con Exenteración Ocular			Muñado
13	SI	Fallecido*			Muerta

S.I. = Sin información en cuanto a tratamientos. Fallecido* = pacientes fallecidos antes de ser sometidos a tratamiento quirúrgico.

Tabla 9: Historia de Atención en días

Paciente	Inicio Síntomas	1ª Consulta	Llegada HRZ	Hospitalización	Desenlace	Biopsia
1	-	-	-	-	Fallecido	-
2	1	14	18	19-33	Fallecido	20
3	-	-	-	-	Vivo	-
4	1	2	10	11-13	Vivo	11
5	1	4	9	10-15	Fallecido	9
6	-	-	-	-	Vivo	-
7	1	22	30	30-45	Fallecido	31
8	-	-	-	-	Fallecido	-
9	1	11	11	11	Fallecido	11
10	1	15	15	15-26	Vivo	16
11	1	11	11	11-36	Vivo	14
12	1	2	6	6-45	Fallecido	9
13	1	6	7	7-9	Fallecido	7

OR-14

Efectos de la proteína ósea morfogenética en la regeneración del ancho biológico periimplantario

Dra. Franyelis Daniela Paglia Peña¹, Dr. Henry Arturo García Guevara, Dr. José Gabriel Zambrano, Dr. José Ramon Russian

¹Hospital Universitario de Caracas, Caracas, Venezuela

Encuentro de Residentes (II), Salón Bávaro 2, noviembre 2, 2025, 11:10 - 12:30

Introducción: Este estudio aborda la importancia de la odontología restauradora e implantológica en la rehabilitación oral, destacando los cambios biológicos tras la exodoncia, como la resorción ósea y la atrofia de los tejidos blandos. Analiza la relevancia de preservar el reborde alveolar para optimizar futuros tratamientos y se enfoca en el papel de la proteína ósea morfogenética (PMO) en la regeneración ósea y la neovascularización epitelial. Además, enfatiza la capacidad de la PMO para regular la proliferación y migración celular no solo en el tejido óseo sino también en los tejidos blandos, planteando como pregunta de investigación: ¿Cuál es el efecto de la PMO en la regeneración del ancho biológico periimplantario?

Objetivo General: Evaluar el efecto de la PMO en la regeneración del ancho biológico periimplantario
Específicos:

1. Identificar las características clínicas e imagenológicas de los tejidos blandos periimplantarios previo a aplicación de la PMO.
2. Identificar las características clínicas e imagenológicas de los tejidos blandos periimplantarios posterior a aplicación de la PMO.
3. Describir las características histológicas en los tejidos periimplantarios posterior a la aplicación de la PMO.
4. Comparar las características clínicas e histológicas en la mucosa bucal periimplantaria posterior a la aplicación de la PMO vs. la no tratada.

Material y Métodos: Estudio prospectivo, clínico, aleatorizado, tipo split mouth. Se colocaron en implantes en la región de premolares o molares contra laterales, sin que ninguno tuviera necesidad de cirugía guiada, al terminar la colocación del implante se inyectó un lado en la región oclusal/gingival con rh-BMP-2 cowellMedi® y el lado contralateral se usó de grupo control. Se realizaron evaluaciones en mm en tomografía de haz cónico pre quirúrgica y al momento de la cirugía de segunda fase (3 meses), se superpuso la imagen de escaneo pre quirúrgico y post quirúrgico (3 meses). A su vez, se tomó como muestra el tejido blando retirado para la cirugía de segunda fase para evaluar con técnica histológica convencional e inmunohistoquímica, la reepitelización del epitelio de revestimiento de la mucosa bucal periimplantaria, que constituye el conjunto de cambios histológicos que se observan en la mucosa de revestimiento de la mucosa bucal periimplantaria.

Resultados: Los 3 casos operados siguiendo este protocolo de evaluación demostraron, a nivel tomográfico una diferencia de 2.32 mm promedio en el lado experimental sobre el lado control, una diferencia en la superposición de las superficies escaneadas de 0.4mm a favor del lado experimental y en relación a la evaluación histológica se observó aumento del grosor del epitelio, el estrato córneo y la cantidad de vasos sanguíneos nuevos.

Conclusión: en los casos estudiados se demuestra que la inyección en tejido blando de BMP mejora el grosor y calidad del tejido blando periimplantar.

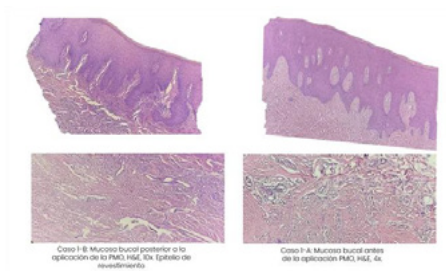
Figura 1



Figura 2



Figura 3



OR-15

Prevalencia de Mialgia Masticatoria en el servicio de Cirugía Maxilofacial del Centro Médico Nacional "20 de noviembre"

Dr. José Julio Magaña Quiñones¹, Dra. Laura Leticia Pacheco Ruiz¹, Mtro. Jorge Chaurand Lara¹

¹Hospital 20 de noviembre, CDMX, México

Encuentro de Residentes (II), Salón Bávaro 2, noviembre 2, 2025, 11:10 - 12:30

Introducción: El dolor miofascial masticatorio (DMM) o mialgia masticatoria (MM) es la causa más común de dolor no odontogénico en la región orofacial y está estrechamente asociado con una reducción en la calidad de vida de los pacientes. La MM se manifiesta como dolor localizado o regional en los músculos masticatorios, acompañado de sensibilidad aumentada, dificultades para masticar y limitación en la apertura bucal, se clasifica dentro de los trastornos temporomandibulares (TTM), que incluyen afecciones de los músculos masticatorios, las articulaciones temporomandibulares (ATM) y las estructuras asociadas, sin embargo, la prevalencia en nuestro país aún no se conoce.

Objetivos: Conocer la prevalencia de mialgia masticatoria en pacientes atendidos en el hospital 20 de noviembre en el periodo de marzo 2022 a marzo 2025, así mismo comparar la prevalencia con los otros tipos de desórdenes temporomandibulares dolorosos más comunes: mialgia masticatoria + dolor articular y/o dolor articular aislado.

Material y métodos: Se realizó un trabajo retrospectivo, descriptivo y observacional, a través de la consulta de los expedientes electrónicos de los pacientes enviados al departamento de Cirugía Maxilofacial en el periodo de marzo 2022 a marzo 2025, los resultados fueron filtrados de acuerdo con los criterios de inclusión, exclusión y eliminación, la prevalencia se obtuvo del total de pacientes atendidos en el departamento de Cirugía Maxilofacial en el lapso marzo 2022 a marzo 2025.

Resultados: Se obtuvo la información de 181 expedientes electrónicos de pacientes que cumplieron los criterios los cuales correspondieron a una prevalencia del 30.16% del total de la población que acude al departamento de Cirugía Maxilofacial, la media de edad fue de 58.38 (min=14-max=85), la mayor parte de los pacientes fueron mujeres (92.3%), el tipo de dolor más frecuente fue el miofascial (52%), seguido del dolor mixto (25.96%) y finalmente el dolor articular aislado (24.03%), la comorbilidad más frecuentemente registrada fue la artritis reumatoide.

Conclusión: Existen pocos reportes en la literatura acerca de la prevalencia y demografía de la MM, La presencia de MM no se asocia a la edad de los pacientes pero si al sexo de estos, donde las mujeres presentan más frecuentemente esta patología, un estudio realizado en la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia en Medellín Colombia evaluó un total de 220 pacientes en un periodo de 2 años, reportando una prevalencia de MM del 26.4%, con una diferencia estadísticamente significativa entre hombres (25%) y mujeres (75%), resultados similares al presente trabajo, de igual manera un estudio por la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca en Ecuador en donde se evaluaron pacientes de 18 años en adelante en 321 pacientes en donde el 45% resulto con dolor miofascial, la MM es el tipo de desorden temporomandibular más común en la consulta del Hospital 20 de noviembre, este es el primer trabajo de su tipo que se realiza en un centro hospitalario de referencia nacional y los resultados servirán para que otros centros conozcan la prevalencia y los trastornos asociados a esta condición.

OR-16

Uso de policaprolactona funcionalizada con Histatina-1 como biomaterial para la reconstrucción de defectos óseos críticos craneofaciales. Un estudio in vivo

Dr. David González-quintanilla¹, Dr. Vicente A. Torres^{2,3,4}, Dr. Luis Cordova^{5,6,7}

¹Facultad de Odontología, Universidad De Chile, Santiago, Chile, ²Instituto de Investigación en Ciencias Odontológicas, Facultad de Odontología, Universidad de Chile, Santiago, Chile, ³Centro Avanzado de Enfermedades Crónicas (ACCDiS), Universidad de Chile, Santiago, Chile, ⁴Instituto Milenio de Inmunología e Inmunoterapia, Universidad de Chile, Santiago, Chile, ⁵Departamento de Cirugía Oral y Maxilofacial, Facultad de Odontología, Universidad de Chile, Santiago, Chile, ⁶Departamento de Cirugía Oral y Maxilofacial, Clínica MEDS, Santiago, Chile, ⁷Laboratorio de Investigación Craneofacial. Facultad de Odontología, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile

Encuentro de Residentes (II), Salón Bávaro 2, noviembre 2, 2025, 11:10 - 12:30

Introducción: Policaprolactona (PCL) es un polímero utilizado en medicina, ingeniería de tejidos y en la fabricación de dispositivos médicos impresos en 3D, debido a su fácil procesamiento y biocompatibilidad. Su estructura permite incorporar agentes bioactivos, como la Histatina-1 (Hist-1), un péptido salival con propiedades antimicrobianas y pro-regenerativas, que ha demostrado promover la angiogénesis y osteogénesis. La combinación de PCL con Hist-1 en dispositivos impresos en 3D representa una estrategia prometedora para el desarrollo de implantes funcionales con capacidades terapéuticas mejoradas para reconstrucción craneofacial.

Objetivo: Evaluar la neoformación ósea y respuesta inflamatoria sistémica inducida por PCL funcionalizada con Hist-1 en la regeneración de un defecto óseo crítico craneal in vivo.

Material y métodos: Se evaluó el efecto de un implante de PCL funcionalizada con Hist-1 impreso en 3D, en la regeneración ósea de un defecto óseo crítico craneal en ratas adultas (*Rattus norvegicus*) con un peso superior a 250 gramos (N=50). Bajo anestesia general con Ketamina/Xilacina en dosis de 100/10 mg/kg por vía intraperitoneal, complementada con infiltración subdérmica parietal de 0.3 mL de articaína al 4%, se confeccionó quirúrgicamente un defecto óseo crítico craneal paramediano de 6 mm de diámetro, mediante el uso de una fresa trefina redonda de bordes lisos, acoplada a un motor quirúrgico (NSK, modelo MIO), que operó entre 800-1000 revoluciones por minuto (RPM), bajo refrigeración con suero fisiológico. Se retiró la porción del hueso parietal y el defecto resultante fue obturado con el implante de PCL funcionalizado con Hist-1 impreso en 3D.

Los animales fueron eutanasiados a los 14 días post cirugía para la evaluación de la regeneración ósea. La microarquitectura del tejido óseo neoformado se analizó mediante microtomografía computarizada (Micro-CT), cuantificando parámetros como área y volumen de tejido óseo regenerado. Adicionalmente, con el fin de evaluar la respuesta inflamatoria sistémica inducida por la implantación de PCL funcionalizada con Hist-1, al momento de la eutanasia se obtuvo aproximadamente 1 mL de sangre por punción intracardiaca. Sobre esta muestra se realizó un hemograma completo y se cuantificaron los niveles séricos de Proteína C Reactiva (PCR) a los 14 días post cirugía. Estas mediciones permitieron evaluar la respuesta inflamatoria y seguridad sistémica del biomaterial implantado.

Resultados: Se determinó que PCL funcionalizada con Hist-1 incrementó significativamente el área y el volumen de nuevo hueso, expresados como porcentaje del volumen total del defecto ($p < 0,05$). Asimismo, la implantación de PCL funcionalizada con Hist-1 no produjo un aumento en los niveles de leucocitos, monocitos, basófilos, neutrófilos ni de otras células sanguíneas relevantes, ni elevó los niveles de PCR en comparación con los valores basales y valores de referencia.

Conclusión: PCL funcionalizada con Hist-1 aumentó significativamente el área y volumen de nuevo hueso, sin alterar parámetros hematológicos, ni niveles de PCR. Estos resultados sugieren que este biomaterial no induce una respuesta inflamatoria sistémica relevante, lo cual destaca su potencial uso como biomaterial seguro para la regeneración ósea en defectos óseos críticos craneofaciales.

El presente estudio cuenta con aprobación ética N°: 074_2024_V2 (U. de Chile - UFRO Chile).
Financiamiento: FONDEF ID22110248 ANID Chile

Figura 1

Resultados microarquitectura ósea (MICRO-CT)

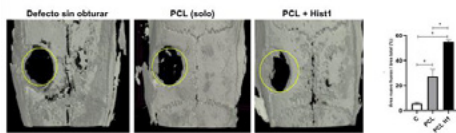
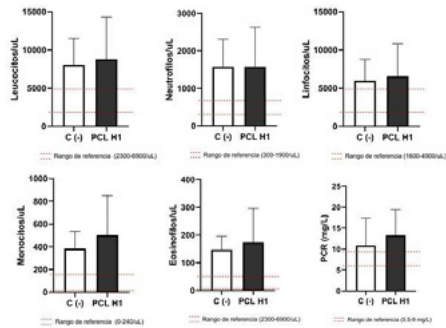


Figura 2

Resultados Hemograma - Proteína C Reactiva



OR-17

Caracterización de la agresividad en granulomas de células gigantes y sus implicaciones quirúrgicas

Dra. Cinthya Quisiguiña-Salem¹, Dr. Alejandro Alonso-Moctezuma²

¹Residente de cuarto año de la Especialidad de Cirugía Oral y Maxilofacial de la DEPEI, Facultad de Odontología, UNAM, Ciudad de México, México, ²Adscrito de la Especialidad de Cirugía Oral y Maxilofacial de la DEPEI, Facultad de Odontología, UNAM, Ciudad de México, México

Encuentro de Residentes (II), Salón Bávaro 2, noviembre 2, 2025, 11:10 - 12:30

Introducción: La Organización Mundial de la Salud separa a los granulomas de células gigantes (GCG) en central (GCCG) y periférico (GPCG), ya que, aunque ambos derivan de mutaciones genéticas en la vía MAPK, presentan diferencias en su presentación, desarrollo y tratamiento. Su comportamiento clínico es incierto, complicando el diagnóstico, pronóstico y manejo, que puede incluir resección quirúrgica con tasas de recurrencia variables. Hasta ahora, no existen estudios que analicen la relación entre factores demográficos, clínicos, histológicos y de inmunexpresión con la agresividad de estas lesiones.

Objetivo: Identificar los factores de agresividad en los GCG y sus implicaciones en la planificación del tratamiento quirúrgico.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo basado en el análisis de 21,623 archivos clínicos (1982-2017) del departamento de cirugía oral y maxilofacial de la UNAM. A partir de los especímenes de biopsias, se hicieron cortes histológicos teñidos con H&E y se clasificó la agresividad mediante estudios clínicos y radiográficos. Se emplearon anticuerpos MMP-1, 2, 3, 9 y 13, bcl-2 y bax, con análisis de inmunomarcador en ImageLab® para medir la densidad óptica (DO). Los casos positivos a algún anticuerpo de las 3 familias de las MMPs fueron analizados mediante RT-PCR para evaluar la expresión génica. Se analizaron los resultados en dos grupos: GCCG y GPCG mediante pruebas de Chi-cuadrado.

Resultados: Se identificaron 126 casos de GCG: 49 GCCG y 77 GPCG. Los GCCG afectaron con mayor frecuencia a mujeres (75.5%) y a la mandíbula (71.4%), con 71% de casos agresivos, los cuales presentaron patrón celular difuso en 65.7%, vascularidad moderada en 45.7% y mitosis en 51.42%. En los GPCG, 46.8% fueron agresivos, localizados principalmente en mandíbula tanto en casos agresivos (63.8%), como en no agresivos (53.65%). Los GPCG agresivos presentaron patrón difuso (69.4%), estroma denso (54.54%), vascularidad moderada (50%) y mitosis en 72%. Se observó infiltrado inflamatorio moderado en 50%, con hemosiderina en 63.8%. Se obtuvo mayor proporción de mujeres en casos agresivos (77.7%) y no agresivos (61%). La distribución de positividad de la MMP-9 es significativa estadísticamente $p < 0.03$, con 73.3% en casos agresivos frente a 26.7% en no agresivos. La DO fue mayor en los casos agresivos de MMP-3 con una $p < 0.02$. Bax y Bcl-2 se expresaron en todos los casos. Aunque MMP-1, 2 y 13 no presentaron diferencias estadísticas, mostraron mayor expresión en casos agresivos. La expresión genética fue mayor en casos agresivos.

Conclusiones: De acuerdo a este estudio las lesiones agresivas se presentan más en mujeres. No se encontró asociación significativa entre la agresividad y otras características histológicas, edad o marcadores apoptóticos (Bax y Bcl-2). La elevada distribución de MMP-9 y una elevada DO en MMP-3 en los casos agresivos, sugieren que pueden ser indicadores de agresividad. Por lo tanto, proponemos la incorporación de la evaluación de MMP-3 y MMP-9 en la estrategia diagnóstica y abordar estos casos con tratamientos más agresivos como ostectomía periférica con seguimiento a largo plazo.

Figura 1

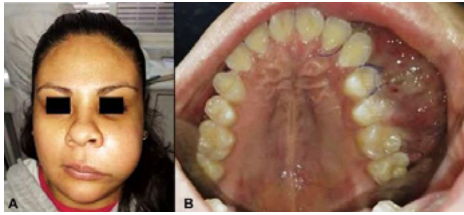


Figura 2

MMP-3	Control	Caso	Total
Nulo	40 (12)	26.7 (8)	33.3 (20)
Leve	6.7 (2)	40 (12)	23.3 (14)
Moderado	46.7 (14)	26.7 (8)	36.7 (22)
Severo	6.7 (2)	6.7 (2)	6.7 (4)
Total	100 (30)	100 (30)	60 (100)
		χ^2	p= 0.023

Figura 3

Agresividad	BAX positivo n=60	Bcl2 Positivo n=60	MMP1 Positivo n=48	MMP13 Positivo n=19	MMP2 Positivo n=16	MMP9 Positivo n=15	MMP3 Positivo n=41
Control N (%)	30 (100%)	30 (100%)	23 (47.9%)	7 (36.8%)	6 (37.5%)	4 (26.7%)	18 (45%)
Caso N (%)	30 (100%)	30 (100%)	25 (82.1%)	12 (63.2%)	10 (62.5%)	11 (73.3%)	22 (55%)
Total N (%)	60 (100%)	60 (100%)	48 (100%)	19 (100%)	16 (100%)	15 (100%)	40 (100%)
p			.52	.17	.24	.03	.27

OR-18

Reconstrucción maxilar microquirúrgica post-carcinoma adenoideo quístico: microcirugía con peroné e integración protésica con implantes dentales

Dr. Alexander Vallejo Vega¹, Dr. Fernando José Sandoval Portilla^{1,2}

¹Universidad San Francisco De Quito, Quito, Ecuador, ²Hospital Metropolitano de Quito, Quito, Ecuador

Encuentro de Residentes (II), Salón Bávaro 2, noviembre 2, 2025, 11:10 - 12:30

Introducción: El carcinoma adenoideo quístico (CAC) es un tumor maligno raro de las glándulas salivales, con etiología aún desconocida, caracterizado por crecimiento lento, invasión perineural, y alta propensión a recurrencia local y metástasis a distancia, especialmente a nivel pulmonar. Representa el 10 % de las neoplasias en glándulas salivales mayores y el 30 % en menores, presentándose principalmente entre la quinta y séptima década de vida. El diagnóstico se establece mediante tomografía computarizada (TC), resonancia magnética (RM) y análisis histopatológico, complementado con inmunohistoquímica para diferenciarlo de otras neoplasias. Existen tres patrones histológicos: cribiforme (el más común), tubular (mejor pronóstico) y sólido (peor pronóstico). El tratamiento de elección es la cirugía radical con márgenes oncológicos adecuados. En localizaciones como el paladar, la hemimaxilectomía se hace necesaria. Aunque el tumor presenta radiosensibilidad, la radioterapia aislada tiene alta tasa de recurrencia, y la quimioterapia posee eficacia limitada por la baja actividad mitótica del tumor.

Objetivos: Describir un caso de carcinoma adenoideo quístico en paladar, y su abordaje quirúrgico, reconstructivo y rehabilitador, tratado por el servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Metropolitano de Quito.

Establecer un protocolo de manejo y tratamiento integral basado en evidencia científica actualizada.

Material y Métodos: Se presenta el caso de un paciente masculino de 35 años que acudió por dolor maxilar derecho de dos años de evolución, previamente manejado por neurología por diagnóstico de neuralgia del trigémino. A través de la evaluación clínica e imágenes (TC y RM), se identificó una lesión sólida en el hueso maxilar derecho, con compromiso de estructuras óseas adyacentes.

Se realizó biopsia incisional intraoral bajo anestesia local, confirmando carcinoma adenoideo quístico. Posteriormente, se llevó a cabo una maxilectomía tipo Brown IIB mediante abordaje Weber-Ferguson, con márgenes de seguridad adecuados.

La reconstrucción del defecto se realizó mediante colgajo libre osteomiocutáneo de peroné, con osteotomías planificadas mediante guía estereolitografía y fijación con miniplacas de titanio. Se realizaron anastomosis de arteria peronea con arteria facial y vena comitante con vena facial externa. El procedimiento duró 9 horas. El paciente permaneció en UCI durante 48 horas, evolucionando favorablemente. Inició radioterapia adyuvante por seis semanas. Posteriormente, se realizó remodelación del colgajo y colocación de implantes dentales para rehabilitación oral.

Resultados: El estudio histopatológico confirmó carcinoma adenoideo quístico de patrón cribiforme. La TC y RM evidenciaron una lesión de 20 × 19 × 12 mm en paladar posterior derecho. La maxilectomía obtuvo márgenes negativos. La reconstrucción con colgajo libre de peroné restituyó el contorno facial y soporte infraorbitario sin complicaciones intraoperatorias. El seguimiento mostró integración del colgajo, función masticatoria y fonatoria adecuadas, sin evidencia de recidiva ni metástasis.

Conclusión: La resección quirúrgica con márgenes adecuados, reconstrucción inmediata con colgajo libre de peroné y rehabilitación integral con implantes dentales representa una opción efectiva en el

tratamiento del carcinoma adenoideo quístico maxilar, ofreciendo control oncológico, rehabilitación funcional y estética, y mejorando significativamente la calidad de vida del paciente.

Figura 1



Figura 2

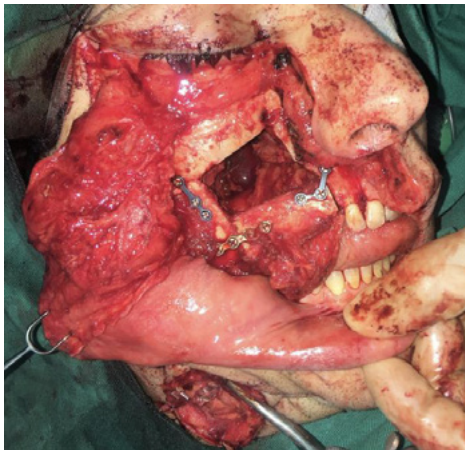


Figura 3



OR-20

Reconstrucción auricular asistida por planificación digital y modelos 3D: replicación anatómica en espejo a partir de tomografía en pacientes con microtia

Dr. Esteban Raúl Mar Uribe¹, Dr. Iván José Torres Gutierrez², Dr. José Del Carmen Martínez Miranda²
¹Residente de la alta especialidad en Cirugía Maxilofacial Pediátrica y Craneofacial, Hospital Del Niño Morelense. Morelos, México, ²Cirujanos Maxilofaciales Pediátricos y Craneofaciales, Hospital del Niño Morelense. Morelos, México

Encuentro de Residentes (II), Salón Bávaro 2, noviembre 2, 2025, 11:10 - 12:50

Introducción: Reconstruir el pabellón auricular es técnicamente complejo por su geometría 3D y altas exigencias estéticas. La replicación anatómica requiere nuevas herramientas que incrementen la precisión, estandaricen el procedimiento y optimicen los resultados.

Objetivo: Describir una técnica de reconstrucción auricular guiada por modelos 3D en espejo basados en segmentación tomográfica, que mejora la precisión al momento de esculpir el injerto de cartílago en pacientes con microtia, malformación congénita caracterizada por la ausencia o deformidad del pabellón auricular, donde la destreza del cirujano influye en el resultado estético.

Métodos: Estudio prospectivo de 3 pacientes pediátricos con microtia del Hospital Del Niño Morelense. Se realizó una tomografía de alta resolución de la oreja sana, seguida de la replicación en espejo, segmentación de las estructuras anatómicas y la impresión en 3D, para optimizar el modelado del injerto de cartílago en la auriculoplastía de primer tiempo.

Resultados: La técnica se aplicó con éxito en los pacientes, logrando mejorar la precisión en la replicación anatómica mediante modelos 3D en espejo. Se observó reducción en el tiempo de escultura y no se presentaron complicaciones mayores durante el seguimiento. La satisfacción estética fue elevada, con mejoras significativas en la simetría y definición auricular.

Conclusión: La reconstrucción auricular guiada por modelos 3D en espejo derivados de segmentación tomográfica es una herramienta segura, precisa y reproducible que mejora la simetría y definición anatómica en pacientes con microsomía hemifacial, optimizando los resultados estéticos y estandarizando el proceso quirúrgico.

OR-21

Comparación de los resultados clínicos de la osteotomía subcraneal Lefort III modificada con abordaje mínimamente invasivo vs osteotomía Lefort III convencional con abordaje coronal un estudio retrospectivo

Dra. Sorayda del Socorro Navarrete Chavarría¹, Dr. José del Carmen Martínez Miranda¹, Dr. Iván José Torres Gutiérrez¹

¹Hospital del Niño Morelense, Morelos, México

Introducción: Las deformidades craneofaciales del tercio medio facial asociadas a disostosis craneofacial requieren técnicas quirúrgicas eficaces que reduzcan la morbilidad operatoria. Aunque en los últimos años se han propuesto abordajes mínimamente invasivos, la evidencia comparativa frente al abordaje coronal clásico es limitada en Latinoamérica.

Objetivo: Comparar los resultados clínicos de la osteotomía subcraneal Le Fort III modificada con abordajes mínimamente invasivos frente a la técnica convencional con abordaje coronal, ambas asistidas por distracción osteogénica.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, tipo serie de casos, que incluyó 52 pacientes tratados entre 2008 y 2024 en dos centros especializados. Treinta y cuatro fueron intervenidos con la técnica modificada y dieciocho con la convencional. Se analizaron edad, sexo, diagnóstico sindrómico, antecedentes quirúrgicos, tiempo operatorio, pérdida sanguínea, necesidad de transfusión, ingreso a cuidados intensivos, complicaciones y magnitud del avance mediofacial.

Resultados: El grupo con cirugía modificada presentó menor tiempo quirúrgico (179.3 ± 41.7 min) que el convencional (298.3 ± 46.6 min; $p < 0.0001$) y menor pérdida sanguínea (126.4 ± 34.2 cc vs. 274.7 ± 79.6 cc; $p < 0.0001$). El ingreso a UCI fue significativamente menor (5.9% vs. 83.3%; $p < 0.0001$) y la frecuencia de complicaciones postoperatorias también se redujo (5.9% vs. 33.3%; $p = 0.009$). El avance mediofacial logrado fue mayor con la técnica modificada (12.2 ± 1.8 mm vs. 9.4 ± 1.4 mm; $p < 0.0001$).

Conclusiones: La osteotomía subcraneal Le Fort III modificada con abordajes mínimamente invasivos y distracción osteogénica muestra ventajas significativas frente a la técnica convencional: menor tiempo quirúrgico, menor sangrado, menos complicaciones y mejor proyección mediofacial. Estos hallazgos avalan su aplicación como alternativa segura y eficaz en la cirugía craneofacial en Latinoamérica.

Pósteres digitales (E-Pósteres)

P001

Impacto de los dispositivos de posicionamiento condilar (CPDs) en la estabilidad esquelética y funcional tras cirugía ortognática, una revisión de la literatura

Dr. Carlo Bacaro¹

¹Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, D.C., Guatemala

Introducción: La posición condilar postoperatoria es determinante para la estabilidad esquelética y funcional en cirugía ortognática. Los dispositivos de reposicionamiento condilar (CPDs), incluidos los diseñados por CAD/CAM, buscan controlar la traslación y rotación del cóndilo durante la osteotomía mandibular. Sin embargo, la literatura actual presenta resultados dispares respecto a su efectividad, precisión y relevancia clínica en comparación con el reposicionamiento manual tradicional.

Objetivos: Evaluar, mediante una revisión crítica de la literatura, la efectividad clínica de los dispositivos de reposicionamiento condilar (CPDs) en cirugía ortognática, analizando su influencia en la estabilidad esquelética y articular postoperatoria, así como su aplicabilidad según el biotipo esquelético, la condición articular preexistente y las técnicas digitales de planificación quirúrgica.

Material y métodos: Se llevó a cabo una revisión narrativa de la literatura científica utilizando las bases de datos PubMed, ScienceDirect, MDPI, SpringerOpen y Elsevier. El estudio se realizó en el contexto académico de la residencia en Cirugía Oral y Maxilofacial de la Pontificia Universidad Javeriana. La muestra final incluyó artículos originales, ensayos clínicos, revisiones sistemáticas y estudios observacionales que evaluaran el uso de dispositivos de reposicionamiento condilar (CPDs) en cirugía ortognática. Las variables independientes consideradas fueron el tipo de dispositivo (manual vs personalizado), la técnica quirúrgica y la presencia de trastorno temporomandibular previo; las variables dependientes fueron la estabilidad condilar postoperatoria, la presencia de resorción, la recidiva mandibular y los hallazgos clínicos funcionales. Se aplicaron criterios de inclusión relacionados con calidad metodológica, disponibilidad de imágenes tridimensionales (CBCT) y uso de herramientas de análisis como segmentación volumétrica, voxel-based registration o análisis angular. La información fue sistematizada enfocándose en beneficios, limitaciones y recomendaciones clínicas para su aplicación quirúrgica.

Resultados: Se identificaron estudios clínicos y revisiones que analizaron el impacto de los dispositivos de reposicionamiento condilar (CPDs) en la estabilidad mandibular postoperatoria.

Beneficios:

Los CPDs personalizados mediante CAD/CAM facilitaron una mejor reproducción de la posición condilar en casos con modificación preoperatoria planificada. En cirugías bimaxilares ayudaron a disminuir la rotación condilar, y en pacientes con férulas se observaron signos de remodelación adaptativa. Algunos estudios mostraron desviaciones menores a 2 mm sin CPDs usando planificación digital.

Limitaciones: No se demostró superioridad clínica del uso rutinario de CPDs frente al reposicionamiento manual. Varios estudios presentaron alta heterogeneidad, tamaños muestrales pequeños y falta de seguimiento funcional. En presencia de TMD previo o Clase II, los desplazamientos condilares fueron mayores pese a técnicas de estabilización.

Recomendaciones Clínicas:

El uso de CPDs debe individualizarse, siendo útil en casos asimétricos o con patología articular. Se sugiere integrar férulas CAD/CAM y valorar la articulación prequirúrgica con imagen 3D. El seguimiento postoperatorio debe incluir control imagenológico para evaluar estabilidad condilar.

Conclusión: El uso de dispositivos de reposicionamiento condilar en cirugía ortognática representa una herramienta útil en contextos específicos, pero su aplicación sistemática no garantiza superioridad clínica frente a técnicas tradicionales. La planificación individualizada, considerando biotipo esquelético, condición articular y apoyo digital, se consolida como el enfoque más efectivo para preservar la estabilidad esquelética y funcional postoperatoria.

Figura 1

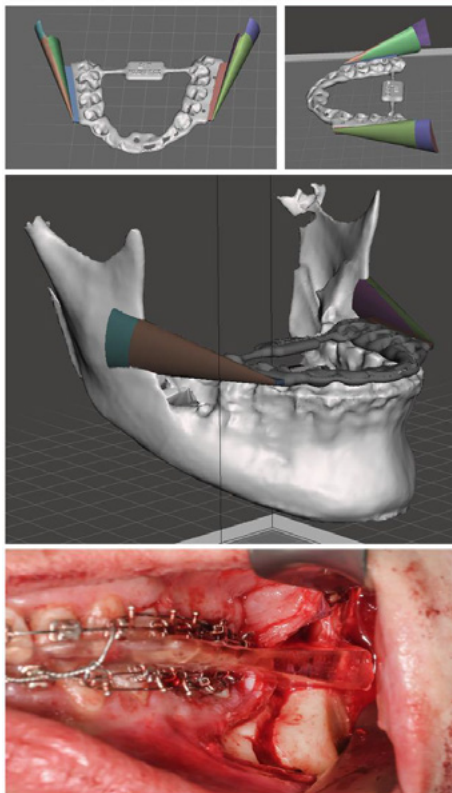


Figura 2

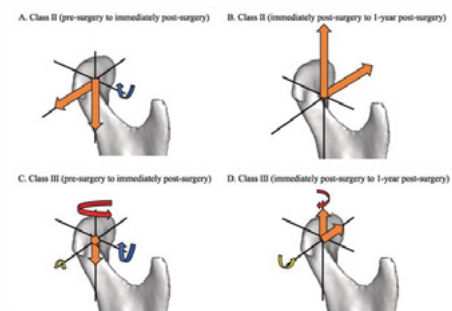
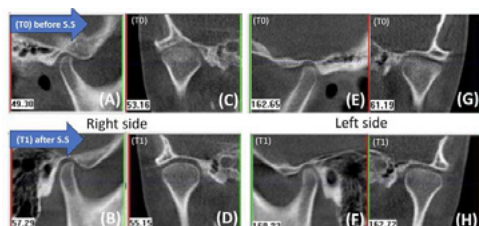


Figura 3



P002

Uso de guías quirúrgicas para modelado óseo en displasia fibrosa monostotica: reporte de 2 casos clínicos.

Dra. Blanca Abigail Bacilio Villon¹, Msc Virgen Maria Acuña Peña²

¹Universidad Central del Ecuador, Quito, Ecuador, ²jefe y Tratante Del Hospital General Docente De Calderon, Quito, Ecuador

Introducción: La displasia fibrosa monostótica es una displasia ósea benigna caracterizada por la sustitución del hueso maduro por tejido fibro-óseo inmaduro, lo que conlleva deformidades esqueléticas, asimetrías faciales y, en ciertos casos, alteraciones funcionales. Esta entidad puede manifestarse en fase de crecimiento activo, con riesgo de comprometer o desplazar neuroestructuras adyacentes debido a la expansión progresiva del tejido displásico. En pacientes con desarrollo esquelético completo, el tratamiento se orienta hacia procedimientos de remodelación quirúrgica. Su localización en el complejo cráneo-maxilofacial representa un desafío quirúrgico por la cercanía a estructuras anatómicas críticas y la necesidad de preservar la estética. Tradicionalmente, la resección y el contorneado óseo se realizaban según la valoración intraoperatoria, lo que limitaba la precisión. Con el uso de planificación virtual y guías quirúrgicas personalizadas, es posible realizar osteotomías más exactas, logrando resultados más simétricos. Este estudio presenta dos casos clínicos de displasia fibrosa monostótica maxilar tratados mediante planificación virtual y guías de corte. **Objetivo:** Presentar dos casos clínicos de displasia fibrosa monostótica en estadio quiescente tratados mediante planificación virtual y guías quirúrgicas de contorneado, evaluando el impacto del uso de guías con y sin profundidad de corte en los resultados quirúrgicos y estéticos.

Materiales Y Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de dos pacientes masculinos con diagnóstico histopatológico de displasia fibrosa monostótica, confirmado mediante biopsia incisional. El primer paciente de 22 años fue intervenido con planificación virtual y guías de corte sin control de profundidad. En el segundo paciente de 28 años, se emplearon guías quirúrgicas con referencias específicas de profundidad de corte. En ambos casos se utilizó tomografía simple axial computarizada de alta resolución (TAC) para la planificación, segmentación digital y diseño de guías fabricadas por impresión 3D. Se documentaron los hallazgos clínicos, controles imagenológicos posoperatorios y la evaluación estética. **RESULTADOS:** Se realizó comparación imagenológica postoperatoria mediante tomografía. En el primer caso, la ausencia de referencias de profundidad en la guía requirió mayor análisis transoperatorio, con reducción subóptima del volumen óseo afectado. En el segundo caso, el uso de guías con profundidad permitió una resección más precisa, logrando un contorneado más armónico. Además, la aplicación del sistema de espejo en la planificación por TAC contribuyó a mejorar la simetría facial y estética respecto al lado contralateral. Ambos pacientes evolucionaron favorablemente, sin complicaciones ni signos de progresión en los controles radiológicos a corto y mediano plazo. La percepción estética fue satisfactoria. **CONCLUSIÓN:** La displasia fibrosa monostótica maxilar representa una entidad de manejo quirúrgico complejo, especialmente durante su fase activa por el riesgo de comprometer estructuras anatómicas. La planificación virtual y el uso de guías quirúrgicas personalizadas incrementan la precisión del contorneado óseo. Las guías con control de profundidad ofrecen ventajas en términos de simetría, predictibilidad y estética, constituyéndose en una herramienta eficaz en el tratamiento de estas displasias craneofaciales.

Figura 1



Figura 2



Figura 3



P003

Desplazamiento de Tercer Molar Superior a la Fosa Infratemporal: reporte de un caso clínico

Dr. Eddy Esteban Bazurto Leones¹, Dr. Pedro José Avalos Zurita²

¹Universidad Central Del Ecuador, Quito, Ecuador, ²Universidad Central del Ecuador, Quito, Ecuador

Introducción: El desplazamiento de terceros molares superiores hacia la fosa infratemporal es una complicación poco común durante su extracción. Existen pocos reportes en la literatura, por lo que se requieren más casos documentados que orienten su diagnóstico, manejo quirúrgico y prevención. **Objetivo:** Describir el manejo quirúrgico de un tercer molar superior desplazado a la fosa infratemporal durante su extracción, detallando el método de localización, el abordaje quirúrgico utilizado y los resultados postoperatorios. **Materiales y Métodos:** Se presenta un estudio tipo reporte de caso. Paciente femenina de 17 años de edad, fue atendida en una consulta privada por el servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial en la ciudad de Quito, tras un intento fallido de extracción quirúrgica del tercer molar superior realizado por un odontólogo general, que resultó en el desplazamiento del diente a la fosa infratemporal. Para su localización se emplearon una radiografía panorámica y una tomografía computarizada (TC) con reconstrucción 3D. El procedimiento quirúrgico se realizó bajo anestesia local, mediante un abordaje intraoral con incisión en el surco buco-gingival y el uso de instrumental especializado. **Resultados:** El molar desplazado fue localizado exitosamente mediante tomografía computarizada 3D y extraído por vía intraoral en aproximadamente 25 minutos, sin presentar complicaciones. La evolución postoperatoria fue favorable, y la paciente se mantuvo asintomática tras un año de seguimiento. **Conclusiones:** La tomografía computarizada fue fundamental para la localización precisa del diente. La extracción por vía intraoral demostró ser una técnica segura y efectiva. La intervención por un especialista en cirugía oral y maxilofacial, junto con una técnica quirúrgica adecuada y el uso correcto de retractores, puede prevenir este tipo de complicaciones y reducir el tiempo quirúrgico.

Figura 1

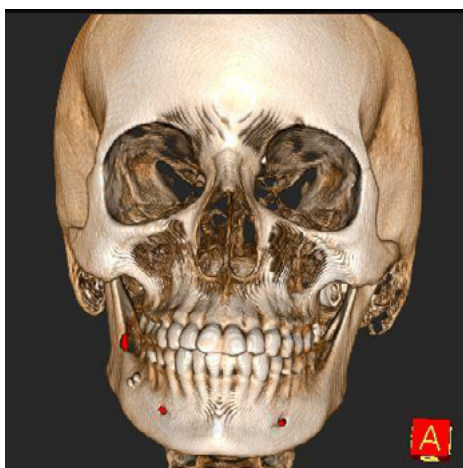


Figura 2

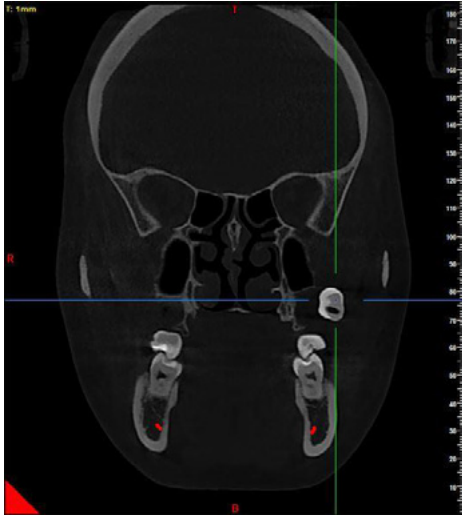
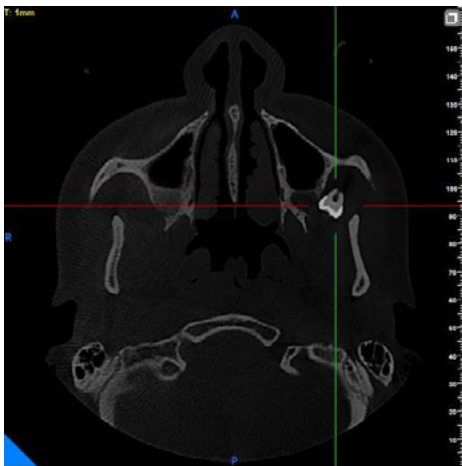


Figura 3



P004

Asimetría facial secundaria a osteoma condilar: corrección mediante cirugía ortognática y reconstrucción mandibular personalizada con tecnología 3D

Dr. Alejandro Castro Guillen¹

¹UTE, Quito, Ecuador

Introducción: La asimetría facial es un reto en cirugía ortognática, especialmente cuando es causada por osteomas condilares. Aunque la resección tumoral corrige la patología, frecuentemente deja déficit volumétrico. La reconstrucción con prótesis personalizada permite restablecer la simetría y estética facial con alta precisión.

Objetivo: Presentar el abordaje integral de una paciente con asimetría facial secundaria a osteoma condilar, mediante cirugía ortognática más mentoplastia y reconstrucción personalizada del ángulo mandibular con tecnología 3D, con el fin de restablecer la simetría facial.

Material y métodos: Se realizó un estudio tipo caso clínico descriptivo en una paciente de 29 años con asimetría facial secundaria a osteoma condilar derecho, tratada en Nexus Clinic (Quito, Ecuador). El diagnóstico se estableció mediante fotografías clínicas, tomografía computarizada, escáner intraoral y modelos STL impresos.

Se efectuó una condilectomía por abordaje endoaural, seguida de cirugía ortognática bimaxilar con mentoplastia y coronoidectomía. Para la planificación quirúrgica se utilizó el software NemoFAB, y se diseñó una prótesis personalizada en nylon mediante impresión 3D, con el objetivo de restaurar el volumen del ángulo mandibular.

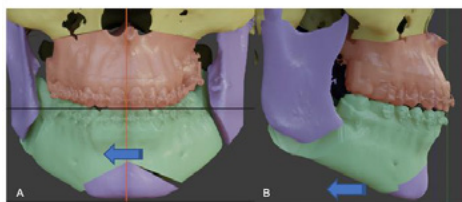
El seguimiento postoperatorio fue de tres años, sin evidencia de recidiva, complicaciones neurosensoriales ni fallas protésicas.

Resultados: La paciente presentó una notable mejoría estética y funcional tras la intervención. Se corrigió la asimetría facial con reposición maxilar, rotación mandibular y mentoplastia, complementadas por la colocación de una prótesis personalizada de ángulo mandibular. La oclusión se estabilizó sin necesidad de retratamiento ortodóncico adicional.

A los tres años de seguimiento, no se evidenciaron signos de recidiva, complicaciones protésicas ni alteraciones neurosensoriales. Se logró una recuperación completa del nervio facial y una integración armónica de la prótesis con los tejidos circundantes, sin dismorfias ni rechazo.

Conclusión: La combinación de cirugía ortognática con reconstrucción personalizada mediante prótesis 3D mejora el volumen del ángulo mandibular y restablece la simetría facial de manera precisa, consolidándose como una opción eficaz en el tratamiento de asimetrías secundarias a osteoma condilar.

Figura 1



Planificación virtual en NEMOFAB

Figura 2

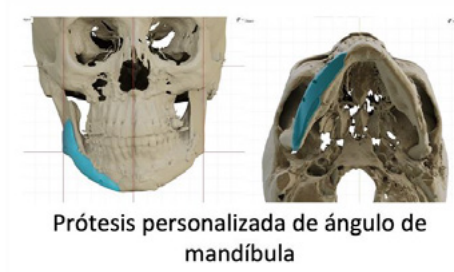


Figura 3



P005

Tratamiento ortodóntico-quirúrgico en paciente con asimetría facial asociada a maloclusión esquelética de clase III: reporte de caso

Dra. Camila Cerantula¹, Dra. Bianca Pulino², Dr. Raphael Capelli Guerra², Dra. Rafaela Scariot³

¹Unesp, Araçatuba, Brasil, ²Hospital Sírio-Libanês, São Paulo, Brasil, ³Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Brasil

Introducción: La deformidad dentofacial (DDF) se define como la presencia de maloclusión de origen esquelético asociada a desarmonía facial. Las condiciones expresadas por la DDF interfieren en la calidad de vida del individuo, sendo posible el tratamiento a través de la cirugía ortognática (CO), en la cual se realiza el reposicionamiento quirúrgico de las bases óseas. Objetivo: Este trabajo relata el caso de una paciente con maloclusión esquelética de clase III que fue sometida a CO maxilomandibular. Reporte del caso: Paciente de 20 años, sexo femenino, derivada al servicio de Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial de la Universidad Federal de Paraná (UFPR) relatando la presencia de quejas estéticas y funcionales. En el examen físico extraoral se observó asimetría facial, perfil facial cóncavo, deficiencia anteroposterior del maxilar y cant maxilar. En el examen físico intraoral presentaba maloclusión de clase III con mordida abierta anterior. La planificación virtual fue realizada mediante el software Dolphin Imaging. La paciente fue sometida a osteotomía Le Fort I para avance de 4 mm, corrección de cant y yaw del maxilar, y osteotomía sagital bilateral de rama mandibular para corrección de la asimetría mandibular. La fijación se realizó con cuatro miniplacas en L en el maxilar y dos miniplacas rectas en la mandíbula del sistema 2.0 mm con tornillos correspondientes. Actualmente la paciente se encuentra en seguimiento de 1 año. Discusión: El tratamiento ortodóntico-quirúrgico en este caso se torna esencial, dado que no es posible la corrección mediante tratamiento ortodóntico aislado. La maloclusión de Clase III con asimetría facial representa un desafío terapéutico. En este contexto, la planificación virtual permite mayor precisión en la predicción de los resultados y reducción del tiempo quirúrgico. La combinación de las osteotomías Le Fort I y sagital bilateral se mostró eficaz para la corrección simultánea de las desviaciones en los tres planos del espacio. Consideraciones finales: La paciente relató gran mejoría en la calidad de vida, obteniendo beneficios en aspectos funcionales y psicosociales, demostrando la eficacia del abordaje ortodóntico-quirúrgico en casos complejos de deformidad dentofacial.

P006

Osteotomía de Wing como alternativa en el tratamiento de la asimetría facial. Caso Clínico:

Dr. Jéssica De Andrade¹, Dr. Guilherme Louzada¹, Dra. Bianca Pullino¹, Dr. Raphael Guerra¹

¹Hospital Sirio Libanés, São Paulo, Brasil

Introducción: La osteotomía de Wing es una alternativa para la corrección del ángulo mandibular, principalmente en casos de asimetría facial, en los que se ve afectado el cuerpo mandibular, o para remodelaciones de áreas específicas, con resultados estéticos satisfactorios. Con una osteotomía planificada digitalmente y realizada con guías de corte precisas, no se daña el nervio alveolar inferior, lo que evita parestesias postoperatorias.

Objetivos: Este es un informe de un caso de tratamiento de asimetría facial centrado en la región del cuerpo mandibular con osteotomía de Wing.

Relato de caso: Paciente de sexo femenino, con antecedentes de 1 año de tratamiento ortodóntico en curso, con complejo maxilofacial desviado hacia la derecha debido a hipertrofia hemifacial. En la vista frontal de la sonrisa había una desviación del maxilar hacia la derecha, con un Kant de 1,5 mm y el lado izquierdo posicionado más abajo.

Conclusión: A pesar de la oclusión de clase I con buena estabilidad oclusal y la indicación de cirugía ortognática, no realizada por cuestiones económicas, la osteotomía de Wing permitió la corrección estética de la asimetría, resolviendo la principal queja de la paciente

P007

Validez y reproducibilidad en la orientación cefálica inicial: una revisión desde la evidencia científica en cirugía ortognática 3D

Dra. María José García Milá¹, Dra. Florencia Jollan¹, Dr. Luis Quevedo¹

¹Universidad De Los Andes, Santiago, Chile

Introducción: En el contexto de la cirugía ortognática, una correcta posición inicial de trabajo es esencial para asegurar una evaluación diagnóstica precisa y una planificación quirúrgica confiable. La Posición Natural de Cabeza (PNC), descrita por Morrees y Kean, se ha utilizado históricamente como referencia en estudios cefalométricos y tridimensionales, sin embargo, su uso clínico presenta limitaciones debido a variaciones posturales individuales y dificultades para su reproducción estandarizada (1–3,7, 12). La transición hacia entornos digitales ha revelado nuevas limitaciones en la orientación cefálica tridimensional, donde la ausencia de referencias físicas objetivas y la falta de protocolos universalmente aceptados dificultan la precisión del diagnóstico y tratamiento (1,4–6).

Objetivo: Este estudio tiene como objetivo analizar críticamente la evidencia científica disponible respecto a los métodos de determinación de la posición inicial de trabajo en cirugía ortognática, identificando criterios de validez, reproducibilidad y aplicabilidad clínica en entornos tridimensionales.

Metodología: Se llevó a cabo una revisión narrativa de literatura en bases de datos PubMed, Scopus y ScienceDirect, seleccionando artículos publicados entre 2000 y 2025, incluyendo estudios en inglés y español que abordaran la PNC, la Posición Natural de Cabeza Asistida (PNCA), y métodos digitales de alineación cefálica en cirugía ortognática. Se priorizó la inclusión de estudios con evidencia clínica, revisiones sistemáticas y series de casos con metodología clara y enfoque en planificación tridimensional.

Resultados: La evidencia muestra que la PNC, aunque fisiológica y ampliamente validada en 2D, presenta baja reproducibilidad cuando se transfiere a entornos 3D sin asistencia (3,9). La PNCA ha demostrado mejorar la alineación con los planos ortogonales, pero su dependencia del operador introduce sesgos y limita su estandarización (4). En respuesta, se han propuesto alternativas digitales como sensores de orientación, marcadores láser, algoritmos POSIT y redes de aprendizaje profundo para simular la PNC en entornos virtuales (1,5,8,10,11). Sin embargo, su uso clínico rutinario es limitado por la complejidad técnica, el alto costo y la baja disponibilidad (6).

Conclusión: La orientación cefálica inicial continúa siendo un desafío en la planificación ortognática tridimensional. A pesar de los avances tecnológicos, no existe un consenso universal sobre un método óptimo, reproducible y clínicamente aplicable. Se requiere el desarrollo de protocolos integrados que combinen validación anatómica, facilidad de uso y acceso clínico para mejorar la precisión diagnóstica y la predictibilidad quirúrgica. Este análisis evidencia la necesidad urgente de estandarizar la posición inicial de trabajo en cirugía ortognática en la era digital.

P008

Hipertermia maligna durante cirugía ortognática: Reporte de caso

Dra. Verónica Gómez Arcila¹

¹Hospital Universitario del Valle, Cali, Colombia

La hipertermia maligna (HM) es una afección hipermetabólica potencialmente mortal, desencadenada por la inhalación de agentes anestésicos halogenados (halotano, isoflurano, enflurano, desflurano, sevoflurano) o succinilcolina en individuos por lo demás normales, pero genéticamente susceptibles. La HM es una rara reacción que ocurre durante la anestesia general y es difícil de diagnosticar preoperatoriamente, se hereda como una enfermedad autosómica dominante que se caracteriza por hipermetabolismo incontrolable del músculo esquelético, rabdomiólisis, aumento del consumo de oxígeno y la producción de CO₂, taquicardia, hipercapnia, hipertermia, elevación de la creatinina quinasa y otras características. Reportamos un caso de paciente masculino 20 años de edad, ASA I con anomalía dentofacial de Clase III. El paciente no tenía antecedentes de cirugía bajo anestesia local o general. Tras la intubación, se inició la ventilación mecánica, con monitorización continua del dióxido de carbono espiratorio final (PetCO₂). Tras 45 minutos de inducción, la osteotomía sagital bilateral casi se había completado, el PetCO₂ del paciente ascendió a 52 mmHg. La temperatura ascendió a 39 °C y la frecuencia cardíaca a 112 latidos por minuto. Se intentó descartar posibles causas, sin embargo, minutos después, cuando el monitor indicó que el PetCO₂ estaba fuera del rango de medición, se planteó la sospecha de hipertermia maligna. La cirugía fue abortada y temporalmente controlada mediante suturas. El agente desencadenante de la crisis fue retirado, y se mantuvo la anestesia con midazolam y propofol. Se implementaron varias medidas de soporte, incluyendo la inducción de hiperventilación con un flujo de oxígeno más alto para controlar la acidosis y el enfriamiento corporal mediante la aplicación de bolsas de hielo sobre la superficie del cuerpo. Se realizó administración de dantroleno según protocolo. Cuando el paciente estaba estable, se culminó con éxito la cirugía ortognática y el paciente fue transferido a la unidad de cuidados intensivos (UCI) donde permaneció durante 2 días. La HM se revirtió con éxito gracias al reconocimiento rápido y al tratamiento específico con dantroleno, el cual es el único medicamento específico que mejora los resultados del tratamiento para la HM. El caso descrito, nos advierte que es posible complicaciones anestésicas inusuales, incluso en pacientes con una evaluación preoperatoria normal en los que se obtuvo una historia clínica detallada. Por lo tanto, el reconocimiento oportuno y el tratamiento específico para la HM son cruciales, así como también garantizar que el dantroleno esté fácilmente disponible para su uso en hospitales, ya que pueden reducir las complicaciones y la gravedad asociadas a la HM y mejorar las tasas de supervivencia del paciente.

Figura 1



Figura 2



Figura 3



P009

Sculpted face: cirugía ortofacial; equilibrio entre función, estética y tecnología.

Dr. Miguel Ángel Herrán¹, Dr. Jhon Jairo Osorio¹

¹Universidad del Valle, Hospital Universitario del Valle, Cali, Colombia, ²Universidad del Valle, Hospital Universitario del Valle, Cali, Colombia

Introducción: El término cirugía ortognática, referido a la cirugía esquelética destinada a corregir maloclusiones, ha quedado obsoleto, ya que más allá de presentar oclusiones dentales alteradas causadas por tamaños o posiciones anormales del maxilar o la mandíbula los pacientes reflejan afectaciones funcionales de respiración, masticación, deglución, fonación y preocupaciones estéticas que suelen afectar la estructura facial (incluyendo la nariz y/o las áreas malares) y el contorno de tejidos blandos.

En su lugar, ha surgido un nuevo concepto que marca un cambio de paradigma en el manejo contemporáneo de las deformidades dentofaciales.

La cirugía ortofacial se define como la cirugía funcional y estética del esqueleto facial centrándose en sus tejidos blandos suprayacentes. Este enfoque va más allá de la cirugía ortognática tradicional, el diagnóstico clínico estético ha sustituido los enfoques cefalométricos tradicionales en la planificación quirúrgica facial: ya no se trata solo de medidas, sino de proporciones y la percepción subjetiva de la belleza.

Objetivo: Presentar el abordaje diagnóstico, planificación y resolución quirúrgica de una deformidad dentofacial mediante cirugía ortofacial, destacando la integración interdisciplinaria y el uso de tecnología personalizada.

Material y métodos: Se presenta el caso clínico de una paciente femenina de 17 años sin antecedentes médicos quien acudió al servicio de cirugía maxilofacial presentando como queja un perfil prognático, en búsqueda de mejorar su condición, se realizó evaluación clínica, fotográfica y tomográfica, estableciendo diagnóstico anomalía dentofacial clase III y elongación mandibular por hiperplasia condilar izquierda.

El tratamiento consistió en cirugía ortofacial: prótesis de tercio medio en zonas paranasales y malares bilaterales en PEEK, condilectomía proporcional izquierda, osteotomías sagitales bilaterales, genioplastia, liposucción cervical y bichectomía, se documentó la evolución clínica postoperatoria con controles a largo plazo, registrando parámetros funcionales y estéticos.

Resultados: A nivel funcional, se logró una oclusión clase I bilateral estable, mejorando la masticación, fonación y respiración.

Desde el punto de vista estético, se obtuvo una mejora significativa en el perfil, la proyección y feminización de rasgos faciales, impactando de manera importante en la percepción de la paciente quien manifestó un alto grado de satisfacción.

Conclusión: La cirugía ortofacial permite resolver de manera versátil y efectiva tanto los factores funcionales como estéticos de una deformidad dentofacial, integrando el enfoque interdisciplinario, la planificación virtual, el diseño y la producción automatizada de elementos para alcanzar un resultado predecible, estable y personalizado.

Este caso destaca la importancia de una evaluación integral y una ejecución quirúrgica precisa, reafirmando el valor del manejo individualizado.

Figura 1

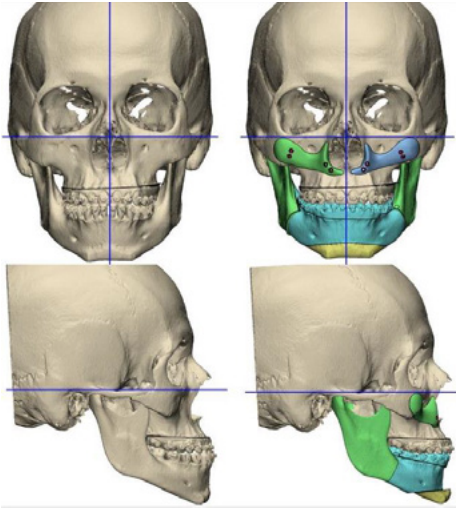


Figura 2



Figura 3



P010

Prótesis de ángulo mandibular de cemento óseo con antibiótico para corrección de hipoplasia de rama mandibular izquierda secundaria a microsomnia hemifacial

Dr. José Luis Llanos Arteaga¹, Dr. Daniel Andrés Delgado Piedra²

¹Universidad Central Del Ecuador, Quito, Ecuador, ²hospital Eugenio Espejo, Quito, Ecuador

Introducción: La microsomnia hemifacial es una malformación congénita caracterizada por hipoplasia unilateral de las estructuras faciales. Su manejo requiere un enfoque multidisciplinario, especialmente en casos severos con compromiso estético y funcional, se estima en 1 de cada 3,500 a 5,600 nacidos vivos, siendo la segunda malformación craneofacial más común después del labio leporino y paladar hendido. El tratamiento de la microsomnia hemifacial es un proceso individualizado que suele involucrar una combinación de procedimientos quirúrgicos, terapias y apoyo psicológico. El enfoque principal es mejorar la función y la apariencia facial, así como abordar cualquier problema relacionado con la audición o el habla

Objetivo: Presentar un caso de tratamiento de microsomnia hemifacial e hipoplasia mandibular izquierda, en el servicio de Cirugía oral y maxilofacial de la Universidad Central del Ecuador de la ciudad de Quito, Ecuador.

Materiales y Métodos: Descripción del caso: paciente masculino de 18 años, sin antecedentes patológicos de importancia, acude a la Facultad de Odontología, al servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial por asimetría facial.

Diagnósticos: Anomalía dentofacial clase II + microsomnia hemifacial

Tratamiento: cirugía ortognática bimaxilar, mamoplastia, colocación de prótesis personalizada en ángulo mandibular izquierdo a base de cemento óseo ortopédico G1A40 con gentamicina.

Resultados: Los procedimientos quirúrgicos ocurrieron sin complicaciones pre, trans y postquirúrgicas. Mejoría significativa en la simetría facial, oclusión estable y armonía del tercio inferior facial, sin evidencia de infección de la herida o del injerto de acuerdo con la valoración clínica y exámenes imagenológicos de control. Actualmente bajo seguimiento.

Discusión: La corrección quirúrgica de la deformidad facial en pacientes con microsomnia hemifacial severa mediante cirugía ortognática, mentoplastia y prótesis mandibular es una opción eficaz y predecible. Este abordaje integral permite restaurar la simetría facial, mejorar la función oclusal y lograr un resultado estético armónico, con un impacto positivo en la imagen corporal y bienestar general del paciente.

La combinación de técnicas quirúrgicas permite abordar de forma integral las alteraciones óseas y estéticas en pacientes con microsomnia hemifacial, la planificación tridimensional y el uso de prótesis personalizadas son clave para obtener resultados satisfactorios.

Conclusión: La corrección quirúrgica de la deformidad facial en pacientes con microsomnia hemifacial severa mediante cirugía ortognática, mentoplastia y prótesis mandibular es una opción eficaz y predecible. Este abordaje integral permite restaurar la simetría facial, mejorar la función oclusal y lograr un resultado estético armónico, con un impacto positivo en la imagen corporal y bienestar general del paciente.

Figura 1



Figura 2

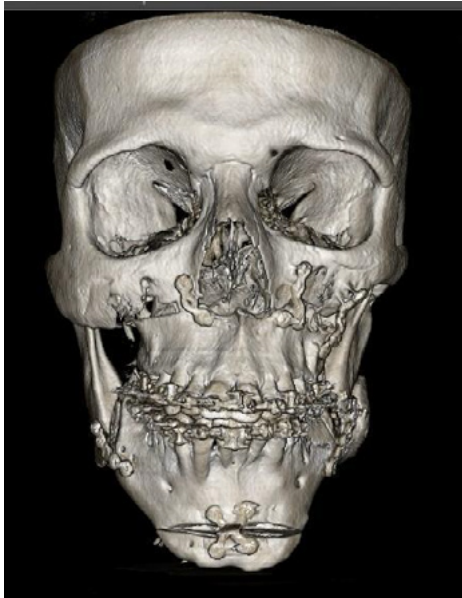


Figura 3



P011

Corrección de Mordida Abierta Anterior Esquelética mediante Cirugía Ortognática Segmentaria con Protocolo “Surgery-First”: Reporte de Caso y Revisión de la Literatura

Dra. Stephanie Margarita Manzanares Velasquez¹, Dr. Fernando Cortes Muñoz

¹Unam, Ciudad de México, México

Introducción: La mordida abierta anterior se define como la falta de contacto vertical adecuado entre los dientes anteriores maxilares y mandibulares en oclusión céntrica. Su etiología es multifactorial y aún debatida, y suele asociarse con importantes alteraciones estéticas y funcionales. Con una prevalencia reportada de hasta el 11%, su manejo representa un reto terapéutico para el clínico.

Objetivo: Describir la corrección de una mordida abierta anterior de origen esquelético mediante un enfoque ortodóntico-quirúrgico estratégico basado en el protocolo “surgery-first” y cirugía bimaxilar segmentaria.

Materiales y Métodos: Se presenta el caso de una paciente femenina de 38 años con una mordida abierta anterior esquelética de 8.5 mm. El tratamiento se realizó mediante protocolo “surgery-first”, utilizando osteotomías segmentarias bimaxilares anteriores. El manejo ortodóntico postoperatorio incluyó el uso de elásticos para obtener una distracción adicional de 5 mm y el ajuste final de la oclusión.

Resultados: A los dos años de seguimiento, la paciente presentó un plano oclusal estable y funcional. No se observaron signos clínicos de recidiva, y tanto los parámetros esqueléticos como dentales se mantuvieron dentro de los límites funcionales.

Conclusión: La corrección de la mordida abierta anterior, especialmente cuando es de origen esquelético, sigue siendo un problema clínico complejo. El protocolo “surgery-first”, cuando se planifica y ejecuta correctamente, puede ofrecer resultados estables y predecibles. La estabilidad esquelética a largo plazo y la prevención de la recidiva son objetivos clave en la planificación del tratamiento. Un enfoque multidisciplinario sigue siendo esencial.

Figura 1



Figura 2

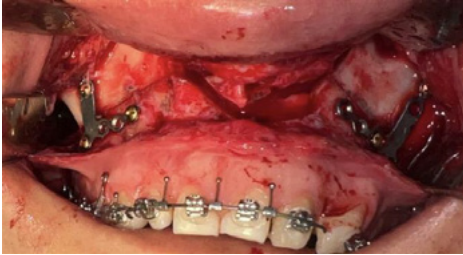


Figura 3



P012

Resolución quirúrgica de síndrome de Treacher-Collins mediante cirugía ortognática y artroplastia bilateral de ATM. Reporte de un caso.

Dr. Sebastián Moreno Lobo¹, Dra. Polett Yañez Aravena¹, Dr. Benjamín Puente Martínez¹

¹Servicio de Cirugía y Traumatología Maxilofacial, Hospital San José, Servicio de Salud Metropolitano Norte, Santiago, Chile

Introducción: El síndrome de Treacher-Collins es un trastorno genético que afecta el desarrollo de las estructuras craneofaciales y vertebrales, causado por mutaciones dominantes en los genes TCOF1, POLR1D y POLR1C. Estas alteraciones interfieren con la formación del primer y segundo arco faríngeo. El diagnóstico se realiza principalmente por características clínicas como hipoplasia facial bilateral, deformidades en las orejas, pérdida auditiva, fisuras palpebrales descendentes, colobomas en los párpados inferiores, paladar hendido, y malformaciones dentales y óseas (mandíbula, maxilar y pómulos). El tratamiento es multidisciplinario y suele incluir intervenciones quirúrgicas para corregir deformidades mediante técnicas como injertos y uso de prótesis, con el fin de mejorar la funcionalidad y la apariencia facial del paciente.

Objetivo: Evaluar en relación a un caso, el uso de prótesis sobre el uso de autoinjertos en la remodelación y reconstrucción facial de una paciente de 20 años con síndrome de Treacher-Collins.

Materiales y Métodos: Presentación de un caso clínico junto a la revisión de la literatura sobre este síndrome, revisando a 5 años en motores de búsqueda PubMed y Scopus, junto a sus alternativas de tratamiento quirúrgico, evaluando ventajas y desventajas.

Resultados: El síndrome de Treacher-Collins se caracteriza por malformaciones craneofaciales simétricas, como hipoplasia maxilar y mandibular, aplanamiento cigomático, fisuras palpebrales descendentes, colobomas en los párpados inferiores, microtia o anotia y glosoptosis. Para clasificar estas displasias, se emplean sistemas como OMENS y Pruzansky-Kaban, que valoran el grado de afectación mandibular y de la articulación temporomandibular (ATM). El tratamiento es multidisciplinario y se adapta a la severidad de cada caso, incluyendo cirugías plásticas, ortognáticas y reconstructivas. En la infancia se inicia con distracción ósea para preparar futuras intervenciones. En la adolescencia, la cirugía ortognática corrige las dismorfosis dentofaciales y restablece la función masticatoria. En casos severos, pueden verse afectadas estructuras como el hueso temporal, asociado a malformaciones del oído y la ATM. Para su reconstrucción, se utilizan injertos (costocondrales, esternoclaviculares o de fíbula) o prótesis aloplásticas. Los injertos costocondrales son preferidos por su capacidad de crecimiento y biocompatibilidad, aunque pueden presentar complicaciones. Las prótesis permiten rehabilitación rápida con menor morbilidad, pero tienen limitaciones como desgaste, aflojamiento y falta de crecimiento. La elección del tratamiento debe considerar factores funcionales, estéticos y el impacto a largo plazo sobre la calidad de vida del paciente.

Conclusión: El síndrome de Treacher-Collins es un trastorno congénito que afecta principalmente al desarrollo de estructuras cervicales y craneofaciales. Debido a su etiología genética dominante, la manifestación clínica de los signos se presenta en todos los casos pudiendo variar en el nivel de expresión de manera individual. Los tratamientos son variados según la severidad de la expresión de este desorden y es importante en la resolución el determinar métodos con mejor predictibilidad y menor morbilidad, buscando ser lo menos invasivo, a fin de mejorar en todo aspecto el pronóstico de la rehabilitación de los pacientes afectados.

Figura 1

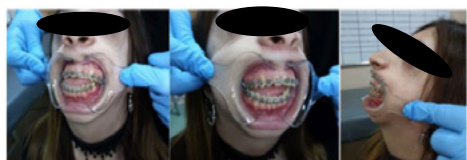
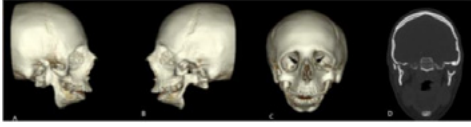


Figura 2



P013

Doble osteotomía mandibular para corrección de asimetrías faciales y procedimientos estéticos complementarios.

Dr. Jean Piedra Burneo¹, Dr. José Antonio García Piña, Dr. Raúl Mendoza García

¹Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México, ²Asociación Mexicana de Cirugía Bucal y Maxilofacial, Puebla, México, ³Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México, México

Introducción: La laterognasia mandibular es una desviación lateral de la mandíbula respecto a la línea media facial, de etiología multifactorial, que genera asimetría facial.

Objetivo: El objetivo de este estudio es presentar una serie de casos clínico y evaluar si la técnica de doble osteotomía mandibular permite una posición condilar estable y adecuada relación cóndilo-fosa sin necesidad de fijaciones forzadas; además, implementar la técnica de lipotransfer para mejorar los contornos faciales.

Presentación de caso

Se presentan tres casos clínicos con diagnóstico de laterognasia tratados con osteotomía sagital bilateral mandibular y osteotomía vertical distal al segundo molar complementaria; la cual, consiste en una osteotomía vertical incompleta posterior al último molar, en sentido vestibulolingual, evitando el canal mandibular, para inducir una fractura en tallo verde. Esto permite rotaciones controladas de la mandíbula y corrige la asimetría sin inducir desplazamientos condilares.

Se evaluó la posición condilar mediante tomografía computarizada en el pre y postoperatorio, analizando las distancias entre las superficies del cóndilo y la fosa glenoidea en los planos anterior, superior y posterior, además de una comparación tridimensional virtual para detectar desplazamientos o cambios de orientación y el contorno facial.

Resultados: Se observó movimiento condilar leve dentro de rangos fisiológicos, sin desplazamientos forzados. La relación cóndilo-fosa se mantuvo estable. El uso de injertos grasos complementó la técnica, mejorando la simetría y el contorno facial, con resultados estéticos y funcionales satisfactorios.

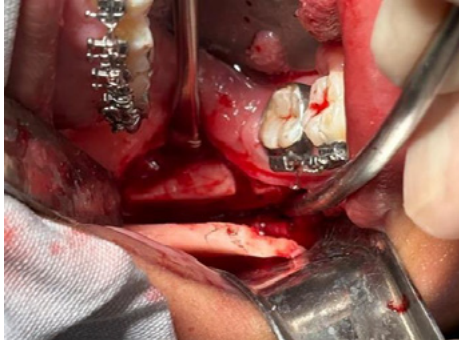
Discusión: La posición ideal del cóndilo mandibular tras una osteotomía sagital es aquella que reproduce su relación prequirúrgica dentro de la fosa glenoidea. Varios autores sugieren que una fijación no pasiva entre los segmentos puede generar alteraciones en la articulación temporomandibular como rotaciones condilares no fisiológicas con desplazamientos de hasta 2.5 mm, dolor articular, ruidos y resorción condilar.

Conclusión: Se concluye que la técnica de doble osteotomía favorece una fijación pasiva del segmento distal, previene complicaciones asociadas a fijaciones forzadas sobre superficies óseas no adaptada. Esta técnica combinada con lipotransfer permite mejorar los contornos faciales.

Figura 1



Figura 2



P014

Experiencia en tratamiento de la estenosis congénita de la apertura piriforme: Reporte de un caso, Hospital Dr. Gustavo Fricke, Viña del Mar, Chile

Dra. Sonia Solimano Ruiz¹, Dra. Catalina Payá

¹Universidad de Valparaíso, Viña del mar, Chile, ²Hospital Gustavo Fricke, Viña del Mar, Chile

Introducción: La estenosis congénita de la apertura piriforme (ECAP) es una rara anomalía que afecta las vías respiratorias en recién nacidos. Se caracteriza por una obstrucción de la vía respiratoria superior significativa, que puede provocar compromiso a la supervivencia del neonato. El diagnóstico se confirma mediante tomografía computarizada (TC), en la que se observa una distancia entre las apófisis piriformes menor a 11 mm. ECAP puede estar asociado con alteraciones anatómicas, como paladar triangular, crecimiento excesivo del proceso nasal del maxilar, presencia de un incisivo central maxilar único. Se describe tratamiento inicial a base de medicamentos, y en casos donde los signos y síntomas persisten se realiza intervención quirúrgica.

Objetivos: Se presenta el tratamiento quirúrgico de un caso de un neonato con ECAP internado en Unidad de Paciente Crítico (UPC) neonatal.

Material y métodos: Caso Clínico E.S.S.

En UPC neonatal, Hospital Gustavo Fricke, Viña del Mar, Chile se presenta el caso de un neonato, sexo masculino, prematuro, nacido a las 36 semanas con dificultad respiratoria, saturando entre 91-94% con apoyo ventilatorio Cpap y luego intubación orotraqueal. Por medio de TC macizo facial se evidenció el tamaño de la apertura piriforme de 4mm en el plano coronal, y la presencia de incisivo central único diagnosticando ECAP. A los 14 días de nacido se decidió realizar osteotomía maxilar tipo MARPE, previo a la cirugía se realizó la toma de un modelo maxilar para la confección de una placa disyuntora de acrílico a instalarse con clavos de Kirschner previamente acondicionados y planificados en TC macizo facial. Bajo anestesia general se realizó osteotomía maxilar en línea media con piezo eléctrico, se instaló la placa y se probó la actividad del disyuntor. Paciente se mantiene intubado hacia la recuperación.

Resultados: Se comenzó la distracción al día siguiente de la cirugía con el protocolo de 4 vueltas diarias (1 mm diario) hasta completar 10 días, al tercer día se tomó un TC macizo facial, donde se evidenció el nuevo tamaño de la apertura piriforme correspondiente a 5,8mm, el paciente fue extubado al 4to día, con apoyo de Cpap, al final de los 10 días logró saturación de 96- 98% sin apoyo ventilatorio.

Conclusión: Se expone una exitosa intervención quirúrgica mediante osteotomía en línea media con disyunción maxilar tipo MARPE. En la literatura se encuentran varias opciones de tratamiento quirúrgicas, entre ellas dilatación por balón, expansión de maxilar, perforaciones quirúrgicas con colocación de stents. Las alternativas de tratamiento como la dilatación con balón y la expansión maxilar, han mostrado buenos resultados y menos complicaciones. No obstante, técnicas clásicas como la perforación quirúrgica aún se emplean. Es importante recalcar que no existe un diámetro específico que defina el tratamiento; la decisión debe basarse en signos clínicos como saturación, apnea y estridor, además de un estudio imagenológico con TC. El abordaje utilizado demuestra ser una alternativa eficaz en casos graves de ECAP.

Figura 1

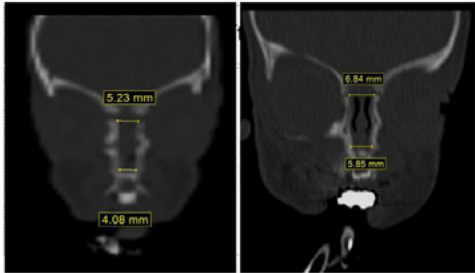


Figura 2

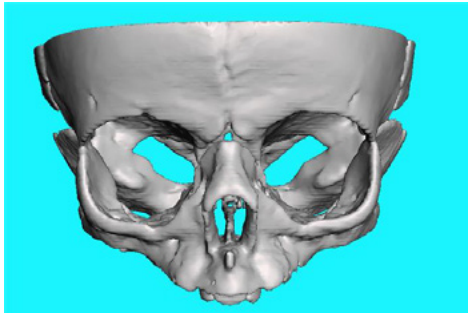
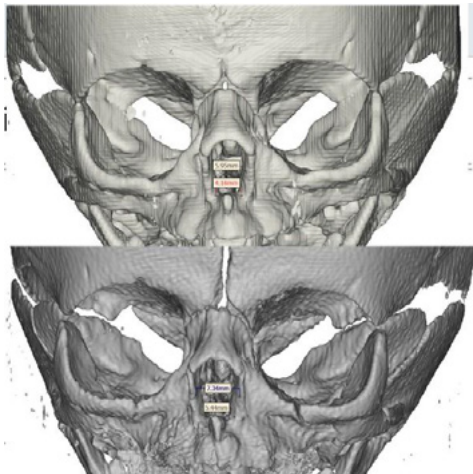


Figura 3



P015

Corrección de Microsomía Hemifacial con Prótesis de Articulación Temporomandibular y Cirugía Ortognática: Presentación de un Caso Clínico

Dra. Detsy Mercedes Torres Abad¹, Dr. Sid Brahim Mohamed Salek

¹UTE, Quito, Ecuador

Introducción: La microsomía hemifacial (MHF) es una malformación congénita del desarrollo de los primeros y segundos arcos branquiales, caracterizada por una hipoplasia craneofacial unilateral que afecta estructuras óseas, musculares, nerviosas y de tejidos blandos. Su incidencia es de 1 en cada 3,000 a 5,600 nacidos vivos, siendo la segunda anomalía craneofacial más común tras el labio y paladar hendido. Suele afectar un solo lado de la cara (predominantemente el derecho) y su gravedad varía ampliamente. El diagnóstico se basa en hallazgos clínicos y tomografía computarizada con reconstrucción 3D. Las clasificaciones OMENS y Pruzansky-Kaban permiten establecer el grado de afectación y orientar el plan de tratamiento quirúrgico.

Objetivo: Presentar el abordaje quirúrgico integral de un caso severo de microsomía hemifacial izquierda mediante cirugía ortognática bimaxilar y colocación de prótesis personalizada de articulación temporomandibular (ATM), destacando la utilidad de la planificación virtual 3D para lograr resultados estéticos y funcionales satisfactorios.

Material y Métodos: Se presenta el caso de un paciente masculino de 22 años con antecedente quirúrgico de reconstrucción auricular izquierda con injerto costal a los 9 años y diagnóstico de microsomía hemifacial izquierda con maloclusión clase II. El paciente se encontraba en tratamiento ortodóntico preparatorio. Se realizó una planificación virtual tridimensional con imágenes tomográficas, lo cual permitió simular la cirugía y fabricar una prótesis personalizada de ATM izquierda, dada la ausencia completa de la articulación.

El procedimiento quirúrgico incluyó una osteotomía bimaxilar (cirugía ortognática) y colocación de prótesis de ATM mediante abordaje preauricular izquierdo. La prótesis consistió en un componente glenoideo y un componente condilar de rama mandibular.

Resultados: El postoperatorio inmediato fue favorable, sin complicaciones quirúrgicas. Se evidenció una mejoría notable en la simetría facial, estabilidad ósea en las radiografías de control y adecuada funcionalidad articular sin dolor ni signos de rechazo o aflojamiento de la prótesis. El seguimiento radiográfico confirmó la integración protésica y el mantenimiento del resultado estético alcanzado. El paciente reportó satisfacción con la función masticatoria y la apariencia facial.

Conclusión: La microsomía hemifacial representa un reto clínico multidisciplinario debido a la complejidad anatómica de sus manifestaciones. En casos severos con ausencia de la articulación temporomandibular, la colocación de una prótesis personalizada combinada con cirugía ortognática constituye una alternativa efectiva para restaurar la función mandibular y la simetría facial. La planificación virtual 3D fue fundamental para el éxito del tratamiento, ya que permitió anticipar dificultades, optimizar tiempos quirúrgicos y mejorar los resultados funcionales y estéticos. Este enfoque representa un estándar de excelencia en el tratamiento contemporáneo de deformidades craneofaciales complejas.

Figura 1



Figura 2

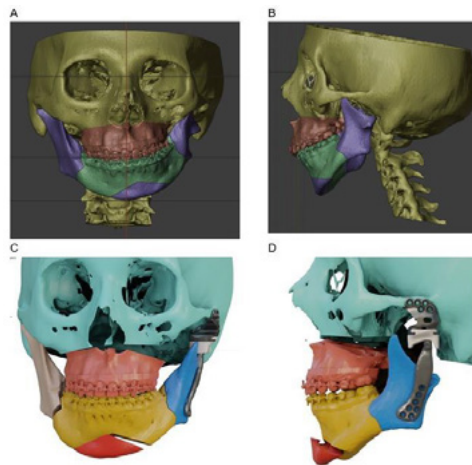
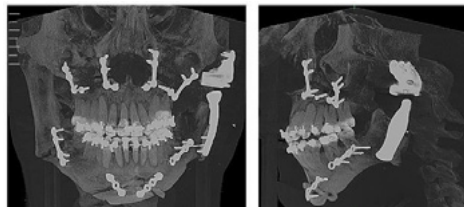


Figura 3



P016

Uso de la tomografía arco en “C” 3D-RX computarizada transoperatoria para verificación de los maxilares en cirugía ortognática mínimamente invasiva. Un estudio prospectivo de serie de casos.

Dr. Aldo Zapata Sánchez¹, Dr. Raymundo Ramírez Lugo²

¹Escuela Nacional de Estudios Superiores, UNAM., León, México, ²Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México

Introducción: El quirófano guiado por imágenes es un estándar emergente para la atención de casos complejos en diversas disciplinas quirúrgicas.

Respecto a los procedimientos de cirugía ortognática de mínima invasión, implica un abordaje quirúrgico limitado y por tanto una visión restringida, al tiempo que requiere una osteotomía adecuada y una reducción precisa para permitir una oclusión y función de la articulación temporomandibular óptima.

El arco en C 3D es un dispositivo de imagen que utiliza una radiografía tridimensional para adquirir imágenes radiográficas en tiempo real, lo que facilita a los médicos el seguimiento del progreso. El uso adecuado de esta tecnología permite al cirujano completar el procedimiento con confianza.

Objetivos: Demostrar que el uso tridimensional del arco en “C” transoperatoriamente en cirugía ortognática mínimamente invasiva, reduce los índices de asimetría facial posquirúrgica en relación con el posicionamiento y fijación de los segmentos óseos y material de osteosíntesis.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio clínico y tomográfico prospectivo. La planificación pre y transquirúrgica de los casos se realizó con NemoStudio by Nemotec, además de imprimirse las férulas en 3D intermedias y finales de cada cirugía generadas previamente por el mismo software. Se utilizó un cuestionario elaborado por la universidad de Ziekenhuis Brussel, Bélgica, compuesto por 8 preguntas antes y posterior a la cirugía ortognática para evaluar el posicionamiento de los maxilares y el material de osteosíntesis utilizado.

Por medio del arco en C 3D de segunda generación Arcardis Orbic 3D (Siemens Medical Solutions, Erlangen, Alemania) se lograron obtener imágenes en 3D, importantes para la verificación de los maxilares.

Resultados: Todos los pacientes en este estudio se sometieron a cirugía bimaxilar más genioplastia de avance, se incluyeron un total de 20 pacientes a quienes se les realizó una tomografía en arco en C 3D transoperatoria. En un caso, se realizó corrección de posicionamiento maxilar debido a la sobreimpactación en un lado. Una genioplastia ocupó recolocación de la placa en X de osteosíntesis debido a que las imágenes en 3D evidenciaron la inadecuada colocación de esta.

Conclusión: Si bien las imágenes con arco en C 3D presentan pocas desventajas, se ha demostrado que la tomografía computarizada transoperatoria en arco en C 3D-RX ayuda a minimizar las complicaciones intraoperatorias y posoperatorias en cirugía ortognática mínimamente invasiva, reduciendo significativamente la necesidad de reintervención; sin embargo, esto debe sopesarse con el tiempo y la mano de obra adicionales que requiere su funcionamiento.

P017

Tratamiento mínimamente invasivo vs abierto para el manejo de Luxaciones recidivantes de la articulación Temporomandibular.

Dra. Claudia Carrera¹

¹SCBMF Uruguay, Montevideo, Uruguay

Introducción: Las luxaciones ATM recidivantes representan un desafío clínico frecuente y su manejo ideal continúa en discusión, aún no existe consenso para su tratamiento.

Objetivos: Evaluar y sintetizar la evidencia científica existente sobre el tema, con el fin de identificar preferencias, protocolos y resultados reportados.

Materiales y métodos: Se realizó una revisión bibliográfica en base de datos PubMed y Scielo, incluyendo publicaciones en un lapso de tiempo desde 2015-2025 que abordaron el tratamiento de luxaciones ATM recidivantes. Se seleccionaron estudios clínicos y revisiones sistemáticas que evaluaran técnicas mínimamente invasivas y quirúrgicas - abiertas. Se interpretaron las variables asociadas a la eficacia, complicaciones, costos y seguimientos.

Resultados: Los tratamientos mínimamente invasivos principales incluyeron la inmovilización, fisioterapia, capsulorrafia, inyecciones de agentes: como la sangre autóloga, toxina botulínica, y la proloterapia con dextrosa. Estos procedimientos dieron como resultado una eficacia variable, con bajos riesgos, menor costo, posibilidad de realizarse de manera ambulatoria, baja morbilidad y buena tolerancia por parte del paciente. En lo que respecta a tratamientos abiertos, los principales encontrados se dividieron en dos grupos; los que tendieron a liberar los movimientos articulares y los que los restringen. En el primer grupo, destacó la Eminectoma, que mostró excelentes resultados, seguido en el segundo grupo por técnicas de Leclerc-Dautrey modificado, miotomía de inserción del Pterigoideo Lateral, colocación de injertos de origen autólogos o aloplásticos. Dentro de éstos, se prefirió a la eminoplastía personalizada en titanio, quien representa una alternativa precisa, con excelentes resultados, y sin las complicaciones de utilizar un sitio donador.

Conclusiones: La tendencia actual es iniciar con tratamientos conservadores menos invasivos, como la capsulorrafia, la inyección de sangre autóloga o proloterapia, debido a su eficacia, y baja morbilidad. La cirugía (eminectomía, eminoplastía personalizada en titanio) se recomienda únicamente en casos refractarios o con alteraciones anatómicas importantes. Se requieren más estudios prospectivos con seguimiento a largo plazo para alcanzar un consenso sólido sobre protocolos terapéuticos estándar.

P018

Uso de planeación virtual y tecnología 3D en el tratamiento de hiperplasia condilar unilateral: reemplazo articular y cirugía ortognática simultánea. Reporte de un caso

Dra. Perla Davila Villa¹, Dr. Carlos Pérez Ortiz¹, Dr. Nicolás Santiago Álvarez¹

¹Hospital Civil de Guadalajara "Dr. Juan I. Menchaca", Guadalajara, México

Introducción: La hiperplasia condilar es un trastorno poco frecuente caracterizada por un crecimiento óseo excesivo y progresivo del cóndilo mandibular. Suele presentarse entre la segunda y tercera décadas de la vida, coincidiendo con el final del desarrollo esquelético, muestra predilección por el sexo femenino con relación 3:1. Su prevalencia oscila entre 2,4 y 9,6 casos por cada 100.000 habitantes. Desde el punto de vista clínico, se presenta con asimetría facial progresiva, alteraciones en la oclusión, ruidos articulares, dolor y limitación funcional, con importantes repercusiones estéticas. La etiopatogenia aún no es clara, se han sugerido teorías que incluyen trauma, desequilibrio hormonal, infección, artrosis, hipervascularidad y posiblemente papel genético. Las características morfológicas incluyen agrandamiento del cóndilo, elongación del cuello condilar y sobrecrecimiento mandibular ipsilateral. La actividad del crecimiento condilar se evalúa mediante tomografía computarizada por emisión de fotón único (SPECT), que muestra mayor captación en el lado afectado. El estudio histopatológico revela proliferación cartilaginosa exagerada con una zona de crecimiento engrosada. El tratamiento depende del estado activo o inactivo del crecimiento condilar, puede ser conservador mediante ortodoncia o quirúrgico, incluyendo diversas técnicas de resección condilar, reemplazo condilar y cirugía ortognática correctiva.

Objetivo: Demostrar las ventajas y eficacia del uso de cirugía 3D en la planificación y tratamiento de pacientes con hiperplasia condilar unilateral, los resultados funcionales y estéticos mediante el diseño e implementación de prótesis articulares personalizadas, en combinación con cirugía ortognática.

Caso clínico: Se presenta el caso de una paciente de sexo femenino, de 44 años de edad, con sintomatología dolorosa en la articulación temporomandibular derecha, caracterizada por mialgias, artralgias y limitación funcional progresiva. Clínicamente, se evidenció asimetría facial a expensas de laterognasia hacia la izquierda, desviación de la columela nasal, depresión de la comisura labial derecha, desviación de la línea media mandibular 10 mm hacia la izquierda, canteamiento oclusal hacia el lado derecho, mordida cruzada posterior izquierda, mordida abierta anterior y posterior derecha. La paciente presentaba antecedente de múltiples intervenciones quirúrgicas sin resolución satisfactoria.

La tomografía computarizada de macizo facial reveló aumento de dimensión lateromedial y anteroposterior del cóndilo derecho, así como, desviación mandibular hacia la izquierda asociado a hiperplasia condilar unilateral. Se decidió realizar una condilectomía derecha con colocación de prótesis articular personalizada de zirconio para la cavidad glenoidea. El procedimiento se complementó con cirugía ortognática triple, empleando tecnología de planeación digital en 3D.

Conclusión: El uso de cirugía 3D con planificación virtual y diseño de prótesis personalizada representa una herramienta fundamental en el abordaje quirúrgico integral de pacientes con hiperplasia condilar. Este enfoque permite una planificación precisa, individualizada y predecible que optimiza tanto la restauración funcional de la articulación temporomandibular como la corrección de las anomalías dentofaciales asociadas.

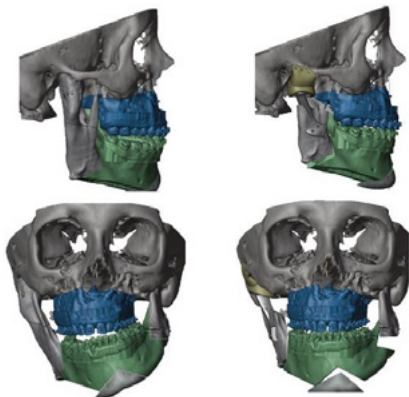
Figura 1



Figura 2



Figura 3



P019

Anquilosis de ATM post administración de triancinolona intraarticular

Dra. Fernando José Germain Edwards¹, Dr. Juan José Cortes Santander

¹Ttmax, Viña del mar, Chile, ²Hra, Antofagasta, Chile

Se presenta caso de anquilosis de ATM post infiltración con triancinolona y su resolución con prótesis de atm

P020

Anquilosis temporomandibular bilateral, manejado con colgajo temporal e injerto graso

Dra. Nicole Martínez Ureña^{1,2}, Dr. Zoilo Nuñez^{1,3}

¹Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, Santo Domingo de Guzmán, República Dominicana

²Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina, San Cristóbal, República Dominicana ³Instituto Nacional de Cáncer Rosa Emilia Sánchez, Santo Domingo de Guzmán, República Dominicana

Introducción: La anquilosis de la articulación temporomandibular (ATM) corresponde a un trastorno temporomandibular clasificado dentro de la hipomovilidad mandibular crónica. Su fisiopatología se explica por una progresión continua de las adherencias articulares que crea gradualmente una limitación significativa del movimiento de la articulación.

Objetivo: Examinar la eficacia de la artroplastia interposicional con colgajo de músculo temporal e injerto graso en el tratamiento de la anquilosis de ATM.

Materiales y métodos: Paciente masculino de 24 años, con antecedente de trauma facial por caída de árbol de coco hace 4 años de evolución, presentando limitación de la apertura oral de 1 año de evolución. Al examen clínico y radiográfico maxilofacial se diagnostica con anquilosis mandibular bilateral de severidad tipo 4 según Sawhney (1986) con apertura oral de 0mm.

Previa asepsia y antisepsia, bajo anestesia general inhalatoria a través de traqueostomía. Se aborda el lado izquierdo con incisión preauricular tipo Al-Kayat y Bramley. La artroplastia de espacio consistió en la resección extensa de la masa anquilosada, logrando un espacio mínimo de 10 mm entre la rama mandibular y la base del cráneo. Se levantó un colgajo de músculo temporal, el cual fue rotado y utilizado como material de interposición, fijándolo con sutura reabsorbible. Se accedió al ángulo mandibular derecho mediante abordaje submandibular tipo Risdon, y se efectuó una osteotomía tipo Esmarch por debajo del canal del nervio alveolar inferior, logrando así recuperar la apertura oral. Se realizó una incisión suprapúbica para la obtención de un injerto graso, colocándolo en el espacio quirúrgico y fijado con sutura reabsorbible como material de interposición adicional. Tres días después de la cirugía, se inició fisioterapia intensiva seis veces al día.

Resultados: Se mostraron resultados satisfactorios desde el post quirúrgico inmediato pasando de apertura inicial de 0mm a 30mm, y 28mm a los quince días post quirúrgico

Conclusión: La anquilosis temporomandibular es una patología que limita la apertura bucal, afectando principalmente a pacientes jóvenes con antecedentes traumáticos. Su manejo quirúrgico incluye tres opciones: resección simple, artroplastia de interposición y reconstrucción articular. La resección simple, aunque sencilla, presenta alta tasa de recurrencia por la ausencia de barrera física que impida la neoformación ósea. La artroplastia de interposición, mediante colocación de materiales autógenos, alógenos o sintéticos, ha demostrado mejores resultados funcionales y menor riesgo de reanquilosis. La reconstrucción articular con injertos o prótesis se reserva para casos complejos, aunque con mayores requerimientos técnicos y económicos. En este caso clínico, se realizó una artroplastia de interposición utilizando colgajo temporal e injerto graso, técnica eficaz y biocompatible que permitió una recuperación funcional satisfactoria, siendo una alternativa adecuada ante limitaciones económicas.

• Upadya, V. H., Bhat, H. K., Rao, B. H. S., & Reddy, S. G. (2021). Classification and surgical management of temporomandibular joint ankylosis: a review. *Journal of the Korean Association of Oral and Maxillofacial Surgeons*, 47(4), 239–248.

• Mohammad Bayat; Amiralí Badri; Nima Moharamnejad. (2009). Treatment of temporomandibular joint ankylosis: gap and interpositional arthroplasty with temporalis muscle flap. 13(4), 207–212. doi:10.1007/s10006-009-0174-4

Figura 1

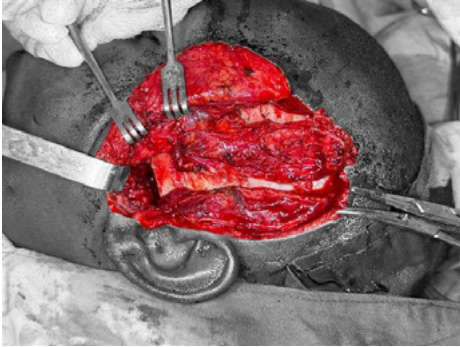


Figura 2



Figura 3



P021

Manejo de la pseudoanquilosis de articulación temporomandibular como secuela de fractura subcondilea

Dr. Juan Moya López¹, Dr. Marco Vizuete Bolaños¹, Msc. Virgen Acuña Peña¹

¹Universidad Central del Ecuador, Quito, Ecuador

Introducción: La pseudoanquilosis de la articulación temporomandibular (ATM) es una formación ósea anormal próxima a la articulación, causada principalmente por fracturas condilares o subcondíleas no tratadas en etapas infantiles. Las funciones de la ATM se ven limitadas, afectando el crecimiento mandibular, provocando elongación de apófisis coronoides y reduciendo la apertura bucal. Su diagnóstico se confirma mediante estudios de imagen.

Objetivo: Describir un caso de pseudoanquilosis de la articulación temporomandibular derecha en paciente adolescente, secundaria a fractura subcondílea, tratado con guías quirúrgicas de corte.

Material y métodos: Paciente masculino de 17 años de edad que acude al servicio, referido de otra casa de salud, por limitación en la apertura bucal. El historial refiere caída sobre el lado derecho de la cara ocurrida hace ocho años, la cual no fue tratada hasta la fecha.

Al evidenciarse una apertura bucal limitada (20 mm) y restricción en los movimientos de lateralidad, se solicita una tomografía simple de macizo facial, donde se identifica un conglomerado óseo lateral a ATM derecha y elongación bilateral de apófisis coronoides. Adicionalmente, se observa que el espacio articular y cóndilo derecho se encuentran conservados.

Debido a la conservación del cóndilo y estructuras articulares derechas, se decide preservar las mismas mediante la elaboración de guías quirúrgicas de corte para retirar conglomerado óseo, junto con coronoidectomías bilaterales, con el objetivo de liberar la ATM y ampliar apertura bucal.

La cirugía se realizó mediante intubación nasotraqueal y anestesia general balanceada. Se ejecutó un abordaje quirúrgico preauricular derecho con extensión temporal (técnica de Al-Kayat), disecando por planos hasta llegar al conglomerado óseo, el cual fue removido mediante uso de las guías de corte.

Una vez evidenciada la liberación de la ATM derecha, se procedió a realizar la coronoidectomía bilateral mediante abordajes intraorales y uso de guías quirúrgicas de corte.

Resultados: Posterior 24 horas de la cirugía se inició fisioterapia aguda, con ejercicios de apertura y cierre cinco veces al día, así como el uso de abridores bucales de Mackenson de forma bilateral alternada durante dos minutos, cinco veces al día.

La tomografía simple postquirúrgica de macizo facial evidenció ausencia del conglomerado óseo y apófisis coronoides, y conservación del cóndilo mandibular derecho. Además, se observó un aumento del espacio articular derecho.

Al mes de evolución, clínicamente el paciente presentó una apertura bucal óptima (35 mm) y mejoría en los movimientos de lateralidad. No se observó parálisis facial derecha.

Conclusiones: La limitación funcional de la articulación temporomandibular secundaria a una fractura condilar no tratada repercute significativamente en el desarrollo mandibular. El manejo en estos casos debe ser quirúrgico y oportuno, como se demostró en el caso expuesto. El uso de guías quirúrgicas y tomografía permite realizar intervenciones más precisas y seguras, garantizando la preservación de estructuras adyacentes, como ocurrió en este caso.

La liberación de la ATM derecha mediante exéresis del conglomerado óseo, coronoidectomía bilateral y preservación de las estructuras articulares permitió restaurar una apertura bucal funcional y mejorar significativamente la calidad de vida del paciente.

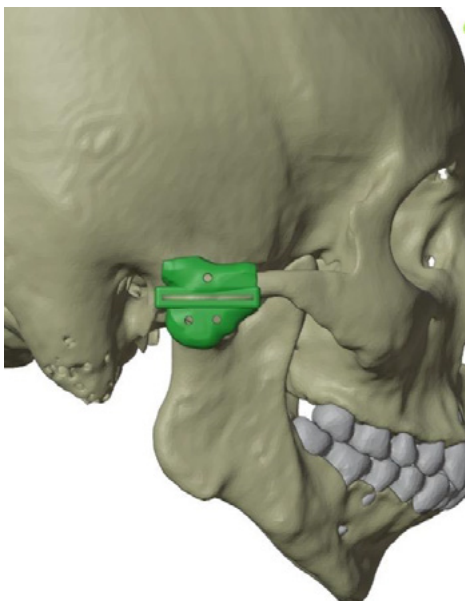
Figura 1



Figura 2



Figura 3



P022

Luxación mandibular crónica irreductible en paciente con discapacidad intelectual: resolución quirúrgica mediante eminectomía condilar unilateral. Reporte de caso.

Dr. Kevin Ortiz Acosta¹, Dra. Cristina Alexandra Guerra Erazo¹

¹Universidad Central Del Ecuador, Quito, Ecuador, ²Hospital De Especialidades Eugenio Espejo, Quito, Ecuador

Introducción: La luxación mandibular es el desplazamiento del cóndilo fuera de la cavidad glenoidea, afectando la función de la articulación temporomandibular. En casos crónicos o recurrentes, especialmente en pacientes con discapacidad neuromuscular, puede requerir tratamiento quirúrgico. La eminectomía, que consiste en reseca la eminencia articular del hueso temporal, permite el reposicionamiento condilar sin obstrucciones, siendo una opción de tratamiento en estos casos.

Objetivo: Describir el manejo quirúrgico y evolución clínica de un paciente con luxación mandibular crónica irreductible, tratado mediante eminectomía derecha como resolución definitiva, en el contexto de una discapacidad intelectual severa.

Materiales y Métodos: Se presenta el caso de un paciente masculino de 35 años, con antecedente de discapacidad intelectual del 84%, quien acudió al servicio de emergencias por dolor mandibular, desviación de la línea media y limitación funcional de 15 días de evolución. El diagnóstico clínico de luxación mandibular derecha se confirmó mediante examen físico e imagenológico, que evidenciaron desplazamiento del cóndilo mandibular fuera de la cavidad glenoidea sin evidencia de fracturas. Se intentó inicialmente una reducción cerrada mediante maniobra de Nelaton bajo sedación, la cual resultó infructuosa por la presencia de fibrosis y cronificación del cuadro. Ante la irreductibilidad del caso, se decidió realizar una eminectomía derecha bajo anestesia general, utilizando un abordaje preauricular con identificación y preservación del nervio facial. Se procedió a la resección quirúrgica de la eminencia articular del hueso temporal, permitiendo el libre desplazamiento del cóndilo mandibular. El procedimiento transcurrió sin complicaciones, y en el postoperatorio se indicó manejo con analgesia intravenosa, dieta blanda progresiva, medidas de restricción funcional y seguimiento ambulatorio con rehabilitación mandibular.

Resultados: El procedimiento quirúrgico transcurrió sin complicaciones, con mejoría clínica inmediata. En los seguimientos a 7, 15 y 30 días, el paciente presentó evolución satisfactoria sin recidiva ni secuelas funcionales desde la fecha de intervención hasta la actualidad.

Conclusión: La eminectomía representa una solución efectiva y definitiva en casos seleccionados de luxación mandibular crónica irreductible, especialmente cuando las maniobras conservadoras han fallado y existe limitación funcional significativa. Este procedimiento es especialmente útil en pacientes con discapacidad intelectual, quienes presentan mayor riesgo de recurrencia debido a alteraciones en el control muscular. La correcta indicación quirúrgica y un abordaje multidisciplinario son clave para el éxito terapéutico.

Figura 1



Figura 2



Figura 3



P023

Condilectomía parcial precoz para manejo de hiperplasia de cóndilo mandibular en paciente adolescente con asimetría facial.

Dr. Jorge Antonio Reinoso Ortiz¹

¹Universidad Central del Ecuador, Quito, Ecuador

Introducción: La hiperplasia condilar unilateral activa (HCUA) es una condición poco común caracterizada por un crecimiento excesivo e incontrolado del cóndilo mandibular, lo cual genera asimetría facial y alteraciones oclusales. Este proceso puede afectar significativamente el desarrollo craneofacial en pacientes jóvenes, requiriendo intervención temprana para evitar deformidades progresivas. En el presente estudio se presenta el caso de una paciente adolescente con diagnóstico de HCUA, evaluada mediante gammagrafía ósea con SPECT/TC, radiografía panorámica y tomografía computarizada.

Objetivos: El objetivo principal fue evaluar clínica e imagenológicamente a una paciente femenina adolescente con sospecha de hiperplasia condilar activa, identificando el grado de compromiso articular y óseo, así como establecer el diagnóstico diferencial frente a otras condiciones que cursan con asimetría mandibular. Además, se buscó valorar la utilidad de la gammagrafía ósea con SPECT/TC en la detección de la actividad osteoblástica en la articulación temporomandibular derecha.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional de un caso clínico. Se utilizaron técnicas de imagenología convencional (radiografía panorámica y tomografía) junto con SPECT/TC para diagnóstico de la patología. Se analizó la discrepancia existente en la distancia cóndilo – cuerpo mandibular derecho e izquierdo. También se revisaron los antecedentes médicos y familiares, y se realizó exploración clínica intra y extrabucal.

Resultados: La paciente presentaba desviación mandibular hacia el lado izquierdo y asimetría facial evidente. Las imágenes de gammagrafía ósea mostraron aumento de actividad osteoblástica en la articulación temporomandibular derecha respecto a la izquierda, con porcentajes de captación de 64% y 36%, respectivamente. El SPECT/TC corroboró estos hallazgos. No se encontró expansión de tablas mandibulares ni otros signos de patología ósea extensa. Se descartaron otras condiciones como osteocondroma, osteoma y hemihiperplasia facial.

Conclusión: El diagnóstico de hiperplasia condilar unilateral activa fue confirmado mediante estudios clínicos e imagenológicos. La gammagrafía ósea con SPECT/TC demostró ser una herramienta eficaz para identificar el aumento de la actividad osteoblástica en la ATM derecha, apoyando el diagnóstico etiológico. Se consideró la condilectomía precoz y proporcional como tratamiento quirúrgico único, con el fin de detener el crecimiento anormal y corregir la asimetría facial, evitando procedimientos ortognáticos secundarios futuros, se destaca que se corrobora el diagnóstico inicial mediante estudio histopatológico.

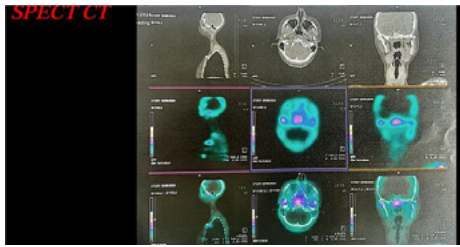
Figura 1



Figura 2



Figura 3



P024

Importancia del seguimiento en la reabsorción condilar idiopática

Dra. Natalia Ropero Páez¹, Dr. Óscar De León²

¹Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia, ²Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá D.C., Colombia

Introducción: La reabsorción condilar idiopática (progresiva) es un trastorno degenerativo inflamatorio que se asocia a la reabsorción de los cóndilos mandibulares acompañado de reducción de la altura de la rama mandibular generando mordida abierta anterior. 2

Objetivo: Destacar la relevancia del seguimiento clínico en pacientes con mordida abierta asociada a reabsorción condilar idiopática para evaluar la progresión de la patología y su impacto en la planificación y resultados del tratamiento

Caso Clínico: Paciente femenina de 19 años con antecedente de 2 tratamientos previos de ortodoncia con recurrencia de mordida abierta anterior progresiva con seguimiento de 2 años **Manejo:** Seguimiento, artrocentesis, cirugía ortognática y meniscopexia

Discusión: La reabsorción condilar idiopática (RCI) es un trastorno de la articulación temporomandibular (ATM) que se presenta en la segunda década de vida, especialmente mujeres, debido a factores sistémicos, hormonales y mecánicos. 1

El diagnóstico de la actividad de la ICR requiere estudios de imagen como CBCT, RMN y reevaluaciones periódicas para determinar la estabilidad ósea. Aunque la gammagrafía puede ser útil, su especificidad es limitada. 3

El tratamiento más estable incluye condilectomía y reconstrucción articular con materiales autógenos (injertos costocondrales) o aloplásticos. En casos avanzados la reconstrucción total de la ATM con prótesis aloplásticas es una alternativa viable. 3

Los tratamientos que incluyen resección del tejido sinovial hiperplásico, estabilización del disco con anclajes y cirugía ortognática bimaxilar han mostrado resultados predecibles cuando se realizan en etapas tempranas, idealmente dentro de los primeros 4 años. 2

Estudios adicionales son necesarios para comparar modalidades de tratamiento y definir protocolos estándar, dado que no existen ensayos clínicos aleatorizados concluyentes sobre este tema. 3

Conclusión: El seguimiento clínico es fundamental en el manejo de la reabsorción condilar idiopática (ICR) para evaluar la progresión del trastorno, determinar la estabilidad de la ATM y ajustar el tratamiento según sea necesario. Permite identificar cambios en la morfología condilar, evaluar la eficacia de las intervenciones y prevenir complicaciones futuras.

Figura 1

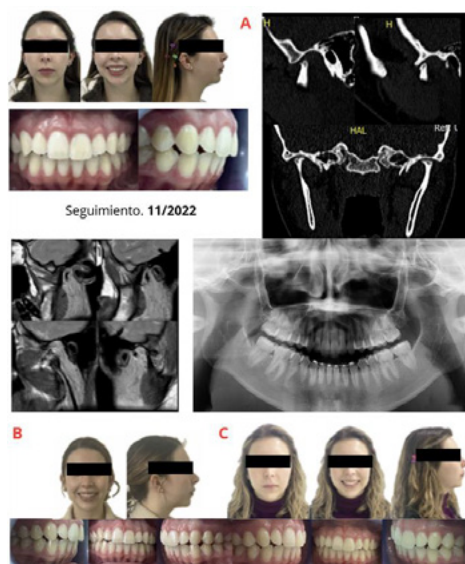


Fig 1. Seguimiento. 03/2023

Seguimiento. 06/2023

Figura 2

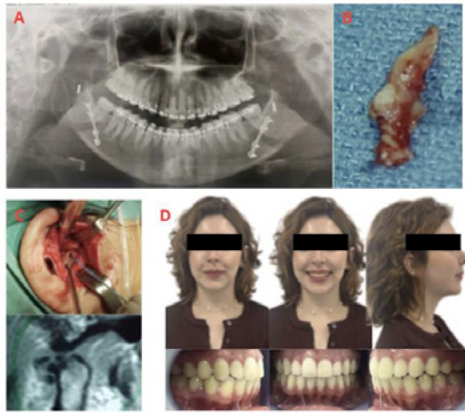


Fig 2. Imágenes intraoperatorias y postoperatorias 10/2024

Figura 3

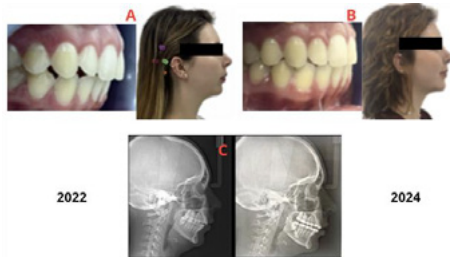


Fig 3. Imágenes intraoperatorias y postoperatorias 10/2024

P025

Reemplazo bilateral de ATM en paciente con artritis reumatoide

Dra. Isabela Torres Páez¹

¹Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica multisistémica, inmunomediada y de etiología desconocida. Afecta preferentemente a las articulaciones diartrodiales, produciendo destrucción articular y discapacidad progresiva. Los criterios de clasificación propuestos por el American College of Rheumatology (ACR) y la European League Against Rheumatism (EULAR), incluyen variables clínicas y serológicas, con puntuación ≥ 6 puntos de articulaciones inflamadas para el diagnóstico definitivo. (1) Dentro de las articulaciones afectadas se puede encontrar la ATM, (2). Estudios de imagenológicos indican estrechamiento del disco articular y su perforación, así como la tendencia a cambios erosivos frecuentes y quistes subcondrales.(3) Su tratamiento podría ir desde la terapia farmacológica, inmunoterapia, en estadios iniciales hasta cirugía, como el reemplazo articular en los casos más severos. (4)

Objetivo: Plantear el reemplazo articular de ATM con prótesis hechas a la medida como una alternativa de tratamiento confiable en paciente con anquilosis por Artritis Reumatoide.

Caso clínico: Paciente femenina de 51 años de edad , quien asiste al servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario San Ignacio, con previo diagnostico de anquilosis de Articulación Temporomandibular bilateral, secundaria a Artritis Reumatoide, con historia de manejo farmacológico para su condición sistémica y terapia de apertura oral de 2 años de evolución.

Al examen clínico se evidencia hipometría oral de 10mm, sin aumento a la manipulación, asimismo, al análisis Tomográfico se observa masa anquilótica bilateral, presencia de quistes subcondrales a nivel de los cóndilos mandibulares y erosión de la corticales óseas. Paciente con DTM en estadio V, según Wilkes. Se determina realizar reemplazo articular con planeación virtual, guías de corte y prótesis hechas a la medida (PHTM). La cirugía se realizó mediante abordajes endaural modificado y Risdon bilateral, verificando la adaptación de las mismas. En el control posoperatorio, se evidenció apertura oral mayor a 30mm, 3 meses posteriores a la cirugía.

Discusión y conclusión: El reemplazo total de ATM con PHTM es una solución efectiva Y predecible para patologías articulares severas. Estas permiten adaptación anatómica precisa y restauración de la función de manera más fisiológica que las prótesis stock. La literatura actual, incluyendo estudios de Mercuri et al. (2020), apoya la eficacia de las PHTM en la reducción del dolor, la mejoría de la apertura bucal y la calidad de vida a largo y mediano plazo, destacando la durabilidad y las bajas tasas de complicación de las misma, así como los beneficios de la planificación 3D.

Este caso, muestra que el reemplazo total de la ATM con PHTM es una opción duradera y eficaz para la rehabilitación de pacientes con Artritis Reumatoide, ofreciendo una restauración funcional significativa y un alivio sostenido del dolor.

Figura 1

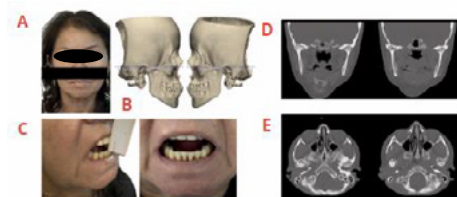


Fig 1. Fotografía extraoral (A), Reconstrucción 3D tomográfica donde se evidencia anquilosis bilateral (B), Apertura bucal 10mm (C), Corte coronal y axial (D)

Figura 2

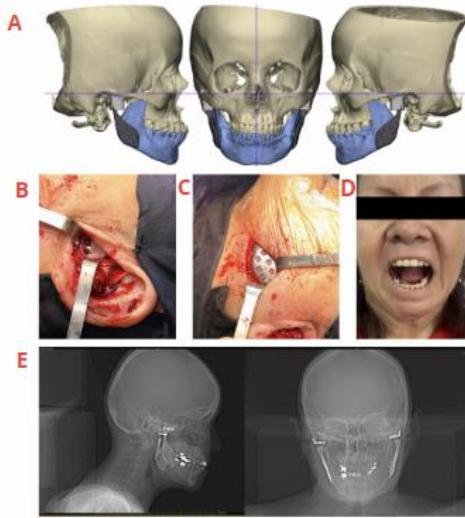


Fig 2. Planeación virtual (A). Abordaje endaural modificado (B). Abordaje de Risdon (C). Apertura bucal POP 3 meses (D). Imágenes POP 3 meses (E).

P026

Reconstrucción fronto orbitaria secundaria a mucocele fronto-etmoidal recidivado. reporte de un caso clínico.

Dr. Mauricio Duarte Ramirez^{1,2}, Dr. Andrés Burstein Andaur²

¹Universidad De Valparaíso, Viña Del Mar, Chile, ²Hospital Biprovincial Quillota Petorca, Quillota, Chile

Introducción: El mucocele de los senos paranasales corresponde a una lesión crónica expansiva de mucosa sinusal, originada por obstrucción de vías de drenaje con retención de exudado mucinoso e inclusive purulento. Dependiendo de su ubicación pueden generar eventos osteolíticos comprometiendo estructuras nobles como cavidad orbitaria y fosas nasales.

Objetivo: Presentar un caso de mucocele fronto-etmoidal con compromiso óseo fronto-orbitario y desplazamiento de globo ocular, tratado en Hospital Biprovincial Quillota Petorca (HBQP).

Reporte de Caso: Paciente género femenino, 79 años, ASA II, antecedentes de mucocele fronto-etmoidal derecho operado en 5 oportunidades via endoscópica. Consulta en servicio de Cirugía Maxilofacial del HBQP por asimetría fronto - orbitaria con desplazamiento del globo ocular derecho, sin alteración de agudeza visual. Evidencia fistula cutánea frontal con salida de material purulento. Se realiza abordaje coronal para desfuncionalización de seno frontal con injerto graso autólogo de muslo derecho, osteoplastia frontal con apoyo endoscópico y reconstrucción fronto - orbitaria con injerto óseo particulado, osteosíntesis y colgajo rotacional de musculo temporal. Cirugía sin incidentes, paciente evoluciona favorablemente, sin cuadro infeccioso activo y reposicionamiento del globo ocular.

Discusión: En la actualidad las técnicas endoscópicas están ganando popularidad en el tratamiento de mucocelos de senos paranasales, por su característica mínimamente invasiva, reduce morbilidad quirúrgica y con bajo índice de recidiva, no obstante, frente a presencia de lesiones de gran tamaño, con antecedentes de recidiva y/o compromiso de las regiones vecinas con expansión orbitaria, son candidatos a un abordaje combinado para lograr éxito en la intervención.

Conclusión: El mucocele es una afección compleja que, cuando se presenta con recidiva y desplazamiento de estructuras adyacentes, requiere una estrategia quirúrgica combinada. El uso de injertos, osteoplastia y colgajos rotacionales resulta crucial para una resolución exitosa. El caso presentado demuestra que un enfoque quirúrgico multidisciplinario puede ofrecer resultados positivos, con recuperación adecuada y restauración de la funcionalidad y estética ocular.

Figura 1



Figura 2

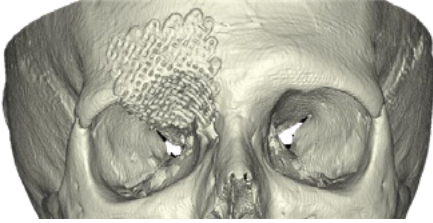
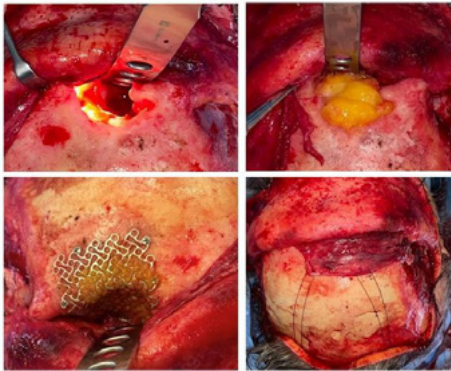


Figura 3



P027

Ayuda quirúrgica en tumoración orbito cerebral: abordaje supraorbitario como alternativa mínimamente invasiva, descripción del caso y consideraciones técnicas.

Dr. Luis Flores Zurita¹, Dra. Cristina Alexandra Guerra Erazo²

¹universidad Central Del Ecuador, Pelileo, Ecuador, ²hospital Eugenio Espejo, Quito, Ecuador

Introducción: Los tumores orbitarios representan un desafío quirúrgico debido a la complejidad anatómica de la órbita y su proximidad a estructuras neurovasculares críticas. Tradicionalmente, el acceso quirúrgico a esta región requería abordajes extensos, con mayor morbilidad estética y funcional.

Objetivo: Presentar un caso de un tumor en la órbita siendo apoyo quirúrgico para realizar el acceso a la zona orbito cerebral presentado una técnica mínimamente invasiva, en el servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, Ecuador.

Materiales Y Métodos: Descripción del caso: paciente masculino de 81 años de edad presenta un aumento de volumen en la región orbitaria de lado derecho de 4 meses de evolución, ocasionando pérdida de la agudeza visual, movimientos oculares limitados y exoftalmos. Tratamiento: Antibioticoterapia y resolución quirúrgica. Primer tiempo quirúrgico, abordaje supraorbitario mínimamente invasiva osteotomía del techo de la órbita lado derecho para exéresis de tumor orbitario y posterior fijación de segmento del techo de orbita, con 2 placas de titanio de 4 orificios orificios sistema 1.5 y 4 tornillos de 5 mm del sistema 1.5 en cada placa

Resultados: Los procedimientos quirúrgicos ocurrieron sin complicaciones pre, trans y postquirúrgicas. El seguimiento con controles postquirúrgicos se realizó a los 7, 15, 28 y 35 días posterior al alta hospitalaria. Sin evidencia de infección de la herida o del material de osteosíntesis de acuerdo con la valoración clínica y exámenes imagenológicos de control. Actualmente bajo seguimiento. Conclusión: el manejo multidisciplinario de las patologías conlleva a resultados esperados y a procedimientos mínimamente invasivos.

Figura 1



Figura 2

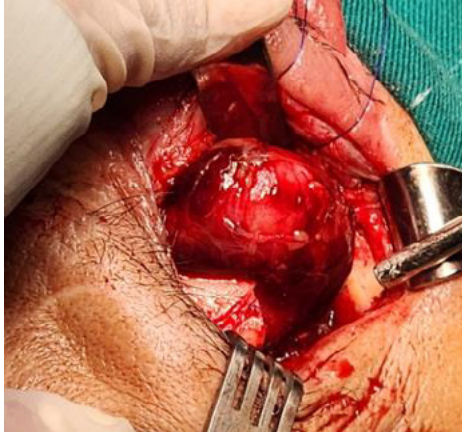


Figura 3



P028

Manejo quirúrgico temprano de la disostosis craneofacial en pacientes con síndrome de apert, reporte de un caso clínico y revisión de la literatura.

Dr. Christian Rodríguez Solares¹, Dr. José Luis Lastiri Barrios², Dra. María Iliana Picco Díaz³

¹Hospital Regional 1o De Octubre, Issste., Ciudad De México, México, ²Hospital del niño poblano, Puebla, México, ³Hospital Regional 1o De Octubre, Issste., Ciudad México, México

Introducción: El síndrome de Apert, también llamado acrocefalosindactilia, se caracteriza por anomalías craneofaciales, malformaciones en manos y pies, suele incluir sinostosis bicoronal, hipoplasia maxilar, estrabismo, y pérdida auditiva. Hasta un 50 % de los casos pueden presentar retraso cognitivo, debido a problemas en el desarrollo cerebral. El tratamiento común incluye cirugías tempranas para liberar la craneosinostosis y corregir malformaciones, con el fin de prevenir retraso en el neurodesarrollo.

Caso Clínico: Se trata de paciente masculino de 4 meses con Síndrome de Apert, presenta craneosinostosis de sutura coronal bilateral, con hipoplasia del tercio medio, se realizó craneoplastia más avance fronto- orbitario bilateral, se fijaron los segmentos orbitarios, craneales con placas y tornillos reabsorbibles, obteniendo resultados favorables, actualmente en seguimiento postoperatorio y control clínico.

Conclusión: El caso a pesar de las dificultades quirúrgicas concluyo como caso de éxito, se mantiene en seguimiento multidisciplinario de la intervención temprana, este enfoque no solo busca corregir las deformidades craneofaciales y estéticas, sino mejorar la calidad de vida y el neurodesarrollo del niño, por lo que se sugiere tratamientos tempranos a fin de obtener el mejor pronóstico a corto, mediano y largo plazo.

P029

Resección de osteoma frontal con soporte endoscópico

Dra. María José Merchan Cañisarez¹

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

Introducción: El osteoma se define como un tumor benigno de naturaleza osteoplásica mesenquimal. Prevalente en la región de cabeza y cuello. Su etiología ha sido atribuida a alteraciones en el desarrollo, procesos infecciosos, reacciones inflamatorias y traumatismos. El diagnóstico se realiza mediante la histopatología, examen físico e imagenológico (1).

De acuerdo con sus características histológicas se clasifican en corticales, esponjosos y mixtos (2). Asimismo, se plantean diversas alternativas de tratamiento como la resección quirúrgica y el manejo expectante (1).

Como alternativas de tratamiento quirúrgico existen 3 tipos de abordajes: externos, vía endoscópica y combinados. Esto puede variar, según el tamaño, localización, extensión del tumor y la experiencia del cirujano (3). Sin embargo, la tendencia a emplear la vía endoscópica cada día toma más auge, ya que, es en una alternativa más cosmética que tiene relativas limitaciones ante el tamaño y la localización (3).

Objetivo: Presentar una alternativa de manejo, vía endoscópica, para el tratamiento de lesiones ubicadas en región frontal, que genere resultados más cosméticos.

Caso clínico: Paciente femenina de 64 años de edad, quien asiste al servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario San Ignacio, con diagnóstico previo de osteoma frontal ubicado en el tercio medio lateral izquierdo del mismo hueso, asintomática, y cuyo único malestar era la alteración cosmética.

Se realiza estudio imagenológico con Tomografía computarizada en los tres planos y reconstrucción 3D, evidenciando imagen compatible con exostosis de 60x24 mm de diámetro con corticales intactas (Fig.1). Al examen clínico se observa una protuberancia en zona frontal izquierda de 1.5 cm de diámetro. Se determina realizar intervención quirúrgica con soporte endoscópico torre 4K Stryker 1688, realizando dos pequeñas incisiones de 1.5 cm en región frontal en la línea de implantación capilar para introducir piezo de mano pieza eléctrica por el puerto de trabajo y un lente angulado a 30° por el puerto de observación (Fig.2).

Discusión y conclusión: Se ha reportado que existe reducción en la incidencia de infección y de hematomas postoperatorios en pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos (1). Así mismo, la presencia de ventajas como: menor traumatismo tisular, reducción de cicatrices, sangrado y edema, mejor recuperación del paciente, mínima alopecia en caso de invadir cuero cabelludo y un resultado estético generalmente superior debido a la línea de incisión más corta (3).

De esta manera se puede concluir que la resección de un osteoma frontal con soporte endoscópico es una alternativa que asegura mejores resultados cosméticos y minimiza los riesgos quirúrgicos.

Figura 1

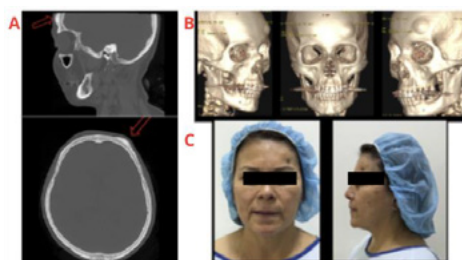


Fig 1. Corte sagital y axial (A), Reconstrucción 3D (B), Fotografía de frente y de perfil inicial (C)

Figura 2

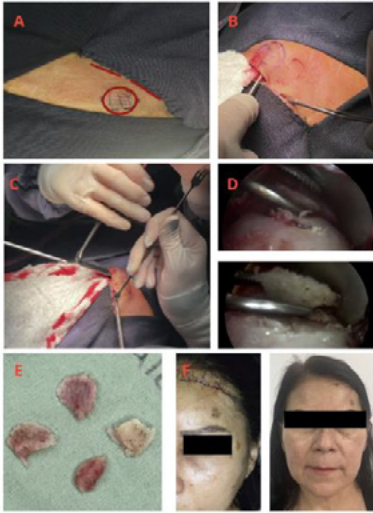


Fig 2. Incisiones planeadas (A), Disección en plano subperióstico (B), Ingreso de piezo eléctrico y de lente angulo a 30° (C), Resección via endoscópica (D), Especimen (E), POP inmediata y tardía (F)

P030

Reconstrucción mandibular por secuelas de ameloblastoma con colgajo microvascular de peroné mediante técnica de doble barra

Dr. Gerardo Bardales Arguelles¹, Dr. Carlos Manuel Roa Encarnación

¹Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México, ²Instituto Mexicano Del Seguro Social, Guadalajara, México

Introducción: Los pacientes con tumores mandibulares (ameloblastoma) tratados mediante resección presentan secuelas en la apariencia facial y la masticación derivadas de la pérdida de continuidad mandibular. El colgajo libre de peroné es el estándar de oro en la reconstrucción de defectos mandibulares ya que permite reconstruir el contorno mandibular mediante el reposicionamiento de los segmentos óseos al realizar osteotomías y proporciona un área adecuada de hueso para la rehabilitación protésica con implantes dentales.

Objetivos: Presentar un caso clínico que ejemplifique la aplicación del colgajo microvascular de peroné mediante la técnica de doble barra en la reconstrucción mandibular, evaluando su estabilidad a largo plazo.

Material y métodos: Se presenta al servicio de Cirugía Maxilofacial del Centro Médico Nacional de Occidente Unidad de Pediatría un paciente masculino de 14 años con el motivo de consulta “me está creciendo la mandíbula”, historial clínico sin antecedentes de importancia. Al interrogatorio refiere iniciar padecimiento con aumento de volumen progresivo y asintomático en la región mandibular izquierda con 3 meses de evolución. A la exploración se observa asimetría derivado de aumento de volumen en la zona de la rama ascendente de la mandíbula, apertura oral limitada a 25 mm, intraoralmente con expansión de la cortical vestibular sin alteraciones en la mucosa oral. A la palpación el aumento es firme y no doloroso.

Radiográficamente se observa una zona radiolúcida multilocular en patrón de “pompas de jabón” con bordes bien definidos corticalizados desde el diente 3.5 hasta la base del cóndilo. En la tomografía se observa expansión y perforación de la cortical vestibular. Se toma biopsia incisional con el diagnóstico presuntivo de ameloblastoma convencional, el cual es confirmado por el diagnóstico histopatológico.

Resultados: Se planifica cirugía de resección mandibular con desarticulación del cóndilo izquierdo y reconstrucción inmediata con colgajo de peroné con diseño de doble barra y placa de reconstrucción con cóndilo a través de un acceso quirúrgico transcervical con anastomosis de arteria y vena peronea con arteria y vena facial respectivamente y protocolo de sedoanalgesia durante las primeras 72 horas. A 3 meses de seguimiento la evolución clínica es favorable con apertura oral asintomática de 35 mm, radiográficamente se observa consolidación entre los segmentos óseos y el cóndilo en posición adecuada dentro de la cavidad articular, sitio donante asintomático. A los 6 meses se realiza la colocación de 4 implantes de 20 mm y 4 meses después se realiza rehabilitación protésica con coronas individuales. A los 13 años de seguimiento el paciente presenta apertura oral y masticación asintomáticas, con estabilidad clínica de los implantes y sin comorbilidad del sitio donante.

Conclusión: La reconstrucción mandibular microvascular con colgajo libre de peroné ofrece estabilidad funcional y estética preservando la biomecánica mandibular a largo plazo. El diseño en doble barra proporciona una altura vertical adecuada para la colocación de implantes dentales y una carga protésica exitosa lo que favorece la calidad de vida del paciente.

Figura 1



Figura 2

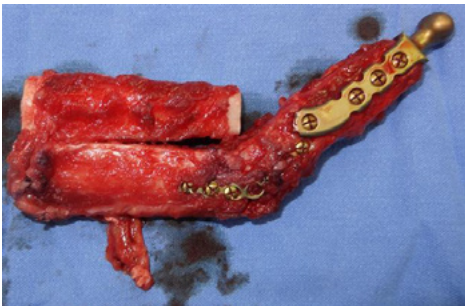


Figura 3



P031

Reconstrucción ósea de defectos maxilares de clase 1-2 según Brown: análisis retrospectivo de 15 años

Dr. Francesco Cassanelli¹, Prof. Silvano Ferrari¹

¹University-Hospital of Parma, Maxillo-facial surgery unit, Parma, Italia

Introducción: La reconstrucción de los defectos maxilares de clase 1-2 según Brown requiere restaurar el soporte mediofacial, lograr la separación funcional de las cavidades oral y nasal, y permitir la rehabilitación dental. Existen diversos colgajos óseos libres, y su elección desempeña un papel clave en los resultados quirúrgicos.

Objetivos: Evaluar los resultados clínicos de las reconstrucciones maxilares de clase 1-2 según Brown realizadas con colgajos libres de escápula, peroné y cresta ilíaca, y analizar cómo la selección del colgajo influye en los resultados estéticos, funcionales y protésicos.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes sometidos a reconstrucción maxilar de clase 1-2 según Brown en nuestro centro entre 2008 y 2023. Se incluyeron pacientes tratados con colgajos libres de escápula, peroné o cresta ilíaca. Se recopilaron datos sobre edad al momento de la cirugía, clasificación del defecto, resultados estéticos, incidencia de fístulas, rehabilitación con implantes dentales y apertura bucal postoperatoria.

Resultados: Se incluyeron 76 pacientes: 49 con colgajo de escápula, 20 de peroné y 7 de cresta ilíaca. La edad media fue de 67 años (escápula), 48 (peroné) y 46 (cresta ilíaca). Los colgajos de escápula se utilizaron mayormente en defectos extensos 2b y 2d, en pacientes mayores o con comorbilidades. Los de peroné se indicaron en pacientes jóvenes y cuando se priorizaba la rehabilitación con implantes, sobre todo en defectos 2c y algunos 2d. Los de cresta ilíaca se reservaron para defectos menores (2b o 2c) que no requerían reconstrucción de tejidos blandos.

Se obtuvieron resultados estéticos excelentes o buenos en el 84 % de los casos con escápula, 80 % con peroné y 100 % con cresta ilíaca. Hubo fístulas en el 3 % de los casos con escápula, 5 % con peroné y ninguno con cresta. La rehabilitación con implantes se realizó en 16 pacientes (8 escápula, 5 peroné, 3 cresta), todos con osteointegración exitosa y sin complicaciones. La apertura bucal se conservó satisfactoriamente en el 80 % de los casos con escápula, 80 % con peroné y 100 % con cresta ilíaca.

Conclusión: La selección adecuada del colgajo es clave para optimizar los resultados en la reconstrucción maxilar de clase 1-2 según Brown. Los colgajos de peroné ofrecen buenos resultados estéticos y son ideales para pacientes jóvenes que requieren rehabilitación con implantes. Los de cresta ilíaca muestran buenos resultados en defectos menores sin necesidad de reconstrucción de tejidos blandos. Los de escápula permiten excelentes resultados estéticos y funcionales, especialmente en pacientes mayores y defectos extensos. La selección individualizada sigue siendo esencial para lograr una reconstrucción óptima.

P032

Reconstrucción Inmediata del Nervio Alveolar Inferior en defectos Mandibulares Extensos

Dr. Carlos Copello¹, Dr. Mario Copello¹

¹Facultad de Ciencias Médicas de Santa Casa, Sao Paulo, Brasil

Introducción: La reconstrucción mandibular históricamente es compleja en términos funcionales y estéticos, especialmente cuando se trata de recuperar la sensibilidad tras resecciones por tumores benignos, malignos y traumas.

Las fracturas Mandibulares anteriormente han sido tratadas con mínima consideración por la reconstrucción neural, dejando al paciente con incompetencia oral y un estigma social.

Objetivo: Explorar, demostrar y discutir la efectividad de la reconstrucción inmediata del nervio alveolar inferior (IAN) mediante aloinjerto nervioso procesado en pacientes con defectos mandibulares amplios, apoyado por un caso clínico ejemplar realizado en el Centro Médico Naval de San Diego (NMCSO)

Métodos: Revisión de literatura enfocada en reconstrucción maxilofacial y reparación nerviosa, utilizando injertos nerviosos autógenos y aloinjertos procesados.

Serie de casos clínicos: seis pacientes operados en un periodo de tres años en NMCSO.

Resultados: Los seis pacientes recibieron reconstrucción inmediata del Nervio Alveolar Inferior con aloinjerto nervioso procesado durante sus operaciones mandibulares.

Todos recuperaron sensibilidad al nivel del S3 después de 6 meses del postoperatorio.

Conclusión: La reparación inmediata del Nervio Alveolar Inferior con aloinjerto nervioso en combinación con colgajo libre de peroné es una estrategia viable y eficaz.

Beneficio de manera clara en la función sensorial, la competencia oral, y la calidad de vida sin comprometer los resultados reconstructivos. Se propone establecer este enfoque como nuevo paradigma en reconstrucción Maxilofacial.

P033

Técnica de injerto autólogo inmediato no vascularizado en defectos mandibulares mayores a 6 cm

Dr. Kevin Cristófer Felices¹, Dr. Javier Alejandro Benitez², Dr. Rodolfo Rubén Felices¹

¹Hospital J.B Iturraspe, Santa Fe, Argentina, ²Hospital Z.G.A Gral Manuel Belgrano, San Martín, Argentina

Introducción: Existen múltiples técnicas de injertos en los defectos mandibulares mayores a 6 cm y según la bibliografía el Gold Standard para estos tratamientos son técnicas de tipo vascularizadas. Este tipo de técnicas no solo requiere un gran equipo interdisciplinario y maquinarias costosas para poder lograrlo, sino que también requiere personal capacitado para el cuidado post operatorio que en muchos centros no se encuentran y no se puede brindar un tratamiento para esos pacientes en estos casos.

Objetivos: El objetivo de este trabajo es presentar una alternativa de tratamiento que permite reconstruir los defectos mandibulares mayores a 6 cm de una manera más sencilla y sin necesidad de un centro especializado. Este tipo de injerto es de característica autólogo y particulado.

Materiales y métodos: Se realizará la presentación de una serie de casos clínicos en pacientes con distintos defectos óseos post quirúrgicos y su reconstrucción inmediata con injertos óseos autólogos obtenidos de cresta ilíaca y calota craneana, los cuales se utilizan particulados en forma de chips.

Se realizan controles inmediatos, mediatos y largo plazo clínica e imagenológicamente.

Resultados: Se obtuvo un resultado satisfactorio en todos los casos, observándose la neoformación ósea y la evolución favorable en todos los casos con muy baja tasa de complicaciones.

Conclusión: Esta técnica es una excelente alternativa terapéutica en casos de tumores benignos agresivos mandibulares con una alta tasa de éxito a mediano y largo plazo, disminuyendo las complicaciones y comorbilidades post operatorias a diferencia de otras técnicas.

P034

Reconstrucción maxilar y mandibular con injerto óseo autólogo de cresta iliaca anterior presentación de dos casos

Dr. Luis Gerardo Florencio García, Dr. Luis Alberto Montoya Pérez, Dr. Juan José Trujillo Fandiño

¹Residente Del Hospital Juárez De México, Cdmx, México

introducción: Los defectos óseos pueden ser resultado de malformaciones congénitas y trastornos del desarrollo, traumatismos, enfermedades óseas relacionadas con medicamentos, radiación, infecciones, el injerto de hueso autólogo sigue siendo el estándar de oro entre todos los materiales disponibles. Es fundamental que la zona receptora presente una buena perfusión y calidad biológica además que logre una cobertura completa para evitar la exposición, la contaminación y las alteraciones de la cicatrización. La revitalización de un injerto óseo no vascularizado conlleva un proceso de reabsorción, remodelación y maduración, la cantidad de reabsorción depende de muchos factores, como las dimensiones y la densidad del material injertado, el tipo de hueso, las características del tejido en la zona receptora, las propiedades biomecánicas y la fijación del injerto óseo al hueso circundante. En la literatura se encuentran pocos casos descritos de reconstrucción inmediata a resección de fibroma- cemento-osificante, así como casos de reconstrucción tardía por herida por arma de fuego. Objetivo: mostrar los resultados obtenidos de injerto de cresta iliaca anterior aplicado al maxilar inmediato a la resección de un fibroma cemento-osificante y la reconstrucción de un defecto mandibular secundario a una herida por arma de fuego 2 años después de la lesión, así como el manejo de tejidos blandos para la rehabilitación integral. Material y métodos: se realizaron los procedimientos de reconstrucción maxilar y mandibular con injerto de cresta iliaca anterior en el cual se colecto un injerto cortico esponjoso el cual se particuló con un molino para hueso manual; de manera simultánea se realizó la preparación del lecho receptor y con la posterior aplicación del injerto con la colocación de Fibrina Rica En Leucocitos y Plaquetas. Resultados: La reconstrucción inmediata a la resección del tumor proporciono la calidad óptima para la preparación del lecho receptor sin datos de reciba de la patología a lo contrario con la reconstrucción mandibular en la cual se presentaba tejido blando de deficiente calidad lo que nos obligó a someter al paciente a distintas técnicas para el manejo y rehabilitación de los tejidos blandos. Conclusión: La decisión de realizar un injerto inmediato o tardío se basa en las características particulares de cada caso, en los casos presentados observamos las limitaciones y ventajas del tiempo en que se realizan los procedimientos y que la planificación juega un papel crucial para obtener un resultado favorable, que no se presento recidiva del tumor y los recursos que aplicamos en una reconstrucción tardía.

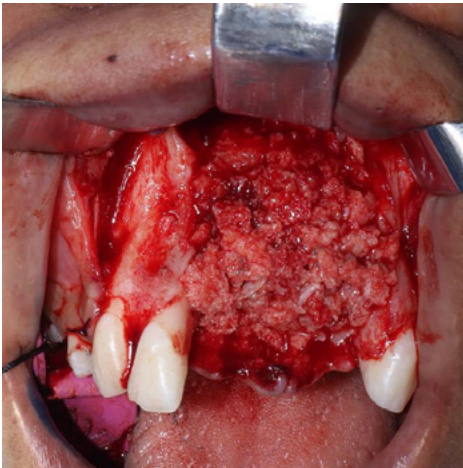
Figura 1



Figura 2



Figura 3



P035

Reconstrucción mandibular con injerto costocondral en defecto secundario a osteomielitis crónica

Dr. Francisco Raúl González González¹, Dra. Edith Bahena Martínez¹, Dra. Carmen Guadalupe Sesatty Flores¹

¹Hospital General La Perla Nezahualcóyotl, Ciudad de México, México

Introducción: La osteomielitis se define como la inflamación de la médula ósea y el hueso cortical adyacente, puede ser aguda, subaguda y crónica; en cuanto a su localización se divide en difusa y localizada. Los factores etiológicos más comunes son traumatismos o infecciones dentales, el tratamiento incorrecto o retraso en el diagnóstico puede llevar a los pacientes a la pérdida de grandes segmentos óseos. La mandíbula se encuentra mayormente afectada ya que su irrigación es de tipo terminal, el tejido óseo es grueso, compacto y las corticales son más densas. El tratamiento de elección es la resección segmentaria mandibular con la cual se garantiza una resolución completa de los síntomas sin recurrencias, una alternativa para la reconstrucción mandibular es el injerto costocondral el cual tiene la finalidad de mejorar aspectos anatómicos, funcionales y psicosociales del paciente, brinda dimensiones adaptables y posee cartílago hialino capaz de soportar las tensiones biomecánicas del sistema estomatognático.

Objetivo: Dar a conocer un caso exitoso de reconstrucción mandibular con injerto costocondral, así como su seguimiento hasta la rehabilitación con implantes dentales.

Material y métodos: Se presenta el caso de paciente femenina de 33 años de edad quien acude al servicio de Cirugía Maxilofacial refiriendo parestesia en labio inferior del lado izquierdo, dificultad a la apertura bucal, con datos de secreción purulenta intraoral secundario a la extracción del tercer molar inferior izquierdo de un mes de evolución. Se realiza TAC donde se observan secuestros óseos con bordes mal definidos; se realiza biopsia incisional con resultado de osteomielitis supurativa crónica. Como tratamiento definitivo se realiza resección en bloque de cuerpo mandibular izquierdo y colocación de placa de reconstrucción 2.4; en un segundo tiempo quirúrgico se realiza toma y aplicación de injerto óseo costocondral en cuerpo mandibular izquierdo y posteriormente se colocan tres implantes dentales con regeneración ósea guiada. Actualmente la paciente se encuentra en rehabilitación para la colocación de prótesis sobre implantes.

Resultados: En un seguimiento a dos años clínica y radiográficamente presenta una adecuada evolución a tratamiento, sin datos de rechazo a material de osteosíntesis, con adecuada integración del injerto permitiendo la rehabilitación protésica con implantes osteointegrados

Conclusión: La cirugía de reconstrucción mandibular con injerto costocondral sigue siendo una alternativa en el tratamiento de los defectos mandibulares causados por diversas condiciones patológicas, traumas y defectos congénitos, teniendo siempre como finalidad lograr una funcionalidad masticatoria sin dejar de lado la estética del paciente.

Cabe mencionar que cada tratamiento debe ser individualizado según las necesidades del paciente y los medios con los que se cuenta en la unidad hospitalaria.

P036

Reconstrucción maxilar con implante personalizado secundario a maxilectomía por mucormicosis, reporte de caso clínico y revisión de la literatura

Dr. Hiram Alexis Guzmán Barrera¹, Dr. Adalberto Sánchez Sanchez², Dra. María Iliana Picco Díaz¹

¹Hospital Regional 1ro De Octubre, Ciudad de México, México, ²Asociación Mexicana de Cirugía bucal y maxilofacial colegio, Michoacán, México

Se trata de paciente masculino de 68 años, el cual en el año 2022 presenta una lesión inicial en región vestibular del maxilar siendo tratado por facultativo particular, acude a segunda valoración en donde se realizan estudios de imagen encontrando zonas radiolúcidas en región ósea maxilar.

se realiza un diagnóstico clínico, imagenológico e histopatológico compatible con mucormicosis maxilar en un sitio de aparición no convencional, por lo que se planea una maxilectomía parcial, desde región posterior del lado izquierdo hasta molares del lado contralateral con sierra recíprocante, todo realizado mediante abordajes intraorales tipo deglovin para tercio medio, presentando cicatrización adecuada inicial y dando latencia de observación evitando recidiva, al pasar un lapso aproximado de 1 año en observación sin eventualidades se decide colocar para reconstrucción del defecto en tercio medio facial una prótesis personalizada fabricada en titanio grado 4 asistida por planeación virtual.

se realiza la reconstrucción mediante un acceso intraoral nuevamente, presentando en el postoperatorio tardío exposición del material de reconstrucción, por lo que se coloca un obturador protésico fijo en el área del defecto, con un seguimiento de aproximadamente 7 meses presentando adaptación progresiva de los tejidos circundantes planeando actualmente una rehabilitación estético- funcional.

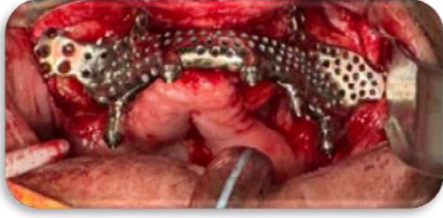
Figura 1



Figura 2



Figura 3



P037

Osteosarcoma Mandibular: Desafíos Diagnósticos y Terapéuticos en Cirugía Maxilofacial

Dr. Juan Carlos León Vasconez¹, Dr. Fernando José Sandoval Portilla¹

¹Universidad San Francisco de Quito, Quito, Ecuador

Introducción: El osteosarcoma es el tumor maligno primario más común del hueso, caracterizado por la producción directa de matriz osteoide por células tumorales. Representa el 20% de los tumores óseos primarios, su aparición en los maxilares es rara, abarcando solo el 5% al 10%.

Objetivo: Analizar los desafíos diagnósticos y terapéuticos del osteosarcoma mandibular, enfatizando la importancia del diagnóstico temprano, resección quirúrgica adecuada y abordaje reconstructivo para un mejor pronóstico y calidad de vida del paciente.

Materiales y Métodos: Caso clínico de una paciente femenina de 43 años, valorada en el servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Metropolitano de Quito, quien consultó por aumento de volumen en la región mandibular derecha. La sintomatología incluía dolor leve, movilidad dental e hipoestesia en región mentoniana y labial. A la exploración clínica se evidenció una masa dura y dolorosa en el cuerpo mandibular derecho. La tomografía computarizada del macizo facial reveló una masa expansiva de contornos imprecisos, de aproximadamente 8 × 1.5 cm, con infiltración del hueso trabecular, destrucción cortical y extensión hacia tejidos blandos adyacentes.

Resultados: Tras la realización de una biopsia incisional que confirmó el diagnóstico de osteosarcoma mandibular, se procedió con la resección quirúrgica amplia, respetando márgenes oncológicos de seguridad. Posteriormente, se realizó una reconstrucción inmediata utilizando un colgajo osteo-cutáneo de peroné, permitiendo restaurar la continuidad mandibular y sentar las bases para la rehabilitación mediante prótesis implantada soportada.

Conclusiones: La identificación temprana del osteosarcoma mandibular y su manejo quirúrgico con márgenes de seguridad constituyen pilares fundamentales en el control de la enfermedad, siendo la reconstrucción microvascular inmediata —como el colgajo libre de peroné— una estrategia eficaz para restaurar la continuidad ósea y facilitar en lo posterior la rehabilitación protésica y funcional, mejorando así el pronóstico funcional del paciente

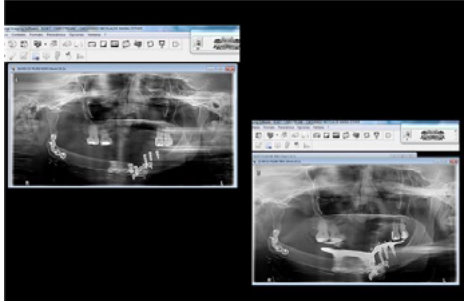
Figura 1



Figura 2



Figura 3



P038

Manejo de fractura mandibular por proyectil de arma de fuego y reconstrucción con injerto de cresta iliaca en dos tiempos quirúrgicos. Reporte de caso clínico

Dr. Bryan Santiago Llumiquinga Ñacata¹, Dr. Eduardo Vinicio Ramos Carcelén²

¹Universidad Central del Ecuador, Quito, Ecuador, ²Hospital Provincial General Pablo Arturo Suárez, Quito, Ecuador

Introducción: No se tiene datos precisos en relación con la prevalencia real de heridas por arma de fuego en cara, sin embargo, el 6% de las heridas de bala se localizan en la región maxilofacial. Este tipo de heridas son de difícil manejo por las características propias de su etiología, siendo la mandíbula afectada en numerosos casos. Los principios de fijación y reconstrucción con injerto autólogo constituyen una vía de tratamiento.

OBJETIVO: Reportar un caso de fractura mandibular por arma de fuego, su resolución quirúrgica en dos tiempos y seguimiento, en el servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Provincial Pablo Arturo Suarez en Quito, Ecuador.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo. Descripción del caso: Se presenta el caso de un paciente masculino de 30 años, con antecedente de varios impactos por arma de fuego a nivel cara, brazo y hombro derechos, que ingresó por el servicio de emergencias. El tratamiento incluyó anamnesis, exploración física, estudios imagenológicos (tomografía axial computarizada con reconstrucción 3D) y de laboratorio, antibioticoterapia y resolución quirúrgica en dos tiempos. Primer tiempo quirúrgico: se realizó limpieza quirúrgica, desbridamiento de tejido necrótico, fragmentos óseos y cuerpos extraños, estabilización oclusal y de fractura. Segundo tiempo quirúrgico: se realizó cosecha de cresta iliaca por el servicio de traumatología, estabilización oclusal con tornillos IMF, fijación ósea rígida con placa de titanio de 11 orificios Sistema 2.7 con 7 tornillos bicorticales 2.3x12 mm y reconstrucción del defecto óseo con injerto de cresta iliaca de 2cm.

Resultados: Los procedimientos quirúrgicos ocurrieron sin complicaciones pre, trans y postquirúrgicas. El seguimiento con controles postquirúrgicos se realizó a los 7, 15, 28 y 35 días posterior al alta hospitalaria. Sin evidencia de infección de la herida o del injerto de acuerdo con la valoración clínica y exámenes imagenológicos de control. Actualmente bajo seguimiento.

Conclusión: Las heridas por arma de fuego dificultan el tratamiento reconstructivo por la diversidad de patrones traumáticos, la lesión de tejidos blandos y duros, y la falta de estandarización en su manejo. Sin embargo, la estabilización de tejidos duros siguiendo los principios basados en evidencia, limpieza del tejido blando y reconstrucción de defectos óseos con injertos autólogos constituyen una efectiva vía de tratamiento para el paciente.

Figura 1



Figura 2



Figura 3



P039

Reconstrucción de subunidades nasales mediante colgajo paramedial, reporte de caso

Dr. Luis Raúl Loperena Licea¹, Dr. José Edgar Garduño Mejía¹

¹Centro Medico Licenciado Adolfo López Mateos, Toluca, México

La nariz es la parte más afectada del rostro en caso de traumatismo facial, ya que es la estructura más prominente. Por lo tanto, la recuperación de la función y la estética tras las secuelas del traumatismo nasal es fundamental. Incluso la más mínima pérdida de sustancia puede generar inquietudes estéticas y psicosociales en los pacientes; por lo tanto, los cirujanos que realizan reconstrucciones nasales deben tener plena confianza en la anatomía quirúrgica para adaptar el procedimiento a la condición y necesidades del paciente. El colgajo frontal es fundamental en la reconstrucción nasal y un pilar histórico de la cirugía plástica y reconstructiva. Normalmente, esta técnica se realiza en dos etapas. En primer lugar, se delinea el colgajo y se transfiere al defecto aún pediculado de la arteria supratroclear. En la segunda etapa, se corta el pedículo y el sobrenadante del colgajo se traslada de nuevo a la frente. El siguiente caso es el de un hombre de 34 años que sufrió una mordedura en la región nasal por una tercera persona durante una pelea, con pérdida de la punta nasal y afectación de ambas alas y columna nasal. Ingresa al servicio de cirugía maxilofacial del Lic. Centro Médico Adolfo López Mateos de Toluca, donde se realiza control de daños, posteriormente se planea la reconstrucción de subunidades nasales en 2 etapas; 1) rotación de colgajo paramedial, 2) liberación del colgajo, sin embargo, al no estar el paciente satisfecho con el resultado, se le practica una tercera etapa en donde se realiza rinoplastia y cirugía plástica detallada de subunidades nasales.

Figura 1



Figura 2



Figura 3



P040

Alternativas de Reconstrucción del Nervio Dentario Inferior tras Lesión en Cirugía de Terceros Molares: Revisión de Opciones Clínicas y Experimentales.

Dr. Omar David Moncada Roche¹

¹Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

Introducción: La exodoncia de terceros molares inferiores constituye uno de los procedimientos más comunes en la práctica clínica de la cirugía oral. En este contexto, cuando existe proximidad anatómica entre la raíz dental y el conducto del nervio mandibular, el riesgo de lesión del nervio dentario inferior (NDI) aumenta significativamente¹. Estas lesiones pueden resultar en parestesia, disestesia o anestesia, afectando la calidad de vida del paciente. Por tanto, en este sentido conocer las estrategias terapéuticas disponibles para su reconstrucción y recuperación funcional es crucial para el cirujano maxilofacial,² con el fin de dar alternativas terapéuticas de manejo ante este tipo de lesiones.

Objetivos: • Identificar en la literatura las principales alternativas quirúrgicas y no quirúrgicas para la reconstrucción del NDI tras lesión iatrogénica durante la exodoncia de terceros molares.

• Comparar la efectividad clínica de técnicas como injertos nerviosos autólogos, alogénicos, tubos guía y terapia láser según evidencia actual. • Presentar adicional evidencia experimental reciente sobre modelos preclínicos con potencial aplicación clínica.

Materiales y Métodos: Se realizó una revisión narrativa de la literatura en PubMed, Scopus y Google Scholar (2010–2024), con estudios en inglés y español. Se incluyeron artículos clínicos, experimentales, revisiones narrativas y sistemáticas sobre reconstrucción del NDI en contexto de cirugía de terceros molares. Se priorizó información sobre neurorrafia, injertos autólogos y alogénicos, tubos guía, coronectomía y terapias como láser de bajo nivel^{2–6}. El análisis cualitativo agrupó los hallazgos en técnicas reconstructivas y estrategias preventivas.

Resultados: Las lesiones leves (neuropraxia) suelen recuperarse espontáneamente³. Las lesiones severas (axonotmesis y neurotmesis) pueden requerir intervención⁴. • Injertos nerviosos autólogos (como el nervio sural) son considerados la principal alternativa en defectos nerviosos mayores a 6 mm, pero requieren una segunda zona quirúrgica y presentan morbilidad asociada²³. • Injertos nerviosos alogénicos procesados han mostrado resultados funcionales comparables, evitando la necesidad de injerto autólogo³. • Técnicas de reparación directa (neurorrafia) son viables si no hay pérdida de sustancia y el contacto nervioso es inmediato⁴. • Tubos guía de colágeno o materiales bioabsorbibles permiten regeneración axonal en defectos cortos³. • Coronectomía ha demostrado ser una opción preventiva eficaz en casos de alto riesgo⁵⁶. • Modelos experimentales en animales muestran resultados prometedores combinando xenoinjertos con terapia láser⁸⁹.

Discusión: El manejo del trauma del NDI depende del tipo de lesión y del tiempo de evolución³⁴. La coronectomía es una opción preventiva efectiva, aunque controversial⁶⁷. Para lesiones establecidas, la neurorrafia o el uso de injertos deben individualizarse²⁵. Los injertos alogénicos y dispositivos guía representan alternativas menos invasivas con resultados prometedores². Estudios experimentales respaldan nuevas terapias regenerativas, aunque aún sin aplicación clínica estandarizada⁸⁹. La intervención temprana mejora el pronóstico neurosensorial³⁴.

Conclusiones: Las lesiones del NDI deben ser prevenidas mediante planificación quirúrgica cuidadosa e interpretación radiológica adecuada⁴. Si la lesión ocurre, el manejo dependerá del tipo y extensión del daño, así como del tiempo transcurrido. Las técnicas microquirúrgicas con injertos, dispositivos guía y terapias adyuvantes como LLLT representan avances significativos³⁸⁹. La intervención temprana y el enfoque individualizado son claves en la recuperación sensorial.

Figura 1

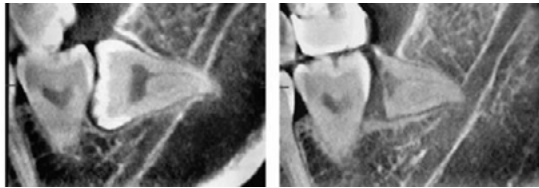
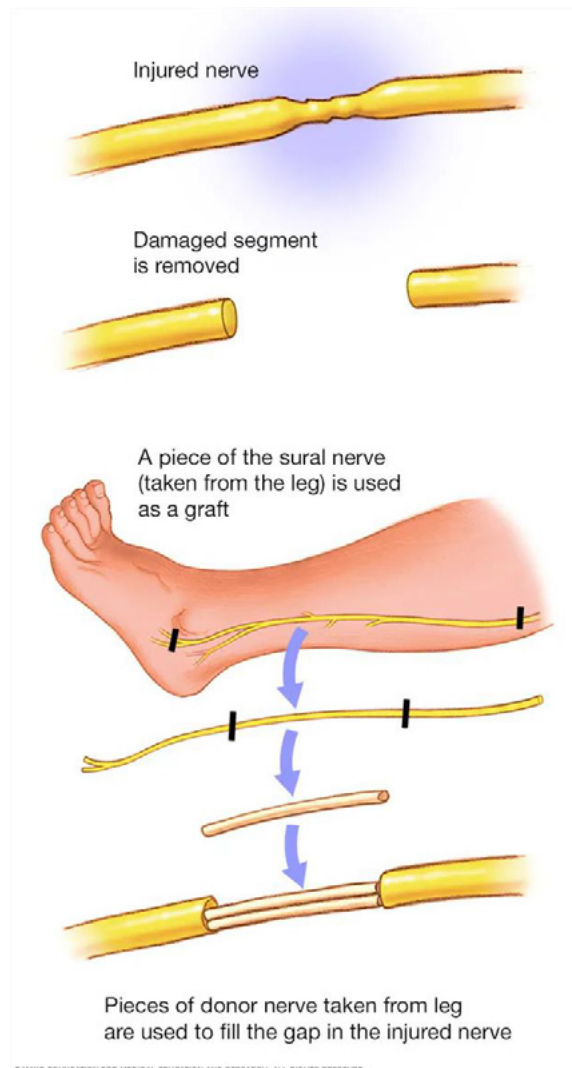


Figura 2



P041

Neoformación condilar tras reconstrucción microquirúrgica mandibular con un colgajo de peroné por tumor mixoma odontogénico

Dra. Valeria Quinapallo López¹, Dr. Sid Brahim Mohamed Salek

¹UTE, Quito, Ecuador, ²Hospital Docente de Calderón, Quito, Ecuador

Introducción: El mixoma odontogénico es una neoplasia benigna, poco frecuente y de origen mesenquimal, con comportamiento localmente agresivo. Debido a su alta tasa de recidiva y capacidad destructiva, su tratamiento puede requerir resecciones quirúrgicas amplias. En estos casos, el colgajo microvascularizado de peroné se ha consolidado como el método reconstructivo de elección por su versatilidad y fiabilidad. La planificación virtual y el uso de técnicas avanzadas como la angio-TAC son fundamentales para optimizar los resultados funcionales y estéticos del procedimiento.

Objetivo: Describir la reconstrucción mandibular y neoformación condilar utilizando un colgajo microvascularizado de peroné.

Material y Métodos: Paciente masculino de 29 años de edad, sin antecedentes patológicos personales ni quirúrgicos. Refiere que posterior a extracción de tercer molar, presenta aumento de volumen en región mandibular izquierda de aproximadamente 4 cm, con un año y 6 meses de evolución.

En rx panorámica se evidenció imagen radiolúcida en región de pieza dental 38 y sombras radiolúcidas multiloculares. Por lo que se solicitó tomografía axial computarizada, en donde se constató destrucción ósea a nivel de cuerpo mandibular, ángulo y apófisis coronoides del lado izquierdo; provocando expansión y perforación de corticales óseas. Ante estos hallazgos se programa biopsia incisional y se confirma el diagnóstico de mixoma odontogénico.

Se programó hemimandibulectomía izquierda mediante la utilización de colgajo tipo Risdom y construcción con colgajo microvascularizado de peroné fijado con material de osteosíntesis (placa de reconstrucción 2,4mm) y con la ayuda de modelos estereolitográficos.

Se tomó el colgajo libre vascularizado de peroné de la pierna izquierda y se realizó anastomosis de carótida externa y tronco venoso tirolinguofaríngeo facial. El colgajo microvascularizado de peroné constituye una buena opción para la recuperación del cóndilo mandibular mediante la posición del mismo dentro de la cavidad glenoidea; ya que su estructura tubular y estrecha se asemeja al cóndilo. Se han descrito varias técnicas, una de ellas es la fijación intermaxilar en el intraoperatorio.

Sin embargo, en este caso se utilizó el músculo masetero suturándolo al ángulo de la placa

Para el control postquirúrgico (3 meses), se realizó una reconstrucción 3D mediante TAC. En donde se comprobó la conformación adecuada del borde basilar mandibular.

Resultados: La reconstrucción microquirúrgica con un colgajo libre vascularizado de peroné demostró ser una opción efectiva para la reconstrucción de grandes defectos mandibulares causados por mixomas odontogénicos. En exámenes imagenológicos se constata una conformación adecuada del borde basilar mandibular y neoformación condilar con posicionamiento del peroné en la cavidad glenoidea.

Conclusión: El colgajo de peroné se consolida como el gold standard en la reconstrucción de defectos óseos mayores, favoreciendo la neoformación condilar mediante el mantenimiento de estructuras articulares. Dando como resultado una mejoría significativa en la calidad de vida del paciente.

Figura 1



Figura 1. Aspecto clínico prequirúrgico



Figura 2. Tomografía axial computarizada, en donde se evidencia destrucción ósea en el cuerpo mandibular, ángulo y apófisis coronoides, con expansión y perforación de las corticales.

Figura 2

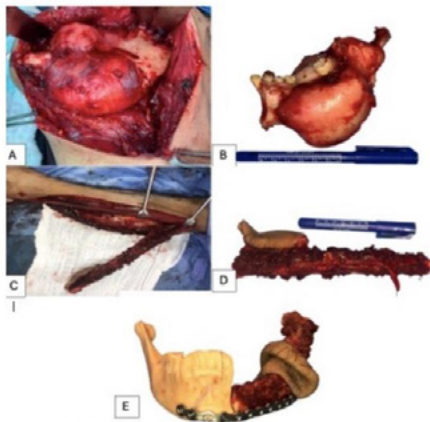


Figura 3. Procedimiento quirúrgico. A: exposición de lesión. B: pieza obtenida tras hemimandibulectomía. C: Obtención de colgajo microvascularizado de peroné. D: colgajo con isla de piel. E: adaptación de colgajo en modelo estereolitográfico

Figura 3



Figura 4. Control posquirúrgico. A: control radiográfico un año de evolución. B: Adaptación de colgajo. C: aspecto extraoral

P042

¿Es la prótesis customizada la mejor alternativa para la reconstrucción de la sínfisis mandibular? – ¿Mito o realidad?

Dr. Jhonny Sañaicela Cruz¹, Dr. Joe Rojas A.¹, Dr. Sid. Mohamed Salek¹

¹Postgrado de cirugía maxilofacial UTE, Quito, Ecuador

El presente trabajo describe la reconstrucción quirúrgica de la mandíbula de un paciente masculino de 16 años de edad. El diagnóstico inicial fue de fibroma osificante, tratado con la exéresis de la lesión y reconstrucción mediante una placa customizada. El paciente llegó a la consulta con el diagnóstico clínico definitivo de mala adaptación y exposición de la placa de reconstrucción, con una evolución de siete meses desde la primera intervención quirúrgica.

Para la evaluación, se realizó la apertura de la historia clínica, un examen clínico y la revisión de los estudios previos que traía el paciente (como radiografía panorámica y química sanguínea). A esto se sumó la solicitud de exámenes complementarios, que incluyeron análisis de sangre, estudios de imagen (tomografía), angiotomografía de cabeza y cuello, angiotomografía de miembros inferiores, planificación quirúrgica virtual, biomodelos e ingreso hospitalario.

Una vez realizados los protocolos de ingreso y previa aprobación de los resultados de los exámenes de sangre, imagenológicos y la visita preanestésica, se procedió a la cirugía. El procedimiento consistió en el retiro del material expuesto (placa customizada) y la toma de un colgajo libre de peroné vascularizado para la reconstrucción mandibular.

La cirugía se llevó a cabo bajo anestesia general, con intubación nasotraqueal, medidas de asepsia y antisepsia, e infiltración con lidocaína al 2% más epinefrina. De manera simultánea, se realizó la cosecha del colgajo libre de peroné vascularizado del miembro inferior izquierdo y el retiro de la placa de titanio expuesta a nivel mandibular. Posteriormente, se transportó el colgajo libre de peroné vascularizado a la región mandibular a reconstruir. Se procedió a su colocación y a la anastomosis arterial con puntos simples de nylon 9/0, mientras que el drenaje venoso se realizó mediante anastomosis con el sistema Coupler. Se comprobó la irrigación y se controló la hemostasia (prueba de latencia, confirmando la permeabilidad de los vasos). Finalmente, se llevó a cabo la regularización de los rebordes óseos, un control y verificación final de la hemostasia y el cierre por planos.

La casuística descrita y las características de la lesión, como la edad de presentación y la localización, nos han permitido llegar al correcto diagnóstico y a la elección del tratamiento más viable para la reconstrucción mandibular, el cual es el injerto libre de peroné vascularizado, considerado el "gold standard" en este tipo de reconstrucciones.

Figura 1



Figura 2



Figura 3



P043

Leishmaniasis cutánea: reconstrucción quirúrgica de labio y nariz con colgajo nasogeniano y colgajo paramedial frontal

Dra. Nathalia Elizabeth Vélez Lucas¹

¹Universidad Tecnológica Equinoccial (UTE), Quito, Ecuador

Introducción: La leishmaniasis cutánea es una enfermedad parasitaria endémica en muchas regiones del mundo, causada por protozoos del género *Leishmania*. Los vectores de la enfermedad son los mosquitos flebótomos. Las manifestaciones clínicas incluyen lesiones cutáneas que pueden progresar a úlceras destructivas, como se observó en el caso del paciente. La enfermedad puede causar una morbilidad significativa debido a la desfiguración y las complicaciones secundarias.

Objetivo: Demostrar la eficacia de los colgajos nasogeniano y paramedial frontal en la reconstrucción facial de un paciente con leishmaniasis cutánea, restaurando la funcionalidad y estética de la región afectada.

Material Y Métodos: Paciente masculino de 46 años con lesión destructiva progresiva en región nasolabial tras picadura de mosquito, que afectó tabique nasal, columela, filtrum, labio superior y ala nasal, con comunicación a cavidad oral. Presentaba dolor intenso, sangrado y extensión al vestíbulo. Se realizó desbridamiento y reconstrucción inicial con colgajos nasogenianos. Luego, se utilizó un colgajo paramedial frontal, mantenido 21 días para permitir revascularización. Tras confirmar viabilidad mediante maniobra de estrangulación, se seccionó y reposicionó el pedículo. La técnica fue exitosa con manejo quirúrgico meticuloso y adecuado postoperatorio.

1. Evaluación preoperatoria

2. Anestesia

Técnica del Colgajo Nasogeniano

3. Diseño del colgajo nasogeniano

4. Incisión y elevación del colgajo nasogeniano

5. Transferencia del colgajo

6. Manejo de la zona donante: Cierre de colgajo nasogeniano para dar forma al filtrum labial.

Técnica del Colgajo Paramedial Frontal

7. Diseño del colgajo paramedial frontal

8. Incisión y elevación del colgajo paramedial frontal

9. Transferencia del colgajo

A los 21 días de la primera intervención quirúrgica, se programa para su segundo tiempo quirúrgico, donde se puede observar el colgajo pediculado.

10. Prueba de estrangulación del colgajo para la comprobación de la buena vascularización.

11. Se procede al corte del colgajo pediculado.

12. Manejo de la zona donante: Reposicionamiento de los extremos del colgajo pediculado frontal para el cierre primario.

13. Reconstrucción de la base nasal, tabique nasal, columela, punta de nariz.

14. Cuidados postoperatorios

Resultados: La cirugía logró restaurar la funcionalidad del área afectada y obtuvo un resultado estético satisfactorio. El paciente mostró una buena recuperación con cicatrización adecuada y sin complicaciones mayores.

Conclusiones: Eficacia Combinada de los Colgajos Paramedial Frontal y Nasogeniano.

Suministro Sanguíneo: Ambos colgajos proporcionaron una excelente vascularización, esencial para la viabilidad del tejido trasplantado y la cicatrización adecuada. La arteria supratroclear y la arteria angular fueron fundamentales para asegurar un buen flujo sanguíneo.

Similitud de Piel: La piel de la frente y la región nasogeniana se integraron estéticamente con la piel facial, logrando una apariencia natural y satisfactoria.

Resultados Funcionales y Estéticos: La utilización combinada de ambos colgajos permitió una recuperación funcional completa de la región afectada, incluyendo la estructura nasal y el filtrum labial.

Figura 1

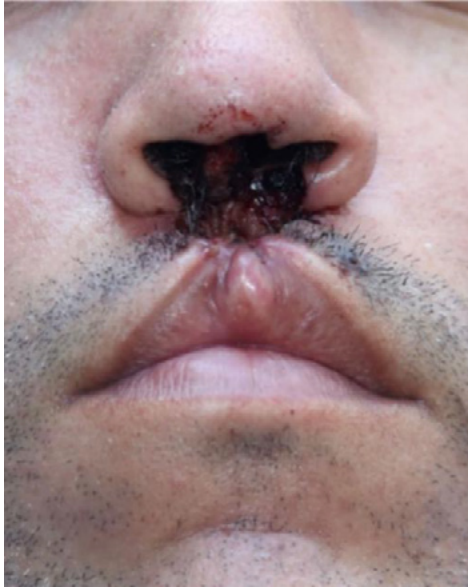


Figura 2



Figura 3



P044

Tratamiento de fibroma osificante en tercio medio facial izquierdo con extensión a base de cráneo mediante resección y colocación de implante a la medida

Dr. Néstor Raziel Vidaurri Pérez¹

¹Hospital De Especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez” Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS, Ciudad De México, México

Introducción: El fibroma osificante es una lesión de carácter neoplásico fibroósea benigna, con diversos tipos en las cuales se encuentra el fibroma cementoso y dos fibromas juveniles distintos: el fibroma osificante trabecular juvenil y el fibroma osificante psammomatoide juvenil. Se observa principalmente a finales de la tercera y principios de la cuarta década de la vida, con una aparición a una edad más tardía que la displasia fibrosa. Parece estar relacionado a los maxilares y al complejo craneofacial. La resección quirúrgica es el tratamiento de elección. En la morfología ósea facial se presentan estructuras tridimensionales complejas y diversas. Se han descrito diversos métodos para la reconstrucción de defectos y malformaciones óseas faciales. El avance tecnológico han propiciado el desarrollo de técnicas mediante la utilización de implantes a la medida de titanio. Estas técnicas han permitido a los cirujanos crear un plan preciso para la cirugía reconstructiva y predecir los resultados estéticos.

Objetivos: Evaluar el resultado clínico y funcional en paciente con diagnóstico de fibroma osificante de tercio medio facial con extensión a base de cráneo mediante resección y colocación de implante a la medida en un paciente atendido en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS.

Material y métodos: Se realiza un estudio descriptivo y unicentrico, de un paciente femenino de 19 años de edad, con diagnóstico de FIBROMA OSIFICANTE en tercio medio facial izquierdo con extensión a base de cráneo a la cual se le realiza resección más colocación de implante a la medida de tercio medio facial izquierdo, por parte del servicio de Cirugía Maxilofacial en conjunto con Neurocirugía, dentro del Hospital de Especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez”, Centro Médico Nacional Siglo XXI, durante el mes de abril del año 2023.

Resultados: La paciente presentaba una deformidad progresiva en región maxilar izquierda de 3 años de evolución. Previamente tratada durante el año 2020 en hospital de pediatría por Cirugía Maxilofacial de resección de fibroma osificante maxilar izquierdo. La tomografía computarizada observa ocupación en senos paranasales izquierdo de aspecto isodenso y presencia de lesión osteolítica de maxilar izquierdo, que involucra base de cráneo y órbita izquierda. Se le realizó una resección de la lesión con colocación de implante a personalizado para reconstrucción facial. En el seguimiento a corto y mediano plazo, tanto el paciente como el médico se mostraron satisfechos con el aspecto general del paciente. El paciente presentaba cierta retracción en región cantal medial de lado izquierdo y en región palatina.

Conclusión: Se requiere un adecuado conocimiento sobre la fisiología, anatomía y características estéticas para lograr la correcta planificación preoperatoria para la resección de lesiones faciales así como su subsecuente reconstrucción. El apoyo tecnológico brinda al cirujano la posibilidad para la creación de implantes personalizados, con la mejor posibilidad de obtener resultados satisfactorios para el paciente.

Figura 1



Figura 2



Figura 3



P045

Importancia de la reconstrucción del contrafuerte frontoorbitario y techos de la órbita con implante personalizado. Reporte de caso

Dr. Freddy Vivero Alcivar¹, Dra. Ana María Hernández Hernández², Dra. Elsa Carolina González Robles³
¹Residente de cuarto año de la Especialidad de Cirugía Oral y Maxilofacial, DEPEI, Facultad de Odontología, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México, ²Cirujana Oral y Maxilofacial, Unidad Médica de Alta Especialidad de Trauma y Ortopedia “Dr. Victorio de la Fuente Narváez” , Ciudad de México, México, ³Jefa de servicio de Cirugía Maxilofacial de la Unidad Médica de Alta Especialidad de Trauma y Ortopedia “Dr. Victorio de la Fuente Narváez” , Ciudad de México, México

Introducción: Las fracturas que afectan el contrafuerte frontoorbitario y el techo orbitario representan un desafío quirúrgico significativo debido a la complejidad anatómica de la región y su estrecha relación con estructuras neurológicas y oculares. La craneotomía descompresiva, aunque salva vidas, puede dejar defectos estéticos y funcionales considerables. Las prótesis personalizadas asistidas por software de diseño han surgido como una herramienta prometedora en la reconstrucción craneofacial, aunque su aplicación en la región frontoorbitaria, y en especial en techos de órbita, sigue siendo poco documentada.

Objetivos: Reportar un caso clínico de reconstrucción del contrafuerte frontoorbitario y techo orbitario mediante craneoplastia con prótesis personalizada de polimetilmetacrilato (PMMA), planificada digitalmente, en un paciente con secuela de trauma craneoencefálico.

Material y métodos: Se presenta el caso de un masculino de 34 años con defecto craneofacial secundario a craneotomía descompresiva, quien presentaba síndrome del trepanado, enoftalmos izquierdo y blefaroptosis. Se realizó una reconstrucción tridimensional virtual a partir de tomografías en formato DICOM utilizando software especializado (Mimics®) para diseñar una prótesis de PMMA que restituyera el contorno óseo perdido. La craneoplastia se realizó mediante abordaje coronal en conjunto con neurocirugía y se fijó la prótesis con miniplacas y tornillos de titanio.

Resultados: El procedimiento permitió la restitución anatómica del reborde supraorbitario, el techo de las órbitas y la bóveda frontal. El seguimiento a 12 semanas mostró evolución favorable, con mejora de la simetría facial, restitución del volumen orbitario, recuperación parcial del olfato y disminución de síntomas compatibles con síndrome del trepanado. La única complicación fue un seroma autolimitado tratado de forma conservadora.

Conclusión: La reconstrucción frontoorbitaria con prótesis personalizada de PMMA, asistida por planificación virtual, es una técnica segura y efectiva que permite restaurar funcionalidad y estética en pacientes con defectos craneofaciales complejos, promoviendo su reintegración social y calidad de vida.

Figura 1



Figura 2



Figura 3



P046

Reconstrucción mandibular con colgajo microvascular de fíbula en paciente pediátrico con fibromixoma odontogénico: Reporte de Caso.

Dr. Neftali Zuñiga Casillas¹, Dr. Carlos Manuel Roa Encarnación², Dr. Víctor Hugo Santos Enriquez¹

¹Hospital Universitario De Puebla, Puebla, México, ²UMAE Pediatría CMNO, Guadalajara, México

Introducción: Los mixomas odontogénicos, son tumores benignos poco comunes que se originan a partir del ectomesénquima odontogénico y se caracterizan por ser localmente agresivos. Histologicamente estas lesiones tienden a formar colágeno, por lo cual, debe designarse el nombre de fibromixomas/mixofibromas. El tratamiento ideal es la escisión quirúrgica, siendo la resección segmentaria y su reconstrucción la opción más adecuada, debido a que presenta la menor probabilidad de recurrencia.

Presentación de caso: Paciente masculino de 14 años sin antecedentes crónico-degenerativos de importancia con antecedente de diagnóstico histopatológico de fibromixoma mandibular reportado por facultativo con previo tratamiento de corticoesteroide intralesional sin mejoría clínica. El día 03/07/2021 es tratado con resección segmentaria + colocación de placa de reconstrucción mandibular, presentando como complicación subsecuente la fractura del material de osteosíntesis. Se revalora el 24/03/2024 y se decide protocolizar para retiro de material de osteosíntesis + reconstrucción mandibular con colgajo microvascular de fíbula. El paciente se mantiene en vigilancia clínica e imagenológica de colgajo musculo-osteo-cutáneo para corroborar correcta función y adaptación, además de protocolo para rehabilitación oral a través de implantes dentales.

Discusión: Los mixomas maxilares son lesiones tumorales benignas, de comportamiento invasivo y localmente agresivos, suelen presentarse en pacientes jóvenes de la segunda a la tercera década de la vida, de crecimiento lento y asintomático, debido a este comportamiento el tratamiento depende del tamaño y nivel de afectación sobre el hueso. Las lesiones de gran tamaño deben ser tratadas de manera agresiva, ya que se trata de lesiones no encapsuladas que tienden a infiltrar el hueso adyacente. Trode y colaboradores informan que la reconstrucción mandibular en pacientes pediátricos mediante colgajo vascularizado de peroné permite restaurar tanto la anatomía como la función de la mandíbula, promoviendo un desarrollo cráneomaxilofacial normal y previniendo alteraciones en el crecimiento facial.

Conclusión: Actualmente el tratamiento "gold-standard" de lesiones de gran tamaño en el ámbito maxilofacial es el uso de colgajos microvasculares osteomusculocutáneos de fíbula, ya que es hueso que representa una opción segura para el tratamiento reconstructivo, además de ofrecer un lecho histocompatible para la rehabilitación oral, alcanzando metas funcionales y estéticas favorables, luego del tratamiento agresivo.

Bibliografía:

1. K. Bonanthaya. Oral and Maxilofacial Surgery for the Clinician. 1st Ed. 2021. Springer.
2. Ehrenfeld et al. Advanced Craniomaxillofacial Surgery: Tumor, Corrective, Bone Surgery and Trauma. 1st Ed. 2021. Thieme.
3. B. Neville, D. Damm. Oral and Maxillofacial Pathology. 4th Ed. 2016. ELSEVIER.
4. A. Obispo KC. Chan. Head and Neck Tumors. 5th Ed. 2025. WHO Classification of Tumors.
5. Trode H., Pouget C., Talbi M., Simon E., Brix M., (2023) Surgical management of odontogenic myxomas: A case series, International Journal of Surgery Case Reports.

Figura 1



Figura 2



P047

Rinoplastia funcional y estética en cirugía maxilofacial: uso del injerto septal como pilar estructural

Dr. Anthony Steve Ochoa Garcia¹, Dr. Edgar Garduño Mejía

¹Centro Medico Lic. Adolfo López Mateos, Toluca, México

Introducción: La rinoplastia estructural es una herramienta fundamental en la cirugía maxilofacial para el tratamiento de deformidades nasales que afectan tanto la función respiratoria como la armonía facial. El cartílago septal autólogo se considera el injerto de elección por su disponibilidad, resistencia, estabilidad a largo plazo y bajo índice de complicaciones. Su uso permite restaurar la arquitectura nasal y mejorar los resultados estéticos y funcionales del paciente.

Objetivos: Describir el abordaje quirúrgico y los resultados funcionales y estéticos de un caso clínico de rinoplastia estructural realizada con injerto de cartílago septal autólogo en el contexto de la cirugía maxilofacial.

Material y métodos: Paciente femenino de 25 años con antecedentes de trauma nasal y obstrucción respiratoria bilateral, asociada a deformidad estética nasal. Al examen físico se identificó desviación septal, colapso del dorso cartilaginoso y retracción columelar. Se realizó rinoplastia estructural abierta bajo anestesia general. Se obtuvieron injertos de cartílago septal autólogo, modelados para extensión septal, columela y reconstrucción dorsal. Se emplearon osteotomías para corrección ósea, suturas estructurales y férula externa postoperatoria.

Resultados: La evolución postoperatoria fue satisfactoria, sin complicaciones. En el seguimiento a 3 y 6 meses se observó buena proyección nasal, simetría y estabilidad de los injertos. La paciente reportó mejoría funcional respiratoria y alta satisfacción estética. No fue necesario realizar procedimientos adicionales ni se evidenció reabsorción significativa del injerto.

Conclusión: La rinoplastia estructural con cartílago septal autólogo es una técnica segura, reproducible y efectiva en el manejo de deformidades nasales complejas. Su aplicación en cirugía maxilofacial permite abordar integralmente tanto la función como la estética nasal, con resultados estables a mediano plazo y alto grado de satisfacción del paciente.

P048

Estrategias híbridas en Estética Maxilofacial y Regeneración celular con inyectables de ácido hialurónico e hidroxapatita de calcio

Dra. Carolina Flores Idarraga¹, Dr. Jorge Emmanuel Ortiz Ruiz¹

¹Facultad de ciencias médicas de la santa casa, Sao Paulo, Brasil

Introducción: El envejecimiento es un proceso fisiológico dinámico y multifactorial que afecta de manera desigual los distintos compartimentos y capas de la cara, según lo define la Organización Mundial de la Salud. Con el paso del tiempo se producen cambios en la piel, la grasa superficial y las fascias, lo que origina pérdida de volumen, flacidez y alteraciones en los contornos faciales.

Objetivos: Evaluar la eficacia y seguridad de tratamientos inyectables no quirúrgicos para el reposicionamiento de tejidos faciales, mediante el uso de ácido hialurónico y hidroxapatita de calcio (Radiesse), y analizar su capacidad de bioestimulación regenerativa.

Material y métodos: Se realizó una revisión de la anatomía facial en capas y de los compartimentos grasos superficialmente definidos. Se estudiaron las propiedades reológicas de los rellenos y la línea de ligamentos como límite funcional. Se incluyeron estudios clínicos y analíticos sobre inyecciones de ácido hialurónico para corrección de surcos y definición de volúmenes, y de hidroxapatita de calcio para estimular la neocolagénesis, angiogénesis y producción de proteoglicanos.

Resultados: El ácido hialurónico corrigió surcos profundos y redefinió contornos con previsibilidad y confort. La hidroxapatita de calcio indujo proliferación de fibroblastos y formación de colágeno tipo I alrededor de las microsferas de CaHA desde la primera semana; se observó angiogénesis y aumento medio del 76 % en proteoglicanos a los seis meses tras inyección en manos. La combinación híbrida de CaHA y ácido hialurónico potenció el efecto de lifting y mejoró la calidad de la piel sin intervención quirúrgica.

Conclusión: Los tratamientos inyectables con ácido hialurónico y hidroxapatita de calcio representan una opción segura, flexible y eficaz para el reposicionamiento de tejidos y la estética regenerativa facial, ofreciendo resultados de volumen, lifting y renovación tisular sin cirugía.

P049

Comparación entre el uso de técnicas de sutura intradérmica y sutura de punto simple en blefaroplastia superior

Dra. Geraldin Paez Parra¹, Dra. Diana Marcela Ocampo Chavarro¹

¹Santa Casa, São Paulo, Brasil

Introducción: Revisión bibliográfica comparando los resultados estéticos en el tiempo de evolución de la sutura simple y la sutura intradérmica de los párpados superiores

Objetivos: En esta revisión se quiere mostrar los resultados comparativos entre las técnicas de suturas intradérmicas y simple, con hilo monofilamento 6-0, en cirugía de blefaroplastia superiores, con base a los criterios considerados, edema, costras, dehiscencia y tipo de cicatrización, según estudios realizados.

Material y Métodos: La presente revisión se efectuó a través de análisis de artículos científicos de estudios comparativos realizados entre técnicas intradérmicas y puntos simples desarrollados en pacientes de cirugía de blefaroplastia superior.

Resultados: Se pudo observar un alto índice de edema en los pacientes que fueron tratados con sutura intradérmica mononylon 6.0, sin embargo, se encontró una mejor evolución en las fases de cicatrización en periodos mediatos e inmediatos y con resultados finales óptimos a los 60 días a diferencia de la sutura de punto simple que se obtuvieron los mismos resultados a los 90 días.

En el hallazgo clínico también se encontró mayor formación de costras en la cicatriz asociado a un posible aumento de sangrado, en las heridas suturadas con punto simple.

Conclusiones: Se deduce con estos estudios que no hay diferencia significativa entre los dos tipos de técnica de sutura intradérmica y punto simple, con mononylon 6.0 en cirugías de blefaroplastia superior ya que depende más de cada paciente su calidad de cicatrización, tipo de piel y cuidados pos operatorios.

P050

Análisis fotográfico del perfil facial en jóvenes de diferentes regiones del Ecuador

Dr. Juan Andrés Solano Espinoza¹, Esp. Miriam Verónica Lima Illescas²

¹Universidad Tecnológica Equinoccial, Quito, Ecuador, ²Universidad Católica de Cuenca, Cuenca, Ecuador

Introducción: El estudio examinó en 2023 las variaciones en medidas faciales angulares y lineales según el método de Powell en 93 estudiantes de odontología (Costa, Sierra, Oriente, Ecuador). La apariencia facial, resultado de tejido óseo y blando, está influenciada por edad, sexo, cultura y etnia, pero los estándares actuales provienen de poblaciones europeas o norteamericanas, lo que limita su aplicabilidad en poblaciones latinoamericanas diversas (1–7). En un país plurinacional como Ecuador, se requiere establecer valores faciales regionales para una práctica estética culturalmente pertinente.

Objetivo: Comparar las medidas angulares del perfil facial y verificar diferencias significativas según el origen regional (Costa, Sierra, Oriente).

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio transversal y cuantitativo, aprobado por el CEISH-UCACUE-2023-019. De 1 275 estudiantes (18–25 años), se seleccionaron 93 mediante muestreo probabilístico simple (31 por región), considerando parámetros estadísticos (95 % confianza, 80 % potencia, precisión 1 mm, varianza 2 mm) (8). Se incluyeron participantes con linaje regional concordante y dentición completa, y se excluyeron aquellos con tratamiento estético, ortodoncia activa, origen insular, barba densa o antecedentes de cirugía estética. Una semana antes, firmaron consentimiento y se confirmó elegibilidad con examen bucal.

Se tomaron fotografías estandarizadas de perfil derecho: cámara Canon EOS T6 (lente macro 100 mm), fondo blanco, testigo métrico de 33 cm, a 3 m de distancia, enfoque al conducto auditivo externo y plano de Frankfort paralelo. Se eliminaron elementos distractores. Las imágenes se exportaron a AutoCAD 2023, se calibraron y se marcaron puntos anatómicos faciales para medir 11 ángulos (nasofrontal, nasofacial, nasolabial, nasomental, mentocervical, facial, facial total y mentolabial, y proyecciones labiales) conforme a Powell (10,11). El método de Powell define el nasofrontal y nasofacial como parte de sus “triángulos estéticos” faciales

Figura 1

Figura 2

Resultados: Las medidas angulares presentaron variaciones significativas por región:

Sierra: ángulo nasofrontal de 142° (mayor prominencia de glabella/dorso nasal), ángulo facial de 168° y facial total de 128°, denotando un perfil menos convexo y nariz estilizada.

Costa: ángulo nasofacial de 33° y mentocervical de 97°, sugiriendo nariz prominente y posible retrognatismo mandibular o acúmulo de grasa.

Oriente: ángulo mentolabial de 130°, indicando proinclinación de incisivos inferiores.

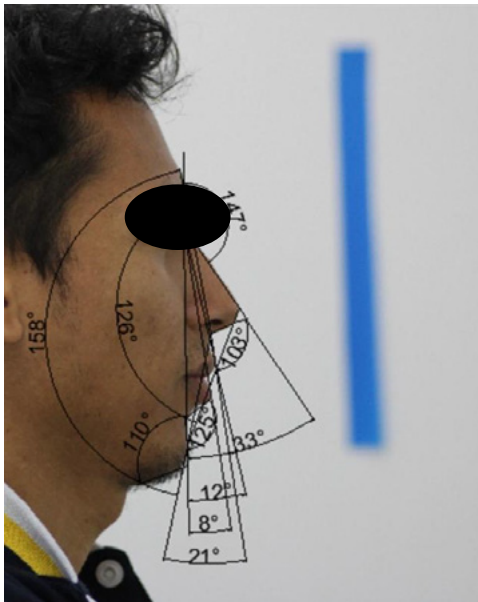
En todas las regiones, los ángulos labio-mentón fueron menores al estándar Powell (8° vs 11°), señal de retroinclinación incisiva; la Costa mostró el ángulo de labio superior más bajo (16° vs 17° en Sierra y Oriente).

Conclusiones: Estos resultados desmienten la aplicación universal de estándares estéticos derivados de poblaciones caucásicas. La diversidad étnica y cultural requiere normativas faciales específicas según región para alcanzar tratamientos quirúrgicos adaptados a cada contexto. Establecer valores regionales permitirá planificaciones estéticas y funcionales más precisas, culturalmente sensibles y con relevancia clínica.

Figura 1



Figura 2



P051

Armonización para perfeccionar el resultado estético en cirugía ortognática: revisión de la literatura y presentación de un caso clínico

Dr. Jorge Tello¹

¹Santa Casa, Lima, Perú

Introducción: La cirugía ortognática es fundamental en el tratamiento de deformidades dentofaciales, permitiendo corregir discrepancias esqueléticas y mejorar la calidad de vida del paciente tanto en la función como en la estética facial. Sin embargo, algunos pacientes experimentan insatisfacción estética postoperatoria, especialmente por la adaptación de tejidos blandos o persistencia de asimetrías menores. Para abordar estas limitaciones, se proponen técnicas complementarias como la infiltración de neuromoduladores y rellenos dérmicos, dentro del concepto de armonización facial. La armonización facial surge como una opción efectiva para perfeccionar contornos, atenuar arrugas dinámicas, mejorar la percepción estética y la proyección de estructuras anatómicas

El objetivo de este trabajo es revisar la literatura sobre tratamientos complementarios mínimamente invasivos, evidenciar cómo la armonización facial optimiza los resultados estéticos de la cirugía ortognática y resaltar la importancia de la capacitación del cirujano maxilofacial en estos procedimientos.

Métodos: Se realizó una revisión en bases de datos científicas PubMed, Scopus, Google Scholar, Cochrane Library, priorizando publicaciones entre 2014 y 2024 en inglés y español, con evidencia clínica y guías de práctica, utilizando términos: "orthognathic surgery", "facial harmonization", "botulinum toxin", "dermal fillers", "maxillofacial surgery"

Resultados: La estética facial postoperatoria depende no solo de la corrección ósea, sino también de la respuesta de tejidos blandos. La predicción de la adaptación de los tejidos blandos sigue siendo un desafío, especialmente en áreas como mentón, zona malar y región periorbitaria y la aplicación de neuromoduladores y rellenos mejora la simetría y proyección facial, mejorando la definición mandibular y reduciendo retratamientos.

práctica de cirugía ortognática amplía el enfoque terapéutico y potencia la satisfacción del paciente, siempre que se respeten principios anatómicos, técnicas seguras, materiales certificados y sean realizados por especialistas capacitados

Conclusión: La combinación de cirugía ortognática y procedimientos estéticos mínimamente invasivos mejora la percepción de resultados funcionales y estéticos, potencia los resultados estéticos de la cirugía ortognática y mejora la satisfacción del paciente. Su implementación debe realizarse con rigor profesional y conocimiento anatómico para garantizar seguridad y eficacia

P052

Apicectomía de Implante Dental Osteointegrado

Dr. Roberto Barriga¹, Dr. Gustavo Obando Perea²

¹Facultad de ciencia medicas santa casa, Sao paulo, Brasil, ²Universidad Católica de Santa María, Arequipa, Perú

Introducción: La apicectomía, definida como la extracción del ápice de una pieza dental con infección permanente, es un procedimiento establecido en la odontología. Sin embargo, su aplicación en el contexto de implantes dentales osteointegrados, especialmente aquellos que comprometen estructuras anatómicas adyacentes, es un área con escasa documentación. Este reporte de caso describe un enfoque quirúrgico para resolver una complicación derivada de la extrusión apical de un implante monoblock en el piso de la fosa nasal, presentando la apicectomía del implante como una alternativa viable a la extracción completa.

Objetivos: El objetivo principal de este reporte de caso es describir una técnica de apicectomía aplicada a un implante dental osteointegrado cuyo ápice protruía en el piso de la fosa nasal, y evaluar la resolución de la sintomatología asociada.

Material y Métodos: Se presentó a consulta una paciente de aproximadamente 40 años de edad, con sintomatología nasal (estornudos y mucosidad frecuentes, sensibilidad en la mucosa nasal) posterior a la colocación de un implante monoblock en la pieza 21 y su rehabilitación. El examen tomográfico reveló la extrusión del ápice del implante en el piso de la fosa nasal.

Ante la presencia de un implante osteointegrado, y considerando que la extracción completa conllevaría un detrimento óseo significativo, se optó por una apicectomía del implante. Se administraron tres cartuchos de anestesia para bloqueo nervioso del maxilar. Se realizó un colgajo de espesor total para lograr una exposición completa de la pared vestibular del implante. A nivel del ápice del implante, se efectuó una osteotomía controlada, con una fresa quirúrgica Zekrya (FG 151L), se procedió al desgaste de aproximadamente 2 mm del ápice del implante.

Tras la resección apical, se realizó una irrigación profusa con suero fisiológico estéril para asegurar la eliminación de partículas metálicas y detritos. Posteriormente, la zona intervenida fue regenerada con hueso particulado autólogo enriquecido con fibrina rica en plaquetas (PRF) y cubierta con una membrana de colágeno reabsorbible. Finalmente, se procedió a la sutura de los tejidos blandos.

El régimen postoperatorio incluyó clindamicina 300 mg cada 8 horas por 7 días, ketoprofeno 100 mg cada 12 horas por 5 días y dexametasona 4 mg cada 24 horas por 3 días.

Resultados: Un mes después de la intervención, una tomografía de control evidenció la completa remoción del ápice del implante del piso de la fosa nasal. La paciente reportó la resolución completa de la sintomatología nasal previamente descrita (estornudos, mucosidad frecuente y sensibilidad nasal). La ausencia de complicaciones postoperatorias y la integración del injerto óseo fueron confirmadas radiográficamente y clínicamente.

Conclusión: Este reporte de caso demuestra la eficacia y previsibilidad de la apicectomía de implantes dentales osteointegrados como una alternativa viable a la extracción completa en situaciones donde el ápice del implante compromete estructuras anatómicas adyacentes. Permitió la resolución de la sintomatología, preservando el implante osteointegrado y evitando un daño óseo mayor. Este caso constituye el segundo reporte en la literatura que describe esta técnica, sugiriendo su potencial como una opción terapéutica conservadora y previsible.

P053

Hallazgos anatómicos del seno maxilar evidenciados en tomografía computarizada de haz cónico.

Dra. Viviana De Ascencao Pestana¹, Dra. Jadwiga Sánchez²

¹Postgrado Cirugía Bucal UCV, Caracas, Venezuela, ²Jefe de Cátedra de Radiología. Profesor Asistente del Postgrado de Cirugía Bucal UCV, Caracas, Venezuela

Introducción: Los senos maxilares son cavidades muy cercanas a las estructuras dentarias, también pueden presentar variantes anatómicas, por lo cual, los diferentes tratamientos pueden influir en la relación con esta estructura, como predisponer la aparición de complicaciones asociadas.

Objetivo: determinar los hallazgos anatómicos más frecuentes del seno maxilar mediante la evaluación de tomografías computarizadas de haz cónico (TCHC) de pacientes que acudieron al centro radiológico RADIFACE en el servicio de Odontología en el Centro Médico Docente la Trinidad durante el período 2018-2024

Metodología: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal; tomando como referencia las TCHC de pacientes que acudieron al centro radiológico RADIFACE en el servicio de Odontología en el Centro Médico Docente la Trinidad durante el período 2018-2024.

Resultados: fueron evaluadas 200 TCHC que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, para evaluar un total de 400 senos maxilares, de los cuales el 85,25% presentaron al menos un hallazgo anatómico, siendo más frecuente el engrosamiento de la mucosa en el 37% de los casos, la posición más frecuente de la arteria alveolar posterior superior (AAPS) fue la intrasinusal (49,25%), así como se tomó medida desde el piso del seno hasta el ápice, evaluando 10.400 ápices. **Conclusiones:** Predominó el hallazgo anatómico engrosamiento de la mucosa seguido de neumatización del seno maxilar, más frecuente en el género femenino con edad 43-66 años; la posición intrasinusal de la AAPS fue la más predominante. Tuvo mayor relación la raíz palatina del 16 y raíces vestibulares del 27 con el piso del seno maxilar, siendo menor la distancia en pacientes jóvenes.

P054

Rehabilitación total del arco superior utilizando la asociación de flujo de trabajo digital y analógico: relato de caso clínico.

Dr. Félix Luna Dilone¹

¹Facultad Ciencias Médicas Santa Casa Sao Paulo, Sao Paulo, Brasil

Introducción: Con la entrada de nuevas tecnologías y técnicas odontológicas analógicas y digitales, los pacientes se muestran cada vez más exigentes en la búsqueda de tratamientos que les ofrezcan mayor predictibilidad. Especialmente cuando se encuentran en fase terminal de su dentición. En esta fase, la pérdida de todos los dientes es inevitable, siendo muchas veces consecuencias de condiciones graves como la periodontitis crónica avanzada. Este cuadro clínico impone al profesional la difícil decisión de proceder a la extracción de todos los dientes, un paso crucial para la preservación y el aprovechamiento del hueso remanente disponible.

La utilización del flujo de trabajo analógico y digital es crucial para las opciones de los tratamientos existentes. La Odontología ha crecido en los últimos años impulsada por la búsqueda constante de los profesionales por la tecnología. Mayor precisión y facilidad en la obtención de impresiones y imágenes; La tomografía computarizada de haz cónico permitió desde 1997 la obtención de imágenes limpias. Tomografías tridimensionales para fines odontológicos con bajos niveles de radiación posibilitando planeamientos quirúrgicos más precisos y confiables. A través de una combinación de un diseño protético pre-operatorio con información anatómica del hueso subyacente, minimizando el traumatismo de los tejidos con la precisión de estos flujos de trabajo.

Objetivos: El objetivo de este trabajo es presentar un relato de caso clínico. Donde se trató una paciente en fase de dentición terminal donde fue posible combinar las técnicas de trabajo analógicas y digitales para alcanzar la rehabilitación total de los maxilares con prótesis soportadas por implantes dentales con calidad predictibilidad y seguridad.

Materiales y métodos: Se combinaron los trabajos analógicos representados por la utilización de una guía multifuncional obtenida a través de una impresión preliminar. Escaneamiento intra oral y extra oral, tanto de la cavidad oral, como de los modelos de estudios, obteniendo archivos (STL y PLY). Con el scanner Virtuo vivo.

Estudios radiológicos panorámicos y tomografías computarizadas (ARCHIVOS DICOM). Estas informaciones fueron importadas al software de planeamiento virtual Codiagnostix (DENTAL WINGS), con el objetivo de una posición tridimensionalmente ideal de los implantes en base a la simulación protésica planeada en el programa Exoplan (Exocad).

Para la colocación de cinco implantes Gran morse Neodent.

Resultados: La combinación de ambos flujos de trabajos tanto analógico, como digital aportaron seguridad y predictibilidad en el plan de tratamiento sugerido, demostrando efectividad en casos de gran complejidad; como en pacientes en fase de dentición terminal.

Conclusiones: La rehabilitación de una maxila totalmente edentula con una prótesis híbrida implantosoportada, conforme descrito en este caso clínico, ejemplifica la eficiencia de la cirugía guiada digitalmente. El planeamiento y ejecución con el auxilio de una guía multifuncional fueron fundamentales para el éxito del tratamiento. La aplicación de tecnologías digitales, incluyendo el planeamiento con TCFC y softwares específicos permitió el control preciso del posicionamiento de los implantes y la reducción de los desvíos clínicos, aun en frente de un caso complejo de dentición terminal.

P055

Implantes Subperiósticos como Alternativa Terapéutica en Casos Complejos: Análisis de un Caso Clínico y Revisión de la Literatura

Dr. Javier Marín Wagemann^{1,2}, Dr. Gonzalo Martinovic Guzmán¹, Dra. Victoria Rodríguez Vergara²

¹Servicio de Cirugía Maxilofacial Hospital Militar de Santiago, Santiago, Chile, ²Universidad de Los Andes, Santiago, Chile

Introducción: El tratamiento de pacientes con atrofia ósea severa de los maxilares representa un desafío para el cirujano, especialmente cuando la pérdida ósea está acompañada de enfermedades sistémicas, tabaquismo y otras condiciones que impiden la instalación de implantes endoósseos o realizar procedimientos regenerativos. Durante los últimos años, los implantes subperiósticos resurgen como una alternativa terapéutica en estos casos, especialmente gracias a los avances en planificación quirúrgica digital e impresión 3D.

En este contexto, se presenta el caso de una paciente femenina de 44 años tratada en el servicio de cirugía maxilofacial del Hospital Militar de Santiago, con antecedentes de diabetes mellitus tipo II, dislipidemia, tabaquismo y enfermedad periodontal severa. Debido al compromiso sistémico, la imposibilidad de dejar de fumar y las necesidades estéticas, se planificó la instalación de un implante subperióstico personalizado en el maxilar. Posterior a la cirugía se realizó la carga inmediata del componente protésico. El seguimiento clínico permitió constatar una integración exitosa del implante, acompañada de resultados estéticos y funcionales satisfactorios al concluir la fase de rehabilitación.

Casos como este, destacan la necesidad de analizar el papel actual de los implantes subperiósticos como alternativa terapéutica en pacientes con pérdida dentoalveolar extensa y contraindicaciones para tratamientos convencionales.

Objetivos: Los objetivos de esta revisión son analizar el tratamiento en base a implantes subperiósticos como una alternativa viable en casos complejos, mediante la presentación de un caso clínico y análisis de la literatura disponible, con énfasis en las indicaciones, ventajas, tasa de éxito, limitaciones, presencia de comorbilidades y comparación con otras técnicas.

Material y Métodos: Se realizó una búsqueda electrónica de información en diferentes bases de datos, además de una búsqueda retrograda a partir de los artículos encontrados. Se seleccionaron artículos publicados en los últimos 10 años, en inglés y español, que abordaran el uso de implantes subperiósticos. Posteriormente, se llevó a cabo un análisis crítico y una síntesis de la información recopilada.

Resultados: El análisis de la literatura evidenció un renovado interés por el uso de implantes subperiósticos, especialmente en pacientes con limitaciones sistémicas o anatómicas. Diversos estudios reportaron tasas de éxito clínico entre un 90% y 95% en seguimientos superiores a cinco años. La incorporación de tecnologías 3D permitió optimizar la precisión en el diseño y ajuste pasivo de los implantes, reducir los tiempos quirúrgicos y mejorar tanto la recuperación posoperatoria como los resultados estéticos. Esta técnica fue considerada una opción eficaz en contextos clínicos donde se buscó evitar procedimientos invasivos, como injertos óseos o implantes cigomáticos.

Conclusiones: Los implantes subperiósticos representan una alternativa terapéutica efectiva, predecible y poco invasiva en pacientes con atrofia ósea severa y condiciones sistémicas que impiden los tratamientos convencionales. La planificación digital y la impresión 3D permiten una mejor adaptación anatómica, distribución biomecánica y rehabilitación protésica en tiempos más acortados. Estos hallazgos respaldan su uso en escenarios clínicos complejos y abren la puerta a futuras investigaciones orientadas a estandarizar su indicación y aplicación en la práctica clínica.

P056

Maxilar y mandíbula con atrofia severa. Tratamiento quirúrgico-protésico mediante implantes cigomáticos e implantes cortos más refuerzo con placa de reconstrucción de titanio en un solo día. Reporte de caso.

Dr. Alexis Pacha Guerrero¹, Dr. Juan Andrés Benenaula Bojorque¹

¹Universidad UTE, Quito, Ecuador

Introducción: La rehabilitación de maxilares con atrofia severa representa un desafío quirúrgico y protésico por la limitada cantidad y calidad del hueso. Aunque los injertos óseos autólogos son el “estándar de oro” en estos casos, implican procedimientos complejos y costosos. Los implantes cigomáticos son una opción efectiva para la rehabilitación del maxilar atrófico, reduciendo la morbilidad y los tiempos operatorios. Para mandíbulas severamente atróficas (≤ 10 mm), también se ha propuesto el uso de implantes cortos reforzados con una placa de reconstrucción de titanio.

La tomografía computarizada es esencial para la planificación quirúrgica, al evaluar el volumen óseo y la relación con estructuras. Además, la carga inmediata es viable si se alcanza un torque mínimo de 40 Ncm. No obstante, aún falta por conocer si esta estrategia combinada proporciona una retención biomecánicamente estable para la rehabilitación en un solo día sin la utilización de injertos óseos.

Objetivos: Presentar una alternativa de tratamiento quirúrgico-protésico en pacientes con maxilar y mandíbula con atrofia severa, mediante implantes cigomáticos e implantes cortos en un tiempo operatorio.

Materiales y métodos: Se presenta el caso de un paciente masculino de 74 años con antecedente de hipertensión arterial controlada, quien acudió a valoración refiriendo movilidad en sus prótesis, lo que le generaba dificultad en la masticación y fonación. A la exploración clínica se identificó edentulismo total bimaxilar, con reborde alveolar superior con tejido blando móvil y severa reabsorción, así como reborde mandibular con marcada pérdida ósea y superficialización de estructuras anatómicas. La radiografía panorámica y la tomografía computarizada revelaron atrofia maxilar severa tipo V de Cawood y Howell y atrofia mandibular tipo III según Luhr.

Dado el compromiso funcional y estético, se propone la rehabilitación maxilar con técnica extrasinusal Quad Zygoma (JD Zygoma) y rehabilitación mandibular con cuatro implantes cortos (sistema BTI) más refuerzo con placa de reconstrucción de titanio de 2 mm y tornillos bicorticales. Se realizó planificación virtual con software DDS-Pro e impresión 3D mandibular para la preadaptación de la placa. El procedimiento quirúrgico se efectuó bajo sedación consciente, siguiendo protocolos de fresado y colocación de implantes, respetando estructuras anatómicas críticas, con estabilidad primaria para la rehabilitación con prótesis híbridas de carga inmediata.

Resultados: Se realizó la rehabilitación de los maxilares con atrofia severa mediante implantes cigomáticos y cortos, con excelente estabilidad primaria y refuerzo mandibular con placa de titanio, permitiendo la carga inmediata con prótesis híbridas. A los 4 meses se confirmó la oseointegración y se colocaron las prótesis definitivas. Tras 15 meses, se mantuvo buena cicatrización, función masticatoria y sin fallas protésicas.

Conclusiones: Los implantes cigomáticos representan una alternativa efectiva para la rehabilitación de maxilares con atrofia severa. Mandíbulas con atrofia severa tienen un alto porcentaje de fractura, en rebordes óseos residuales de 6 a 9 mm de altura, la colocación de cuatro implantes cortos más refuerzo con placa de titanio, es una opción de tratamiento prometedora a largo plazo con resultados favorables. Las prótesis de carga inmediata proporcionan una solución rápida y predecible con excelentes resultados en comparación a la carga diferida.

Figura 1



Fig. 1: Situación inicial A: Edentulismo total superior e inferior. B: Radiografía panorámica con senos maxilares neumatizados sin evidencia de patologías. C: TC de macizo facial que evidencia atrofia maxilar severa tipo V de Cawood y Howell, atrofia mandibular severa tipo III según la clasificación de Luhr, con zona de menor altura de 6 mm.

Figura 2

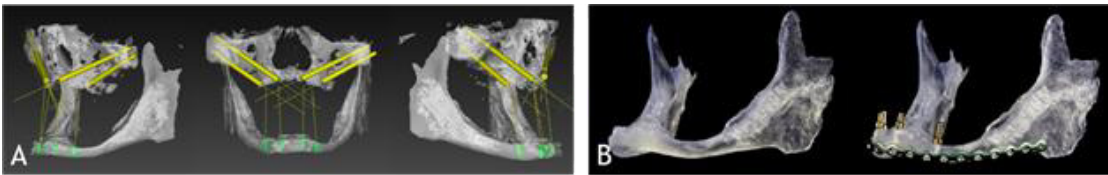


Fig. 2: Planificación virtual: A: DDSPro Posición quirúrgica ideal de los implantes respetando los principios biomecánicos y las estructuras anatómicas adyacentes. B: Modelo 3D de mandíbula, adaptación de la placa de reconstrucción de titanio de 2 mm de perfil sobre la cara externa de la basal mandibular.



Fig. 3: Secuencia Quirúrgica: A: Quad Zygoma superior (JD Zygoma); B: Implantes cortos (Sistema BTI) más placa de reconstrucción mandibular. C: Radiografía panorámica de control inmediata.

Figura 3



Fig. 4: Control postquirúrgico 15 meses: A: Prótesis híbridas de acrílico definitivas. B: Cicatrización a los 4 meses de evolución arcada superior. C: Arcada inferior. D: Radiografía panorámica de control. E: TC reconstrucción volumétrica disposición de los implantes oseointegrados.

P057

Tracción ortodóncica del tercer molar inferior en relación íntima con el nervio alveolar inferior mediante microimplantes: una alternativa conservadora a la exodoncia quirúrgica

Dr. Bruno Santini Bocianskas, Dr. Andre Rodriguez, Dr. Hugo Yáñez Posligua

¹Facultad de Ciencias Médicas de Santa Casa de São Paulo, Sao Paulo, Brasil

Introducción: La extracción quirúrgica del tercer molar inferior es un procedimiento común, pero conlleva riesgos significativos para la integridad del nervio alveolar inferior (NAI), especialmente cuando existe una relación anatómica estrecha entre la raíz dentaria y dicho nervio. En este contexto, la tracción ortodóncica asistida por microimplantes ha emergido como una alternativa conservadora que busca reducir dichas complicaciones neurosensoriales

Objetivos: Evaluar la eficacia y seguridad de la tracción ortodóncica asistida por microimplantes en la movilización de terceros molares inferiores en contacto íntimo con el nervio alveolar inferior, como alternativa a la exodoncia quirúrgica convencional.

Material y Métodos: Se llevó a cabo un estudio retrospectivo descriptivo en la Unidad de Cirugía Bucal y Ortodoncia de una institución universitaria. La muestra incluyó a 8 pacientes (edad media: 21 años) con terceros molares inferiores en contacto directo con el NAI, confirmado mediante CBCT. Se colocaron microimplantes en la región retromolar y se aplicaron fuerzas ortodóncicas controladas mediante elásticos durante seis meses. Se analizaron variables como el desplazamiento coronoradicular (mm), la aparición de alteraciones neurosensoriales y el éxito del tratamiento, utilizando radiografías panorámicas, CBCT pre y postratamiento, y registros clínicos neurosensoriales. El análisis fue descriptivo con comparación pre y postratamiento.

Resultados: El tratamiento logró un desplazamiento coronoradicular promedio de 3,2 mm en sentido oclusal en el 75% de los casos (6 de 8 pacientes), facilitando así una exodoncia quirúrgica posterior más segura y menos invasiva, sin contacto directo entre las raíces y el nervio alveolar inferior. En los 2 casos restantes, si bien el desplazamiento fue menor (<2 mm), 1 Bruno Santini Bocianskas este resultó suficiente para permitir la extracción con mínima osteotomía complementaria y sin contacto neurovascular directo. No se registraron alteraciones neurosensoriales postratamiento en ninguno de los pacientes, según el seguimiento clínico y los registros neurosensoriales. En cuanto a la estabilidad del anclaje, se reportaron fallos mecánicos en dos microimplantes, uno por movilidad temprana y otro por interferencia con tejido blando, lo que obligó a su recolocación y ajustes en la dirección de tracción. A pesar de estas incidencias, no fue necesario interrumpir el tratamiento, y se logró el objetivo terapéutico en todos los casos. En términos de satisfacción clínica, tanto los ortodoncistas como los cirujanos evaluadores consideraron que la intervención permitió una planificación quirúrgica más predecible y conservadora.

Conclusión: La tracción ortodóncica asistida por microimplantes se presenta como una alternativa eficaz y segura para el manejo de terceros molares inferiores en contacto íntimo con el nervio alveolar inferior. Esta técnica permite reposicionar la unidad dentaria fuera del trayecto neurovascular, reduciendo significativamente el riesgo de lesión durante la exodoncia quirúrgica posterior. Los resultados de este estudio sugieren que, cuando se cuenta con una evaluación imagenológica precisa (CBCT) y un equipo multidisciplinario entrenado, esta estrategia puede sustituir procedimientos más invasivos como la coronectomía o la extracción directa con osteotomía extendida. Además, la ausencia de complicaciones neurosensoriales en esta serie refuerza su potencial como protocolo conservador, especialmente en pacientes jóvenes con alto riesgo de afectación del NAI.

P058

Quad Zygoma en Escenarios Críticos: Superando la Atrofia Cigomática Severa

Dr. Steve Valverde Loo¹, Dr. Juan Benenaula Bojorque¹

¹Universidad Ute, Quito, Ecuador

Introducción: La instalación de implantes cigomáticos en atrofia maxilar severa representa un desafío, especialmente cuando la reabsorción ósea compromete el hueso alveolar y cigomático.

La selección adecuada del diámetro, longitud y angulación de los implantes exige estudio profundo e individualizado de la anatomía del paciente y una planificación quirúrgica minuciosa. Esto es fundamental para minimizar riesgos (perforación de la órbita, trayectorias inadecuadas a través del seno maxilar, desplazamiento del implante a la fosa infratemporal).

Aunque existen protocolos y guías establecidas para la colocación de implantes cigomáticos, la literatura es limitada en cuanto a su aplicabilidad y toma de decisiones en situaciones donde la atrofia afecta significativamente al hueso cigomático.

Objetivo:

Evaluar la viabilidad clínica y quirúrgica de la colocación de implantes cigomáticos en un paciente con atrofia maxilar severa y reducción estructural del hueso cigomático.

Materiales y métodos: Paciente femenina de 74 años, con antecedentes de hipotiroidismo, edéntula bimaxilar de larga evolución. La exploración clínica reveló un reborde alveolar superior e inferior con reabsorción ósea severa vertical y horizontal.

El estudio tomográfico evidenció una atrofia maxilar severa, tipo VI de Cawood y Howell, con disminución estructural de los huesos cigomáticos. A nivel mandibular, una atrofia tipo II de Luhr.

Se planificó técnica Quad Zygoma en el maxilar y all on four en la mandíbula con implantes cortos.

La planificación virtual se realizó mediante el software DDS-Pro, permitiendo una ubicación precisa de los implantes, respetando principios biomecánicos y estructuras anatómicas relevantes.

Bajo anestesia local y sedación consciente, se realizó en la maxilar incisión crestal con relajantes bilaterales y elevación de un colgajo mucoperióstico paracrestal hacia palatino. Se utilizó el protocolo de fresado extrasinusal JD Zygoma con irrigación salina. Se instalaron los implantes cigomáticos bilaterales con torque individualizado a la calidad ósea de los huesos cigomáticos. Posteriormente se adaptaron pilares multiunit angulados, verificando el paralelismo protésico. Se controló la hemostasia y se realizó cierre por planos con sutura reabsorbible.

La rehabilitación mandibular, se ejecutó con incisión crestal y elevación de colgajo mucoperióstico, con preservación anatómica. Se colocaron cuatro implantes cortos (BTI) con un torque de inserción de 45 Ncm, se adaptaron pilares multiunit rectos. Se controló la hemostasia y se suturó.

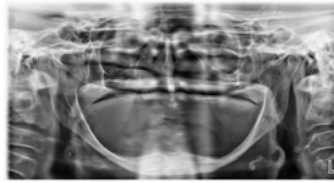
Resultados: Los implantes cigomáticos fueron posicionados siguiendo trayectorias extrasinusales, con anclaje en las zonas de mayor densidad del hueso cigomático remanente. Al tratarse de una cigoma de volumen reducido, la planificación digital permitió identificar la factibilidad quirúrgica y las trayectorias más seguras, reduciendo el riesgo.

Se realizó radiografía panorámica posquirúrgica para verificar la correcta ubicación de los implantes. A los cinco meses, la tomografía de control evidenció una adecuada osteointegración, sin signos de reabsorción ósea ni presencia de periimplantitis.

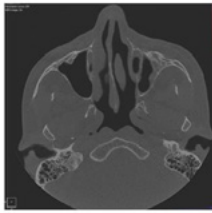
La paciente fue rehabilitada mediante prótesis híbridas, logrando función y estética armónica y satisfactoria.

Conclusión: La colocación de implantes cigomáticos representa una alternativa quirúrgica viable incluso en situaciones de atrofia cigomática severa. Una planificación meticulosa, apoyada en herramientas digitales de planificación, permite una ejecución precisa y segura, maximizando el aprovechamiento de los recursos anatómicos remanentes y reduciendo el riesgo de complicaciones.

Figura 1



Radiografía panorámica prequirúrgica



Corte axial de tomografía computarizada desde se observa la estructura de los huesos alveolares.

Figura 2

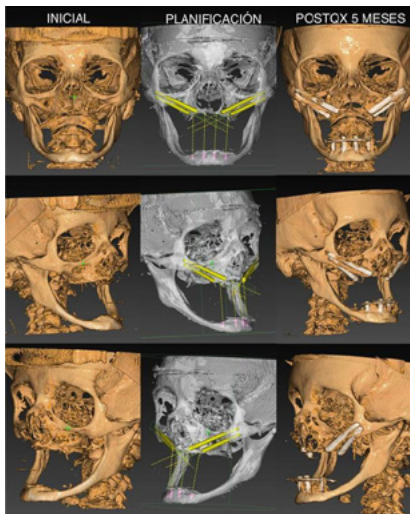
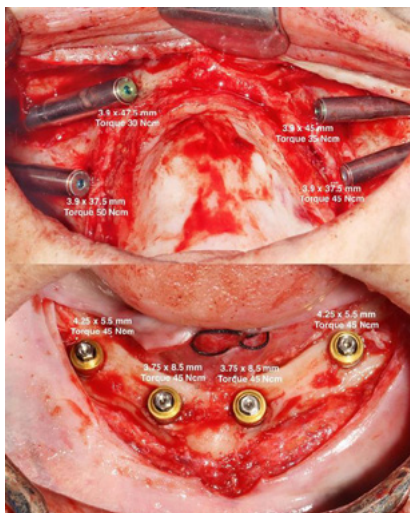


Figura 3



P059

Cirugía de implantes en pacientes con displasia dentinaria tipo I: Una revisión sistemática a propósito de un caso clínico.

Dra. Polett Catalina Yáñez Aravena¹, Dr. Sebastián Moreno Lobo¹

¹Universidad Diego Portales, Santiago, Chile

Introducción: La Displasia Dentinaria Tipo I (DD-I) es una enfermedad genética poco frecuente, caracterizada por raíces dentarias cortas o ausentes, lo que conlleva movilidad dentaria, pérdida prematura de piezas y mayor riesgo de infecciones. Si bien la rehabilitación con implantes osteointegrados se plantea como una alternativa terapéutica, la evidencia sobre indicación, eficacia y pronóstico es aún limitada y poco sistematizada. A la fecha, no se han identificado revisiones sistemáticas que aborden específicamente su uso en pacientes con DD-I.

Objetivo: Evaluar los resultados clínicos reportados en la literatura científica sobre el uso de implantes osteointegrados en pacientes con Displasia Dentinaria Tipo I, en relación con la osteointegración, complicaciones postoperatorias y calidad de vida.

Material y métodos: Se realizó una revisión sistemática de la literatura, la cual se desarrolló en el contexto de atención odontológica quirúrgica en pacientes con diagnóstico confirmado de DD-I. La población incluyó estudios en humanos con intervención quirúrgica mediante implantes osteointegrados. La muestra correspondió a artículos seleccionados entre 2000-2025 en las bases de datos PubMed, Scopus, SciELO y LILACS.

Se incluyeron ensayos clínicos, estudios observacionales y, dado el carácter poco frecuente de esta patología, se decidió incluir reportes de casos que documentaran procedimientos quirúrgicos con implantes y seguimiento clínico. Se excluyeron estudios en animales, revisiones sistemáticas, y artículos duplicados.

Se consideró como variable independiente la colocación quirúrgica de implantes osteointegrados, y como variable dependiente el éxito en osteointegración, complicaciones postoperatorias y calidad de vida. Se utilizaron descriptores estandarizados (MeSH/DeCS) y términos libres para la búsqueda. La recolección de datos se realizó mediante una matriz de extracción.

Resultados: Se identificaron 23 artículos: 3 en PubMed, 9 en Scopus, 9 en LILACS y 2 en SciELO. Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión se obtuvieron 11 estudios y tras la lectura del texto completo se incluyeron 3 estudios en el análisis.

Todos corresponden a reportes de caso con seguimiento clínico. Se describieron procedimientos de colocación de implantes osteointegrados en pacientes con diagnóstico confirmado de DD-I. En los tres casos se logró osteointegración sin pérdida de implantes durante el seguimiento (6 a 24 meses). Se reportaron complicaciones leves, como mucositis y reabsorción ósea marginal, manejadas clínicamente sin mayores consecuencias. Se observó estabilidad funcional y buena respuesta estética en todos los casos.

Adicionalmente, se consideró un caso clínico de una paciente de 27 años con diagnóstico confirmado de DD-I. Presentaba movilidad dentaria, raíces cortas, obliteración pulpar y lesiones periapicales. Tras evaluación interdisciplinaria, se indicó exodoncia selectiva y colocación de implantes osteointegrados con carga inmediata en maxilar superior. Al año de seguimiento, los implantes permanecían funcionales, sin signos de fracaso clínico o radiográfico, lo que refuerza la viabilidad de este abordaje en casos seleccionados.

Conclusión: Los hallazgos evidencian que, en ausencia de guías clínicas específicas, la cirugía con implantes osteointegrados puede representar una alternativa funcional y segura en pacientes con DD-I, siempre que exista una planificación individualizada. Esta revisión destaca la necesidad de generar evidencia de mayor calidad para sustentar decisiones terapéuticas en este contexto poco explorado.

Figura 1

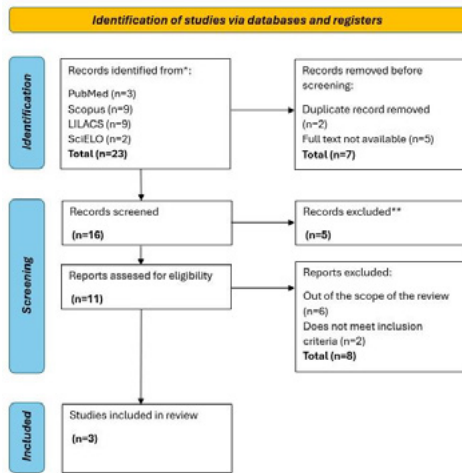


Figura 2



Figura 3



P060

Cierre de fisura nasoalveolar mediante toma y aplicación de injerto óseo autólogo de calota y fibrina rica en leucocitos y plaquetas una alternativa con menor comorbilidad, presentación de caso

Dr. Christopher Iván Escobar Espinosa¹, Dra. Margot Mendoza Martínez, Dr. Juan José Trujillo Fandiño

¹Hospital Juárez De México, Ciudad De México, México

Introducción: El injerto óseo de calota en cierre de fisuras nasoalveolares es un procedimiento en auge, ya que se obtiene mediante una intervención relativamente sencilla, con grandes ventajas, entre ellas, requiere menor tiempo quirúrgico; comparados con otros sitios, tiene mejor control, mínimo dolor posoperatorio, deja una cicatriz poco o nada visible. Además, el éxito es similar a los observados con injertos de cresta iliaca.

Objetivo: Mostrar el resultado del cierre de una fisura nasoalveolar mediante toma y aplicación de injerto óseo autólogo de calota

Material y métodos: Caso clínico y revisión de literatura, se trató de un hombre de 9 años de edad, bajo diagnóstico de labio y paladar fisurado unilateral derecho, con antecedentes de queiloplastía a los 3 meses de edad, veloplastía a la edad de 1 año, palatoplastía a la edad de 1 año 7 meses. Acudió en marzo de 2025 para cierre de fisura nasoalveolar. A la exploración presentó cicatriz quirúrgica que se extiende desde piso de fosa nasal derecha, continuándose hacia bermellón, mucosa labial hasta reborde alveolar. Se decidió realizar bajo anestesia general, cierre de piso nasal y liberación de colgajos mucoperiosticos, para posteriormente tomar injerto óseo autólogo de calota en región parietal, se colocó el injerto y fibrina rica en leucocitos y plaquetas en la fisura **Resultados:** En nuestro caso, el éxito del procedimiento se consideró mediante la escala radiográfica de Bergland y Witherow, así como al seguimiento clínico. **Conclusión:** De acuerdo con los resultados y a lo reportado en la literatura, este tipo de injerto se debería tomar en cuenta con mayor frecuencia como una alternativa viable en el manejo de fisuras. Sin embargo, esta técnica se recomienda para defectos menores y es importante recalcar que distintos factores juegan un papel importante en la correcta integración, así como la funcionalidad a largo plazo.

Figura 1



Figura 2

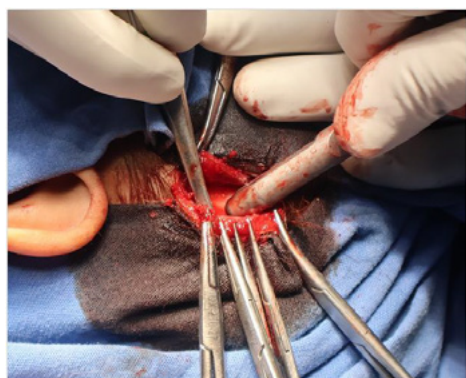
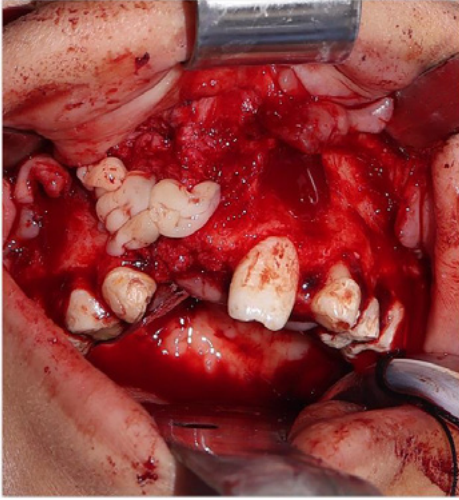


Figura 3



P061

Reposición Quirúrgica de Premaxila

Dr. Carlos Fuenzalida Kakarieka^{1,2,3,4}, Dr. Germán Laissle Casas del Valle^{2,4}, Dra. Francisca Salazar², Dra. Loreto Castellón Zirpel^{2,3}, Dr. Carlos Bahamondes²

¹Hospital Mutual De Seguridad, Santiago De Chile, Chile, ² Hospital Dr. Exequiel González Cortés, Santiago de Chile, Chile, ³Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna, Santiago de Chile, Chile, ⁴Clínica Bupa Santiago, Santiago de Chile, Chile

Objetivo: Presentar un caso de extrusión severa de premaxila en un paciente fisurado bilateral y su reposición quirúrgica mediante la ayuda de la planificación 3D.

Método y materiales: Se presenta caso de un paciente sexo masculino de 8 años, portador de fisura labiopalatina bilateral con extrusión severa de la premaxila. Se planificó mediante el uso de un software 3D para reposicionar virtualmente la premaxila, osteotomizando el vomer y generando un splint, el cual ubica la premaxila en la posición planificada.

Resultados: Al paciente se le realizó la reposición quirúrgica de la premaxila, de acuerdo a la planificación 3D y se realizó un injerto corticoesponjoso (obtenido de cresta iliaca), del lado más favorable. Se mantuvo fijo el splint con alambre por 8 semanas.

Conclusiones: La extrusión severa de la premaxila que requiere reposición quirúrgica es poco frecuente. El tratamiento quirúrgico es complejo, no exento de riesgos y requiere de una planificación y preparación con el fin de mejorar el pronóstico.

Los softwares de planificación virtual ayudan a visualizar de mejor forma el segmento a osteotomizar y confeccionar el splint. Además, permiten realizar mediciones de las fisuras alveolares para planificar los injertos alveolares

Figura 1

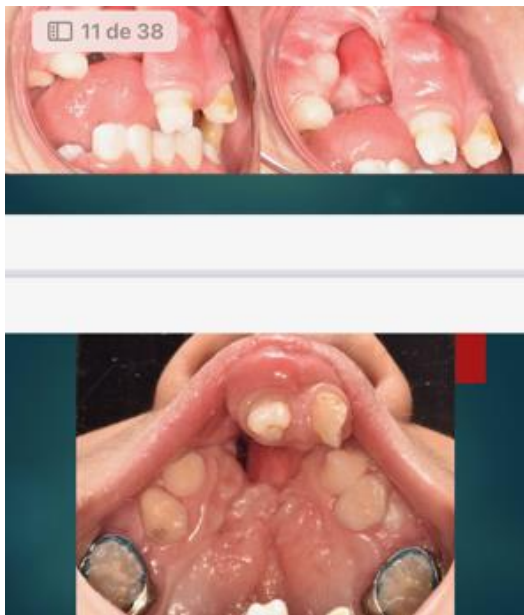


Figura 2

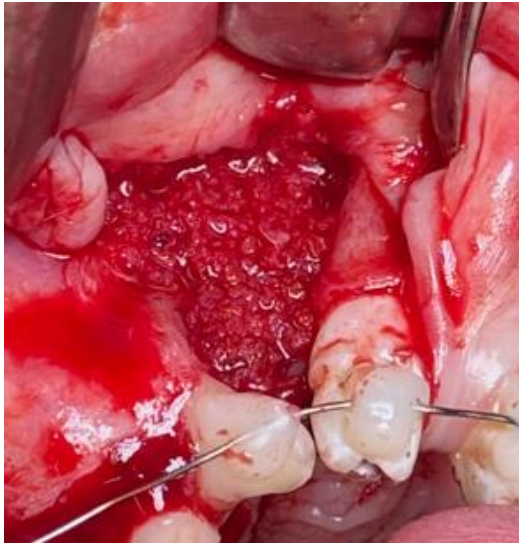


Figura 3



P062

Caracterización de cirugía oral en el paciente fisurado

Dra. Gabriela Jeldes Andrade¹, Dra. Alejandra Contreras Urbina², Dra. Kristine Von Bischoffshausen²

¹Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile, ²Fundación Gantz, Santiago, Chile

Introducción: La fisura labio-alvéolo-palatina corresponde a una malformación congénita, que ocurre con una frecuencia de 1 de 700 nacidos vivos. Ésta se explica por una falla en la fusión de los procesos nasales mediales y maxilares durante el período embrionario. La clínica de esta condición es variada, pudiendo manifestarse uni o bilateral/completa o incompleta.

El manejo de estos pacientes es multidisciplinario, donde la cirugía oral juega un rol clave para la rehabilitación funcional y estética del paciente fisurado, otorgando la preparación de las estructuras óseas y dentarias, contribuyendo a la armonía facial, y asegurando las condiciones necesarias para el éxito de tratamientos ortodóncicos, protésicos y estéticos.

Objetivos: No existen datos concretos con respecto a cirugías orales llevadas a cabo en pacientes fisurados, por lo que se quiere otorgar una aproximación sobre las cirugías más prevalentes llevadas a cabo en este tipo de pacientes.

El objetivo de este estudio es caracterizar las cirugías orales más requeridas por parte de los pacientes con fisura que se llevaron a cabo en Fundación Gantz entre 2020 a 2024.

Materiales y métodos: Estudio cuantitativo descriptivo observacional y retrospectivo a partir de los casos de pacientes sometidos a cirugías orales ambulatorias en Fundación Gantz entre el año 2020 y 2024.

Población: Pacientes con FLP sindrómicos y no sindrómicos.

Muestra: Pacientes con FLP sindrómicos y no sindrómicos atendidos en Fundación Gantz durante el período 2020-2024.

Ver tabla de variables en Figura 1.

Se utilizó una planilla Excel diseñada para este estudio. El análisis de datos fue de media, mediana, rango, desviación estándar, frecuencias y porcentajes.

Resultados: El número total de procedimientos quirúrgicos orales ambulatorios fue de 140 en un total de 104 pacientes evaluados. La edad promedio fue de 13,9 años. El 55,7% fueron hombres, mientras que un 44,3% fueron mujeres.

El procedimiento más frecuente fue la exodoncia de terceros molares, realizada en un 33.6%, seguida de la desinclusión de dientes supernumerarios en un 28.6%. La exodoncia de dientes primarios y permanentes también fueron comunes (21 y 13 casos respectivamente).

La fisura más prevalente fue la fisura labio palatina izquierda (32.7%), mientras que la menos frecuente fue la fisura labial bilateral (1 caso).

Conclusiones: Existe una alta frecuencia de procedimientos ambulatorios en el paciente fisurado, donde la exodoncia de terceros molares es la más común. El grupo etario con mayor carga quirúrgica se encuentra en el grupo 15-25 años, siendo el fenotipo de fisura labio palatina izquierda más frecuente.

La frecuencia de cirugías por paciente sugiere que en algunos casos se requiere más de una intervención.

Existe una variabilidad significativa en este tipo de pacientes, por lo que se respalda la necesidad de un enfoque terapéutico personalizado.

Este estudio aporta datos para anticipar necesidades quirúrgicas y resalta la cirugía oral como parte integral de un manejo multidisciplinario.

Figura 1

Variable	Tipo de Variable	Descripción
Tipo de procedimiento quirúrgico ambulatorio	Dependiente	<ul style="list-style-type: none"> • Terceros molares. • Desinclusión supernumerario • Exodoncia diente permanente. • Exodoncia diente primario. • Injerto óseo alveolar. • Fenestración. • Corticotomía. • Biopsia. • Placa osteosíntesis y microtomillos.
Edad paciente	Independiente	Edad en años al momento de la cirugía: <ul style="list-style-type: none"> • 3-14 años. • 15-25 años. • >25 años.
Sexo paciente	Independiente	<ul style="list-style-type: none"> • Hombre. • Mujer.
Tipo de fisura	Independiente	Clasificación anatómica de la fisura: <ul style="list-style-type: none"> • Fisura velo palatina. • Fisura labio palatina izquierda. • Fisura labio palatina derecha. • Fisura labio palatina bilateral. • Fisura labio alveolar izquierda. • Fisura labio alveolar derecha. • Fisura labio alveolar bilateral. • Fisura labial izquierda. • Fisura labial derecha. • Fisura labial bilateral.

P063

Del fracaso al flujo digital: manejo tridimensional de una fístula nasoalveolar refractaria secuela de labio y paladar hendido

Dr. Nicolás Jiménez Vega¹, Dr. Henry Alexander Aldana¹

¹Universidad Nacional De Colombia, Bogotá, Colombia

Introducción: La persistencia de fístulas nasoalveolares en pacientes con secuelas de labio y paladar hendido (LPH) representa un desafío quirúrgico considerable, especialmente tras múltiples intentos fallidos de cierre. Aunque existen diversas técnicas reconstructivas, su efectividad disminuye en casos complejos con pérdida de volumen óseo. Actualmente, el transporte óseo alveolar asistido por distracción histiogénica representa una alternativa viable para generar tejido óseo, permitiendo una reconstrucción tridimensional precisa. Sin embargo, su aplicación en contextos de falla quirúrgica repetida sigue siendo limitada y escasamente documentada.

Objetivo: Describir el manejo exitoso de una fístula nasoalveolar refractaria de gran tamaño, mediante distracción histiogénica alveolar planificada digitalmente, en un paciente con antecedente de cinco cirugías fallidas.

Material y métodos: Paciente masculino de 47 años con secuela de labio y paladar hendido (LPH), quien presentaba una fístula nasoalveolar persistente a pesar de múltiples intervenciones quirúrgicas previas. (Fig 1.) Fue sometido a una cirugía de osteotomía segmentaria tipo Le Fort I con el objetivo de realizar una distracción y transporte óseo alveolar. Se diseñaron dos discos de transporte: el primero incluyó las piezas dentarias 11 y 12, y el segundo los dientes 23 y 24, previamente alineados y consolidados mediante tratamiento ortodóncico.

Se utilizó tomografía computarizada para realizar una planificación quirúrgica virtual detallada. Se confeccionaron guías de corte personalizadas y se emplearon modelos estereolitográficos sobre los cuales se premoldearon los distractores, lo que permitió un posicionamiento y vector de distracción óptimos. (Fig. 2) Tras el periodo de latencia, se implementó un protocolo de activación progresiva de 1 mm/día hasta alcanzar el cierre completo de la hendidura, con un desplazamiento total de 12 mm por cada segmento óseo movilizado. Finalmente, el paciente continuó con tratamiento ortodóncico para la conformación del arco alveolar y la estabilización de los resultados obtenidos. (Fig 3.)

Resultados: Se obtuvo cierre completo de la fístula sin recurrencia, con adecuada neoformación ósea y alineación alveolar. La precisión quirúrgica se logró gracias al uso de planeación virtual y guías estereolitográficas, lo que permitió un control milimétrico del vector de distracción. El tratamiento ortodóncico posterior consolidó los resultados funcionales y estéticos.

Conclusión: La distracción histiogénica alveolar guiada digitalmente, apoyada en un enfoque multidisciplinario, constituye una estrategia eficaz para el manejo de fístulas persistentes post-LPH en casos complejos. El uso de tecnología avanzada mejora la precisión quirúrgica y optimiza los resultados.

Figura 1

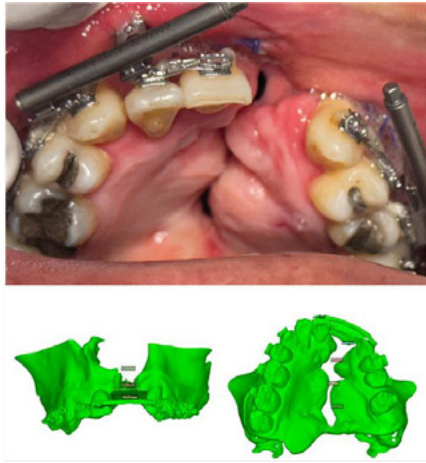


Figura 2

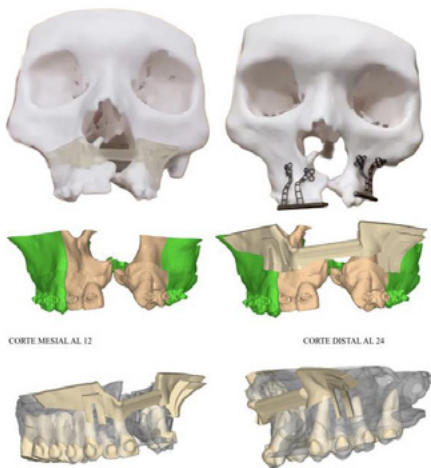


Figura 3



P064

Riesgo y efectividad del láser de baja intensidad en fracturas de órbita: evaluación de seguridad por proximidad al globo ocular

Dr. Ricardo Juárez Mota¹, Dr. Erick Fernandes Valente¹

¹Faculdade De Ciências Médicas Da Santa Casa De São Paulo (FCMSCSP), São Paulo, Brasil

Introducción:

El láser de baja intensidad (LLLT) es usado para acelerar la recuperación en fracturas óseas. Sin embargo, existe poca evidencia sobre su seguridad y eficacia en fracturas de órbita debido a la cercanía del globo ocular, lo que limita su aplicación clínica.

Objetivos:

Evaluar la seguridad y efectividad del LLLT en fracturas orbitarias, considerando el riesgo potencial al globo ocular y los beneficios en la reparación ósea y reducción de inflamación.

Material y métodos:

Se realizó una revisión sistemática de 12 estudios clínicos y preclínicos publicados entre 2015 y 2024. Se incluyeron pacientes con fracturas de órbita tratados con LLLT. Variables dependientes: seguridad ocular, reducción del edema, velocidad de cicatrización ósea. Variable independiente: uso de LLLT con parámetros específicos (frecuencias de 600–1000 nm, potencias de 20–150 mW, dosis entre 1–6 J/cm²). Se analizaron resultados mediante síntesis narrativa y descriptiva.

Resultados:

Los estudios indicaron que la aplicación de LLLT con frecuencias entre 650 y 810 nm y potencias menores a 100 mW no causó daño a estructuras oculares en pacientes ni en modelos animales. Se reportó una reducción significativa del edema periocular y mejoría en la regeneración ósea en tiempos 20–30% más rápidos comparado con controles sin láser. No hubo reportes de complicaciones visuales ni efectos adversos directos sobre el globo ocular. Sin embargo, parámetros superiores a 150 mW mostraron potencial riesgo en modelos experimentales. La mayoría de los protocolos aplicaron irradiación externa con protección ocular adecuada.

Conclusión:

El LLLT es una terapia segura y efectiva para fracturas orbitarias si se usan parámetros controlados (650–810 nm, <100 mW, dosis ≤6 J/cm²). Su aplicación reduce edema y acelera la cicatrización ósea sin daño ocular, mejorando la recuperación postraumática. Este conocimiento permite optimizar protocolos clínicos evitando riesgos, promoviendo un manejo más seguro en cirugía maxilofacial orbital.

P065

Cirugía ortognática en el manejo del síndrome de apnea e hipopnea obstructiva del sueño. Presentación de un caso clínico

Dr. Kenyi Koichi Gonzales Takano¹, Dr. Hiroshi Concha Cusihuallpa²

¹Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, Lima, Perú, ²Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, Lima, Perú

Introducción: La prevalencia del Síndrome de Apnea e Hipopnea Obstructiva del Sueño (SAHOS) en Perú no está completamente definida, pero estudios sugieren una frecuencia significativa, especialmente en poblaciones con ronquido. Se estima que entre el 2% y el 4% de la población de mediana edad lo padece, aunque puede ser más alto en grupos específicos como hombres adultos con sobrepeso o mujeres con la menopausia.

Objetivos: Fue la descripción y resolución de un caso de SAHOS de grado severo perteneciente a “LA UNIDAD DE SUEÑO Y EPILEPSIA DEL HOSPITAL NACIONAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN” (Equipo multidisciplinario conformado por Neurología, Otorrinolaringología, Cardiología, Neumología, Endocrinología, Nutrición, Cirugía Bucal y Maxilofacial, Psicología, Psiquiatría y Cirugía Bariátrica), tratado con cirugía ortognática bimaxilar en concepto de solventar el colapso de la vía aérea superior producido por la retrusión del complejo maxilo-mandibular.

Material y Métodos: Presentación de caso: paciente varón de 21 años de edad y natural de Lima, con deformidad dentofacial con clase II dental, obesidad grado I y trastorno de ansiedad, diagnosticado mediante polisomnografía de SAHOS de grado severo. Acude a nuestro Servicio especializado para valorar cirugía de reposición de los maxilares con intención de mejorar su obstrucción de la vía aérea superior y, consecuentemente, su SAHOS. Se le realizó, bajo anestesia general, una cirugía ortognática bimaxilar con movimientos de avance y rotación antihoraria del complejo maxilo-mandibular, según planificación convencional (2D) y virtual previa.

Resultados: Se logró obtener un incremento en la vía aérea superior dando como resultado una disminución drástica de los parámetros de la polisomnografía control, lo que se tradujo en la curación del SAHOS, además se consiguió buen posicionamiento articular bilateral con una excelente relación oclusal, por consiguiente una buena función masticatoria. Así mismo se logró una mejoría en la estética facial dándole al paciente un alto grado de satisfacción con los resultados.

Conclusión: La cirugía ortognática de avance y rotación anti-horaria maxilo-mandibular es un tratamiento efectivo, reproducible y curativo del SAHOS, que aumenta el volumen de la vía aérea tridimensionalmente, y mejora los diferentes parámetros del sueño a largo plazo.

Figura 1



Figura 2

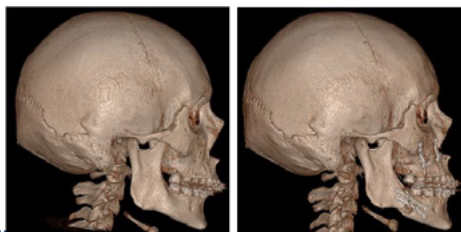
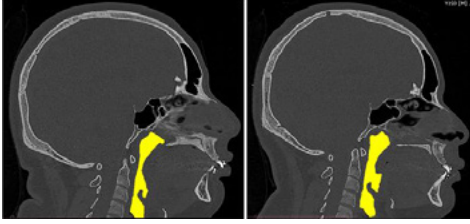


Figura 3



P066

Alternativas de técnicas quirúrgicas en Cirugía de Feminización Facial: Una revisión crítica y actualizada de la literatura.

Dr. Felipe Sepulveda Barra¹, Dr. Ricardo Riquelme Mendoza²

¹Universidad De Valparaíso, Valparaíso, Chile, ²Unidad de Cirugía Maxilofacial Hospital Provincial de Huasco, Chile

Introducción: La disforia de género es una sensación de angustia producida por un malestar en la apariencia ocasionando progresivamente deterioro social, laboral y funcional. El rostro, es nuestra carta de presentación y no se puede ocultar a la interacción social, esto motiva a las personas transgénero a realizar un proceso de cambio físico. La Cirugía de Feminización Facial contempla un proceso médico y un conjunto de procedimientos quirúrgicos orientados a modificar los rasgos faciales masculinos de personas transgéneros que sufren disforia de género.

Objetivo: Identificar y resumir las técnicas quirúrgicas más prevalentes realizadas en Cirugía de Feminización Facial.

Material y método: Se realizó una revisión de la literatura online validada y publicada usando las bases de datos PUBMED y EMBASE. La primera etapa consto de artículos Full text, que incluyeran las palabras clave MESH (Medical Subjects Headings) y uso de booleanos: "Feminization" OR "Transgender Persons" OR "Gender Dysphoria" AND "Plastic Surgery Procedures" AND "Face surgery" OR "Genioplasty" OR "Rhinoplasty" OR "Forehead surgery" OR "Mandible surgery" OR "Bone Remodeling". En segunda etapa se filtró los artículos por criterios de inclusión: idioma (inglés y español), solo humanos, publicaciones en los últimos 10 años a partir de la fecha actual, considerando reporte de casos, metaanálisis y revisiones sistemáticas.

Resultados: De un total de 117 artículos elegibles, aplicando criterios de inclusión y descartando duplicados, 18 artículos fueron seleccionados. La Cirugía de Feminización Facial se basa en técnicas quirúrgicas destinadas a modificar el complejo craneofacial y tejidos blandos, busca transformar contornos angulados en redondeados, disminuir las transiciones entre unidades anatómicas, modificar los volumen y proyecciones. Se destacaron técnicas quirúrgicas ordenadas según tercios faciales: 1.-Tercio superior: técnicas de reconstrucción de la frente para abrir ángulo frontonasal, lograr posición adecuada y recontornear la parte superior de la órbita con técnicas de reducción de barra frontoorbitaria, y Brown Lift para elevación de cejas. 2.-Tercio medio: Cigomatoplastia usado en feminización de pómulos, injertos malares con materiales biocompatibles, lipotransferencia de grasa, remoción de bolas adiposa de Bichat, lip lift buscando acortar distancia labio superior, rinoplastia abarcando la nariz como estructura centro del rostro y de enlace, con finalidad de disminuir tamaño global de la nariz, dorso y lograr ligera curvatura. 3.- Tercio inferior: reducción del contorno mandibular para lograr disminución del ancho transversal, ángulo goniaco, y genioplastia para contorno, altura y proyección del mentón.

Conclusión: La Cirugía de Feminización Facial es crucial en la transición transgénero, mejorando profundamente la calidad de vida y el bienestar psicosocial. Al alinear el rostro con la identidad, eleva la autoestima, la confianza y la inserción social, reduciendo la ansiedad. Su planificación va más allá de la técnica quirúrgica, exigiendo una comprensión integral del paciente y de los pilares terapéuticos. Es indispensable el conocimiento detallado de la anatomía craneofacial y el uso de análisis antropológicos para un diagnóstico y plan quirúrgico precisos.

P067

Nuevo diseño geométrico de hoja de corte piezosónica CROSSonic: nota técnica

Prof. Bianca Pulino^{1,2,3}, Prof. Dr Raphael Capelli Guerra^{1,2,3}

¹Hospital Sírio Libanês, São Paulo, Brazil, ²Hospital Leforte DASA, São Paulo, Brazil, ³Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, Brazil

Introducción: El principio de la piezocirugía es la “electrificación por presión”. Cuando se aplica tensión eléctrica a ciertos materiales, como el cuarzo y las sales de Rochelle, estos se expanden y contraen, produciendo vibraciones ultrasónicas. Este dispositivo utiliza vibraciones ultrasónicas de 60-210 $\mu\text{m/s}$ a 24-36 kHz para eliminar selectivamente el hueso con un daño mínimo a los tejidos blandos, como vasos sanguíneos y nervios. Además, proporciona una excelente visibilidad debido a su efecto de cavitación. La piezocirugía utiliza vibración ultrasónica de baja frecuencia para osteotomías, minimizando el riesgo de daño a los tejidos blandos (nervios, vasos y mucosa). La vibración micrométrica garantiza una acción de corte precisa y permite control operativo, aumentando la seguridad en áreas anatómicas de difícil acceso. **Objetivo:** El objetivo de este estudio es desarrollar un dispositivo capaz de proporcionar una menor área de contacto, menor esfuerzo, generación reducida de temperatura, corte más rápido, menor tiempo quirúrgico y postoperatorio, eliminación de residuos óseos y menor desgaste del motor y de la pieza de mano, con el fin de optimizar las osteotomías en procedimientos orales, maxilofaciales, ortopédicos, neuroquirúrgicos y otorrinolaringológicos.

Resultados: Las ventajas en el diseño de la punta ultrasónica CROSSonic® sobre las puntas convencionales incluyen:

Menor área de contacto: proporciona una superficie de contacto reducida con el hueso durante la osteotomía, lo que resulta en una menor necesidad de fricción y presión durante el procedimiento.

Menor esfuerzo: la distribución multidireccional de la fuerza utilizada en el procedimiento resulta en un menor esfuerzo. Esto puede disminuir la fatiga del cirujano y proporcionar una experiencia más cómoda durante la cirugía, además de reducir la probabilidad de fractura de la hoja.

Menor generación de calor: la menor área de contacto y el corte más eficiente gracias a la dentición multidireccional resultan en una menor generación de calor durante la osteotomía.

Corte más rápido: la forma multidireccional de los dientes permite cortes más rápidos y eficientes en comparación con los dientes tradicionales.

Tiempo quirúrgico reducido: debido a la mayor velocidad y eficiencia del corte.

Eliminación de residuos óseos: la geometría angular y multidireccional de la dentición favorece la eliminación de los residuos óseos resultantes de la osteotomía, promoviendo un corte más suave y preservando el tejido óseo.

Menor desgaste del motor y de la pieza de mano: todos estos beneficios contribuyen a reducir el desgaste del motor y de la pieza de mano de la unidad quirúrgica, aumentando la vida útil del equipo y reduciendo la necesidad de mantenimiento.

Conclusión: La eficiencia superior de corte puede implicar una mayor productividad y tiempos quirúrgicos más cortos, permitiendo así el corte de huesos más robustos o largos. Nuevos formatos de hojas más grandes y su uso en otras especialidades, como la ortopedia, pueden ser el próximo paso frente a la evolución geométrica de las puntas piezo.

Figura 1

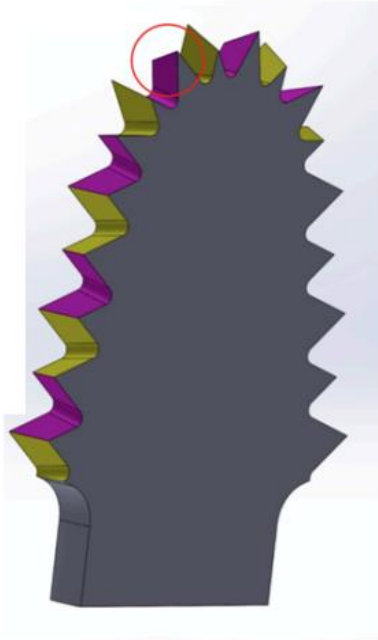


Figura 2

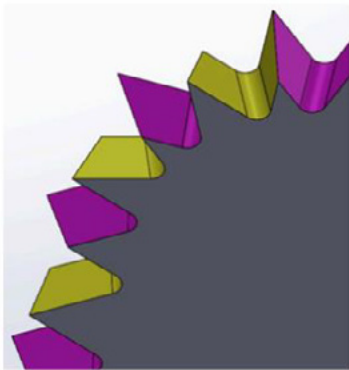


Figura 3



P068

Evaluación morfológica de la consolidación ósea del injerto autógeno de bóveda craneal con pegamento de cianoacrilato (Superbonder)

Dra. Patricia Siqueira¹, Dr. Lucas Cavalieri, Dr. Fábio Tadeu Ferreira Rodrigues

¹Prof. Cirugía, Rio de Janeiro, Brasil

Desde 1962, se han utilizado adhesivos a base de cianoacrilato en tejido vivo en procedimientos como el cierre de heridas quirúrgicas, la fijación de injertos óseos e incluso en membranas reabsorbibles. Varios autores elogian las propiedades hemostáticas de los cianoacrilatos, pero la literatura sobre este tema específico es escasa. El enfoque se ha centrado en un adhesivo químico de baja toxicidad para el tejido óseo que puede reducir y fijar las zonas fracturadas, reemplazando los alambres y placas metálicas por tornillos.

El objetivo fue analizar la posibilidad de reemplazar un material comercialmente disponible y costoso (tornillos y placas de titanio) para la fijación de injertos óseos con un adhesivo económico, bacteriostático, biodegradable, biocompatible y fácil de usar. Este adhesivo puede ser ampliamente utilizado en servicios de salud pública, como en injertos de hueso alveolar en pacientes con paladar hendido.

Se utilizaron ratas Wistar para el experimento. Se realizó una incisión lineal paralela a la sutura sagital, de aproximadamente 1 cm de longitud. El tejido se seccionó y se desprendió entre los huesos parietales. Se utilizó una cuchilla ultrasónica Mectron para la osteotomía, según un protocolo piloto establecido. Se extrajo y capturó el fragmento óseo, donde se aplicó una pequeña cantidad de adhesivo de cianoacrilato en la porción ventral, adaptando el injerto al hueso parietal contralateral. Se suturó la herida quirúrgica, cubriendo completamente el injerto y la zona donante. Tras el procedimiento, los animales fueron separados en jaulas individuales de polipropileno. Transcurridos 60 días, cada animal fue sacrificado y los fragmentos que contenían las inserciones óseas se extrajeron en bloque, se fijaron, se procesaron y se incluyeron en parafina. Los cortes microscópicos se tiñeron con hematoxilina y eosina para su posterior análisis microscópico mediante microscopía óptica.

La microscopía reveló, en la intersección del injerto y el cráneo, una proliferación de tejido conectivo fibroso, laxo y vascularizado proveniente del periostio del receptor, así como del endostio intacto del injerto. No se observaron eventos inflamatorios ni rastros de adhesivo quirúrgico. La ausencia de adhesivo reforzó sus propiedades biocompatibles, pero los hallazgos no correspondieron a una consolidación ósea completa, prevista técnicamente en un plazo de 60 días. Las superficies de contacto adheridas carecían de una ruptura de continuidad que desencadenara los eventos biológicos de la consolidación ósea. La síntesis de tejido con adhesivo de cianoacrilato requiere dañar las superficies óseas.

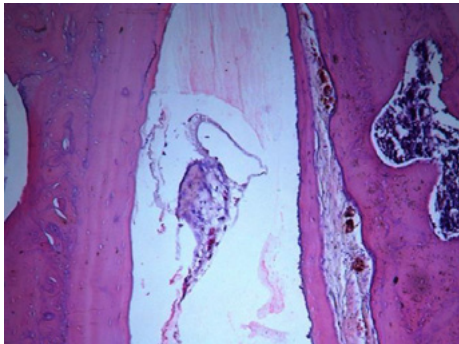
Figura 1



Figura 2



Figura 3



P069

Hemangioendotelioma epiteliode en maxilares desde el 2014 al 2024: revisión de literatura y reporte de caso clínico.

Dr. Paul Aguilera Perez¹, Dr. Andrés León Villacis²

¹Residente de 2do año Universidad Tecnológica Equinoccial, Quito, Ecuador, ²Hospital N°1 de la Policía, Quito, Ecuador

Introducción: El hemangioendotelioma es una neoplasia vascular potencialmente maligna descrita por Borrmann en 1899 y nombrada por Mallory en 1908. Weiss y Enzinger en 1982 lo caracterizaron como una combinación entre sarcoma de Kaposi y hemangioma cavernoso. Es un tumor angiocéntrico con proliferación endotelial de morfología epitelial, vacuolización citoplasmática e infiltrado eosinofílico. Afecta principalmente tejidos blandos de extremidades, aunque también puede encontrarse en hueso, pulmón, músculo e hígado. Se clasifica en kaposiforme (infantes, asociado a síndrome de Kasabach-Merritt), Dabsko (jóvenes, extremidades) y epiteliode (más agresivo, tejido profundo). La OMS describe al hemangioendotelioma epiteliode (HEE) como de bajo potencial maligno, pero localmente agresivo y con un 1% de posibilidad de metástasis. Las características histológicas que predicen agresividad incluyen atipia, mitosis aumentadas, necrosis y metaplasia ósea. El objetivo de esta revisión y caso clínico es analizar el diagnóstico, tratamiento y seguimiento del HEE en maxilares.

Objetivo: Analizar métodos diagnósticos, tratamiento y seguimiento de pacientes con HEE en maxilares.

Hipótesis

El HEE en maxilares presenta comportamiento clínico variable, con pronóstico dependiente de diagnóstico temprano y tratamiento quirúrgico adecuado.

Material y métodos

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con HEE confirmado histopatológicamente, localizados en maxilares, que recibieron tratamiento y seguimiento. El análisis de datos consistió en revisión de literatura y presentación de un caso clínico.

Resultados: Se recopilaron 13 casos en los últimos 10 años. La edad promedio fue 40.7 años, con variabilidad amplia. Los marcadores CD34 y CD31 fueron los más utilizados en el diagnóstico. Se realizó biopsia incisional o excisional, según el caso, buscando márgenes libres. Terapias adyuvantes incluyeron disección cervical y estudios de extensión como tomografía, ultrasonido y PET-SCAN. En resecciones extensas se emplearon injertos microvascularizados de cresta iliaca o peroné, con reposición nerviosa si era necesario. La recurrencia se presentó en el 15.38% de los casos, con un seguimiento promedio de 33.92 meses. La tasa de supervivencia libre de enfermedad fue del 100% hasta los 24 meses.

Caso clínico: Paciente masculino de 7 años con masa mandibular de un mes de evolución. La imagenología sugirió lesión ósea; se realizó biopsia incisional complicada por sangrado, sospechándose lesión vascular. El estudio histopatológico e inmunohistoquímica (CD34+, Ki-67 60%) confirmó HEE. Se realizó resección quirúrgica sin complicaciones, seguimiento a un año sin recurrencia clínica ni radiológica.

Conclusión: El HEE es una neoplasia vascular rara de comportamiento intermedio. Su diagnóstico puede ser confuso, simulando lesiones benignas o malignas comunes en la cavidad oral. Dada su rareza, su manejo requiere un equipo multidisciplinario. La resección quirúrgica completa es el tratamiento de elección, y el seguimiento prolongado es esencial para detectar recurrencias. En el caso presentado, el diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado permitieron una evolución favorable.

Figura 1



Figura 2



Figura 3



P070

Síndrome del Carcinoma Nevoide de Células Basales: Descripción Genética y Análisis de la Presentación de Hallazgos Clínicos e Imagenológicos en un Grupo Familiar Chileno Descendientes de Inmigrante Letón

Dr. Gonzalo Araos Marincovic¹, Dr. Álvaro Palma Gutierrez¹, Dr. Oscar Badillo Coloma²

¹Postgrado De Cirugía y Traumatología Maxilofacial de La Universidad Andrés Bello., Santiago, Chile,

²Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso, Chile

El Síndrome del Carcinoma Nevoide de Células Basales (SNBC), también conocido como Síndrome de Gorlin-Goltz, es un trastorno genético autosómico dominante caracterizado por una predisposición al desarrollo de múltiples neoplasias, anomalías esqueléticas, manifestaciones cutáneas y la presencia de queratoquistes odontogénicos. Reconocido inicialmente por Howell y Caro en 1959, siendo definido posteriormente por Gorlin y Goltz en 1960. Se asocia principalmente con mutaciones en el gen PTCH1, ubicado en el cromosoma 9q22.3, componente clave de la vía de señalización Hedgehog. Clínicamente, los pacientes presentan múltiples hallazgos entre los cuales destacan los carcinomas basocelulares de aparición temprana, queratoquistes odontogénicos, macrocefalia, espina bífida y otras diversas anomalías esqueléticas. En 1985, Kimonis y colaboradores, propusieron una protocolización relacionada con el tipo y número de signos clínicos presentes en los pacientes con sospecha de este síndrome, estableciendo criterios mayores y menores para facilitar el reconocimiento de esta entidad.

En el presente estudio se presentan los antecedentes clínicos y genéticos de 16 miembros de una familia con ascendencia letona, radicada en las regiones Metropolitana de Santiago y de Valparaíso (Chile) en la cual múltiples miembros han sido diagnosticados con SNBC. Dicho diagnóstico se estableció en al menos tres centros especializados distintos, vinculados a los campos clínicos del programa de Postgrado de Cirugía Maxilofacial de la Universidad Andrés Bello. Llama la atención la presentación clínica, caracterizada principalmente por queratoquistes de alta agresividad en los maxilares.

La evaluación clínica, anamnesis y antecedentes solicitados a varios miembros de la familia, permitieron establecer una correlación con las manifestaciones clínicas descritas en la literatura por Kimonis, además de proponer criterios diagnósticos específicos asociados a la presencia del SNBC en este grupo familiar. Se destaca la elevada agresividad de los cuadros clínicos, evidenciada por múltiples recidivas y otras manifestaciones asociadas. Algunos de los pacientes han sido seguidos clínicamente por más de cuatro años. Finalmente, se presenta una objetivación del análisis genético familiar, así como una revisión actualizada de la literatura científica en cuanto a las manifestaciones clínicas de esta condición.

En la actualidad, no existen datos epidemiológicos específicos sobre la prevalencia del síndrome en la población letona. Gran parte de la evidencia epidemiológica proviene de países con sistemas de vigilancia genética más consolidados, como Reino Unido, Estados Unidos, Japón y diversas naciones de Europa Occidental. En el contexto europeo, se estima una prevalencia que oscila entre 1 por cada 31,000 y 1 por cada 164,000 habitantes, con una incidencia al nacimiento en Reino Unido de aproximadamente 1 por cada 19,000 nacidos vivos. La carencia de registros en Letonia podría atribuirse a la ausencia de programas de detección genética sistemática y al subdiagnóstico debido a la variabilidad fenotípica del síndrome. En virtud de lo anterior, este proyecto busca sentar las bases para un análisis genético de los integrantes de esta familia, con el objetivo de identificar factores que puedan estar relacionados con la severidad de la presentación clínica de cada caso.

Figura 1

INDICADORES DE INFLUENCIA		Estrategia de Atención				Estrategia de Atención				Estrategia de Atención	
Indicador	Definición	Alta	Medio	Baja	Alta	Medio	Baja	Alta	Medio	Baja	Alta
Indicador 1	...										
Indicador 2	...										
Indicador 3	...										
Indicador 4	...										
Indicador 5	...										
Indicador 6	...										
Indicador 7	...										
Indicador 8	...										
Indicador 9	...										
Indicador 10	...										

Figura 2



Figura 3



P071

Mediastinitis descendente necrosante secundaria a angina de Ludwig de origen odontogénico, con complicación a toracotomía bilateral: un enfoque multidisciplinario salvavidas

Dra. Diana Arellano García¹, Dr. Jorge Agurto¹

¹Universidad Ute, Quito, Ecuador

introducción: La mediastinitis descendente necrosante es una complicación poco frecuente pero extremadamente grave a consecuencia de una infección polimicrobiana con inicio a nivel cervical, como la angina de Ludwig la cual es derivada de una infección de origen odontogénico. Esta infección se disemina a través de los espacios fasciales profundos del cuello hacia el mediastino, siendo potencialmente mortal. La MDN requiere un manejo urgente con antibióticos, soporte intensivo y, en casos severos, drenaje quirúrgico mediante toracotomía. El abordaje multidisciplinario temprano ha demostrado ser clave para mejorar la supervivencia y el pronóstico del paciente (Campo et al,2020; Cedeño. et al,2022).

Objetivo: Describir las características clínicas e imagenológicas de un caso clínico de mediastinitis descendente necrosante secundaria a angina de Ludwig de origen odontogénico, que requirió manejo quirúrgico de toracotomía bilateral de emergencia, y el abordaje multidisciplinario oportuno para preservar la vida del paciente.

Materiales y Métodos: Paciente masculino de 29 años, previamente sano, quien consulta a emergencias por aumento progresivo de volumen en región submandibular, dolor cervical, odinofagia, disfonía y dificultad respiratoria, iniciado 10 días después de exodoncia de terceros molares inferiores. Al examen físico, se evidencia edema duro y doloroso en región submandibular y submentoniana, con elevación del piso de boca, trismo leve, lo cual sugiere compromiso de los espacios submandibular, sublingual y submentoniano.

La sintomatología y los hallazgos clínicos, junto con pruebas de laboratorio que muestran leucocitosis con desviación izquierda y elevación de marcadores inflamatorios (PCR y procalcitonina), orientan al diagnóstico de angina de Ludwig. Para confirmar la extensión del proceso infeccioso, se realiza tomografía axial computarizada (TAC) de cuello y tórax con contraste. El estudio evidenció colección de sustancia en espacios submandibulares, sublinguales y parafaríngeos con enfisema de tejidos blandos cervicales, además de extensión al mediastino superior y posterior manifestada con colecciones hipodensas que presentaban burbujas gaseosas (neumomediastino), junto con derrame pleural bilateral encapsulado; lo que confirma el diagnóstico de mediastinitis descendente necrosante secundaria a angina de Ludwig de origen odontogénico.

Ante el riesgo de sepsis y obstrucción de la vía aérea, se realiza de una cervicotomía bilateral para drenaje cervical, además de traqueostomía quirúrgica para asegurar la vía aérea, seguida de toracotomía bilateral para drenaje mediastinal y pleural. Se administra antibioticoterapia de amplio espectro y manejo intensivo en UCI. La evolución fue favorable, con egreso hospitalario a los 20 días.

Resultado: El caso documenta la progresión de una angina de Ludwig de origen odontogénico hacia una mediastinitis descendente necrosante, confirmada por tomografía computarizada y exámenes de laboratorio. Se logró controlar el cuadro séptico mediante drenaje quirúrgico agresivo con cervicotomía y toracotomía bilateral, junto a manejo multidisciplinario intensivo. Se evidencia que la intervención quirúrgica oportuna fue determinante para la supervivencia del paciente.

Conclusión: El abordaje multidisciplinario precoz, junto con estudios imagenológicos y de laboratorio adecuados y tratamiento quirúrgico inmediato, es fundamental en casos de mediastinitis descendente. Este caso demuestra que la detección temprana y la toracotomía bilateral como medida de control infeccioso pueden representar la diferencia entre la vida y la muerte en patologías infecciosas de rápida diseminación.

Figura 1



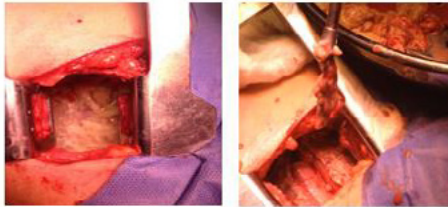
Img 1. Examen físico y análisis clínico

Figura 2



Img. Corte coronal, sagital y axial, del progreso e invasión de la lesión

Figura 3



Img 6. Toracotomía bilateral, drenaje mediastinal y pleural

P072

Manejo conservador de Ameloblastoma Uniquístico mandibular juvenil: preservación funcional con enfoque individualizado a propósito de un caso clínico

Dr. Oscar Badillo¹, Dr. Juan Pablo Fawaz Stuardo^{1,2}

¹Universidad Andrés Bello, Viña del Mar, Chile, ²Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso, Chile

Introducción: El Ameloblastoma Uniquístico (AU) es un neoplasia benigno, pero que es localmente agresivo y con altas tasas de recurrencia. La presentación en pacientes jóvenes representa un gran desafío ya que las estrategias de tratamiento se efectúan sobre hueso en crecimiento, por lo que además del daño asociado al neoplasia, se debe considerar el potencial daño asociado al tratamiento.

Objetivos: El presente reporte muestra el caso de un niño de 13 años quien, al ser sometido a un examen radiográfico rutinario, presenta una lesión radiolúcida que ocupa la zona del segundo molar y ángulo mandibular derecho, asociado además al germen del tercer molar. El análisis histopatológico demuestra la presencia de un AU. El caso plantea un contrapunto entre la decisión del cirujano y del patólogo. En efecto, la objetivación definitiva de alguna de las variantes histológicas de dicha lesión requiere la disponibilidad de la muestra completa, sin embargo dicha opción implica la exéresis altamente invasiva, en un paciente adolescente en crecimiento, con alta probabilidad de generar secuelas asociadas al tratamiento.

Materiales y Método: El paciente ingresó al proceso de evaluación en la Unidad de Cirugía Maxilofacial del Hospital Carlos Van Buren. Se solicitó en primera instancia un estudio con CBCT mandibular. Posteriormente se realizó una biopsia incisional bajo anestesia local cuyo resultado demostró un Ameloblastoma Uniquístico, sin especificar variante luminal, mural o simple. El patólogo estableció la necesidad y sugerencia de acceder a la muestra completa dado el diagnóstico asociado. Se evaluó el caso en reunión clínica, en donde se consideró para la decisión terapéutica definitiva factores descritos en la literatura tales como edad, tamaño y localización de la lesión, estado del desarrollo dentario y grado de compromiso cortical demostrado por el análisis de CBCT.

Se decide optar por tratamiento conservador mediante la instalación de un tubo silicona de descompresión y exéresis en el mismo acto quirúrgico, del germen del tercer molar implicado en la zona distal del neoplasma.

Resultados: Se efectuaron lavados activos a través de la sonda siliconada durante 4 semanas, luego de lo cual se retiró dicha sonda dejando que se produjera el proceso de granulación y cierre natural.

Se tomaron radiografías panorámicas de control, en donde se pudo objetivar la regeneración del lecho óseo en forma casi completa. Este seguimiento se efectuó durante 10 meses, luego de lo cual el paciente no pudo ser localizado.

Conclusiones: Es esencial contar con un diagnóstico histopatológico preciso, especialmente en casos como este en que la lesión es de alta recurrencia y de alta agresividad local. Sin embargo, la literatura avala la opción de considerar la posibilidad de realizar un manejo conservador en estos casos en pacientes jóvenes, permitiendo preservar la funcionalidad, evitar reconstrucciones tempranas y no alterar la calidad de vida de estos pacientes. Por lo anterior el reporte de estos casos es importante para generar datos que puedan servir en la toma de decisiones frente a nuevos casos.

Figura 1

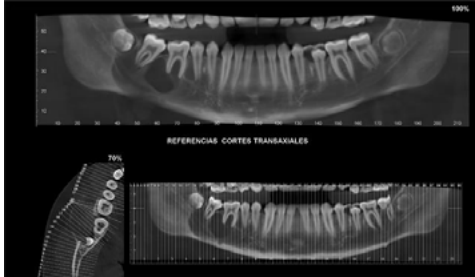


Figura 2



Figura 3



P073

Uso de ácido acético como antiséptico en infecciones cervicofaciales. una alternativa de tratamiento.

Dra. Edith Bahena Martínez¹, Dr. Adrián Juan Hernández Cruz¹, Dra. Carmen Guadalupe Sesatty Flores¹

¹Hospital General La Perla, Nezahualcóyotl, Nezahualcóyotl, México

Introducción: Las infecciones cervicofaciales son uno de los padecimientos más frecuentes que requieren atención médica quirúrgica de manera urgente por el servicio de Cirugía Maxilofacial ya que tienen una morbilidad considerable, dentro de las principales complicaciones se encuentra la diseminación a espacios profundos de cuello que comprometen la vía aérea y llegan a provocar fascitis necrotizante en cuello y tórax. El tratamiento de estos pacientes requiere realizar drenaje, desbridamiento quirúrgico y lavados mecánicos en repetidas ocasiones ya que como es sabido la flora bacteriana asociada es mixta. La mayoría de los pacientes que acuden con esta patología cursan con alguna comorbilidad como diabetes, hipertensión, inmunosupresión, desnutrición lo que los lleva a una evolución tórpida.

Los lavados quirúrgicos se pueden realizar con diferentes tipos de soluciones antisépticas como agua oxigenada, yodopovidona, clorhexidina o soluciones superoxidadas; Sin embargo, en el Hospital General La Perla Nezahualcóyotl utilizamos ácido acético al 3%. La literatura reporta que además de sus propiedades antimicrobianas es útil como antiséptico y cicatrizante, sobre todo en infecciones de tejidos blandos y sitios quirúrgicos, a concentraciones de 0.1% tiene una actividad bacteriostática, mientras que a concentraciones entre 2.5 % y 10% muestra ser bactericida, actúa disminuyendo el pH intracelular, desnaturaliza proteínas y altera la permeabilidad de la membrana citoplasmática disminuyendo así el crecimiento de microorganismos.

Objetivo: Proponer una alternativa de irrigación en el manejo en las infecciones cervicofaciales profundas de cuello

Material y métodos: Se presentan tres casos de pacientes con procesos infecciosos severos tratados en el Hospital General La Perla Nezahualcóyotl en los cuáles se utilizó el ácido acético al 3 % como alternativa de irrigación durante los lavados mecánicos.

Resultados: El manejo de los pacientes consistió en drenaje, desbridamiento quirúrgico y lavados mecánicos, así como curaciones cada 8 horas con irrigación de ácido acético al 3 %. Con la aplicación de esta solución se mantuvo la viabilidad de los tejidos lo que llevó a una adecuada cicatrización, reduciendo el tiempo de estancia hospitalaria.

Conclusión: Las infecciones cervicofaciales tienen un comportamiento variable debido a la diversidad de microorganismos que participan en ellas. Una alternativa eficaz para su manejo como solución de irrigación es el ácido acético al 3% que además de ser económico es eficiente frente a los microorganismos involucrados, entre ellos la Pseudomona aeruginosa, evitando de esta manera el desarrollo de cepas resistentes en entornos hospitalarios. Su uso incluye irrigación de heridas, aplicación de gasas impregnadas y baños con soluciones diluidas. Además, se ha reportado su éxito en la eliminación de infecciones en heridas por quemaduras y tejidos blandos en diversos estudios clínicos lo cual respalda su uso con seguridad.

P074

Manejo quirúrgico del granuloma central de células gigantes en paciente pediátrico: limitaciones terapéuticas y decisión quirúrgica

Dr. Fausto Fabricio Benavides Mora¹, DR Nicolas Santiago Alvarez¹

¹Nuevo Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I Menchaca, Guadalajara, México

Introducción: El granuloma central de células gigantes (GCCG) es una lesión intraósea de etiología desconocida, caracterizada por un comportamiento clínico variable, que va desde formas asintomáticas hasta manifestaciones agresivas, como perforación de corticales, desplazamiento dental y compromiso de tejidos blandos. Predomina en el sexo femenino y se ha asociado a mutaciones somáticas en genes como TRPV4, KRAS y FGFR1. Aproximadamente el 30 % de los casos presentan un comportamiento agresivo, lo que condiciona la elección del tratamiento. Las opciones terapéuticas incluyen desde abordajes farmacológicos con calcitonina, corticosteroides, ácido zoledrónico e interferón alfa, hasta procedimientos quirúrgicos como el curetaje o la resección amplia.

Objetivo: Presentar un caso clínico de GCCG en paciente pediátrico, resaltando las limitaciones terapéuticas derivadas del contexto clínico y hospitalario, así como el razonamiento detrás de la elección quirúrgica como tratamiento definitivo.

Materiales y métodos: Se realizó la presentación de un caso clínico acompañado de una revisión bibliográfica enfocada en las distintas modalidades terapéuticas disponibles para el GCCG, evaluando su eficacia y aplicabilidad en el contexto pediátrico.

Reporte de caso: Paciente femenino de 13 años, proveniente de comunidad indígena la cual acude a consulta por aumento de volumen en la región submandibular izquierda, con una evolución de seis meses. Clínicamente, la lesión presenta dimensiones aproximadas de 10 × 7 × 6 cm, extendiéndose desde el órgano dental 42 hasta el 37. A la exploración se observan mucosas eritematosas con zonas violáceas, desplazamiento dentario y expansión ósea evidente.

Se realiza biopsia incisional, cuyo resultado histopatológico sugiere un granuloma periférico de células gigantes. Dada la magnitud de la lesión y sus implicaciones funcionales y estéticas, se decide realizar la resección en bloque de la masa tumoral. El procedimiento se lleva a cabo mediante un abordaje combinado: submandibular con extensión submental y circunvestibular.

Durante la intervención, se reseca el segmento mandibular comprometido y se coloca una placa de reconstrucción para estabilización inmediata, seguida de la sínerezis de tejidos blandos. El estudio histopatológico definitivo confirma el diagnóstico de granuloma central de células gigantes.

Resultados: En el caso presentado, la ausencia de condiciones óptimas para la terapia médica sostenida y la progresión de la lesión determinaron la necesidad de un enfoque quirúrgico radical como tratamiento definitivo. El cual nos da un resultado exitoso conforme al objetivo predispuesto asociado a una escisión total de la lesión y la colocación de una placa de reconstrucción. Se planifica una segunda etapa quirúrgica para la reconstrucción mandibular definitiva mediante injerto microvascularizado.

Conclusión: El tratamiento farmacológico del GCCG representa una alternativa válida, siempre que se cuente con las características clínicas, los recursos y el compromiso del paciente para completar el protocolo terapéutico. Sin embargo, en escenarios donde estas condiciones no están garantizadas, la resección quirúrgica de la lesión se presenta como la opción más efectiva y segura para controlar la progresión y prevenir complicaciones funcionales y estéticas a largo plazo.

Figura 1



Figura 2

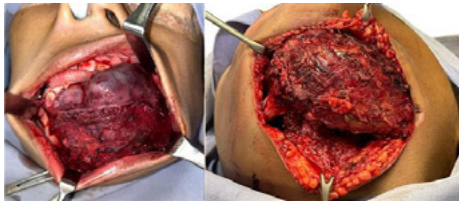
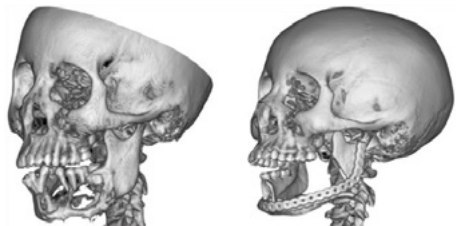


Figura 3



P075

Resección en bloque más regeneración ósea con xenoinjertos y plasma rico en factores de crecimiento en paciente con fibroma osificante trabecular juvenil. reporte de caso.

Dra. Ailyn Bravo Castillo¹, Dr. Héctor Barrera

¹Hospital Universitario De Puebla, Puebla, México

Introducción: El fibroma osificante trabecular juvenil es una neoplasia fibroosea benigna con márgenes definidos, que se caracteriza por la sustitución de la matriz ósea normal con tejido osteo-fibroso, con tendencia a ser agresivo a pesar de su carácter benigno, por cual es importante tener un diagnóstico y plan de tratamiento adecuados.

Presentación de caso:

Paciente femenino de 16 años de edad, quien acude a consulta externa del servicio cirugía maxilofacial del hospital general de Pachuca, sin antecedentes personales patológicos, refiriendo el siguiente padecimiento actual: dolor y tumoración en región de cuerpo mandibular derecho, a la exploración física dirigida se observa aumento de volumen en región de cuerpo y parasinfisis derecha más ligero desplazamiento de órganos dentales 31,41,42, en tac simple de macizo facial se encuentra zona hiperdensa con involucro de piezas dentales circundantes correspondientes a OD 33,31,41,42,83,43,44,45 y 46, de aproximadamente 6x2.5 cm, OD 43 retenido en borde inferior de lesión, se realiza biopsia incisional obteniendo resultado compatible con fibroma osificante trabecular juvenil, por lo que se protocoliza para tiempo quirúrgico con cirugía proyectada de resección en bloque más regeneración ósea con xenoinjerto, plasma rico en factores de crecimiento y colocación de placa de reconstrucción sistema 2.4.

Discusión: El fibroma osificante trabecular juvenil es una lesión fibroosea poco común, con comportamiento clínico altamente agresivo, así como una elevada recurrencia. En nuestro caso, el tratamiento de elección fue una resección en bloque, siendo el tratamiento ideal y con menor porcentaje de recurrencia, de igual manera la reconstrucción ósea de la mandíbula después de la resección quirúrgica con xenoinjertos en bloque y plasma rico en factores de crecimiento resulta en una mejor rehabilitación y estética.

Conclusión: El fibroma osificante trabecular juvenil es un tumor benigno. Debe operarse en una etapa temprana por su crecimiento rápido. En su presentación clínica e histológica, su forma trabecular puede imitar un osteosarcoma en su agresividad, es por ello que la ecision de la lesión debe ser la más completa posible, garantizando la seguridad de estructuras anatómicas vecinas, y con un seguimiento regular a los pacientes. El tratamiento sugerido es la resección segmentaria o marginal, teniendo en cuenta prácticamente su nula tasa de recidiva.

Bibliografía:

- 1.- Lemoine, S., Cassagnau, E., Bertin, H., Poisson, M., Corre, P., & Guiol, J. (2018). Juvenile ossifying fibroma: case report and literature review. Management and differential diagnosis. *Journal of Oral Medicine and Oral Surgery*, 24(2), 67–71. <https://doi.org/10.1051/mbcb/2017023>
- 2.- Mendoza Cuello, N. J., Astigueta, J. M., Attaguile, A. H., & Giannunzio, G. A. (2022). Fibroma osificante juvenil trabecular en maxilar superior con sarcomatización: seguimiento a 18 años. *Latin American Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 2(3), 119–127. <https://doi.org/10.35366/108189>
- 3.- Vered, M., & Wright, J. M. (2022). Update from the 5th edition of the World Health Organization classification of Head and neck tumors: Odontogenic and Maxillofacial Bone Tumours. *Head and Neck Pathology*, 16(1), 63–75. <https://doi.org/10.1007/s12105-021-01404-7>

Figura 1



P076

Mutaciones concurrentes en PTCH1 y RUNX2: manifestaciones maxilofaciales en un adolescente.

Dra. Odabelys Castro Peguero¹, Dra. Any Martínez Moronta²

¹Hospital Traumatológico Dr. Darío Contreras, Distrito Nacional, República Dominicana, ²Hospital Traumatológico Dr. Darío Contreras, Distrito Nacional, Do República Dominicana minican Republic

Introducción: Las alteraciones en PTCH1 y RUNX2 se han vinculado de manera independiente con diversas anomalías craneofaciales, pero es sumamente infrecuente que ambas mutaciones coexistan en un mismo paciente.

El gen PTCH1 desempeña una función de supresor tumoral. Las variantes patogénicas en este gen están asociadas con el síndrome de Gorlin Goltz (Carcinoma nevoide de células basales), el cual se caracteriza por la aparición de múltiples queratoquistes odontogénicos, hipoplasia dental, abombamiento frontal, milia y, en algunos casos, hendiduras orofaciales. Por otro lado, el gen RUNX2 es un factor de transcripción esencial para la diferenciación osteoblástica y la morfogénesis ósea. Las mutaciones en este gen provocan disostosis cleidocraneal, caracterizada por fontanelas persistentes, clavículas hipoplásicas y múltiples anomalías dentales como dientes impactados, supernumerarios y maloclusión.

Aunque ambos genes están implicados en malformaciones óseas y dentales, no se han reportado previamente casos con mutaciones simultáneas en PTCH1 y RUNX2 que den lugar a un efecto combinado patológico en la región maxilofacial. En este caso, presentamos a un adolescente que exhibe múltiples queratoquistes odontogénicos, dientes impactados y anomalías en la formación ósea, asociado a variantes patogénicas en ambos genes.

Objetivos: Descripción de un caso único de un adolescente con mutaciones concurrentes en los genes PTCH1 y RUNX2, destacando las manifestaciones clínicas maxilofaciales observadas.

Material y métodos: Paciente masculino de 13 años, sin antecedentes mórbidos relevantes, quien acude a consulta y presenta durante la evaluación clínica e imagenológica hallazgo fortuito de múltiples lesiones en ambos maxilares en relación con piezas dentarias incluidas.

Ante este hallazgo, se solicitaron estudios complementarios y se derivó al servicio de genética. El análisis genético reveló variantes en los genes RUNX2 y PTCH1. Posteriormente, se realizó una biopsia incisional de las lesiones presentes en ambos maxilares; confirmándose el diagnóstico de queratoquistes ortoqueratósicos mediante el estudio histopatológico. Durante esta intervención inicial, se colocaron tubos de descompresión intraorales tipo cánula para reducir la presión intraquística, promover la remodelación ósea y facilitar una posterior intervención quirúrgica definitiva.

Resultados: Tras la exploración clínica y estudios imagenológicos se revelaron múltiples lesiones asociadas a piezas dentarias incluidas en ambos maxilares. El análisis genético identificó variantes en los genes RUNX2 y PTCH1, sugiriendo una posible predisposición genética. Se realizó una biopsia incisional de las lesiones, confirmándose mediante estudio histopatológico el diagnóstico de queratoquistes ortoqueratinizados. Durante esta intervención, se colocaron cánulas de descompresión intraorales con el objetivo de reducir el volumen quístico y optimizar las condiciones para una futura intervención quirúrgica de enucleación.

Conclusión: La coexistencia de variantes patogénicas en PTCH1 y RUNX2 en un mismo paciente es extremadamente rara, y este caso representa un ejemplo novedoso de cómo ambos genes pueden interactuar para afectar el desarrollo maxilofacial.

La combinación de la evaluación integral, perfil genético y los estudios histopatológicos permitieron no solo un diagnóstico más preciso, sino también una aproximación terapéutica más específica y el seguimiento de riesgos hereditarios.

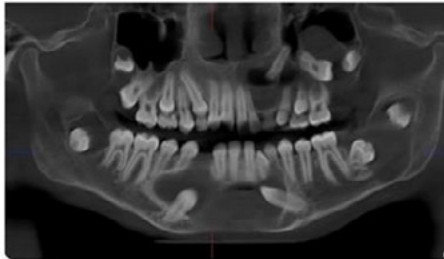
Figura 1

Figura 1

INTERPRETACIÓN

Se ha identificado la presencia de una Variante De Significado Incierto, en Heterocigosis del gen **RUNX2**, las variantes patogénicas en este gen están asociadas a **Displasia Clidocraneal Forma Fruste y Anomalías Dentales**, además se ha identificado la presencia de una Variante De Significado Incierto, en Heterocigosis **PTCH1**, las variantes patogénicas en este gen están asociadas a **Síndrome De Gorlin-Goltz** (Ver Recomendaciones).

Figura 2



P077

Manifestación Atípica de Miofibroma Intraóseo Mandibular en un Paciente Pediátrico: Trismo como Síntoma Inicial

Dr. Carlos Alfredo Cedeño Rodríguez¹, Dr. Nicolas Santiago Álvarez¹, Dr. Carlos Pérez Ortiz¹

¹Hospital Civil Nuevo Dr. Juan I. Menchaca, Guadalajara, México, ²Universidad de Guadalajara, Guadalajara, México

Introducción: El miofibroma es una neoplasia mesenquimal benigna compuesta por células miofibroblásticas, las cuales se disponen alrededor de vasos sanguíneos de paredes delgadas. Tiene predilección por la región de cabeza y cuello, principalmente en tejidos blandos. Su presentación intraósea en el maxilar o la mandíbula es poco común y suele manifestarse como una lesión solitaria en el contexto de una miofibromatosis. La escisión completa de la lesión suele ofrecer resultados satisfactorios, con baja tasa de recurrencia.

Objetivo: Presentar un caso de miofibroma intraóseo mandibular en un paciente pediátrico de 4 años, cuyo síntoma inicial fue una limitación progresiva de la apertura oral (trismo), una manifestación inusual de esta patología.

Material Y Métodos: Reporte de caso: Paciente masculino de 4 años de edad, referido al Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Civil de Guadalajara "Dr. Juan I. Menchaca" por limitación progresiva de la apertura oral con cinco meses de evolución. A su llegada contaba con diagnóstico histopatológico previo de miofibroma, establecido mediante biopsia incisional.

En la evaluación clínica se identificó aumento de volumen en la región del cuerpo mandibular izquierdo, con límites bien definidos, piel sin alteraciones, afebril y de consistencia pétrea a la palpación. Se observó apertura oral restringida a 1 mm. En cavidad oral, mucosas normohidratadas y dentición decidua. La tomografía computarizada reveló una imagen hipodensa respecto al tejido óseo, en la región de cuerpo y rama mandibular, con dimensiones de 5×4×2 cm y bordes bien definidos. Se programó curetaje quirúrgico bajo anestesia general, con manejo avanzado de la vía aérea mediante fibroscopio.

Resultados: El abordaje submandibular permitió el curetaje completo de la lesión, logrando restablecer la apertura oral desde el transoperatorio. Se confirmó clínicamente la perforación de la cortical lingual y la adhesión de la tumoración al músculo pterigoideo medial, lo que explicaría el trismo como manifestación inicial. El estudio histopatológico ratificó el diagnóstico de miofibroma intraóseo infantil, con positividad para S100. En los controles postoperatorios se observó adecuada recuperación de la apertura oral y signos tomográficos de cicatrización ósea satisfactoria.

Conclusión: El trismo secundario a miofibroma intraóseo mandibular es una presentación rara. En este caso, la afectación del músculo pterigoideo medial justificó la sintomatología. La escisión quirúrgica resolvió completamente el cuadro. Es fundamental considerar esta patología en el diagnóstico diferencial de tumores mandibulares pediátricos con limitación funcional. Se recomienda continuar investigando terapias dirigidas para evitar procedimientos invasivos.

Figura 1

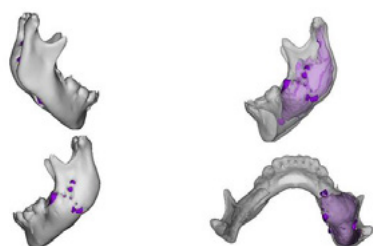


Figura 3



P078

Descompresión previa en lesiones quísticas

Dr. Leonardo Celis¹

¹Hospital Pirovano, Buenos aires, Argentina

En el abordaje de lesiones quísticas y tumorales de los maxilares, la elección del enfoque terapéutico influye directamente en el pronóstico funcional y estético del paciente. Tradicionalmente, la enucleación quirúrgica ha sido la opción de referencia; sin embargo, en casos de lesiones voluminosas, su aplicación puede conllevar secuelas significativas: desde la pérdida de estructuras anatómicas hasta un mayor riesgo de fracturas patológicas.

En este contexto, la técnica descompresiva surge como una alternativa valiosa y estratégicamente conservadora. Al reducir la presión intraquística, esta técnica permite una progresiva disminución del tamaño de la lesión, promoviendo la neoformación ósea periférica y facilitando, en una segunda etapa, una quistectomía mucho menos invasiva. Esta secuencia terapéutica reduce el impacto quirúrgico y preserva estructuras vitales, lo cual resulta especialmente relevante en pacientes jóvenes o en zonas anatómicamente complejas.

Durante esta presentación, exploraremos las bases biológicas, las indicaciones clínicas y la evolución radiográfica de la técnica descompresiva, analizando su efectividad como tratamiento previo a la cirugía definitiva. Asimismo, compartiremos casos clínicos que ilustran su aplicación práctica y los beneficios observados en términos de morbilidad y resultados funcionales.

Figura 1



Figura 2

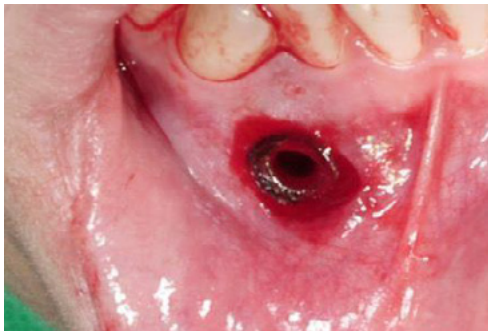


Figura 3



P079

Quiste odontogénico ortoqueratinizado: reporte de caso

Roberto Iván Chacón Carrión¹

¹Hospital Cayetano Heredia, Lima, Perú

Introducción: El quiste odontogénico queratinizado (OOQ) es considerado una lesión benigna del desarrollo, presenta una pared de tejido fibroso revestida predominantemente o totalmente por epitelio escamoso estratificado ortoqueratinizado.

Predilección sexo masculino, con mayor prevalente en la 3ra y 4ta década de vida.

La mandíbula se ve afectada 2:1 que el maxilar, regiones molares y de la rama son las más afectadas. Usualmente están asociados con dientes impactados, presentando un aspecto clínico y radiográfico similar al de un quiste dentígero, con tasa de recurrencia de 2,2%.

Se presenta como radiolucidez bien delimitada, asociada a un diente no erupcionado o con la raíz sin causar reabsorción.

Esta radiolucidez puede ser unilocular o multilocular. Puede desplazar dientes vecinos y al conducto dentario inferior.

Objetivos: Presentación del manejo de un OOQ, desde su diagnóstico, tratamiento conservador, enucleación y controles.

-BIOPSIA INCISIONAL, MARSUPIALIZACIÓN Y EXODONCIA PZA 47 RX. PANORÁMICA TOMOGRAFÍA HISTOLOGÍA

Epitelio escamoso estratificado con ortoqueratinización superficial y prominente capa de células granulares

Caso clínico: Paciente masculino de 38 años, sin antecedentes médicos. quien acudió refiriendo Dolor en zona mandibular izquierdo. Al evaluar la Rx panorámica y TCCB bimaxilar se evidenció Imagen radiolúcida/hipodensa corticalizada a nivel de cuerpo, ángulo y rama mandibular asociado a pieza 38 retenida.

Se realizó biopsia incisional y marsupialización, obteniéndose el Dx. de Quiste odontogénico Ortoqueratinizado. Después de 11 meses de seguimiento, se realizó enucleación complementaria. Paciente se encuentra en controles de 1 año sin evidencia de recurrencia.

-11 MESES: MARSUPIALIZACIÓN ENUCLEACIÓN + EXODONCIA PZA 38 RESULTADOS

Manejo conservador OOQ. CONTROL RADIOGRAFICO 1 AÑO

Conclusiones: La marsupialización y la descompresión se consideran tratamientos preliminares, seguidos de la enucleación. La enucleación de forma conservadora con extracción de los dientes afectados son el tratamiento de elección. El OOQ debe ser considerado en el diagnóstico diferencial de todas las lesiones radiolúcidas que afectan a dientes impactados.

Figura 1

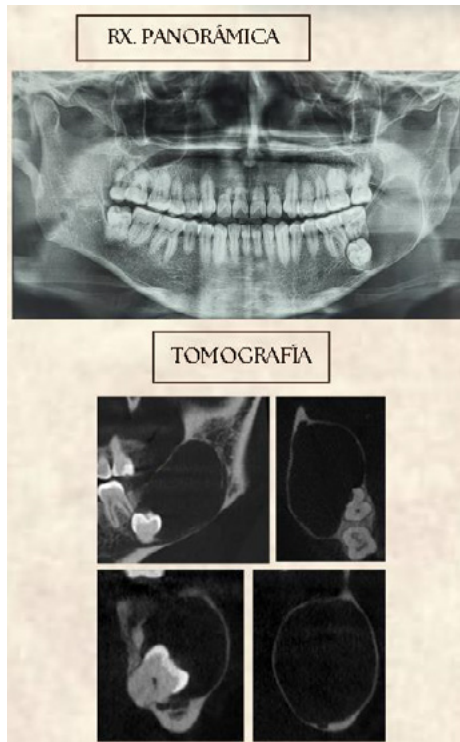


Figura 2

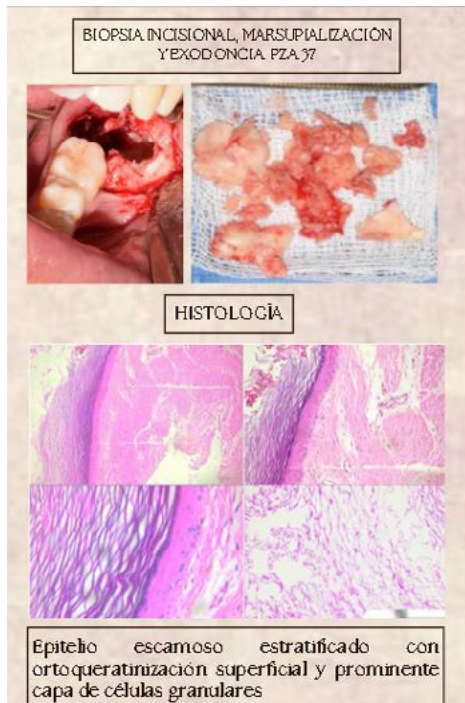
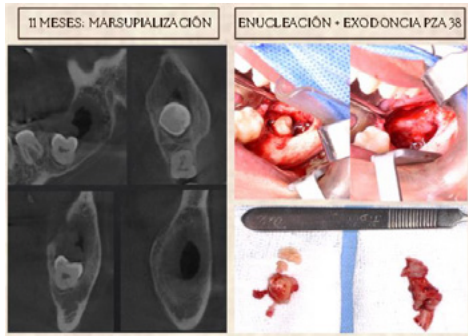


Figura 3

Resúmenes



P080

Manejo conservador de ameloblastoma unicístico. reporte de caso.

Dra. Andrea Vanessa Chango Chávez¹, Dr. Marco Xavier Vizuete Bolaños

¹Universidad Central del Ecuador, Quito, Ecuador, ²Hospital General Docente de Calderón, Quito, Ecuador

Introducción: El ameloblastoma es un tumor odontogénico benigno, con alto grado de agresividad, por lo que su tratamiento quirúrgico óptimo se ha convertido en una controversia, entre la marsupialización o descompresión y resección radical. No existe evidencia suficiente que demuestre qué modalidad de tratamiento es la más efectiva, por lo que es necesario determinar la recurrencia o no entre estos tratamientos.

Objetivo: Presentar un caso de tratamiento conservador de un ameloblastoma unicístico en rama mandibular, mediante la realización de marsupialización o descompresión realizada en el servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital General Docente de Calderón en la ciudad de Quito, Ecuador.

Materiales y Métodos: Descripción del caso: paciente femenina de 24 años de edad, sin antecedentes de importancia acudió referida de un centro de salud con estudios de imagen: ortopantomografía y TAC de macizo facial al servicio de Cirugía Maxilofacial de la unidad hospitalaria por presentar lesión intraósea en región de rama mandibular del lado derecho, con dos años de evolución, sin tratamiento previo. **Diagnóstico:** Tumor benigno de mandíbula: Ameloblastoma unicístico. **Tratamiento:** resolución quirúrgica. Primer tiempo quirúrgico, realización de marsupialización, colocación de dren para descompresión de lesión mandibular y toma de biopsia incisional. Segundo tiempo quirúrgico: biopsia excisional de la lesión.

Resultados: Los procedimientos quirúrgicos ocurrieron sin complicaciones pre, trans y postquirúrgicas. El seguimiento con controles postquirúrgicos se realizó a los 8, 15, 30 días y 3, 6 meses posteriores. Sin evidencia de infección de la herida de acuerdo con la valoración clínica y seguimiento radiográfico mensual durante los primeros tres meses evidenciándose una reducción del tamaño de la lesión por efecto de la marsupialización entre la intervención inicial y la definitiva. Actualmente bajo seguimiento.

Conclusión: se determinó un efecto favorable en la realización de la descompresión inicial y posterior enucleación en el período de seguimiento que demostró la reducción de la lesión.

Figura 1



Figura 2



Figura 3



P081

Queratoquiste odontogénico: Tratamiento quirúrgico de marsupialización, revisión literaria y presentación de un caso.

Dr. Alfredo Raúl Cruz Guerrero¹, Dr. Erick Fernandes Valente¹

¹Facultad de Ciencias Médicas de Santa Casa De Sao Paulo, Sao Paulo, Brasil

Introducción: El queratoquiste odontogénico (QO) es una lesión derivada de restos de lámina dental de origen benigno, con cantidades variables de paraqueratina descamada, de comportamiento agresivo y recurrente. Con incidencia del 3-11% de los quistes maxilares, afectando a hombres con proporción 2:1 en comparación con mujeres, en rango de edad entre la segunda y tercera década de vida. El 75% de esta lesión se localiza en región posterior de mandíbula¹. Es sustancial determinar los distintos tipos de tratamientos, ya que éste está condicionado por múltiples factores, teniendo en cuenta posible afección de estructuras dentales².

El objetivo es elegir el tratamiento de menor riesgo, que evite recurrencia de éste padecimiento.

Material y métodos: Acudió a consulta masculino de 19 años, sin antecedentes patológicos por presentar aproximadamente desde hace 2 años, aumento de volumen progresivo en región mandibular derecha, con dolor a la palpación y masticación, negando antecedente de trauma o procedimiento odontológico previo.

Se realizaron estudios de imagen:

- Ortopantomografía: se observó imagen radiolúcida de margen delimitado unilocular, que va desde la raíz del segundo premolar inferior derecho hasta la rama ascendente mandibular y presencia de tercer molar incluido en el cuerpo mandibular posterior.
- Tomografía cone Beam: confirmó expansión y adelgazamiento de corticales sin perforación.

Se integraron como diagnósticos diferenciales: Quiste dentígero, ameloblastoma unilocular ó queratoquiste odontogénico.

Primeramente, se realizó punción diagnóstica de la lesión, consiguiéndose líquido seroso; posteriormente se tomó biopsia incisional de la lesión, obteniéndose como resultado epitelio paraqueratinizado y crestas onduladas, con capa basal cuboidal a columnas en empalizado, compatible con quiste odontogénico³.

Posteriormente se eligió como manejo quirúrgico la descompresión del QO mediante marsupialización y colocación de penrose para tener acceso a la lesión. A lo largo de 21 meses se realizaron lavados con clorhexidina al 2% para mantener aséptica la marsupia. Se continuó su vigilancia periódica con tomografía, decidiéndose realizar enucleación debido al posicionamiento óseo generado durante este periodo.

Finalmente se efectuó la extirpación total de la lesión mediante curetaje y la extracción del tercer molar involucrado.

Resultados: Derivado del procedimiento, mediante la realización de un colgajo de espesor total, se extirpó lesión de característica capsular y un tercer molar asociado. A las paredes óseas se le realizaron osteotomía periférica y se coadyuvó con nitrógeno líquido; el espécimen quirúrgico en su totalidad se envió a patología con el que se reportó: cápsula quística gruesa y bien preservada, además de revestimiento epitelial con metaplasia y cambios inflamatorios reactivos. Con adecuada evolución de paciente.

Conclusión: -El QO representa un reto diagnóstico y terapéutico debido a sus características y su semejanza con otras patologías presentes en el complejo maxilofacial⁴.

-El tratamiento mediante descompresión y enucleación quirúrgica por curetaje es la opción mas viable y acertiva en el tratamiento de dicha patología por su alta tasa de re incidencia, además de la propuesta en cuanto a soluciones coadyuvantes para asegurar su correcta evolución⁵.

-Es necesario planificar un adecuado manejo quirúrgico, individualizando a cada paciente, así como dar seguimiento médico imagenológico, debido al potencial de reincidencia que esta patología presenta.

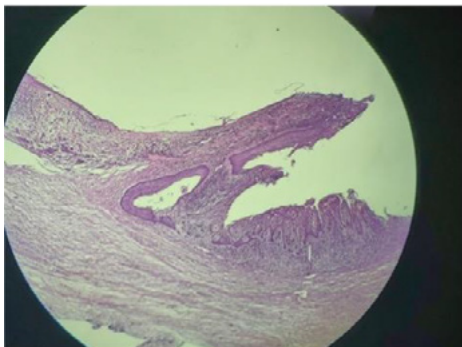
Figura 1



Figura 2



Figura 3



P082

Manejo quirúrgico de ránula en cara ventral de lengua: A propósito de un caso.

Dr. Gilberto De Jesús Dorantes¹, Dra. Edith Bahena Martínez², Dr. Adrián Juan Hernández Cruz³

¹Hospital General La Perla, Nezahualcóyotl., Nezahualcóyotl, México, ²Hospital General La Perla, Nezahualcóyotl., Nezahualcóyotl, México, ³Hospital General La Perla, Nezahualcóyotl., Nezahualcóyotl, México

Introducción. La ránula es un pseudoquistes que resulta de la retención de moco o saliva, se desarrolla por traumatismo y/u obstrucción del conducto excretor de la glándula submandibular o sublingual, está confinada al piso de la boca, se puede clasificar como simple presente en piso de la boca o plunging que se presenta como una masa submandibular que traspasa el músculo milohioideo. Las lesiones a nivel oral no presentan mayor complicación en el diagnóstico, a diferencia de las de tipo cervical, reportadas comúnmente durante la primera y segunda décadas de la vida.

Clínicamente, el aumento de volumen es de crecimiento lento y unilateral, que desplaza la lengua interfiriendo con el habla y la masticación. En lesiones de gran tamaño adquieren una apariencia blanca azulada.

Tomográficamente aparecen como lesiones quísticas de pared delgada con atenuación del líquido central (10-20UH). Si los quistes han sido intervenidos previamente o han sido infectados, el contenido puede aumentar en atenuación.

Histológicamente está compuesta por un espacio pseudoquístico central que contiene mucina y una pared de tejido conectivo vascularizado, presentan una marcada reacción inflamatoria en la membrana con vasos sanguíneos amplios y una extensa infiltración de células polimorfonucleares y mononucleares. El fluido contiene moco, fibrina, linfocitos y macrófagos.

El tratamiento sigue siendo controvertido e incluye métodos conservadores y quirúrgicos. Las terapias menos invasivas incluyen la formación de una vía de drenaje a través de la pared del pseudoquistes mediante micromarsupialización o marsupialización o inyección de una sustancia esclerótica como OK-432. La extirpación de la glándula sublingual es considerado el método más fiable de tratamiento, aunque presenta riesgos como la lesión del nervio lingual y el conducto submandibular.

Objetivo. Describir y analizar las características clínicas, diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la ránula, con el fin de reconocer la importancia en su diagnóstico y seleccionar un adecuado abordaje terapéutico, a través de la presentación de un caso clínico con resultados favorables al manejo quirúrgico.

Material y métodos. Se presenta el caso de paciente femenina de 33 años de edad quien refiere presentar aumento de volumen debajo de la lengua lo que provoca dificultad para hablar y deglutir de tres meses de evolución. Intraoralmente se observa aumento de volumen en cara ventral de lengua limitando su movimiento normal, conductos de Wharton no permeables. Se realiza TAC contrastada donde se observa lesión hipodensa unilocular circunscrita bien definida de 3.5x4.4x3.4 cm. El abordaje quirúrgico fue intraoral preservando estructuras nerviosas y vasculares importantes.

Resultados. A diez meses de evolución seguimiento sin recidiva, adecuada coloración tisular, conductos de Wharton permeable.

Estudio histopatológico: Reporta hallazgos compatibles con quistes de retención mucosa.

Conclusión. La remoción quirúrgica de la ránula y de la glándula sublingual presenta el menor porcentaje de recidiva, lo que convierte dicha técnica en la más efectiva, aunque presenta desventajas tales como ser muy invasiva y riesgo de daño a estructuras anatómicas cercanas. En este caso solo se realizó la remoción quirúrgica de la ránula.

Figura 1



Figura 2



Figura 3



P083

Presentación atípica de liposarcoma dediferenciado en bola adiposa de la mejilla: resección quirúrgica y reconstrucción funcional

Dr. Loudwin De Los Santos^{1,2}, Dr. Zoilo Nuñez^{1,3}

¹Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, Santo Domingo de Guzmán, Republica Dominicana,

²Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina, San Cristóbal, Republica Dominicana, ³Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares, Santo Domingo de Guzmán, Republica Dominicana

Introducción: Los liposarcomas dediferenciados (LPSDD) son una forma agresiva de liposarcoma que representan aproximadamente el 20 % de todos los liposarcomas (1). Sin embargo, su localización en cabeza y cuello es poco frecuente, y su aparición en la bola adiposa de la mejilla (BAM) aún más inusual, con menos de 10 casos reportados en la literatura (2). Todavía no existe consenso sobre el pronóstico de estas lesiones. La radioterapia y la quimioterapia continúan siendo objeto de controversia, mientras que la extirpación quirúrgica con márgenes amplios se mantiene como el pilar terapéutico fundamental para prevenir recurrencias (3).

Objetivo: Describir el abordaje quirúrgico y la reconstrucción funcional de un caso de liposarcoma dediferenciado localizado en BAM, reconstruido con colgajo rotacional de musculo temporal.

Material y Métodos: Paciente femenina de 21 años, admitida al departamento de cirugía maxilofacial del Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares, con historia de crecimiento progresivo e indoloro en el rostro. La exploración física evidenció asimetría facial a expensas de volumen indurado, bien contorneado, con zona de constricción a nivel del arco cigomático y deformación de la comisura labial y del contorno orbitario en hemicara izquierda.

La IRM mostró una masa voluminosa, multilobulada, de aproximadamente 17 × 11 × 10 cm en espacios bucal, trigono retromolar, fondo de surco y espacio maseterino, con extensión craneal a través del arco cigomático. Se observó erosión ósea del arco cigomático, maxilar y seno maxilar, con infiltración del seno maxilar izquierdo.

Bajo anestesia general, se colocó a la paciente en posición supina con la cabeza girada hacia la derecha. Se identificó una tumoración encapsulada que se extendía desde la fosa infratemporal, conformando tres lóbulos primarios de gran tamaño. Se realizó un abordaje hemicoronal para acceder al polo superior de la lesión, disecando a través de planos cutáneo y aponeurótico. En el polo antero-inferior, se observó un área eritematosa focal que fue extirpada mediante resección cutánea elíptica, asegurando la eliminación completa de la piel comprometida junto con el tejido tumoral subyacente. Se disecaron estructuras adyacentes como el arco cigomático, el espacio bucal y la región maseterina. Para abordar el componente sinusal, se realizó una maxilectomía parcial.

La reconstrucción se efectuó con un colgajo rotacional del músculo temporal, transpuesto intraoralmente para restaurar la continuidad de los tejidos faciales. Se logró hemostasia adecuada y cierre por planos sin complicaciones.

Resultados: El estudio histopatológico confirmó la expresión positiva de vimentina (V8), marcador mesenquimatoso. El análisis genético reveló amplificación del gen MDM2, hallazgo característico de los LPSDD, respaldando así el diagnóstico definitivo.

Conclusión: El LPSDD en la BAM es extremadamente raro. Su comportamiento agresivo exige una resección radical con márgenes de seguridad suficientes (2–3). Este caso inusual demuestra la importancia de un diagnóstico histopatológico preciso como herramienta clave para establecer el pronóstico y orientar decisiones terapéuticas posteriores.

Referencias

1.Jonczak E, et al. Cancers (Basel). 2024 Nov 18;16(22):3858. doi:10.3390/cancers16223858.

2.Angiero F, et al. Anticancer Res. 2006;26(6C):4857–68.

3.Nishio J, et al. J Clin Med. 2021 Jul 22;10(15):3230. doi:10.3390/jcm10153230.

Figura 1



Figura 2

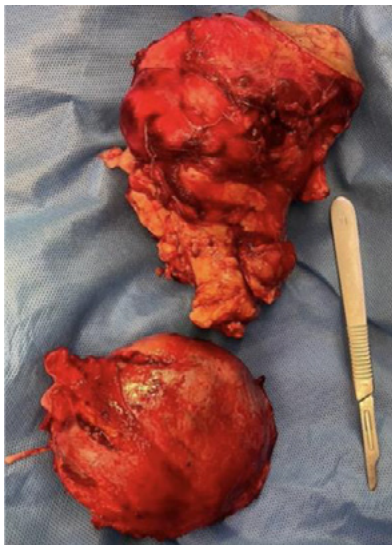


Figura 3



P084

Ameloblastoma uniuquístico tratado con enucleación y curetaje reporte de un caso con seguimiento a 5 años

Dra. Paulina Equihua Martínez¹, Dr. Carlos Alan Bárcenas Ceja, Dr. Luis Felipe Cuevas García

¹Hospital General "Dr. Miguel Silva", Morelia, México

Introducción: El ameloblastoma uniuquístico descrito por primera vez por Robinson y Martínez en 1977, es un tumor de origen odontogénico que deriva de los restos del epitelio de la lámina dental, representando entre 5 a 22% de todos los ameloblastomas, que puede surgir de novo o derivar de una lesión preexistente, de predominio por pacientes jóvenes entre la 1era y 2da década de la vida, donde el 90% se encuentra en la parte posterior de la mandíbula asociados principalmente a terceros molares con predilección por varones 2:1.

Objetivos: Describir las manifestaciones clínicas y radiográficas típicas del ameloblastoma uniuquístico y resaltar la importancia del seguimiento a largo plazo debido al riesgo de recurrencia.

Material y métodos: Se presenta el caso de paciente femenino de 47 años de edad la cual acude a consulta por presentar un aumento de tamaño de aproximadamente 2 años de evolución, de crecimiento progresivo y asintomático. A la exploración física extraoral se observa aumento de volumen en tercio inferior de lado izquierdo, de consistencia firme, la paciente se refiere asintomática con dificultad para la masticación debido al aumento de volumen e intraoralmente no hay evidencia de cambios de coloración, daño a tejidos blandos pero con expansión de corticales y órganos dentarios 35,36,37,38 ausentes, por lo que se solicitan estudios de laboratorio e imagen como protocolo prequirúrgico.

Resultados: En la radiografía panorámica se observó una lesión radiolúcida unilocular en región posterior de la mandíbula de lado izquierdo de aproximadamente 3 cm de longitud. Por lo que se programa para realizar una biopsia bajo anestesia general. En el transquirúrgico se decide realizar curetaje y enucleación total de la lesión sin complicaciones en el tiempo quirúrgico y tras estudio por parte del servicio de anatomía patológica, se confirma el diagnóstico de ameloblastoma uniuquístico y se da seguimiento a la paciente periódico por parte del servicio de Cirugía Maxilofacial.

Conclusión: Aunque el ameloblastoma uniuquístico es menos agresivo que otros tipos de ameloblastoma, la selección del tratamiento debe basarse en la extensión de la lesión y tipo histológico. La detección temprana y el manejo adecuado son esenciales para minimizar complicaciones. Su manejo requiere un enfoque que incluya diagnóstico preciso, tratamiento quirúrgico adecuado y seguimiento a largo plazo para reducir el riesgo de recidiva.

Figura 1



Figura 2



Figura 3



P085

Ameloblastoma Mandibular tratado con Resección en Bloque más Transporte óseo. Reporte de un caso

Dra. Adriana Nataly Espinoza Martínez¹

¹Universidad UTE, Quito, Ecuador

Introducción: El ameloblastoma es una neoplasia benigna que se origina del epitelio odontogénico. A pesar de ser un tumor benigno es localmente agresivo y presenta una alta tendencia a la recurrencia. El estudio imagenológico junto con la clínica es clave para el diagnóstico, la ortopantomografía es muy útil en la que podremos ver una radiolucidez uni o multilocular con apariencia en pompas de jabón; la tomografía nos ayuda a determinar la extensión del tumor y la destrucción ósea. El tratamiento debe ir encaminado no solo a la resección quirúrgica del tumor sino también a la reconstrucción de los maxilares con el objetivo de devolver estética y función.

Objetivo General: Dar a conocer el caso de una paciente con diagnóstico de Ameloblastoma Mandibular, en el cual se realizó una resección de neoplasia benigna para posterior colocación de un dispositivo de transporte óseo y reconstrucción del defecto mandibular.

Objetivo Especifico: 1. Dar a conocer las características clínicas, imagenológicas y los resultados del tratamiento quirúrgico.

2. Describir el tratamiento quirúrgico que se realizó en este caso, y cómo fue su posterior evolución.

Materiales y métodos: Reporte de caso. Paciente femenino de 20 años de edad, nacida y residente en Ecuador, acude a consulta por presentar dolor leve y un bulto que aumenta de tamaño en la mandíbula, al examen físico presenta, leve asimetría facial por un aumento de volumen ubicado en la zona de primer molar inferior derecho (pieza 46) en el cuerpo mandibular. Intrabucalmente se observa tabla ósea externa abombada, presenta ausencia de primer molar inferior derecho. La radiografía panorámica revela una extensa lesión radiolúcida de límites netos, multiloculada en forma de pompas de jabón y que afecta al cuerpo mandibular derecho y a piezas adyacentes. Asociada a la lesión, se observa una dimensión aproximadamente 3 x 3 cm, presenta ausencia de primer molar inferior derecho.

Descripción Quirúrgica: Bajo estrictas normas de asepsia, antisepsia, anestesia general con entubación nasotraqueal. Se inicia procedimiento quirúrgico con infiltración de lidocaína con epinefrina 1:200000 en región extraoral e intraoralmente. Se realiza abordaje extraoral submandibular en combinación con un abordaje intraoral en fondo de vestíbulo mandibular lado derecho para exponer la lesión tumoral, se ejecuta la demarcación de la osteotomía y se procede a la disección y preservación del nervio mentoniano, con el empleo de sierra recíprocante se realiza la resección en bloque de la lesión tumoral preservando el nervio dentario inferior, se ejecuta una osteotomía para la liberación del segmento óseo a transportar, se coloca y se fija el distractor con tornillos bicorticales, se realiza la neurografía del nervio mentoniano junto con el nervio dentario inferior, se realiza una pequeña incisión para la liberación del vástago del distractor, se coloca un drenaje tipo Jackson Pratt, se procede a la síntesis de los tejidos en los abordajes extraoral e intraoral

Conclusiones

El caso presentado tuvo como tratamiento resección en bloque más transporte óseo para su reconstrucción en el cual se obtuvo una cantidad suficiente de tejido óseo para una futura rehabilitación con implantes

Figura 1

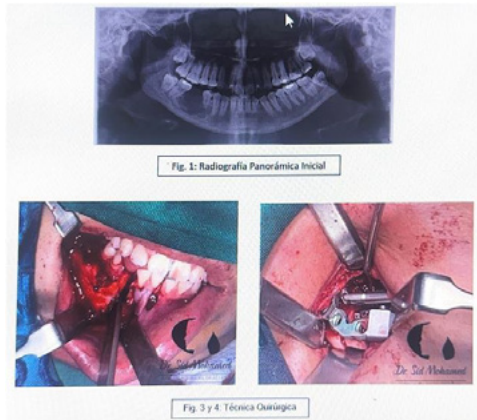


Figura 2

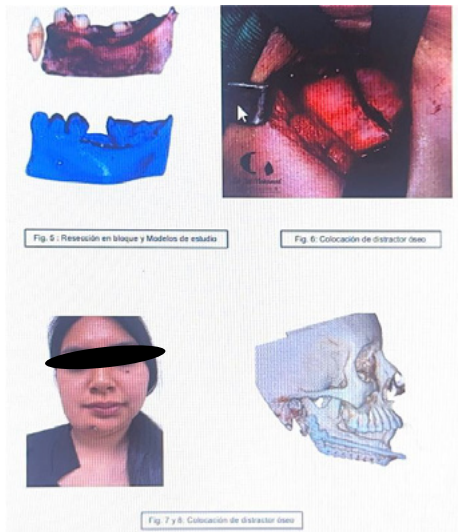
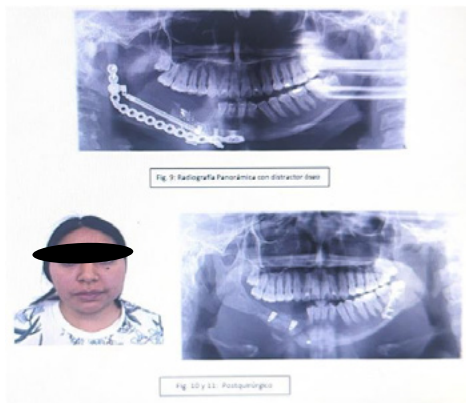


Figura 3



P086

Carcinoma adenoide quístico en paladar duro. A propósito de un caso.

Dra. Laura Alexandra Estrella Vargas, Dr. Joel Santiago Mejía Díaz

¹Hospital Traumatológico Dr. Darío Contreras, Santo Domingo Este, República Dominicana

Introducción: El carcinoma adenoide quístico (CAQ) es un tumor maligno poco frecuente, que representa menos del 1 % de las neoplasias de cabeza y cuello y alrededor del 10 % de los tumores de las glándulas salivales. El paladar es el sitio más común de afectación en la cavidad oral. Se caracteriza por un comportamiento infiltrativo, invasión perineural y alta tasa de recurrencia local. A pesar de su evolución aparentemente indolente, el CAQ muestra un potencial metastásico significativo.

Objetivos: Descripción de caso clínico de carcinoma adenoide quístico inicialmente diagnosticado como adenoma pleomorfo.

Material y Métodos: Paciente femenina de 54 años, sin antecedentes patológicos relevantes, consulta por una lesión ulcerada y dolorosa en el paladar duro derecho, de dos meses de evolución. Se solicitan estudios complementarios, incluyendo una tomografía, donde se observa la ausencia de compromiso del hueso palatino; se realiza la biopsia incisional, cuyo informe indica adenoma pleomorfo.

Tras hallazgo inicial, se procede a la extirpación quirúrgica completa de la lesión. El análisis histopatológico de la pieza quirúrgica revela un carcinoma adenoide quístico. En consecuencia, la paciente es sometida a una segunda intervención quirúrgica, llevándose a cabo una hemimaxilectomía parcial derecha, realizando osteotomía y maxilectomía desde 2do molar superior derecho hasta tuberosidad del maxilar derecho, dejando 2cm de margen de seguridad de los bordes de la lesión; se realiza rotación de colgajo vestibular más rotación de la porción bucal de la bola de grasa de Bichat para reconstrucción y cierre primario inmediato del defecto remanente. Finalmente, es referida a oncología clínica para consideración de radioterapia coadyudante.

Resultados: La biopsia incisional inicial reportó un adenoma pleomorfo. Posteriormente, el análisis histopatológico de la pieza reseçada reveló un carcinoma adenoide quístico. Se realizó una hemimaxilectomía parcial derecha como tratamiento definitivo. La paciente presentó una evolución postoperatoria favorable, sin complicaciones inmediatas. Actualmente, se encuentra en seguimiento oncológico para continuación de tratamiento y vigilancia de recurrencia o metástasis.

Conclusión: El carcinoma adenoide quístico puede presentarse inicialmente con diagnóstico inexacto debido a su similitud clínica e histológica con tumores benignos como el adenoma pleomorfo. La identificación errónea en la biopsia incisional resalta la importancia de un adecuado muestreo tumoral y evaluación histopatológica completa. Ante lesiones ulceradas, dolorosas y de rápida evolución, debe mantenerse un alto índice de sospecha, incluso cuando los hallazgos iniciales sugieran benignidad. La resección quirúrgica amplia, como la hemimaxilectomía parcial, es esencial para el control local de la enfermedad. Este caso destaca la necesidad de una vigilancia clínica rigurosa, una correcta interpretación diagnóstica inicial y un enfoque multidisciplinario para lograr un tratamiento efectivo.

Referencias bibliográficas

1. Yaga US, Gollamudi N, Mengji AK, Besta R, Panta P, Prakash B, Rajashekar E. Carcinoma adenoide quístico del paladar: reporte de un caso y revisión de la literatura. *Pan Afr Med J.* 2016 May 31;24:106. doi: 10.11604/pamj.2016.24.106.8596.
2. Armstrong LTD, Subramaniam SS, Borgna S. Adenoid cystic carcinoma of the palate with isolated cutaneous metastasis: a unique case and review of current and future treatment modalities of metastatic disease. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2019 Dec;48(12):700-708. doi: 10.1016/j.ijom.2019.11.012.

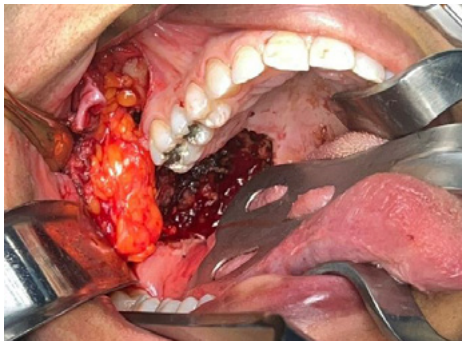
Figura 1



Figura 2



Figura 3



P087

Torus palatino gigante: Reporte de caso con presentación clínica atípica y planificación virtual preoperatoria

Dr. Juan Pablo Fawaz Stuardo^{1,2}, Dr. Oscar Waldo Badillo Coloma^{1,2}

¹Unidad de Cirugía Maxilofacial. Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso, Chile, ²Profesor de postgrado de Cirugía Maxilofacial. Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile

Introducción: El torus palatino (TP) es una exostosis ósea benigna del paladar duro, con prevalencia variable según grupos étnicos y predominio en mujeres adultas. Su presentación clínica suele ser asintomática, pero puede adquirir relevancia clínica cuando interfiere con la fonación, la deglución o la rehabilitación protésica. Las presentaciones voluminosas o morfológicamente inusuales se consideran atípicas y constituyen un desafío quirúrgico dada la delgadez de la mucosa palatina y el riesgo de complicaciones postoperatorias.

Objetivo: Describir un caso clínico de torus palatino de gran tamaño con implicancia funcional y sintomatología dolorosa, su abordaje quirúrgico conservador mediante planificación virtual y evolución postoperatoria.

Material y métodos: Paciente de sexo femenino, 72 años, derivada desde atención primaria para evaluación maxilofacial por tumoración palatina de crecimiento progresivo. Refirió percepción del aumento de volumen desde la infancia, con mayor crecimiento en los últimos 5 años. Al examen físico se constató una exostosis ósea central, de aproximadamente 4 cm de diámetro, con morfología bilobulada y superficie irregular, abarcando gran parte del paladar duro. La tomografía de haz cónico confirmó una masa ósea densa no infiltrativa con un trabeculado óseo similar al nativo y cortical bien conformada en zona superficial. Se indicó resección quirúrgica bajo anestesia general y planificación virtual para confección de guía de corte. Se realizó abordaje con colgajo mucoperióstico en línea media, osteotomía mediante fresa quirúrgica y cinceles, luego de la reposición del colgajo se instala placa de contención palatina (PCP) de resina. El seguimiento postoperatorio incluyó controles clínicos semanales durante 4 semanas.

Resultados: La resección fue completa, sin incidentes intraoperatorios. La paciente presentó una evolución postoperatoria favorable, sin episodios de infección o sangrado. A las 4 semanas se evidenció adecuada cicatrización mucosa, permitiendo el inicio del proceso de rehabilitación protésica con adaptación satisfactoria y mejoría de la fonación, deglución y disminución del dolor. Resalta la mejoría en la calidad de vida durante la alimentación con la utilización de la PCP.

Conclusión: La resección conservadora de tori palatinos de gran tamaño es una intervención segura y eficaz cuando está correctamente indicada y planificada. La morfología atípica y el compromiso funcional obligan a un enfoque quirúrgico individualizado, en el que el manejo del colgajo, la hemostasia y la integridad de la mucosa son determinantes en el pronóstico. Este caso aporta evidencia clínica respecto al abordaje de presentaciones inusuales de TP, reafirmando su carácter benigno y la posibilidad de rehabilitación completa en contextos quirúrgicos bien controlados.

Referencias bibliográficas:

1. García-García AS, et al. Current status of torus palatinus and torus mandibularis. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2010;15(2):e353–60.
2. Bernaola-Paredes WE, et al. Atypical presentation of gigantiform torus palatinus: A case report. *Int J Surg Case Rep*. 2020;75:66–70.
3. Imada TSN, et al. Surgical management of palatine torus: case series. *Rev Odontol UNESP*. 2014;43(1):72–76.
4. Raldi FV, et al. Excision of an atypical palatal bone exostosis: a case report. *J Oral Sci*. 2008;50(2):229–231.

Figura 1



Figura 2

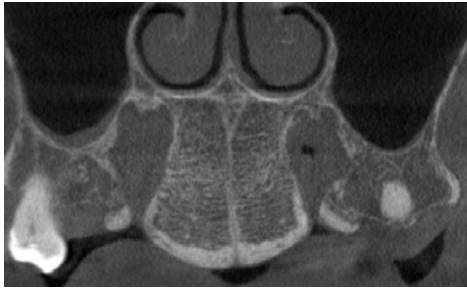
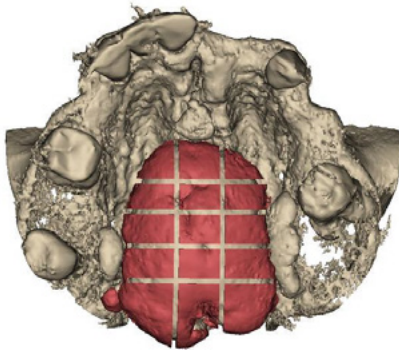


Figura 3



P088

Melanoma de mucosa oral. Experiencia de un caso

Dr. Wilmer Fermin Obando¹, Dra. Hariannys Ortiz Palacios¹

¹Hospital Del Este "Dr. Domingo Luciani", Caracas, Venezuela

Introducción: El melanoma de la mucosa oral es una neoplasia maligna relativamente rara con un comportamiento clínico-patológico agresivo. La tasa media de supervivencia a 5 años es de aproximadamente 15 %. Surge principalmente de los melanocitos que se encuentran en la capa de células basales del epitelio, pero en ocasiones puede provenir de los melanocitos que residen en la lámina propia. La patogénesis es compleja y se han definido pocos de los mecanismos moleculares subyacentes al desarrollo del MMO. Los MMO representan aproximadamente el 25 % de todos los melanomas de la mucosa de cabeza y cuello, y presentan un perfil de alteraciones citogenéticas, un comportamiento biológico-molecular complejo, y una evolución clínica diferente a la de los melanomas cutáneos. Dado que suelen ser indoloros, de rápido crecimiento y amelanicos (hasta un 40%), por lo general, se diagnostican en etapas tardías de la enfermedad, cuando las lesiones ya han metastatizado a los ganglios linfáticos regionales (47%).

Objetivo: El objetivo de presentar este caso se debe no solo a lo infrecuente o rareza incidental, sino el manejo terapéutico complejo, de un paciente con MMO. Con esto, se busca ilustrar los desafíos inherentes a su detección temprana y diagnóstico diferencial, así como contribuir al conocimiento sobre esta patología dada su baja incidencia y la ausencia de guías de tratamiento estandarizadas.

Materiales y métodos: Paciente de 51 años, quien refiere inicio de enfermedad actual hace 8 meses posterior a evidenciar lesión ulcerativa en región de paladar con sintomatología dolorosa, urente, con un crecimiento progresivo, a quien realiza biopsia de tipo incisional, la cual arroja como resultado el diagnóstico de melanoma oral. Al examen macroscópico: se recibe fragmento único de tejido blando de 1.5x1.0x0.6 cm de tamaño, forma de cuña, color blanco y negro, consistencia firme. Se incluyeron cortes representativos de la totalidad de la muestra para su evaluación y estudio. Al examen microscópico: neoplasia tapizada parcialmente por epitelio de revestimiento. En una zona el epitelio muestra separación prominente de los queratinocitos entremezclados con una proliferación celular que muestra en citoplasma abundante de melanina. El epitelio se pierde, y es reemplazado por una neoplasia maligna de células redondas, pequeñas, basófilas, que muestran pleomorfismo nuclear y abundantes mitosis (2 por 2 mm²). En otras zonas las células se observan más fusiformes, pero conservan los cambios celulares y nucleares. Las células crecen en un patrón horizontal, en un estroma fibroso bien vascularizado. Se le realiza una resección oncológica con márgenes entre 1 a 2 cms diametralmente de toda la mucosa palatina. Además, se realiza disección selectiva linfático-ganglionar latero cervical derecha niveles I,II,III.

Conclusiones: El presente reporte de caso detalla la presentación clínica, el proceso diagnóstico y los hallazgos patológicos de un MMO. Se ilustra de manera contundente la agresividad y la naturaleza insidiosa de esta neoplasia maligna, la cual, a pesar de su tamaño considerable al momento del diagnóstico, solo provocó síntomas dolorosos y urentes en etapas avanzadas de su evolución, lo que dificultó su detección temprana. Este paciente tendrá inmunoterapia como tratamiento adyuvante.

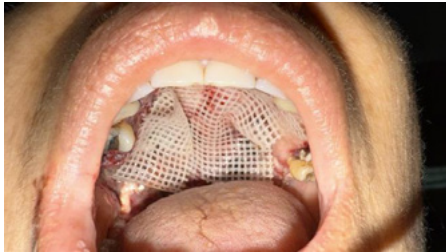
Figura 1



Figura 2



Figura 3



P089

Tumor odontogénico epitelial calcificante (TOEC) maxilar tratado con cirugía conservadora: reporte de un caso.

Dr. Felipe Fuentes Zúñiga¹, Dr. Benjamín Puente Martínez

¹Universidad Andres Bello, Santiago, Chile

Introducción: El Tumor Odontogénico Epitelial Calcificante (TOEC), también conocido como tumor de Pindborg, es una neoplasia benigna infrecuente (<1% de los tumores odontogénicos), con comportamiento localmente agresivo. Afecta un amplio rango etario, con predilección por la cuarta década. Radiográficamente se presenta como una lesión de densidad mixta, con calcificaciones progresivas y frecuente asociación a dientes no erupcionados. Histológicamente, se caracteriza por células epiteliales poliédricas, depósitos de amiloide y calcificaciones en anillo de Liesegang. El tratamiento varía según la presentación clínica y no siempre guarda relación directa con el tamaño tumoral. Si bien la recurrencia es relativamente baja (13–15%), se han descrito casos de metástasis y transformación maligna. Este reporte describe un paciente afectado por un TOEC maxilar con extensión al seno maxilar, tratado de forma conservadora con resultado clínico e imagenológico favorable.

Caso Clínico: Se presenta un paciente masculino de 34 años, sin antecedentes mórbidos ni alergias, que acude al Servicio de Urgencia del Hospital Dr. Franco Rivera Zunino (HFRZ), consultó por dolor agudo en región geniana derecha. Relató aparición progresiva de masa tumoral tras exodoncias múltiples realizadas en su país de origen. El examen clínico reveló una tumoración dura que comprometía párpado inferior y ala nasal derecha, y una zona intraoral eritematosa con pérdida ósea significativa y defecto en la bóveda palatina. La Tomografía Axial Computada (TAC) mostró una lesión expansiva mixta de 36x47x44 mm, con destrucción ósea y compromiso del seno maxilar, cavidad nasal y tejidos blandos adyacentes. La biopsia reveló proliferación de células epiteliales odontogénicas con depósitos de amiloide y calcificaciones en anillo. Los hallazgos clínico – patológicos e imagenológicos son compatibles con un TOEC. Se realizó enucleación quirúrgica vía abordaje Weber-Ferguson bajo anestesia general, sin complicaciones. El paciente evolucionó favorablemente, con recuperación funcional completa y sin evidencia de recidiva a los 10 meses de seguimiento clínico e imagenológico.

Discusión: Se presenta una forma inusual de TOEC con extensión sinusal (sólo 13 casos documentados). La lesión se manifestó como una masa mixta con destrucción de estructuras óseas, compatible con el comportamiento expansivo y localmente agresivo. Histológicamente, correspondió a la variante intraósea clásica, con positividad al rojo Congo y bajo índice Ki-67 (<1%), lo que sugiere un crecimiento lento pero progresivo. La integración diagnóstica entre clínica, imágenes y patología permitió una planificación quirúrgica eficaz. Si bien el manejo conservador fue exitoso, la literatura advierte que tratamientos poco agresivos pueden predisponer a recurrencias. La evolución clínica fue satisfactoria, sin eventos adversos ni complicaciones. No obstante, el caso destaca la necesidad de seguimiento prolongado, dado el potencial recidivante del TOEC. Este reporte refuerza la importancia de considerar el TOEC en el diagnóstico diferencial de lesiones mixtas maxilares, especialmente ante síntomas nasales inespecíficos o antecedentes de exodoncias sin causa clara. La vigilancia estructurada postoperatoria es clave para el manejo a largo plazo de esta entidad.

Conclusión: Este caso subraya la importancia de un enfoque diagnóstico integral y un tratamiento quirúrgico oportuno en el TOEC, especialmente en presentaciones atípicas con extensión sinusal. El seguimiento clínico e imagenológico resulta fundamental para prevenir recurrencias.

Figura 1



Figura 2

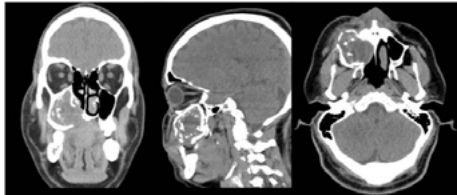


Figura 3



P090

Osteomielitis Crónica de Larga Data: Reporte de un caso clínico e Implicancias para el Manejo Terapéutico

Dr. José Luis Gaona Arias¹, Dra. Cristina Guerra Erazo

¹Universidad Central Del Ecuador, Quito, Ecuador

Introducción: La osteomielitis, una infección ósea crónica, puede surgir de traumatismos, cirugías o infecciones cercanas, siendo difícil de tratar. En casos difíciles, combinar cirugía con oxigenoterapia hiperbárica es eficaz para eliminar la infección y promover la regeneración ósea.

Objetivo: Establecer un protocolo estandarizado de oxigenoterapia hiperbárica en el manejo de la osteomielitis crónica, con el fin de disminuir la posibilidad de recidiva y optimizar los resultados clínicos, posteriores a procedimiento quirúrgico de secuestrectomía en servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, en la ciudad de Quito, Ecuador.

Material y métodos: Este estudio corresponde a un reporte de caso clínico que se desarrolla en el contexto del manejo integral de la osteomielitis crónica con apoyo de oxigenoterapia hiperbárica como tratamiento complementario previo a cirugía. La paciente es una mujer de 63 años, residente en Pelileo, con antecedentes de hemimandibulectomía, osteoporosis con un 63% de discapacidad física, y un cuadro de dolor facial persistente y secreción en sitios quirúrgicos por más de un año. En el examen clínico se observa tejido óseo expuesto tanto en el maxilar superior como en la mandíbula, y en examen tomográfico se evidencian secuestros óseos compatibles con osteomielitis de larga data. La variable independiente es la aplicación de oxigenoterapia hiperbárica, mientras que las variables dependientes incluyen la evolución clínica de la infección y la probabilidad de recidiva. Se utilizan como instrumentos la historia clínica detallada, el examen físico, el estudio tomográfico, la aplicación de 10 sesiones de cámara hiperbárica prequirúrgicas y 10 sesiones posquirúrgicas y el procedimiento quirúrgico de secuestrectomía.

Resultados: Posterior a la realización de 10 sesiones de oxigenoterapia hiperbárica, se efectuó el procedimiento quirúrgico de secuestrectomía, durante el cual se eliminó tejido óseo necrótico y se regularizaron los rebordes óseos expuestos en el maxilar superior y la mandíbula. Se realizó síntesis de la mucosa para lograr el cierre adecuado de las exposiciones óseas, complementado con antibioticoterapia intravenosa a base de ampicilina más sulbactam durante la hospitalización. Después de la cirugía, se completaron 10 sesiones adicionales de cámara hiperbárica. La paciente acudió al control a los 8 días postoperatorios, donde se realizó un lavado profuso de las heridas con solución yodada, sin evidenciarse dehiscencias. En el control a los 15 días se retiraron los puntos intraorales, observándose adecuada cicatrización, sin signos de infección ni dehiscencias. Al control radiográfico realizado a los 3 meses, no se evidenciaron signos de recidiva, por lo que se planificó la reconstrucción mandibular.

Conclusión: La estandarización de un protocolo que incluya oxigenoterapia hiperbárica como parte del manejo integral de la osteomielitis crónica contribuye a reducir el riesgo de recidiva y a mejorar la evolución postoperatoria. La combinación de tratamiento quirúrgico con sesiones de cámara hiperbárica antes y después de la intervención favorece una adecuada cicatrización, control de la infección y preparación para procedimientos reconstructivos posteriores.

Figura 1



Figura 2



Figura 3



P091

Carcinoma de células acinares: un enigma diagnóstico. Reporte de un caso inusual. Reporte de caso.

Dr. Damián Alejandro Garcés García¹, Dr. Eduardo Vincio Ramos Carcelen

¹Universidad Central Del Ecuador, Quito, Ecuador, ²Hospital Pablo Arturo Suarez, Quito, Ecuador

Introducción: El carcinoma de células acinares es un tumor maligno epitelial de las glándulas salivales que presenta diferenciación hacia células acinares serosas en al menos una parte de las células tumorales. Su localización más frecuente es la glándula parótida, donde se presentan aproximadamente el 91% de los casos. Afecta a personas de un amplio espectro de edades, desde la infancia hasta la vejez, con una mediana de edad de 52 años. Tiene una leve predilección por el sexo femenino (proporción mujer: hombre de 1,6:1) y se observa con mayor frecuencia en individuos de raza blanca. La tasa de supervivencia a cinco años varía entre el 80% y el 90%, aunque esta puede disminuir en presencia de factores adversos como tumores de alto grado, márgenes quirúrgicos comprometidos o metástasis en ganglios linfáticos.

Objetivo: Presentar un caso de carcinoma de células acinares tratado mediante excisión quirúrgica completa en el servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Provincial Pablo Arturo Suarez de la Ciudad de Quito, Ecuador.

Materiales y Métodos: Descripción del caso: paciente masculino de 73 años, con antecedente de tuberculosis pulmonar diagnosticada en el 2014 enfermedad renal crónica y diabetes mellitus tipo 2. Al examen físico se evidencia en región preauricular masa exofítica lobulada, delimitada, no depresible de forma piramidal de aproximadamente 10 cm, de consistencia dura, no dolorosa, no calor local, no eritema. En TAC contrastada se evidencia presencia de imagen nodular focal lobulada de contornos bien definidos. Mide 3x3x6x5.2 cm que no infiltra tejidos adyacentes y realza contraste.

Tratamiento: Se realizó una biopsia excisional mediante una incisión preauricular, seguida de una cuidadosa disección de tejidos hasta exponer la glándula parótida. Durante el procedimiento, se identificó y preservó el nervio facial, y se llevó a cabo la resección del tumor con márgenes quirúrgicos adecuados. La pieza obtenida corresponde a una formación nodular de 25 gramos, con dimensiones de 4 × 3,5 × 3 cm, de consistencia fibroelástica, superficie externa lisa y bien delimitada.

Resultados: El procedimiento quirúrgico transcurrió sin complicaciones en las fases preoperatoria, intraoperatoria y postoperatoria. El seguimiento postquirúrgico se realizó a los 7 y 15 días posteriores al alta hospitalaria, El estudio histopatológico reveló un tumor encapsulado, rodeado por una delgada cápsula fibrosa, compatible con carcinoma de células acinares.

Conclusión: El carcinoma de células acinares es un tumor epitelial maligno de las glándulas salivales, siendo la glándula parótida su localización más común. En este caso, el diagnóstico presuntivo inicial fue tuberculosis parotídea, debido a antecedentes clínicos compatibles. Sin embargo, el estudio histopatológico confirmó la naturaleza maligna de la lesión. El paciente se encuentra actualmente bajo control del servicio de oncología para vigilancia y tratamiento complementario.



P092

Quiste branquial tipo IV de Bailey en paciente pediátrico.

Dr. Luis Alberto García Hernández¹

¹Issste, Ciudad de México, México

Los arcos branquiales consisten en hendiduras y bolsas, los cuales son precursores embriológicos de las estructuras de la cara, el cuello y la faringe. La obliteración incompleta de estos arcos puede conducir a anomalías congénitas, de las cuales, las del segundo arco son las más comunes. Los quistes de segundo arco se presentan como una masa rápidamente progresiva debido a la inflamación, identificándose rápidamente en niños. Dado que los quistes branquiales son propensos a infecciones recurrentes que no se resuelven espontáneamente, el tratamiento recomendado es la extirpación quirúrgica temprana y completa de ser posible; la resonancia magnética nuclear confirma la naturaleza quística y la proximidad a los grandes vasos. El siguiente reporte de caso presenta una paciente de 11 años de edad la cual fue diagnosticada con quiste branquial izquierdo estadificado en tipo IV de Bailey por medio de una resonancia magnética nuclear siendo tratada quirúrgicamente por parte del servicio de cirugía oral y maxilofacial del hospital regional "General Ignacio Zaragoza"

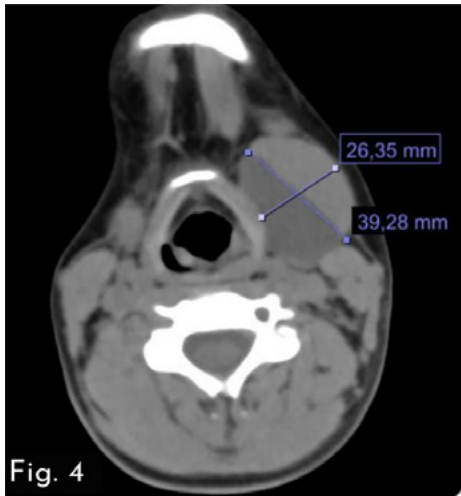
Figura 1



Figura 2



Figura 3



P093

Tratamiento conservador en tumores odontogénicos

Dr. Luis Felipe García Lopez¹

¹Hospital Pirovano, Buenos Aires, Argentina

En esta presentación compartiré una propuesta terapéutica conservadora, para el manejo de tumores o queratoquistes odontogénicos de gran tamaño en pacientes jóvenes. El enfoque se basa en una primera etapa de descompresión, orientada a reducir el volumen de la lesión, preservando estructuras nobles, favoreciendo la osteogénesis. Esta estrategia permite una planificación quirúrgica más precisa y menos invasiva en la segunda etapa, que incluye la enucleación o resección parcial del tumor disminuyendo la morbilidad asociada a procedimientos extensos. el objetivo es alcanzar un tratamiento eficaz, minimizando al mismo tiempo el impacto funcional de pacientes jóvenes. Este enfoque permite preservar el potencial de desarrollo óseo y optimizar las condiciones futuras para rehabilitación implantología y protésica.

P094

5 Fluorouracilo tópico para el tratamiento del queratoquiste odontogénico: serie de casos clínicos con seguimiento a 2 años.

Dra. Grecia Paola García Razo¹, Dr. Víctor Hugo Santos Enríquez²

¹Hospital Universitario de Puebla, Puebla, México, ²Hospital Universitario de Puebla, Puebla, México

Introducción: El queratoquiste odontogénico (QO) es una lesión benigna, agresiva cuyo comportamiento biológico continúa generando debate debido a su capacidad de proliferación y recurrencia incluso tras tratamientos agresivos. El 5-Fluorouracilo (5-FLU), es un agente antimetabolito que actúa sobre los restos epiteliales residuales causando un efecto citotóxico y que induce un daño letal al ADN de las células proliferativas. El abordaje original para el manejo del QO y 5-FLU proponía aplicar la crema mediante un empaquetamiento con gasa dentro de la cavidad quística durante 24 hrs, lo que implicaba la remoción de dicho material no reabsorbible. Posteriormente, Casino y cols. Sugirieron aplicar el 5-FLU mediante una esponja de gelatina absorbible para eliminar la necesidad de retirar el material sin reportar eventos de toxicidad sistémica asociada a la colocación intraluminal del fármaco.

Objetivo: Evaluar la efectividad del 5-fluorouracilo con esponja de gelatina absorbible (Gelfoam) intraluminal posterior a la enucleación, curetaje y osteotomía periférica del QO para disminuir las recidivas en una serie de 7 casos clínicos con seguimiento a 2 años.

Metodología: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, unicéntrico con 7 pacientes tratados mediante la aplicación de 5-Fluorouracilo intraluminal con esponja de gelatina absorbible (Gelfoam), las variables a estudiar fueron la tasa de recidivas, las lesiones neurosensoriales y los eventos de toxicidad sistémica asociadas al tratamiento entre el año 2022 y 2023 en el Hospital Universitario de Puebla, México.

Resultados: Se estudiaron 7 pacientes (4 mujeres y 3 hombres) con el protocolo de enucleación, curetaje, osteotomía periférica y colocación de 5-FLU. 2 pacientes tenían el antecedente de una cirugía previa con recidiva del QO. No se obtuvieron recidivas a los 2 años de seguimiento (tasa 0%) en dicho periodo. Las radiografías de control mostraron completa cicatrización ósea de la cavidad quística, no se reportaron alteraciones neurosensoriales (parestesias) permanentes ni datos de toxicidad sistémica asociadas al tratamiento en ninguno de los pacientes.

Conclusión: La técnica de enucleación, curetaje, osteotomía periférica y 5-Fluorouracilo + gelatina absorbible es una técnica que puede resultar efectiva al disminuir el tiempo en quirófano y eliminar la necesidad de remover el empaquetamiento del 5-Fluorouracilo con gasa no reabsorbible. Esta serie de casos sugiere que se reduce significativamente el riesgo de recurrencia del queratoquiste odontogénico comparado con el tratamiento convencional a los 2 años.

Figura 1

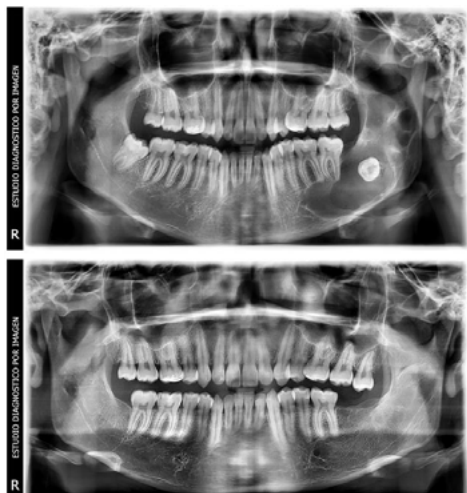
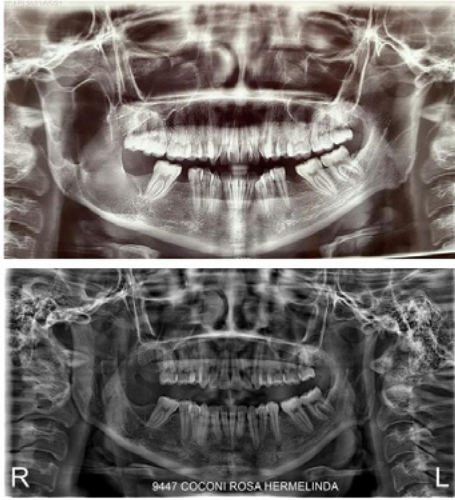


Figura 2



P095

Quiste óseo simple asociado a displasia cemento ósea florida reporte de caso y revisión de la literatura

Dra. María Belén Guerra Vásquez¹, Dr. Luis Alberto Montoya Pérez¹, Dr. Manuel Arturo Romero de la Vega¹

¹Hospital Juárez de México, Ciudad de México, México

Introducción: El quiste óseo simple (QOS) es una cavidad intraósea benigna, generalmente asintomática y de hallazgo incidental. La asociación entre un QOS y una displasia cemento ósea florida, es poco común, siendo menos del 5%, lo que puede dificultar el diagnóstico clínico y radiográfico, por lo que su adecuada identificación es clave para evitar tratamientos invasivos innecesarios. Presentamos un caso de QOS con manejo conservador y buena evolución clínica.

Objetivo: Reportar un caso de quiste óseo simple maxilar y mandibular con un tamaño inusualmente extenso y destacar la importancia del diagnóstico diferencial y el manejo quirúrgico adecuado.

Material y Métodos: Paciente femenina de 52 años de edad, quien acude a facultativo de práctica privada hace 10 meses, al presentar aumento de volumen en región de cuerpo mandibular derecho, y posterior a toma de ortopantomografía, presenta como hallazgo radiográfico lesión radiolúcida festoneada de bordes bien definidos en maxilar que se extiende en raíces desde órganos dentales 17 a 27 y en mandíbula desde 37 a 47, es referida a nuestro servicio hace 3 meses, con reporte histopatológico donde describen espacios llenos de hemorragia, revestidos parcialmente por fibroblastos y células gigantes multinucleadas tipo osteoclasto, con diagnóstico compatible con quiste óseo aneurismático, por protocolo clínico se realiza una nueva toma de biopsia inscisional bajo anestesia, el cual tiene un contenido hemático, sin capsula, ni revestimiento epitelial, el donde se obtiene pequeños fragmentos de tejido, cuyo resultado menciona espículas óseas vitales, osteoide, medula ósea roja, amarilla y tejido fibroso denso con vasos sanguíneos el cual sigue reportado como quiste óseo aneurismático, sin embargo hace 2 meses se observa radiográficamente neoformación ósea parcial, por las características clínicas al momento de la toma de la biopsia y la formación del mismo hueso compatible con displasia cemento ósea florida, se hace el diagnóstico de quiste óseo simple. Se da seguimiento a los 3 y 7 meses.

Resultados: Paciente a 3 meses de posoperada, presenta evolución clínica favorable, con adecuada simetría facial, ausencia de signos de infección y sin recidiva aparente. Actualmente se encuentra en seguimiento.

Conclusiones: El quiste óseo simple, aunque benigno, se puede asociar a displasia cemento ósea como en este caso, donde puede alcanzar tamaños considerables muy infrecuentes y abarcar ambos maxilares que simulan lesiones agresivas, lo que dificulta el diagnóstico clínico inicial. Este caso resalta la importancia de la clínica, el estudio histopatológico y de un enfoque integral para un diagnóstico y tratamiento precisos.

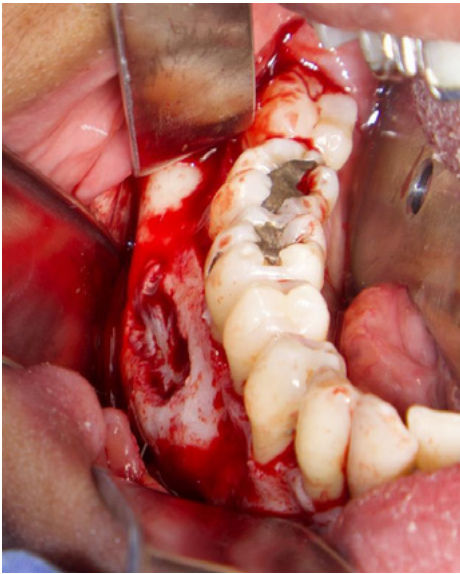
Figura 1



Figura 2



Figura 3



P096

Mucormicosis ororinosinusal crónica: reporte de caso clínico con evolución de 5 años

Dra. Yaliska Gutiérrez Huañec^{1,2}, Coautor Dr. Abel Alex Rivadeneyra Rodríguez^{1,2}

¹Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú, ²Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima, Perú

Introducción: La mucormicosis es una infección fúngica, invasiva en corto tiempo y frecuentemente letal. Sin embargo, se ha reportado casos de larga data. El primer caso descrito por Vignale et al., 1964, de una mujer de 39 años, con 24 años de evolución lenta y progresiva.

Se ha reportado 2 tipos de mucormicosis según su evolución. La aguda con una mediana duración de los síntomas antes del diagnóstico de 10 días, mientras que la crónica o indolente es de 7 meses, caracterizada con persistencia de síntomas por más de 4 semanas.

Objetivos: - Presentar el siguiente caso clínico de un Hospital del Seguro Social - Perú, sobre una mucormicosis ororinosinusal con progresión de 4 años encontrados en un estudio de TEM macizo facial.

- Exponer las manifestaciones clínicas del caso y los hallazgos que se obtuvieron a lo largo de este periodo.

Caso Clínico: Se presenta el caso clínico de un varón de 48 años de edad, con antecedente de diabetes mellitus controlado post Covid-19, 2021, siendo manejado de sinusitis maxilar durante cinco años, fue intervenido en tres oportunidades de cirugía endoscópica naso sinusal desde el 2018, la última en 2023, los síntomas fueron congestión nasal, secreción amarillenta de fosa nasal izquierda, cefalea, que fueron progresando a epistaxis, fiebre, movilidad dentaria del maxilar, secreción fétida por la cavidad oral, razón por la cual fue interconsultado a nuestra especialidad.

Se revisó la tomografía macizo facial del 2019, en la cual se observó lesión hipodensa con formación de secuestros óseos, patrón de sal y pimienta, pérdida ósea extensa del hueso maxilar derecho y región de premolares contralateral, la extensión se mantenía en la tomografía del 2023, además presentaba opacificación del seno maxilar, celdillas etmoidales y seno frontal derecho, pérdida de lámina dura en piezas dentarias involucradas.

Resultados: El cultivo para hongos dio resultado negativo. Sin embargo, la biopsia de tejido óseo más extracción de pieza 15, reporta presencia de hifas compatible con mucormicosis, Grocott: Positivo e Infección por *Proteus Mirabilis*.

-Radiografía de tórax sin alteración.

Se realizó secuestrectomía maxilar, legrado antral y desbridamiento, también recibió anfotericina B y Ceftriaxona 2g intravenosa. Durante los siguientes días se realizó el control tomográfico donde se evidencia disminución del engrosamiento mucoso en cornetes etmoidales y seno frontal, además de un dispositivo que recubre el área de la comunicación buco sinusal, 10 días después se amplió el estudio con resonancia magnética, donde se descartó restos de la enfermedad. El paciente fue dado de alta con posaconazol 100 mg 3 tabletas diarias x 3 meses y control por consulta externa de infectología y cirugía oral y maxilofacial. Actualmente se encuentra libre de enfermedad con 2 años de seguimiento.

Conclusión: La TEM macizo facial es una ayuda diagnóstica, que permite también el seguimiento de la evolución de la enfermedad, más aún cuando las manifestaciones clínicas del paciente son muy similares a otras patologías ororinosinuales, por ello, se busca añadir datos para incluir a esta entidad en el diagnóstico diferencial, que es un desafío, tanto en el tratamiento como el manejo multidisciplinario.

Figura 1

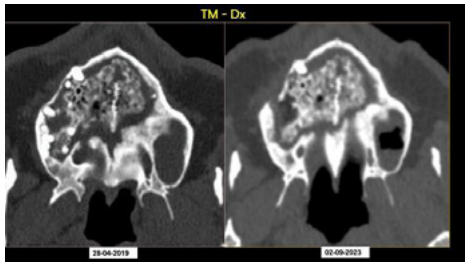


Figura 2

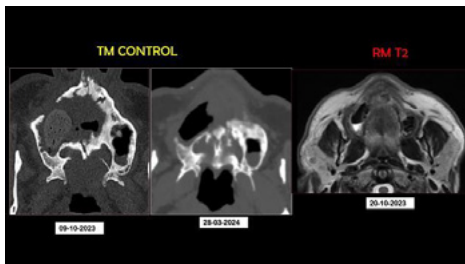
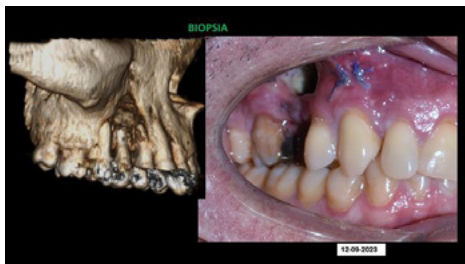


Figura 3



P097

Adenoma pleomorfo submaxilar recidivante-caso clínico

Dr. Carlos Antonio Hernández Torres¹, Dr. Gerardo Cuenca¹

¹Asociación Salvadoreña de Cirugía Oral Y Maxilofacial, San Salvador, El Salvador

Introducción: El adenoma pleomorfo es el tumor benigno más frecuente de las glándulas salivales, representando el 60 % de las neoplasias. Afecta mayormente a la glándula parótida (~80 %), y el 10 % se localiza en la submandibular, siendo menos común en esta última. Aunque crece lentamente y suele ser indoloro, puede recidivar en un 1–5 % cuando la excisión no incluye márgenes adecuados o la cápsula está rota.

Objetivos: Describir un caso de adenoma pleomorfo recurrente en la glándula submandibular, analizando las técnicas diagnósticas y quirúrgicas, y relacionarlo con la evidencia sobre recidiva tras múltiples intervenciones.

Material y métodos: Se revisó el caso de una paciente femenina de 40 años con masa submandibular izquierda presente durante 10 años, con dos cirugías previas (2014 sin imágenes, 2018 sin imágenes), ambas bajo anestesia local y general, con anatomía patológica de adenoma pleomorfo. En diciembre 2023 presentó nueva recidiva, con masa de ~10 × 3 cm, indolora y no móvil. En enero 2024 se realizó TAC contrastado de cuello, evidenciando lesión en glándula submandibular sin invasión ósea, y se indicó cirugía bajo anestesia general. El 15 febrero 2024 se procedió a submandibulectomía izquierda, con disección cuidadosa de estructuras vasculonerviosas, extracción completa de la lesión (~8 × 7 cm), glándula incluida, colocación de drenaje Jackson-Pratt, cierre por planos, y envío de muestra para histopatología.

Resultados: El estudio macroscópico describió una masa de 9.5 × 7.5 × 3.5 cm y 83 g, con nódulos blancos en tejido adiposo. Histopatología confirmó adenoma pleomorfo en glándula submandibular izquierda. La paciente permaneció hospitalizada 2 días, sin inestabilidad ni complicaciones, sin paresias ni parestesias. A los 8 días no presentaba dehiscencia ni infección. Un año tras cirugía, se practicó TAC contrastado, sin evidencia de recidiva tumoral clínica ni radiológica.

Conclusión: Este caso resalta la importancia del uso de imagen preoperatoria (ecografía, TAC, RMN) para planificar una exéresis completa con márgenes, ya que la perforación de la cápsula de adenoma pleomorfo supone un riesgo de recidiva. La recidiva tras escisiones previas sin imagen y sin submandibulectomía total confirma lo descrito en la literatura, donde la manipulación insuficiente puede elevar los índices de recaída de 1–5 % a cifras mayores.

En este caso, la submandibulectomía completa permitió controlar la enfermedad sin recurrencia al año.

Se recomienda en estos tumores evitar solo enucleaciones o escisiones limitadas, y optar por resección de la glándula afectada con márgenes adecuados

Figura 1



Figura 2

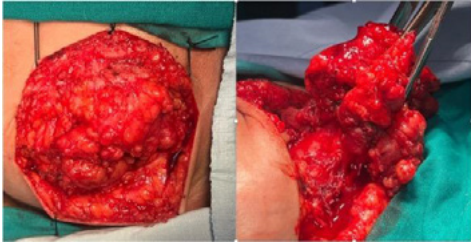


Figura 3



P098

Carcinoma que se desarrolla a partir de la pared de un quiste: presentación de caso clínico

Dr. Carlos Isnado¹

¹Hospital Belgrano, Buenos Aires, Argentina

Introducción: Se define los quistes maxilares como cavidades patológicas encapsuladas, localizadas en el hueso o las partes blandas, que contienen sustancias líquidas, semilíquidas y que aumentan lentamente de tamaño.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) presentó una clasificación en 1972 la cual fue modificada en 1992, 2005, 2017 Y 2022 la cual nos ha permitido establecer una nomenclatura universal.

Según el trabajo publicado por Stoeltinga en el año 2012 existen 5 quistes agresivos en los maxilares:

Queratoquiste odontogénico entre 7 y 10%, Quiste odontogénico calcificante aproximadamente 0,6%, Quiste odontogénico glandular, Carcinoma que se desarrolla en la pared de un quiste aproximadamente 0,2%, Quiste odontogénico botrioides menos del 0,1%

Objetivo de este trabajo es presentar un caso clínico de un Carcinoma mucoepidermoide a partir de un quiste inflamatorio entidad poco frecuente que se presentó en la estadística de los quistes en los maxilares diagnosticados en el servicio de cirugía maxilofacial del H. Belgrano entre el año 2014 – 2024.

Materiales y métodos: A partir de la estadística realizada en el servicio de cirugía maxilofacial del H. Belgrano se seleccionó a todos los quistes agresivos diagnosticados en el servicio de los cuales se tomó en cuenta al carcinoma que se forma a partir de un quiste.

Se realizó una búsqueda bibliográfica para poder abordar las distintas presentaciones de los quistes agresivos en los maxilares.

Tanto la epidemiología de toda la estadística realizada y de los quistes agresivos del servicio esta contrastada en gráficos con las distintas variantes.

Conclusión: El carcinoma que se desarrolla en la pared de un quiste es una entidad poco frecuente que solo se presentó un solo caso clínico en el servicio de cirugía maxilofacial del H. Belgrano, el cual fue tratado forma adecuada y con buenos resultados siguiendo las terapéuticas que nos indica la literatura.

Este trabajo fue realizado gracias a una estadística realizada en el servicio de todos los quistes maxilares.

Se destaca el rol esencial de los estudios complementarios tanto imagenológicos como histopatológicos para arribar un diagnóstico de certeza y planificar un tratamiento individual como el caso presentado en el trabajo.

P099

Infecciones Odontogénicas: Impacto clínico de la adherencia al protocolo institucional del Servicio de Cirugía Buco-Maxilofacial del Hospital General del Este “Dr. Domingo Luciani”

Tebel Izguie¹, Alessandra Daniela Montagna Reyes¹, Wilmer Daniel Fermín Obando¹

¹Hospital Dr. Domingo Luciani, Caracas, Venezuela

Introducción: las infecciones odontogénicas son una causa de consulta frecuente en el servicio de Cirugía Buco-Maxilofacial (CBMF) del Hospital General del Este “Dr. Domingo Luciani” (HDL). La principal causa es la proliferación bacteriana, ya sea por una caries, enfermedad periodontal o traumatismo dental. Su alta incidencia genera que a menudo se vean como problemas localizados y de poca importancia, la realidad es que pueden tener consecuencias graves y sistémicas si no se tratan a tiempo y adecuadamente.

Objetivo: Describir el protocolo de manejo clínico-quirúrgico de las infecciones odontogénicas.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de múltiples casos entre enero y mayo del 2025 en el servicio de CBMF del HDL. La población del estudio incluyó a hombres y mujeres de 18 a 55 años que llegaron a consulta presentando sintomatología dolorosa, compromiso de espacios aponeuróticos de riesgo moderado o severo y fallo de tratamientos previos. Todos los pacientes incluidos cumplían con los criterios de, trismus severo, aumento de temperatura mayor a 38.2C, disfagia, odonifagia, leucocitosis mayor a 12000 cel/mm³, lo que subraya la gravedad de sus condiciones y la necesidad de atención hospitalaria especializada, así como los distintos protocolos de tratamiento.

Estos siempre acompañado de un manejo adecuado de la antibioticoterapia seleccionada según el tipo de infección y supervisión constante del cumplimiento de las indicaciones. El protocolo se dividió en las siguientes etapas: Fase 1: Evaluación inicial del paciente. Incluye la anamnesis, el examen clínico (evaluación de las condiciones generales del paciente, examen maxilofacial e intraoral) y exámenes complementarios (hemograma, imagenología, cultivo y antibiograma). Fase 2: Generalidades del tratamiento. Comprende la eliminación de la fuente de infección (mediante endodoncia u odontectomía), el drenaje (quirúrgico o espontáneo), la antibioticoterapia (manejado en primer lugar con antibióticos de amplio espectro como lo es la ampicilina + sulbactam o Clindamicina), el manejo del dolor y la inflamación, la terapia de apertura bucal y la termoterapia. Fase 3: Cuidados postoperatorios y rehabilitación. Abarca la higiene oral, la dieta, la termoterapia, la continuación de la terapia de apertura oral, el retiro del drenaje y los controles postoperatorios..

Resultados: La aplicación del protocolo demostró una respuesta efectiva por parte de la infección, obteniendo una mejoría importante en la sintomatología, una mejoría en su simetría facial en referencia a su ingreso, una cicatrización adecuada, la restitución de la función masticatoria, el bienestar del paciente y la recuperación de la salud oral.

Conclusión: El éxito en el tratamiento de las infecciones odontogénicas, tal como se ha descrito en este protocolo, radica en un diagnóstico temprano y preciso, una eliminación efectiva de la fuente de infección, un drenaje adecuado de ser necesario, una antibioticoterapia racional y bien seleccionada. La adherencia a un protocolo estandarizado no solo optimiza los resultados clínicos, sino que también minimiza las complicaciones, de esta manera brindado el correcto tratamiento a cada uno de los pacientes así mismo la efectividad en su atención primaria.

Figura 1



Figura 2

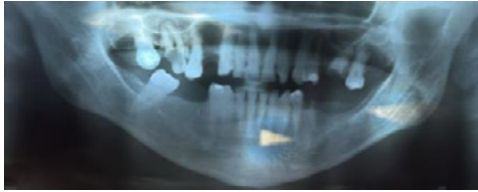


Figura 3



P100

Manejo quirúrgico secuencial de un osteblastoma mandibular con reconstrucción ósea e implantología mediante guías e impresión en 3d: reporte de caso

Dr. Miguel Ángel Landázuri Males¹, MSc. Virgen María Acuña Peña²

¹universidad Central del Ecuador, Quito, Ecuador, ²Jefe y Tratante del Hospital General Docente de Calderón, Quito, Ecuador

Introducción: El osteblastoma mandibular es una neoplasia ósea benigna infrecuente con comportamiento expansivo. Se conocen sus características clínicas, pero faltan reportes actualizados sobre abordajes integrales que incluyan reconstrucción con injerto autólogo y rehabilitación implantológica guiada. El uso de tecnologías como la impresión 3D ha permitido una planificación quirúrgica más precisa, incluyendo la creación de guías personalizadas para injertos e implantología. Cabe señalar que, según la última clasificación de la OMS (2023), el término 'osteblastoma' ha sido revisado y ya no se emplea como una entidad diagnóstica independiente. No obstante, en el presente reporte se mantiene su uso para coherencia con el diagnóstico histopatológico recibido al momento del tratamiento.

Objetivos: Describir el abordaje quirúrgico secuencial de un caso de osteblastoma mandibular, incluyendo su diagnóstico, resección tumoral, reconstrucción ósea con injerto autólogo y la planificación de rehabilitación mediante implantes dentales guiados.

Material y Métodos: Estudio descriptivo tipo reporte de caso. Paciente femenina, 27 años de edad, atendida en el Hospital General Docente De Calderon (Quito, Ecuador). Se realizaron estudios de imagen y biopsia para confirmar diagnóstico. El manejo quirúrgico constó de tres tiempos: biopsia incisional, resección en bloque con colocación de placa de reconstrucción, y reconstrucción con injerto de cresta ilíaca. Se utilizaron modelos impresos en 3D para planificación del injerto óseo y se planifica una cuarta fase para colocación de implantes mediante guías quirúrgicas personalizadas. Durante la tercera etapa quirúrgica, se realizó además una neurrrafia del nervio dentario inferior, debido al compromiso del agujero mentoniano y del paquete vasculonervioso. La reparación fue realizada de forma macroquirúrgica, con adecuada evolución postoperatoria. Se aplicó tratamiento farmacológico postoperatorio, seguimiento clínico e imagenológico.

Resultados: Se confirmó histopatológicamente el diagnóstico de osteblastoma mandibular. La paciente evolucionó favorablemente tras la resección y reconstrucción ósea, presentando buena integración del injerto, cicatrización adecuada y recuperación funcional progresiva. En los estudios de imagen de control al mes, a los 3, 6 y 9 meses, se evidenció consolidación del injerto y preparación estructural adecuada para futura implantación. A pesar del compromiso del nervio dentario inferior, la neurrrafia realizada durante la reconstrucción presentó una evolución favorable. La paciente no refirió alteraciones neurosensoriales en la región mentoniana ni en el trayecto del nervio, mostrando sensibilidad normal y ausencia de parestesias durante el seguimiento postoperatorio.

Figura 1

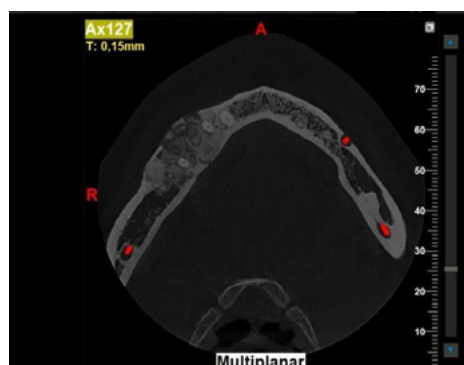


Figura 2

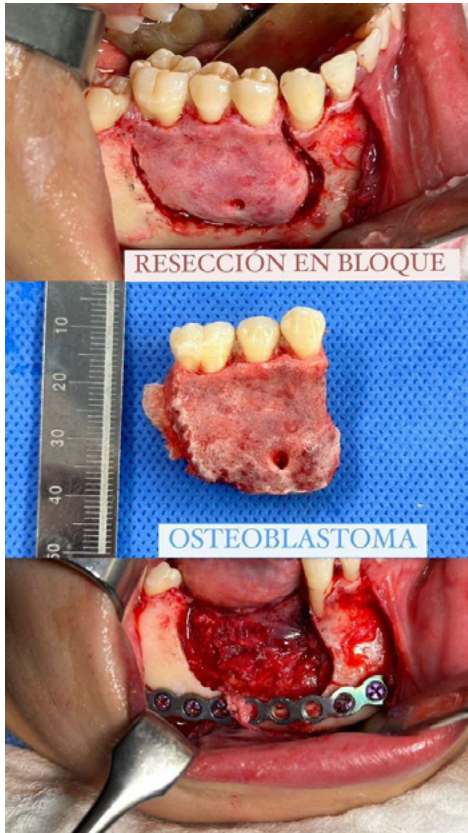
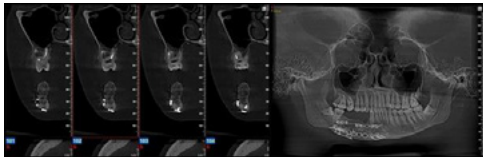


Figura 3



P101

Quiste dentígero con invasión a seno maxilar. Presentación de un caso.

Dra. Marina Leal¹, Dra. Edith Bahena Martínez¹, Dr. Adrián Juan Hernández Cruz¹

¹Hospital General La Perla, Nezahualcoyotl, México

Introducción: El quiste dentígero es una patología común de lenta progresión asociada a las coronas de dientes retenidos, aproximadamente el 30% ocurren en el maxilar y puede ocasionar el desplazamiento del diente involucrado a posiciones ectópicas, el diente asociado con mayor prevalencia es el canino y existe la posibilidad de ser desplazado hacia el seno maxilar. La edad de los casos reportados suele presentarse en la segunda o tercera década de la vida y rara vez se observan en la infancia.

Radiográficamente, los quistes dentígeros se presentan como lesiones uniloculares radiolúcidas de márgenes bien definidos, en presencia de inflamación o infección, el margen puede volverse difuso. **Histológicamente,** están revestidos por un epitelio escamoso estratificado no queratinizado, con una pared circundante de tejido conectivo delgado que contiene restos epiteliales odontogénicos. El diagnóstico diferencial incluye al queratoquiste y tumor odontogénico adenomatoide.

Objetivo: Presentar el reporte de un caso y describir el tratamiento quirúrgico de quiste dentígero con proceso inflamatorio crónico asociado, tratado con enucleación y la extracción de dientes retenidos.

Material y métodos: Se presenta caso clínico de paciente masculino de 13 años, atendido en el servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital General La Perla, quien cursa con aumento de volumen en tercio medio facial derecho y epistaxis espontánea por narina ipsilateral con 3 años de evolución, en ortopantomografía se destaca lesión radiolúcida en región anterior de maxilar con predominio de lado derecho, asociado a dientes 12 y 13 retenidos, como protocolo quirúrgico se solicitó tomografía simple del macizo facial donde se corrobora lesión de características hipodensas con medidas 2.29 x 3.64 x 3.90 centímetros y expansión de cortical vestibular, posteriormente se realiza toma de biopsia incisional donde se confirma el diagnóstico, identificándose cápsula con estroma fibroconectivo e infiltrado inflamatorio crónico, predominantemente linfoplasmocitario. El tratamiento definitivo fue la enucleación de la lesión y la extracción de los dientes asociados.

Resultados: La evolución postoperatoria a dos años es favorable, con adecuada cicatrización y resolución de la sintomatología, el análisis histopatológico final confirmó el diagnóstico de quiste dentígero inflamatorio, actualmente sin evidencia de recidiva clínica ni radiográfica.

Conclusión: En este caso se resalta la importancia de integrar los hallazgos clínicos, radiográficos e histopatológicos para establecer un diagnóstico preciso, ya que es una lesión que presenta características similares a otras patologías. El tratamiento quirúrgico permitió una adecuada evolución postoperatoria, así como la mejoría de signos y síntomas.

Figura 1



Figura 2

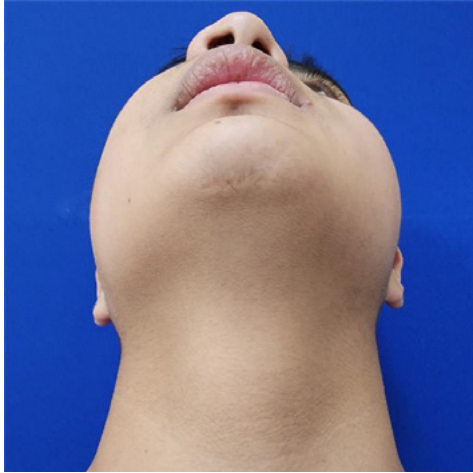


Figura 3



P102

Presentación caso clínico: Tumor en glándulas salivales

Dr. Mario Vinicio López Juárez¹

¹Hospital Instituto Guatemalteco Seguridad Social, Guatemala, Guatemala

Los tumores de las glándulas salivales son un grupo heterogéneo de neoplasias que pueden originarse en cualquiera de las glándulas salivales mayores (parótida, submandibular y sublingual) o en las glándulas salivales menores distribuidas por la cavidad oral y otras áreas de la cabeza y el cuello. Aunque representan una pequeña proporción de los tumores de cabeza y cuello, su variedad histológica y comportamiento clínico hacen que su diagnóstico y tratamiento sea un reto. Estos tumores pueden ser benignos o malignos, siendo los benignos más frecuentes, especialmente en la glándula parótida, donde el adenoma pleomorfo es el tipo más común. Entre los tumores malignos, el carcinoma mucoepidermoide y el carcinoma adenoide quístico destacan por su frecuencia y agresividad. La etiología de estos tumores no está completamente esclarecida, aunque se han asociado a factores como radiación previa y ciertas alteraciones genéticas. Clínicamente, pueden presentarse como una masa indolora o con síntomas como dolor, parálisis facial o crecimiento rápido, lo cual suele sugerir malignidad. El abordaje diagnóstico incluye evaluación clínica, estudios por imagen (como la resonancia magnética o la tomografía computarizada) y biopsia, generalmente mediante aspiración con aguja fina. El tratamiento principal es quirúrgico, complementado en algunos casos por radioterapia o quimioterapia, dependiendo del tipo histológico, el grado de malignidad y la extensión tumoral.

En el presente caso se trata de un paciente masculino de 65 años de edad, uno antecedente médico relevante es que padece de hipotiroidismo en cual esta en tratamiento, el paciente acude en busca de atención médica a la clínica de consulta externa de Maxilofacial del hospital del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social por asimetría facial, quien presentaba un crecimiento a nivel submandibular derecho asintomático, indurado de masomenos 3 años de evolución, el paciente ingresa y se realizan estudios siendo este una resonancia magnética donde se identifica una masa en glándula submandibular derecha. Se programa para sala de operaciones donde se realiza un abordaje extraoral un abordaje rison lado dercho y se realiza biopsia escicional de crecimiento mas remocion quirurgica de glándula submandibular lado derecho, ambas enviadas para estudio al departamento de patología oral.

Diversidad clínica e histológica: Los tumores de las glándulas salivales constituyen un grupo heterogéneo con múltiples tipos histológicos, lo que requiere un enfoque diagnóstico preciso y personalizado para cada caso.

Predominio de tumores benignos: La mayoría de los tumores de glándulas salivales son benignos, especialmente en la glándula parótida. Sin embargo, no se debe subestimar la posibilidad de malignidad, particularmente cuando el crecimiento es rápido o hay síntomas neurológicos.

Importancia del diagnóstico temprano: La detección y el tratamiento precoz son fundamentales para mejorar el pronóstico, especialmente en tumores malignos que pueden mostrar comportamiento agresivo e infiltrante.

Tratamiento quirúrgico como base terapéutica: La cirugía es el pilar del tratamiento, con posible necesidad de terapias adyuvantes como radioterapia en casos malignos o con márgenes comprometidos.

Seguimiento a largo plazo: Dado el riesgo de recurrencia, especialmente en algunos tumores malignos como el carcinoma adenoide quístico,

Figura 1

Resúmenes



P103

Carcinoma ameloblastico mandibular.Revisión de un caso Clínico.

Dra. Aileen Monserrat Lopez Silverio¹

¹Hospital Universitario De Puebla, Puebla, Mexico

Introducción: El carcinoma ameloblástico (CA) es un tumor odontogénico maligno poco frecuente, definido por la OMS en 2022 como una neoplasia primaria que histológicamente se asemeja al ameloblastoma, pero con características malignas, como infiltración local y potencial metastásico. Representa aproximadamente el 30% de los tumores odontogénicos malignos y puede originarse de novo o a partir de un ameloblastoma preexistente.

Objetivo: Describir y analizar un caso clínico de carcinoma ameloblástico en un paciente masculino adolescente, documentando el proceso diagnóstico, tratamiento quirúrgico, manejo postoperatorio y evolución clínica tres años.

Metodología: Se trata de un estudio de caso clínico. Paciente masculino de 16 años, sin antecedentes familiares relevantes, con diagnóstico previo de resistencia a la insulina, acudió a consulta odontológica por dolor en región molar derecha. Estudios de imagen (ortopantomografía y tomografía) sugirieron lesión compatible con quiste dentígero vs ameloblastoma. Se realizó biopsia incisional con hallazgos compatibles con ameloblastoma basaloide vs carcinoma odontogénico de células fantasmas. Posteriormente, se realizó cirugía mayor bajo anestesia general que incluyó resección mandibular derecha con márgenes de seguridad, vaciamiento ganglionar cervical radical y reconstrucción mandibular con placa de titanio.

Resultados: Durante el procedimiento quirúrgico, que duró 7 horas, se identificaron múltiples ganglios metastásicos (niveles II–V) y se realizó resección parcial del nervio espinal accesorio por infiltración tumoral. La muestra quirúrgica confirmó diagnóstico de carcinoma ameloblástico con compromiso óseo y ganglionar. El paciente recibió manejo antibiótico y analgésico intravenoso postoperatorio, permaneció hospitalizado durante 7 días, sin incidentes quirúrgicos o infecciosos. Se instauró seguimiento clínico regular a 7, 15 días, 1 mes y 6 meses, con última cita en junio de 2025, sin evidencia de recidiva ni disfunción mandibular.

Conclusiones: Este caso destaca la agresividad potencial del carcinoma ameloblástico, incluso en pacientes jóvenes, y la importancia de un abordaje multidisciplinario que incluya diagnóstico temprano por imagen y biopsia, intervención quirúrgica amplia con márgenes oncológicos seguros, manejo ganglionar y reconstrucción funcional. El seguimiento a un año mostró ausencia de recidiva, buena integración del material reconstructivo y preservación funcional, subrayando el valor del tratamiento quirúrgico oportuno en la evolución favorable del paciente. Este caso contribuye a la literatura médica como uno de los pocos reportes documentados de carcinoma ameloblástico con manejo exitoso en población adolescente

P104

Quiste branquial un reto quirúrgico: presentación de caso clínico.

Dr. Miguel Geovani Manrique Navarrete¹, CMF Héctor Barrera Vera², Dr Jesús Javier Márquez Villegas²

¹Hospital General La Perla Nezahualcóyotl, Nezahualcóyotl, México, ²Hospital General de Pachuca, Pachuca, México

Introducción: El quiste branquial se considera una malformación congénita, derivada por obliteración incompleta de los arcos braquiales en el desarrollo embriológico, estas anomalías suponen el segundo quiste congénito de cabeza y cuello principalmente en niños y adultos jóvenes, alcanzando alrededor del 30%. La presentación en el segundo arco es la anomalía más frecuente con un 95% de prevalencia, se presentan como nódulos ovalados, blandos, móviles y encapsulados en región cervical lateral posterior a la glándula submandibular, lateral al espacio carotideo, y en estrecha relación al musculo esternocleidomastoideo, por lo que el abordaje quirúrgico es crucial para su adecuado tratamiento.

Objetivos: Describir el diagnóstico y el tratamiento quirúrgico, fundamentado en las características clínicas e imagenológicas de la lesión.

Material y Métodos: Se presenta caso clínico de paciente masculino de 24 años atendido por el servicio de cirugía maxilofacial del Hospital General de Pachuca, el cual refiere iniciar con aumento de volumen de dos meses de evolución en región cervical izquierda (zona II de Manson) dejando a libre evolución sin tratamiento, de 8 x 10 centímetros de consistencia blanda, bien delimitado, de coloración similar al tejido adyacente, asintomático a la digitopresión, acude por referir odinofagia y disnea. Se realiza tomografía de cuello observando lesión hipodensa, circunscrita bien delimitada con dimensiones 6.3 x 5.0 x 4.3 centímetros, correspondiente a probable quiste branquial, por lo que el tratamiento consistió en la enucleación quirúrgica de la lesión.

Resultados: A seis meses de evolución el paciente se encuentra asintomático, sin evidencia de recidiva, sin lesión a estructuras adyacentes. Se cuenta con reporte histopatológico con resultado de quiste branquial del segundo arco, corroborando nuestro diagnóstico presuntivo.

Conclusión: El quiste branquial es una lesión rara de origen discutido, para su diagnóstico se debe realizar una correcta exploración y uso adecuado de imágenes para la localización y extensión de la misma. El tratamiento quirúrgico representa un reto para el cirujano debido a las estructuras anatómicas adyacentes.

P105

Manejo quirúrgico del quiste radicular mediante técnica de enucleación, Apicectomía y regeneración osea guiada más membrana de colágeno, en paciente de 58 años. Reporte de caso.

Dr. Carlos Raúl Mendoza Anaya¹

¹Asociación salvadoreña de cirugía oral y maxilofacial, La libertad, El Salvador

Introducción: Paciente masculino de 50 años con historia de 2 años de presentar fístula a nivel de encía adherida de pieza dentaria 1-1, no sangrante, con periodos de involución, quien refirió que vuelve a aparecer desde hace 3 meses, al momento de la evaluación, el paciente refirió no tener comorbilidades personales o familiares de interés, el hallazgo que llamó la atención, es la presencia de una lesión circunscrita a nivel de pieza dentaria 1-1, sin salida de secreciones de aproximadamente 0.5 cm, de consistencia blanda, se solicitó una radiografía panorámica para evaluación de la lesión, en la cual se observa una lesión radiolúcida bien circunscrita, unilocular, en la región periapical de pieza dentaria 1-1 con TCR presente de mesial que se extiende hasta distal de pieza dentaria 1-2, además, lesiones en ápice de pieza dentaria 4-5 con TCR y en piezas dentarias 3-1 y 4-1.

Como examen auxiliar al diagnóstico se indicó tomografía computarizada de haz cónico en la cual se observa a nivel de 1/3 apical de pieza dentaria 1-1 una zona osteolítica, de forma circular y bordes definidos que se extiende desde distal del 1-2 hacia mesial de 2-1, la cual ha ocasionado perforación de las corticales vestibular y palatina y posee unas dimensiones de 14.54 mm de diámetro mesiodistal y 7.47 mm de longitud, a nivel de 1/3 apical de pieza dentaria 1-1 se apreció una zona osteolítica, con perforación de la cortical palatina, con una longitud de 9.08 mm y pieza dentaria 4-5 a nivel de 1/3 apical se apreció zona osteolítica, de forma ovalada y bordes definidos que se extiende desde mesial de 4-5 hacia zona mesial de pieza dentaria 4-7, con dimensiones de 17.40 mm de longitud, 18.36 mm de diámetro mesiodistal y 5.53 mm bucolingual, se indica TCR en piezas 1-1, 1-2, 2-1, 3-1 y 4-1, además de lesiones periapicales, de forma circular y bordes definidos de piezas dentarias 3-1 y 4-1.

Se programó para cirugía, bajo anestesia general orotraqueal, se realizó asepsia y antisepsia con clorhexidina al 0.12%, la zona fue anestesiada con lidocaína al 2% con epinefrina 1:100,000. Se realizaron incisiones intersurculares siguiendo el festonado de los cuellos dentarios de las piezas 1-3 a 1-1 e incisiones de descarga vertical para obtener una visión clara de la lesión, se levantó un colgajo de espesor completo para exponer la lesión, se realizó osteotomía para acceder a los ápices radiculares, se retiró el revestimiento epitelial quístico con curetas cuidadosamente, posterior a la enucleación, se realizó apicectomía de piezas dentarias 1-1 y 1-2, se examinó la cavidad, se irrigó abundantemente con suero fisiológico, se colocó aloinjerto liofilizado de particular esponjosa pura previamente hidratado con suero fisiológico en sitio operatorio, se colocó membrana de colágeno reabsorbible sobre la ventana ósea, se reposicionó el colgajo de espesor completo asegurándose que el cierre fuera por primera intención y sin tensión, se suturó con puntos simples con sutura de polidioxanona 3-0.

Figura 1



Figura 2



Figura 3



P106

Triamcinolona y curetaje como alternativa en el tratamiento del granuloma central de células gigantes. reporte de un caso.

Dra. Sara Ivette Mendoza Torán¹, Dra. Laura Leticia Pacheco Ruiz¹

¹Hospital 20 de Noviembre, Ciudad De México, México

Introducción: El granuloma central de células gigantes es una lesión osteolítica de los maxilares localizada, benigna, y en algunas ocasiones agresiva. Consiste en una proliferación de células gigantes tipo osteoclasto, en un estroma de células mononucleares y fibroso vascular. El tratamiento convencional es el curetaje, el cual ha sido asociado con una alta tasa de recurrencia, particularmente en las lesiones más agresivas (75%). Otras alternativas terapéuticas no quirúrgicas han sido descritas, incluyendo el uso de corticoesteroides (triamcinolona), calcitonina, interferón alfa 2-a y recientemente denosumab, obteniendo resultados favorables en la reducción del tamaño de la lesión y así minimizar la necesidad de resecciones amplias quirúrgicas que puedan ocasionar grandes defectos funcionales y estéticos. Objetivo: Describir los resultados en el tratamiento médico – quirúrgico de un paciente pediátrico con diagnóstico de granuloma de células gigantes en maxilar. Presentación de caso: Masculino de 14 años con antecedente de granuloma central de células gigantes en región anterior maxilar de lado izquierdo (2021), tratado mediante dos ciclos de 6 infiltraciones intralesionales semanales de triamcinolona (1er ciclo 22/02/2021- 29/03/2021; 2do ciclo 13/12/2021- 21/01/2022) y posterior enucleación y curetaje de lesión central de células gigantes (08/06/2022). Resultados del tratamiento: De acuerdo al seguimiento clínico e imagenológico a tres años, paciente evoluciona de manera favorable al tratamiento médico - quirúrgico planeado, sin recidiva. Conclusiones: El éxito del procedimiento se consideró mediante el control clínico periódico posterior a la intervención quirúrgica, donde no se aprecia recidiva, sin defecto quirúrgico y una adecuada preservación de estructuras anatómicas adyacentes a la lesión. Por lo anteriormente mencionado, se considera el manejo alternativo con triamcinolona, previa al abordaje quirúrgico, como una opción viable para el tratamiento de granuloma central de células gigantes. El seguimiento clínico y fotográfico será presentado para su análisis.

P107

Rabdomiosarcoma Alveolar Orbitario: un reto diagnóstico y terapéutico en cabeza y cuello. Reporte de caso.

Dra. Alessandra Daniela Montagna Reyes¹, Dr. Tebel Joshua Izquier Rojas

¹ Hospital General del Este "Dr. Domingo Luciani, Caracas, Venezuela

Introducción: El rabdomiosarcoma (RMS) es un tumor maligno de origen mesenquimal, caracterizado por la capacidad de diferenciación de células inmaduras hacia músculo esquelético estriado. Histológicamente, se divide en los subtipos embrionario (ERMS), alveolar (ARMS), pleomorfo (PRMS) y esclerosante (SRMS).

Objetivo: describir los criterios diagnósticos y manejo clínico-quirúrgico del rabdomiosarcoma alveolar por medio de un reporte de caso clínico.

Materiales y métodos: Madre lactante de 18 años de edad, quien inició su enfermedad actual en diciembre de 2024 con un aumento de volumen en la región periorbitaria derecha y es evaluada un mes después presentando una clínica de proptosis, lagofalmo, ectropión, epifora, movimientos oculares disminuidos, apertura ocular espontánea, diplopía, quemosis no hemorrágica y disminución de agudeza visual. Se realizó tomografía de macizo facial y resonancia magnética (RMN) con contraste (gadolinio), con los siguientes hallazgos: lesión a senos paranasales y a fosa craneal anterior, involucrando el quiasma óptico y sistema nervioso central. Se realizó una biopsia incisional transcuruncular que sugiere una neoplasia de células redondas pequeñas, con la necesidad de inmunohistoquímica con marcadores que indican lo siguiente (CD45 (-), S100 (-), Panel CK (-), CD99 (-), INSM1 focal, desmina fuerte (+), miogenina (+) y MyoD1 (+) confirmando el diagnóstico de rabdomiosarcoma alveolar. Se definió la lesión como irresecable por lo que se indicó protocolo de quimioterapia neoadyuvante más concurrencia radioterapia-quimioterapia, con protocolo IVA: Ifosfamida, Vincristina, Actinomicina más Doxorubicina y Mesma. Se inició con dos ciclos de quimioterapia sin radioterapia evidenciando importante respuesta clínica y radiológica, con disminución del aumento de volumen, recuperación de la agudeza visual, restauración de los movimientos oculares y exacerbación de signos iniciales junto con posibilidades por medio de imágenes de resecabilidad. Posteriormente durante el segundo ciclo, la paciente experimentó aplasia medular con toxicidad severa grado IV, presentando sepsis el cual no mejora falleciendo en breve tiempo.

Resultados: Se observó una respuesta favorable de la enfermedad al tratamiento médico-oncológico, debido a la característica quimiosensible del ARMS manifestada por una mejoría clínica significativa y una lesión inicialmente irresecable en una resecable, ofreciendo la oportunidad de más opciones de manejo.

Conclusión: Este caso subraya la importancia de la resolución rápida, las alternativas terapéuticas, el manejo multidisciplinario y el acompañamiento constante en pacientes oncológicos. Además, resalta los desafíos y riesgos inherentes a los tratamientos oncológicos agresivos, como la toxicidad derivada del NADIR medular, incluso cuando se observa una respuesta favorable inicial del tumor. El éxito en el control tumoral puede venir acompañado de una toxicidad que el organismo en ocasiones no logra superar.

Figura 1



Figura 2



P108

Tumor odontogénico epitelial calcificante relacionado e hipomelanosis de ito. Reporte de caso inusual

Dr. Luis Roberto Morales Carrillo¹, Dra. Edith Flores Aguilera²

¹Particular, Aguascalientes, México, México, ²particular, Aguascalientes, México, México

Introducción:

El tumor odontogénico epitelial calcificante (TOEC) también denominado Tumor de Pindborg, se define como una neoplasia benigna, caracterizada por proliferación epitelial; presenta secreción de una proteína tipo amiloide con tendencia a la calcificación.

Objetivo: contribuir para un mejor diagnóstico y tratamiento de esta patología y sobre todo modificar el rango de edad en la incidencia del mismo ya que reportamos el caso de un paciente de 4 años de edad.

Material y métodos: paciente masculino de 4 años de edad que presenta tumoración en zona del cuerpo mandibular derecho, descubierto fortuitamente. no presenta sintomatología específica, solo discreta expansión cortical vestibular mandibular, coloración de la mucosa que lo recubre sin cambios, dentición decidua. tomográfica mente expansión de corticales óseas de cuerpo mandibular derecha con lesión mixta radiopaca irregular asociada a imagen radiolúcida que lo rodea de aspecto quístico.

Se realiza bajo protocolo de AGB con intubación orotraqueal, se realiza colgajo mucoperióstico se observa hueso con coloración grisáceo, cortical ósea vestibular adelgazada, realizamos osteotomía en forma de ventana y abordamos la tumoración de aspecto grisáceo, en la disección se presenta la perforación de una probable cápsula y la salida de material amarillento lo cual descomprime la tumoración y permite su enucleación completa, se observa lecho quirúrgico con estructuras nerviosas integras (nervio dentario), tejido obtenido se incluye en formol 10% y se envía estudio histopatológico

Resultados: paciente presenta una adecuada evolución clínica y radiográfica respecto a la tumoración mandibular; se obtiene como diagnóstico definitivo histopatológico TUMOR ODONTOGÉNICO EPITELIAL CALCIFICANTE

Posterior al evento quirúrgico se recaban datos respecto al paciente el cual se encuentra bajo estudios de genética molecular de exoma dirigido en una biopsia de piel donde se establece la variante somática y localización del gen responsable del fenotipo del paciente, donde se determinan alteración del gen RHOA mismo que se asocia a displasias ectodérmicas y dismorfias faciales, anomalías oculares, dentales y cerebrales.

Conclusión: El TOEC es un tumor benigno de origen odontogénico caracterizado por la proliferación epitelial, presencia de secreción de proteína tipo amiloide con tendencia a la calcificación, dicha proteína denominada AODAM recientemente, por otro lado lo inusual del caso por la edad de nuestro paciente ya que dicho tumor se describe dentro de la 3era. y 4ta. década de vida generalmente.

La presentación y sus resultados nos invitan a realizar más estudios de la embriología de los tejidos dentarios de origen ectodérmico (órgano del esmalte) y del ectomesénquima (papila y saco dentario), para tomarlos como consideración en la presencia de quistes y tumores odontogénicos en las displasias ectodérmicas.

Figura 1



Figura 2

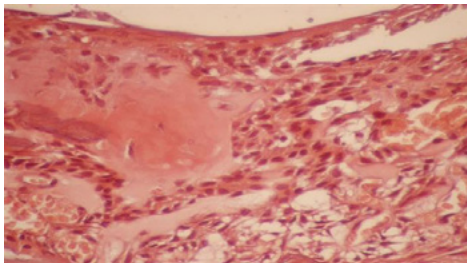


Figura 3



P109

Manejo conservador de ameloblastoma en paciente pediátrico: reporte de caso.

Dr. Albert Olivera^{1,2}, Dr. Hiroshi Concha Cusihualpa¹

¹Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, Callao, Perú, ²Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú

Introducción: El ameloblastoma es una neoplasia benigna que presenta un comportamiento localmente agresivo. Su variante uniuística se distingue por una menor agresividad y una respuesta más favorable a enfoques terapéuticos conservadores.

Objetivos: Se presenta el caso clínico de un paciente pediátrico con el propósito de mostrar alternativas terapéuticas mínimamente invasivas disponibles para el manejo de tumores benignos en la región maxilofacial.

Material y métodos: Se presenta el caso clínico de un varón de 8 años, que curso con asimetría facial por tumefacción en hemicara lado derecho de 10x8x5 cm aproximadamente. Al examen intraoral se observó la pieza 46 con movilidad grado II, tumefacción en el IV cuadrante y borramiento de fondo de surco vestibular por tumoración de 4x6x3 cm aproximadamente. A la evaluación de la radiografía panorámica se observó una imagen radiolúcida, pseudolocular parcialmente corticalizada, localizada en cuerpo, ángulo y rama mandibular derecha, asociada al germen dentario de la pieza 47 con apariencia de lesión pericoronaria. A la evaluación de la tomografía espiral multicorte se observó lesión uniloculada en el lado derecho de la mandíbula, con medidas aproximadas de 5x4.4x4.7 cm en sus ejes mayores, que contiene a nivel inferior la pieza 47, que además presenta nódulo solido mural captador de contraste de 19 mm. La lesión genero expansión y adelgazamiento de corticales óseas adyacentes, y desplazo a musculo masetero y pterigoideo interno derecho.

Se realizo una biopsia y marzuapializacion en el mismo acto quirúrgico, en la cual el informe anatomopatológico indico ameloblastoma uniuístico plexiforme. Después de 5 meses de la marzuapializacion se evidencio la disminucion del volumen de la lesión tumoral, y un evidente aumento de grosor de las paredes óseas adyacentes a la lesión tumoral, por lo que se decidió pasar a la segunda fase quirúrgica la cual fue la exéresis del tumor, mas ostectomía periférica y cauterización con medio químicos. Después de 8 meses de la cirugía, se continua con controles sin signos de recurrencia.

Resultados: Se recuperó la simetría facial conservando el contorno y la forma mandibular, con una reparación ósea muy adecuada, la estructura ósea presenta las características ideales sin signos de recidiva. Resultado de un tratamiento conservador exitoso, con mínima morbilidad, para una enfermedad localmente agresiva.

Conclusión: El tratamiento conservador de exéresis seguida de ostectomía periférica y cauterización química debe considerarse como una opción viable en determinados casos con esta patología, esta conducta permite simplificar el procedimiento quirúrgico, disminuye los costos y reduce los riesgos de complicaciones. Es importante recalcar que se prefiere un enfoque conservador en el caso de pacientes jóvenes, ya que ofrece una mejor calidad de vida, evitando la limitación funcional, dolor físico, malestar psicológico que está asociado a tratamientos radicales.

Figura 1



Figura 2

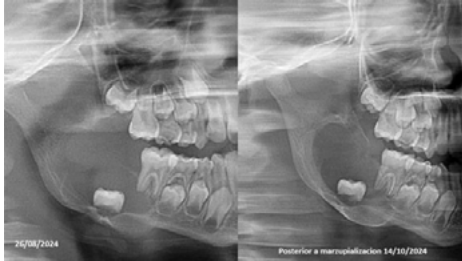


Figura 3



P110

Queratoquiste Odontogénico: Tratamiento conservador, uso de 5-fluorouracilo, regeneración de Khoury. Seguimiento de 4 años. Reporte de caso

Dr. Andrés Pacheco Granda¹, Dr. José Luis Viteri García

¹Universidad Central del Ecuador, Quito, Ecuador

Introducción: No existe un consenso o protocolo establecido para el manejo del queratoquiste odontogénico. Sin embargo, la descompresión (marsupialización) es una opción conservadora que reduce la extensión de la cirugía y sus secuelas como deformidad facial, pérdida de dientes, infecciones y parestesia. **Objetivos:** Describir el tratamiento mediante descompresión y seguimiento clínico de 4 años en un paciente con diagnóstico de queratoquiste odontogénico mandibular. **Materiales y Métodos:** Reporte de caso con seguimiento de 4 años en un paciente masculino de 16 años de edad que acude a consulta por presentar secreción de color amarillento-nacarado en zona de piezas dentales 42-43. Se realiza radiografía panorámica en la que se visualiza sombra radiolúcida de gran tamaño en la región apical de piezas dentales 35 a 46. La tomografía computarizada reveló un área hipodensa en la región mandibular con adelgazamiento de la pared vestibular. El tratamiento inicial consistió en realizar bajo anestesia local una biopsia incisional y simultáneamente la marsupialización de la lesión en julio del año 2020. El estudio histopatológico confirmó el diagnóstico de queratoquiste odontogénico. Se realizan controles radiográficos en octubre del 2020, febrero y mayo del 2021. Al cuarto control radiográfico de julio del 2022 se observa una reducción considerable de la lesión por lo que se programa una segunda intervención quirúrgica para eliminar los focos residuales y se aplica 5-fluorouracilo por 24 horas. Después de 8 meses se observó una resolución total del caso y se procede a realizar regeneración ósea mediante técnica de Khoury para recubrir la pared vestibular del canino. En octubre del 2024 se realiza el último control. A largo de estos meses el paciente se mantuvo asintomático y sin signos radiográficos de recidiva. **Resultados:** Durante el tiempo de seguimiento se evidenció que la marsupialización consiguió reducir notablemente la extensión del queratoquiste lo cual permitió un manejo quirúrgico conservador con resultados funcionales, sin pérdidas dentales, lesiones nerviosas ni defectos estéticos. **Conclusión:** En este caso la descompresión demuestra ser eficaz para el manejo de este tipo de lesiones y se puede considerar como tratamiento inicial de queratoquistes odontogénicos.

Figura 1

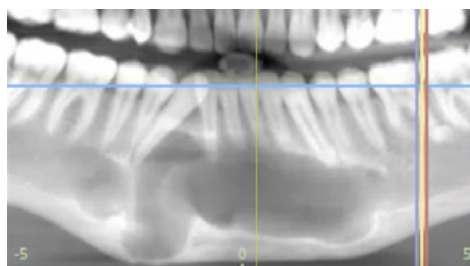


Figura 2

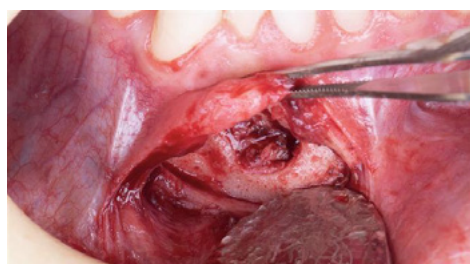
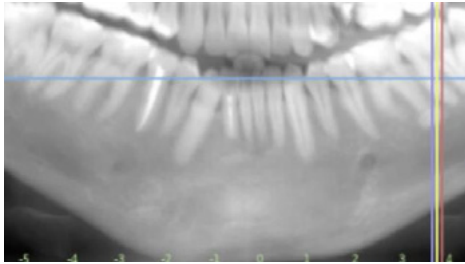


Figura 3



P111

Odontoma complejo erupcionado e infectado en paciente pediátrico: reporte de caso

Dr. Álvaro Palma Gutiérrez¹, Dr. Benjamín Puente Martínez¹

¹Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile

Introducción: Los odontomas son los tumores odontogénicos benignos más comunes de origen epitelial y mesenquimal, considerados hamartomas que contienen tejido dentario maduro. Se clasifican como complejos o compuestos, dependiendo de la organización del tejido. Suelen ser únicos, pero en algunos casos pueden tener una presentación multifocal, asociado a diferentes síndromes. Generalmente son asintomáticos, detectados accidentalmente en estudios radiográficos. Según su ubicación en los huesos maxilares pueden clasificarse como odontoma central, periférico y en raras ocasiones, pueden erupcionar e infectarse, provocando signos locales y sistémicos. El tratamiento estándar es la exéresis quirúrgica, con buen pronóstico y bajo riesgo de recurrencia.

Objetivos: Exponer una manifestación poco frecuente de un odontoma complejo erupcionado e infectado en una paciente de sexo femenino de 15 años de edad.

Materiales y Métodos: Se presenta caso de una paciente femenina de 15 años que consultó en el servicio de urgencia por dolor hemifacial derecho de dos semanas de evolución, trismus y compromiso del estado general. Al examen físico, presentó aumento de volumen geniano y submandibular derecho, tumoración intraoral pétreo de 1 cm distal al diente 4.6, con secreción purulenta. La tomografía reveló una lesión hiperdensa en el ángulo mandibular derecho, en íntimo contacto con la raíz del 4.6 y, sugerente inicialmente de cementoblastoma. Se hospitalizó para manejo del cuadro infeccioso. Debido a la extensión de la lesión, se decide realizar una biopsia incisional, que evidenció dentina tubular, matriz de esmalte, cemento y epitelio odontogénico, compatible con odontoma complejo. Se realizó posteriormente exéresis completa del tumor mediante osteotomía y odontosección, junto con coronectomía del 4.7 incluido y desplazado. La paciente evolucionó favorablemente, sin complicaciones.

Resultados: El odontoma erupcionado e infectado es una presentación poco frecuente (1,6% de los casos), generalmente asociada a perforación del hueso cortical por crecimiento del tumor o reabsorción ósea. Usualmente asintomáticos, en caso de infecciones suelen dar signología característica, como en este caso. Su diagnóstico diferencial incluye otras lesiones odontogénicas como cementoblastoma o fibroma ameloblástico. Radiográficamente, se observa una masa hiperdensa bien delimitada, con halo radiolúcido. La histología permite diferenciar entre las variantes complejo y compuesto. En caso de odontomas múltiples, se han asociado factores genéticos presentes en los síndromes de odontoma – disfagia, Schimmelpenning – Feuerstein – Mims, poliposis adenomatosa familiar y lipomatosis encefalocraneocutánea, aunque no presentes en este caso. El tratamiento debe ser escalonado: primero, control de la infección; luego, exéresis completa de la lesión. La recurrencia es rara, pero puede presentarse si no se remueve completamente el tumor, especialmente en su fase inmadura.

Conclusión: El odontoma erupcionado e infectado representa una forma inusual de presentación de este tumor odontogénico benigno. Su diagnóstico requiere correlación clínica, radiológica e histopatológica. El tratamiento oportuno con manejo quirúrgico y control infeccioso es fundamental para evitar complicaciones locales o sistémicas.

Figura 1

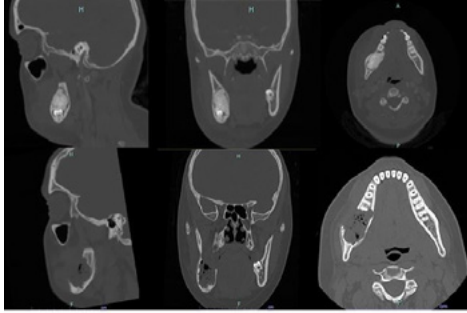


Figura 2



Figura 3



P112

Distracción osteogénica de rama mandibular izquierda en paciente con microsomía hemifacial

Dra. Sol Paredes Gavilanes¹, Dr. José Salinas

¹UTE, Quito, Ecuador

Introducción: La microsomía hemifacial es una malformación congénita que afecta el desarrollo simétrico de la mandíbula y los tejidos faciales. Esta condición tiene implicaciones funcionales y estéticas significativas. La distracción osteogénica ha emergido como una opción terapéutica eficaz para la corrección de las deformidades faciales asociadas a esta afección. Sin embargo, el tratamiento sigue siendo un desafío debido a la complejidad anatómica y las variaciones individuales. **Objetivos:** Determinar la distracción osteogénica como opción terapéutica de microsomía hemifacial en paciente pediátrico.

Material y métodos: Bajo anestesia general, con abordaje Risdom se realiza osteotomía en L invertida en rama mandibular izquierda, y se coloca un distractor de rama bidireccional de marca KLS Martin de 15mm. La activación del distractor se inicia 7 días después, cada 12 horas, 0,5mm. Además, se coloca mini Jig para aumentar el espacio articular, evitar la reabsorción condilar por presión, aumentar la distancia interdentaria maxilo mandibular en lado izquierdo y corregir el canteo maxilar izquierdo.

Resultados: Se observa una mejoría postquirúrgica significativa de la simetría facial, con un incremento de la longitud mandibular de aproximadamente 13,5mm, mejoría de la oclusión y canteamiento maxilar.

Conclusión: La distracción osteogénica, mediante el uso de un distractor bidireccional, es una técnica efectiva para corregir la microsomía hemifacial de la rama mandibular izquierda. Este tratamiento no solo mejora la estética facial, sino también la funcionalidad mandibular, mostrando buenos resultados a largo plazo en el paciente tratado.

Figura 1



Figura 2

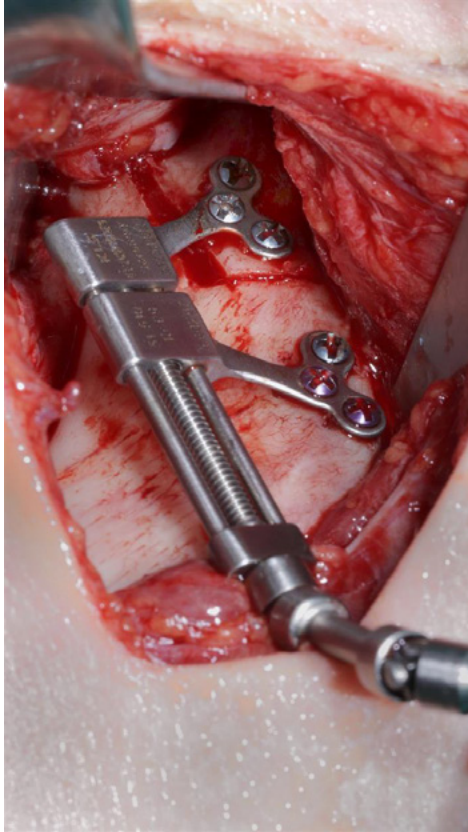


Figura 3



P113

Osteomielitis mandibular diagnóstico y tratamiento conservador

Dr. Freddy Pauta Herrera², Dr. Eduardo Ramos Carcelén¹

¹Universidad Central Del Ecuador, Quito, Ecuador, ²Hospital Pablo Arturo Suarez, Quito, Ecuador

Introducción: La osteomielitis mandibular crónica es considerada como una infección que puede o no ser odontogénica que cursa con tumefacción de la cara, limitación de la abertura bucal y dolor. Pocas veces es tratada a mediante una terapia conservadora.

Objetivo: Presentar un caso de osteomielitis mandibular tratado de manera conservadora mediante antibioticoterapia, limpieza quirúrgica y fijación ósea rígida, en el servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Provincial Pablo Arturo Suarez de la Ciudad de Quito, Ecuador.

Materiales y Métodos: Descripción del caso: Paciente masculino de 48 años de edad que acudió al servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital General Pablo Arturo Suarez, Quito, Ecuador; con un historial de prótesis sobre implantes dentales hace 2 años y hace once meses presenta hinchazón creciente a nivel del cuerpo mandibular lado derecho con tratamiento previo en otras casas de salud sin remisión del cuadro, posterior a. Los exámenes tomográficos, gammagrafía, cultivo y antibiograma confirmaron la osteomielitis y la susceptibilidad bacteriana. La decorticación, desbridamiento y la administración de ampicilina más sulbactam por un mes permitió la remisión del cuadro, su posterior resolución quirúrgica mediante planificación con modelos estilográficos y fijación ósea rígida con material de osteosíntesis permitieron recobrar la salud oral del paciente. **Resultados:** Los procedimientos quirúrgicos ocurrieron sin complicaciones pre, trans y postquirúrgicas. El seguimiento con controles postquirúrgicos se realizó a los 8 días, 3 meses y 06 meses posterior al alta hospitalaria. Sin evidencia de infección de la herida o del material de osteosíntesis con la valoración clínica y exámenes imagenológicos de control. Actualmente dado el alta médica. **CONCLUSIÓN:** En el caso de osteomielitis crónica mandibular la terapia conservadora mediante el uso de antibióticos de amplio espectro más betalactamasas, limpieza quirúrgica y reconstrucción mediante material de osteosíntesis da excelentes resultados.

Figura 1

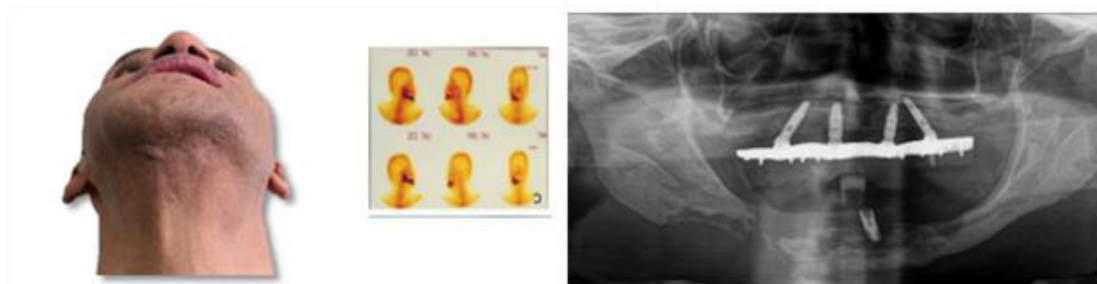


Figura 2

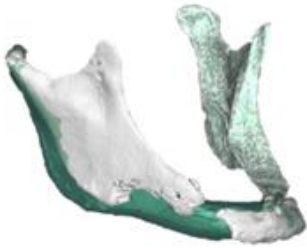
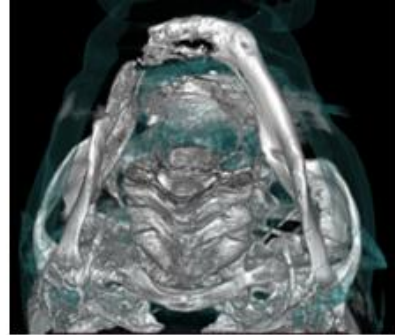
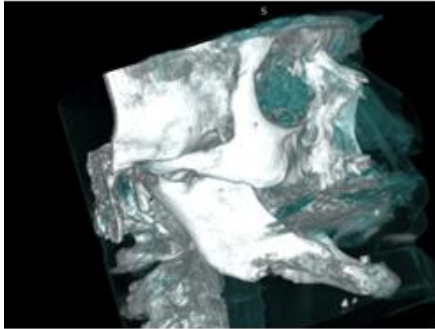
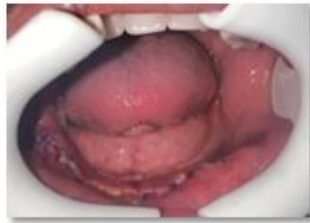


Figura 3



P114

Manejo multidisciplinario de Linfoma de Burkitt Esporadico en pediatrico. Reporte de caso.

Dra. Nicolle Andreina Pittelli De La Paz¹, Dr. Bladimir Golaszewski, Dra. Mary Drous, Dr. Rafael Muñoz, Dra. Alba Flete

¹Ciudad Hospitalaria Doctor Enrique Tejera, Valencia, Venezuela

Introducción: El Linfoma de Burkitt es una neoplasia no Hodgking de células B, con un alto índice mitótico, el cual presenta una translocación genética característica que involucra al gen C-myc del cromosoma 8, tiene prevalencia en el sexo masculino afectando la tercera y cuarta décadas de vida. Clínicamente suele manifestarse como una lesión tumoral de crecimiento progresivo que puede o no ulcerarse, mayormente localizado en mandíbula y de carácter doloroso, clasificandose en Endémico, Esporádico y asociado a Virus de Inmunodeficiencia Humana.

Objetivo: Describir el manejo multidisciplinario de Linfoma de Burkitt Esporadico en pediátrico.

Material y Métodos: Se presenta el caso de escolar masculino de 8 años de edad, cuya madre acude con representado a consulta de Cirugía Maxilofacial en el año 2023 referido de odontopediatria presentando aumento de volumen en región mandibular izquierda de dos meses de evolución de crecimiento rápido con avulsión espontanea de molar primario, al examen intraoral se evidencia lesión tumoral ubicada en reborde alveolar mandibular izquierdo afectando porción vestibular y lingual, de superficie ulcerada, consistencia blanda, de coloración heterogenea con predominio violáceo y hemorragia espontanea. En la tomografía computarizada Cone Beam de cara se evidencia imagen isodensa, unilocular, circunscrita, que fenestra tabla vestibular en región molar mandibular izquierda, se realiza toma de biopsia incisional en el año 2024 que reporta Linfoma de Burkitt, se plantea manejo en conjunto con Oncología pediátrica el tratamiento en dos fases, fase quirúrgica precoz y fase sistémica antineoplásica. Es llevado a mesa operatoria en fase quirúrgica, donde se realizan odontectomias de OD 32,33, 34 y exceresis de la lesión mediante recesión en bloque desde OD 31 hasta OD 35 mediante uso de piezo electro. El estudio histopatológico del espécimen completo confirma diagnóstico inicial, por lo que se prosigue a la fase sistémica cumpliendo 12 ciclos de quimioterapia con ciclofosfamida, citarabina, doxorubicina y etoposio en un lapso de 1 año presentando como reacciones adversas efluvio anageno, anemia, pérdida de peso progresiva, úlceras orofaríngeas y flictenas.

Resultados: En el año 2025 se realiza tomografía control donde se evidencia consolidación osea y se realiza nueva toma de biopsia reportando tejido oseo libre de celularidad neoplásica, con evolución favorable en su postoperatorio tardío de 6 meses. El paciente se encuentra en fase de recuperación por parte del servicio de oncología pediátrica y en tratamiento en conjunto con el servicio de ortopedia para rehabilitación oral.

Conclusión: El linfoma de burkitt es un tumor de carácter agresivo el cual puede tener pronostico exitoso si es diagnosticado y tratado con rapidez, de manera multidisciplinaria y con los equipos adecuados tal como el piezo electro el cual nos permite realizar procedimientos protegiendo los tejidos blandos adyacentes traduciéndose en menor proceso inflamatorio y siendo conservadores.

P115

Queratoquiste odontogénico maxilar con invasión en seno maxilar. Reporte de caso.

Dra. Jennifer Alejandra Ramos Muñoz¹

¹Instituto del seguro social, San Salvador, El Salvador, ²Universidad de El Salvador, San Salvador, El Salvador

Introducción: El queratoquiste odontogénico del maxilar superior es atípico, y se encuentran con mayor frecuencia en la región canina. El sitio más común según la tasa de aparición es la mandíbula (73%) en comparación con el 27% en el maxilar. Los queratoquistes odontogénicos del seno maxilar son aún más raros: menos del 1% de los casos reportados en la literatura. En años recientes, el uso tópico de 5- fluorouracilo. (5-FU) ha sido propuesto como tratamiento adyuvante para reducir las recurrencias tras la enucleación.

Objetivo: Presentar un caso clínico de un queratoquiste odontogénico infrecuente en la región maxilar y describir su manejo quirúrgico.

Materiales y Métodos: Es un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. (Reporte de caso clínico).

Paciente masculino de 22 años sin antecedentes médicos relevantes, acude al departamento de Cirugía Oral y Maxilofacial, por notar aumento de volumen en el sector maxilar derecho de 5 meses de evolución, se realiza evaluaciones iniciales, toma de radiografía panorámica, tomografía computarizada, aspirado y toma de biopsia incisional, que confirma el diagnóstico de queratoquiste maxilar.

Se procede a realizar intervención quirúrgica por medio de enucleación, curetaje y tratamiento adyuvante con 5- fluorouracilo.

Resultados: La intervención quirúrgica se realizó bajo anestesia general orotraqueal. Se extrajeron las piezas dentales 14,15 y 16. Se expuso la lesión a través de una incisión vestibular intraoral en cuadrante I. Se accedió a la cavidad quística a través de la pared anterior del seno maxilar. Se inicio la enucleación y el desbridamiento de la cavidad quística, posteriormente se lavó con abundante solución salina. Una gasa estéril empapada en 5- fluorouracilo tópico se empaco en la cavidad después de la enucleación de la lesión. La herida se cerró, dejando solo una pequeña abertura para la extracción de la gasa empapada en 5- fluorouracilo que se insertó en la cavidad quística después de la enucleación y se dejó en el sitio por 24 horas. Se mando muestra a patología.

La muestra de biopsia revelo una cavidad que contiene eritrocitos y células inflamatorias como linfocitos y material proteico fibrilar eosinófilo compatible con queratina. La cavidad esta revestida por epitelio odontogénico escamoso estratificado paraqueratinizado ausente de crestas epiteliales; a nivel basal, las células epiteliales son cuboidales a columnares empalizadas con núcleos hiper cromáticos y a nivel de la capa espinosa presenta queratina ondulante y corrugada.

En el TAC control se evidencio nuevos sitios de regeneración ósea a nivel de piso de orbita derecha y engrosamiento de las paredes del seno maxilar. El paciente se mantiene en controles de seguimiento, su ultimo control a los 18 meses no muestra signos de recidiva.

Conclusiones: A pesar de que es poco común encontrar un queratoquiste odontogénico en el maxilar superior con extensión a seno maxilar, este mantiene sus características agresivas, por lo cual es importante poner énfasis en la identificación temprana, manejo adecuado y mantener controles de seguimiento por su alta tendencia a la recidiva.

Figura 1

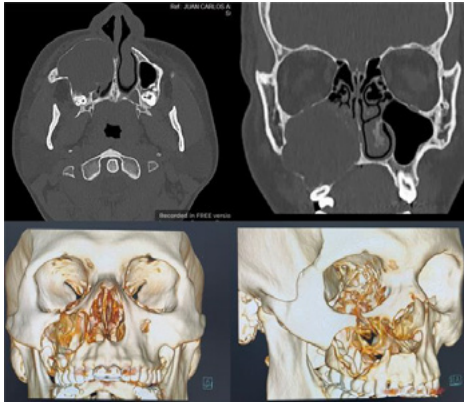


Figura 2

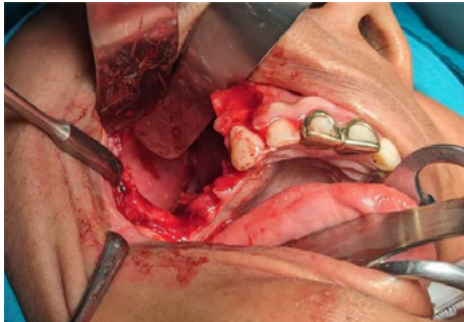


Figura 3



P116

Terapia de coagulación con alambre de cobre para tratamiento de lesión vascular en región labial con avance de colgajo.

Dra. Guadalupe Del Carmen Razo Duarte¹, Dr. Luis Felipe Cuevas García, Dr. Carlos Alan Bárcenas Ceja
¹Hospital General Dr. Miguel Silva, Morelia, México

Introducción: Los hemangiomas capilares son tumores vasculares benignos frecuentes en la infancia, que generalmente involucionan de forma espontánea. Sin embargo, en algunos casos pueden persistir o mostrar crecimiento progresivo, siendo necesario un abordaje terapéutico. El manejo de estas lesiones puede verse complicado en pacientes con miedo extremo a procedimientos médicos, lo que retrasa su tratamiento.

Objetivo: Presentar una alternativa terapéutica efectiva y mínimamente invasiva para el tratamiento de hemangioma capilar en un paciente pediátrico con bernefobia, utilizando agujas de cobre percutáneas.

Material y Métodos: Paciente masculino de 12 años de edad se presentó con un aumento de volumen en el labio inferior izquierdo, en relación con la comisura labial, de tres años de evolución. Lesión asintomática. El tratamiento fue rechazado inicialmente debido a bernefobia. Tres años después, acepta la intervención.

Se realizó bajo anestesia local y colocación de cinco agujas de cobre previamente esterilizadas, las cuales se mantuvieron por ocho días. Posteriormente se observó degeneración del tejido. Se realizó resección del remanente de la lesión y reconstrucción con colgajo local del mismo bermellón adyacente.

Resultados: Tras la colocación de las agujas de cobre, la lesión presenta una clara degeneración. La resección de los restos tisulares permite eliminar por completo el hemangioma. La reconstrucción con colgajo del mismo labio proporciona un resultado estético satisfactorio. A los 3–4 meses de seguimiento, el paciente se encuentra libre de lesión y presenta un defecto mínimo, sin complicaciones.

Conclusión: El uso de agujas de cobre percutáneas representa una alternativa útil, efectiva y bien tolerada para el tratamiento de hemangiomas capilares en pacientes con miedo a los procedimientos convencionales. Este enfoque puede reducir la necesidad de intervenciones agresivas, especialmente en contextos donde la cooperación del paciente es limitada.

Figura 1



Figura 2



Figura 3



P117

Carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciado en paciente con antecedente de carcinoma verrugoso: reporte de caso tras 18 años de remisión

Dra. Nicole Valentina Rincon Dominguez¹, Dra. Kariant Leonella Galviz Vásquez

¹Hospital "Dr. Domingo Luciani", Caracas, Venezuela

Introducción: El carcinoma de células escamosas de la cavidad oral representa la neoplasia maligna con mayor prevalencia en la cavidad oral, con un impacto debido a su agresividad y al diagnóstico frecuentemente tardío. presenta aproximadamente el 90% de los casos, siendo la lengua el sitio más común de aparición, se ve influenciada por factores como el tabaquismo, alcoholismo, higiene bucal deficiente, irritantes locales y predisposición genética. Las manifestaciones clínicas iniciales suelen ser indoloras, pero pueden evolucionar hacia lesiones ulceradas con márgenes exofíticos e indurados. La persistencia de una úlcera por más de dos semanas debe levantar sospechas clínicas

Objetivos: Analizar el caso clínico de un segundo tumor primario metacrónico diagnosticado 18 años después del primero, con el fin de establecer su naturaleza como evento independiente y explorar sus implicaciones en el seguimiento oncológico de largo plazo.

Material y métodos: Se documenta el caso de una paciente femenina de 67 años con antecedentes médicos de hipertensión arterial e hipertiroidismo controlado, así como historia oncológica significativa por un carcinoma verrugoso bien diferenciado localizado en el borde lateral de lengua izquierda, diagnosticado en el año 2007 y tratado mediante hemiglosectomía. Tras un extenso periodo libre de enfermedad de 18 años, la paciente consulta por sintomatología dolorosa en el reborde alveolar del cuadrante III, con evolución de tres meses. Al examen clínico se observa una zona cruenta eritematosa de 5 x 2 cm, generando alta sospecha de lesión neoplásica activa.

Se realiza una biopsia incisional, cuyo estudio histopatológico revela un carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciado. El análisis macroscópico del tejido muestra un fragmento único de forma irregular, color blanco, consistencia firme y dimensiones de 1.3 x 0.7 x 0.6 cm. A nivel microscópico se evidencia una neoplasia epitelial maligna que ocupa la totalidad de la muestra, con pleomorfismo nuclear y celular, mitosis atípicas y escasa queratinización, confirmando la malignidad del proceso.

Resultados: El paciente continúa bajo seguimiento clínico por el servicio tratante; sin embargo, debido a la condición de irresecabilidad de la lesión, se realiza derivación al servicio de oncología de cabeza y cuello para inicio de tratamiento con quimioterapia y radioterapia.

Conclusión: Este caso destaca por la aparición de una nueva neoplasia escamosa tras un largo intervalo sin enfermedad activa, planteando el diagnóstico de un segundo tumor primario metacrónico. El contexto clínico sugiere un evento tumoral independiente del carcinoma verrugoso inicial, más que una recidiva local, y subraya la importancia de mantener vigilancia oncológica extendida en pacientes con antecedentes de cáncer oral.

Figura 1



Figura 2

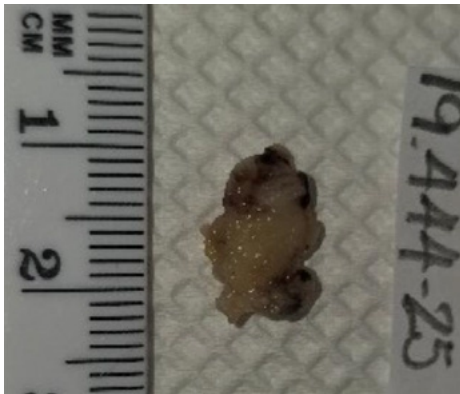
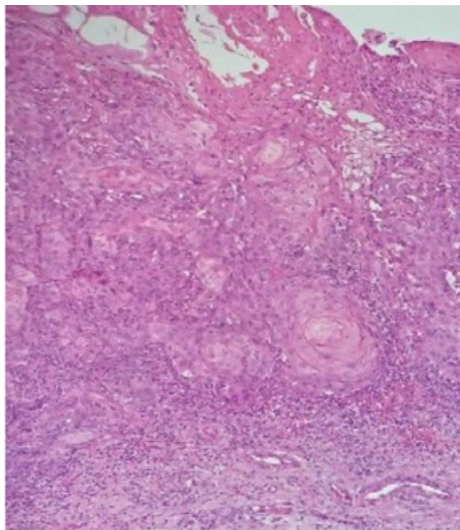


Figura 3



H&E 4X

P118

Fibroma desmoplásico del cóndilo mandibular en paciente pediátrico: Presentación de caso clínico y revisión de la literatura.

Dr. Benjamín Ignacio Riquelme Fernández¹, Dr. Julio Guillermo Cifuentes Fernández¹

¹Clínica Alemana, Santiago, Chile

Introducción: El fibroma desmoplásico, es un tumor óseo benigno, infrecuente y localmente agresivo. Representa menos del 0,1% de las lesiones óseas mandibulares y es diagnosticado habitualmente en niños y jóvenes. Su comportamiento tanto clínico como imagenológico, simula neoplasias malignas, lo que dificulta su diagnóstico.

Objetivos: Presentar el caso de un paciente pediátrico con diagnóstico de fibroma desmoplásico en el cóndilo mandibular, destacando el abordaje diagnóstico-quirúrgico, e integrar el caso con evidencia actualizada.

Material y métodos: Presentación de caso clínico, basada en una búsqueda bibliográfica actualizada realizada mediante metabuscadores.

Resultados: Paciente asiste al servicio de Cirugía Maxilofacial de Clínica Alemana Santiago, derivado desde Urgencia General, por hallazgo imagenológico en TAC de lesión de cóndilo mandibular izquierdo; al solicitar RNM se observa una lesión expansiva sólida en cóndilo y cuello mandibular izquierdo de aspecto agresivo. Se realizó exéresis y curetaje de la lesión, en conjunto con biopsia; la cual, arrojó como resultado una proliferación fusocelular y un Fibroma Desmoplásico como hipótesis diagnóstica.

El caso fue presentado en comité oncológico de Clínica Alemana Santiago, y es actualmente tratado en conjunto con un equipo multidisciplinario. Se realizará una segunda intervención para la resección oncológica con márgenes de seguridad (condilectomía amplia) y reconstrucción diferida, a fin de no dificultar el seguimiento imagenológico del comportamiento de la lesión y posible recidiva, previo a la reconstrucción definitiva.

Conclusión: El fibroma desmoplásico debe ser considerado dentro de los diagnósticos diferenciales de lesiones condilares en pacientes jóvenes.

Su comportamiento clínico agresivo contrasta con su histología benigna. La resección con márgenes de seguridad es el gold standard y es fundamental para evitar recurrencias.

La correlación clínico-radiológica-patológica es esencial para un diagnóstico preciso y manejo adecuado. El manejo multidisciplinario, es fundamental para el abordaje de estos casos de manera integral.

Figura 1

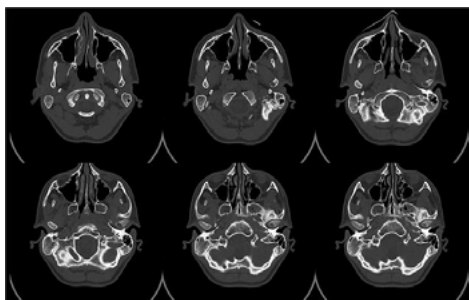


Figura 2

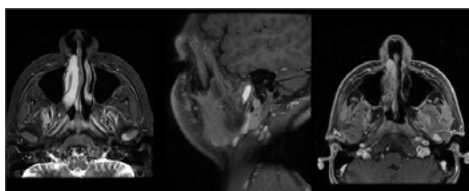


Figura 3



P119

Mixoma odontogénico: Presentación de un caso clínico.

Dr. Pablo Santiago Rodas Pesántez¹, Dr. Richael Antonio Silva Suárez¹

¹Enes, Unam, León, México

Introducción: Se reconoce al mixoma odontogénico como un tumor benigno, infrecuente y localmente agresivo, cuya resección con márgenes adecuados es fundamental para evitar recurrencias. Sin embargo, aún se carece de evidencia concluyente sobre el impacto clínico y reconstructivo de la cirugía asistida por planeación virtual en su abordaje integral.

Objetivo: Presentar un caso clínico de mixoma odontogénico mandibular tratado mediante planeación virtual, resección con márgenes adecuados y reconstrucción inmediata, con seguimiento favorable a largo plazo.

Material y métodos: Estudio tipo reporte de caso. Paciente femenina de 63 años fue valorada por aumento de volumen mandibular derecho. El diagnóstico de mixoma odontogénico fue confirmado mediante biopsia incisional y estudio histopatológico.

Con base en la literatura científica actual sobre tumores odontogénicos benignos agresivos, se diseñó una estrategia quirúrgica personalizada mediante planeación virtual tridimensional, utilizando tomografía computarizada de alta resolución. Se generaron guías de corte y un modelo 3D sobre el cual se preadaptó una placa de reconstrucción bloqueada del sistema 2.4.

Se realizó una resección segmentaria mandibular con márgenes de seguridad de 1 cm y reconstrucción inmediata con la placa preformada. Las variables independientes fueron la utilización de planeación virtual y la reconstrucción inmediata. Las variables dependientes incluyeron la obtención de márgenes quirúrgicos adecuados, la precisión de los cortes óseos, la estabilidad de la reconstrucción, el tiempo quirúrgico y la evolución postoperatoria.

Resultados: Se logró resección completa del tumor con márgenes seguros, conforme a los límites anatómicos definidos en la planificación digital. La osteotomía fue precisa, sin necesidad de ajustes intraoperatorios de la placa. Esto permitió reducir significativamente el tiempo quirúrgico y lograr una reconstrucción estable en un solo tiempo operatorio. La evolución posquirúrgica fue favorable, sin complicaciones ni alteraciones neurosensoriales. A tres años de seguimiento clínico y radiológico, la paciente se encuentra asintomática, con función adecuada y sin evidencia de recidiva.

Conclusión: La planeación quirúrgica virtual (VSP), aplicada al manejo del mixoma odontogénico mandibular, se consolidó en este caso como una herramienta de alta eficacia clínica, al permitir una resección precisa con márgenes adecuados y una reconstrucción inmediata estable en un solo tiempo operatorio. Sustentada en evidencia científica actual, esta tecnología ofrece beneficios quirúrgicos significativos, como la reducción del tiempo operatorio total, menor exposición anestésica, disminución de complicaciones intraoperatorias, mayor precisión anatómica en los cortes óseos y una reconstrucción más predecible, sin necesidad de ajustes técnicos durante la intervención. Además, su implementación ha demostrado acortar la estancia hospitalaria y optimizar los resultados estéticos y funcionales, incluso en lesiones benignas localmente invasivas como el mixoma. La paciente presentó una evolución favorable, sin complicaciones y sin evidencia de recidiva a tres años de seguimiento clínico y radiológico. Estos hallazgos respaldan la integración sistemática de la planeación virtual en los protocolos contemporáneos de cirugía maxilofacial reconstructiva, posicionándola como una herramienta de valor en el tratamiento de tumores odontogénicos complejos.

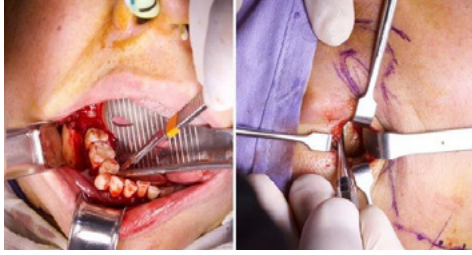
Figura 1



Figura 2



Figura 3



P120

Queratoquiste odontogénico con asociación sindrómica en paciente joven. Reporte de un caso clínico

Dra. Jennifer Eliette Rodríguez Quirós¹, Dra. Laura Leticia Pacheco Ruiz¹

¹ISSSTE, CDMX, México

Introducción: El queratoquiste odontogénico es un quiste del desarrollo de origen odontogénico que se deriva de los restos de la lámina dental, cursando asintomático inicialmente hasta que alcanza un crecimiento incidioso con destrucción ósea, con cierta predilección masculina y en región mandibular con alta recidiva. Casi el 30% son esporádicos y más del 85% se relacionan con el Síndrome de Gorlin Goltz, también conocido como Síndrome de Carcinoma Nevoide de Células basales, que muestran mutaciones de PTCH1, una molécula importante en la vía de señalización de Hedgehog. (1)(2)(3)

Su tratamiento varía de acuerdo a diferentes factores clínicos tales como el tamaño, localización y edad, siendo tratados con curetajes, marsupialización, enucleación, descompresión hasta una resección. Actualmente se ha determinado al 5-Fluorouracilo como un adecuado adyuvante al tratamiento quirúrgico conservador, inhibiendo la proliferación celular y su efecto citotóxico dirigido en las células del quiste parecen ser responsables de la reducción en las tasas de reaparición. (4)(5)

Objetivo General: Establecer un adecuado plan de tratamiento con enfoque conservador contemplando la edad, extensión y tasa de recurrencia por la asociación sindrómica.

Material Y Métodos: Inicialmente se confirmó por medio de estudios histopatológicos el diagnóstico de queratoquiste odontogénico.

Posteriormente se realizó la enucleación de queratoquiste en región mandibular anterior, ostectomía periférica + aplicación de 5-Fluorouracilo (2022).

Se realizó una segunda intervención para la enucleación de queratoquiste en región maxilar bilateral y mandibular posterior izquierda + ostectomía periférica + aplicación de 5-Fluorouracilo (2024).

Se mantuvo en control y seguimiento mensual, trimestral y semestral hasta el momento.

Resultados: Posterior a la medidas médico - quirúrgicas conservadoras de enucleación + ostectomía periférica y aplicación de 5-Fluorouracilo como adyuvante al tratamiento, actualmente el paciente cursa libre de lesiones.

Conclusión: El queratoquiste odontogénico es una lesión benigna pero localmente agresiva, con mayor tendencia a la recurrencia en caso de asociación sindrómica, por lo que requiere de un manejo conservador, de control y seguimiento estricto.

El uso de adyuvantes farmacológicos como el 5-Fluorouracilo establece una fuerte tendencia a la eficacia en la prevención de recidivas, con adecuado perfil de seguridad por la reducción de efectos adversos a daño de estructuras nerviosas o de revestimiento adyacentes a la lesión. (5)

Referencia Bibliográfica

1. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Oral and Maxillofacial Pathology. 4th ed. Philadelphia: Elsevier; 2023.
2. WHO Classification of Tumours Editorial Board. Head and neck tumours. 5th ed. Lyon: International Agency for Research on Cancer (IARC); 2024.
3. Yue HT, Cao HY, He M. Novel PTCH1 Mutation Causes Gorlin-Goltz Syndrome. Chinese Journal of Dental Research. 2024; 27(1):83-88. Pubmed. doi: 10.3290/j.cjdr.b5128601.
4. Abubaker AO, Lam D, Benson KJ. Oral and Maxillofacial Surgery Secrets. 3rd ed. Elsevier; 2017
5. Singh AK, Khanal N, Chaulagain R, Bhujel N, P. Singh R. How effective is 5-Fluorouracil as an adjuvant in the management of odontogenic keratocyst? A systematic review and meta-analysis. British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. 2022;60(6):746-754.

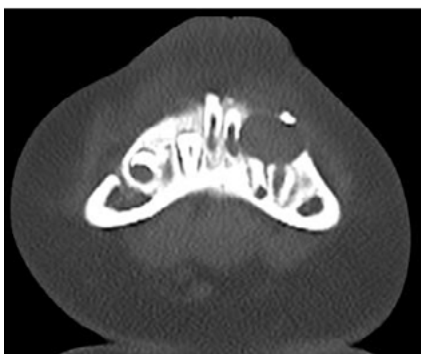
Figura 1



Figura 2



Figura 3



P121

Odontoma complejo gigante en maxilar: resección intraoral con enfoque estético-funcional en zona de riesgo anatómico

Dra. Janice Rojas Golac¹, Dr. Eduardo Villanueva Zuñiga

¹Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú

Introducción: Los odontomas son los tumores odontogénicos más comunes y, por lo general, se presentan como lesiones asintomáticas de pequeño tamaño. Sin embargo, su presentación como odontomas gigantes es excepcional. Se consideran gigantes cuando superan los 30 mm o generan una expansión ósea significativa. Su localización en el maxilar superior representa un reto quirúrgico debido a la cercanía con el piso orbitario, el seno maxilar y el canal palatino mayor, estructuras de alta complejidad anatómica. Estas lesiones, además de ser poco frecuentes, pueden ocasionar deformidades faciales y riesgos funcionales. Su tratamiento requiere precisión técnica y un enfoque estético-funcional.

Objetivo: Presentar el abordaje quirúrgico de un odontoma complejo gigante en maxilar superior, resuelto mediante resección intraoral conservadora, con resultados estéticos satisfactorios y preservación de estructuras críticas, evitando comprometer la funcionalidad.

Reporte de caso: Paciente mujer de 18 años, asintomática, en quien se identificó una lesión tumoral como hallazgo radiográfico. La lesión presentó un diámetro aproximado de 4 × 3.1 × 3.5 cm. En la evaluación con tomografía computarizada de haz cónico se evidenció ocupación parcial del seno maxilar izquierdo, desplazamiento de la pared lateral de la fosa nasal y proximidad directa al piso orbitario, con aparente extensión al canal palatino mayor y a la porción apical de la pieza 28.

Se realizó resección quirúrgica del tumor bajo anestesia general, mediante abordaje tipo Caldwell-Luc para exposición anterior del maxilar, complementado con un segundo acceso transantral posterior dada la extensión de la lesión. El cierre del defecto se efectuó con la bolsa adiposa de Bichat. Todo el procedimiento se realizó por vía intraoral, evitando cicatrices visibles y preservando las estructuras anatómicas adyacentes.

Durante el procedimiento se evitó la lesión de estructuras anatómicas críticas como la arteria palatina descendente, el nervio palatino mayor, e incluso el compromiso del globo ocular y del nervio óptico, gracias a una disección cuidadosa en zonas cercanas al piso orbitario y canal palatino.

Resultados: La resección fue completa, sin complicaciones intraoperatorias. El diagnóstico histopatológico confirmó tejido hamartomatoso dental compuesto por cemento acelular, túbulos dentinarios y tejido conectivo, compatible con odontoma complejo. La paciente presentó una evolución postoperatoria favorable, sin signos de recidiva a los 4 meses de seguimiento. La función masticatoria y la estética facial se conservaron adecuadamente.

Conclusión: Es fundamental realizar estudios imagenológicos de rutina para el diagnóstico oportuno, especialmente en casos de anomalías de erupción.

Los odontomas gigantes, si no se detectan a tiempo, pueden requerir abordajes quirúrgicos mutilantes. Por ello, deben considerarse técnicas complementarias como el cierre de la comunicación bucosinusal mediante un colgajo pediculado de bola adiposa.

Este caso no solo evidencia la complejidad quirúrgica, sino también el valor de abordajes conservadores que evitan morbilidad innecesaria y optimizan los resultados funcionales y estéticos

Figura 1

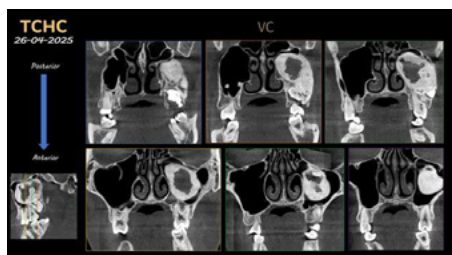
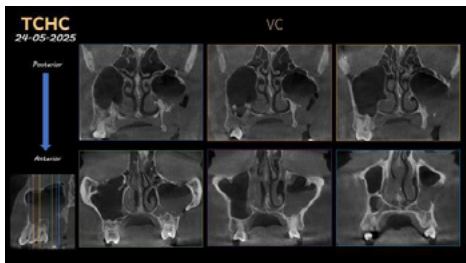


Figura 2



Figura 3



P122

Reconstrucción mandibular con injerto de cresta iliaca por fibroma osificante. Reporte de caso.

Dra. María José Romo Leroux Silva¹

¹Universidad Central Del Ecuador, Quito, Ecuador

Introducción: El fibroma osificante es una neoplasia benigna de origen mesenquimal que se caracteriza por la proliferación de tejido fibroso que contiene focos variables de tejido óseo o cemento. Se presenta con mayor frecuencia en los huesos de la mandíbula, especialmente en la región posterior de la mandíbula inferior, aunque también puede encontrarse en otros huesos craneofaciales. Este tumor forma parte del grupo de las lesiones fibro-ósneas, y su diagnóstico diferencial incluye condiciones como la displasia fibrosa y el cemento-osificante fibroma.

Objetivo: Presentar un caso de reconstrucción mandibular con injerto de cresta iliaca por fibroma osificante, en el servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Capitol de la Ciudad de Quito, Ecuador.

Materiales y Métodos: Descripción del caso: paciente femenina de 47 años, con antecedente de displasia fibrosa tratada hace unos años, actualmente diagnosticada como fibroma osificante.

Diagnósticos: fibroma osificante de maxilar inferior cuadrante IV. **Tratamiento:** Antibioticoterapia y resolución quirúrgica. Primer tiempo quirúrgico, eliminación de la lesión mediante guías de corte, adaptación de la barra de reconstrucción al injerto y al sitio quirúrgico al modelo impreso, obtención del injerto de cresta iliaca, colocación del injerto y barras de reconstrucción.

Resultados: Los procedimientos quirúrgicos ocurrieron sin complicaciones pre, trans y postquirúrgicas. El seguimiento con controles postquirúrgicos se realizó a los 7, 15, 30 días, 3 meses y 1 año posterior al alta hospitalaria. Sin evidencia de infección de la herida o del injerto de acuerdo con la valoración clínica y exámenes imagenológicos de control. Actualmente bajo seguimiento.

Conclusión: La cresta iliaca es un sitio donante comúnmente utilizado ya que ofrece una gran cantidad de hueso y una alta concentración de células osteocompetentes para transferir.

P123

Manejo quirúrgico de granuloma piógeno secundario a prótesis dental fija de liga de plata

Dr. Luis Rugama¹

¹Privada, Nicaragua, Nicaragua

Introducción: El granuloma piógeno, conceptualmente es una hiperplasia de células inflamatorias debido a una reacción desmesurada del tejido conectivo, en este caso debido a una irritación subyacente por prótesis dental.

Objetivo General: Describir el manejo quirúrgico del granuloma piógeno

Procedimiento y resultados: Caso: Paciente femenino de 23 años, procedente de la Comunidad Samaria pis pis del municipio se Bonanza, RACCN, Nicaragua.

Antecedentes personales patológicos: Negados

Antecedentes personales no patológicos: Negados

Antecedentes familiares: HTA Crónica (Papá).

Historia de la enfermedad actual: paciente acude a la consulta refiriendo que desde hace 7 años aproximadamente empezó a presentar una protuberancia en la encía a nivel de pieza dental 1.2, cuando tenía un año de evolución una doctora se lo removió, pero a los 15 días notó fue creciendo y no presenta ningún tipo de dolor, a la palpación sangra en escasa cantidad, actualmente abarca desde el incisivo central 1.1 a la mitad del canino 1.3.

Examen físico intraoral: se observó la presencia de gingivitis simple, prótesis fija metálica liga de plata de canino a canino mal ajustada,

Masa de consistencia blanda a nivel del cuadrante 1, en las piezas 1.1 a 1.3, enrojecida, con sangrado escaso a la manipulación, no doloroso.

BHC: HTO 38%, Leucocitos 9800 (Segmentados 62%, linfocitos 38%), plaquetas 248000 u/dl. TP 14", TPT 38". VIH NR, VDRL NR.

Diagnóstico: Granuloma piógeno secundario + gingivitis simple.

Procedimiento: en quirófano estéril, con presencia de un residente de cirugía buco maxilofacial y un ayudante, se realiza técnica quirúrgica previa asepsia y antisepsia, donde se utilizaron separadores, abridores bucales y bisturí eléctrico. Se procedió con la administración del anestésico local utilizando la técnica alveolar anterosuperior, alveolar media y naso palatina e infiltrativa rodeando la lesión, se hizo prueba del dolor y al no haber se continuo. Usando el bisturí eléctrico, se tomo con una pinza Kelly el granuloma y se empezó con la exéresis hasta su extracción completa con sangrado mínimo. No se retiro el puente debido a que paciente no lo autorizó.

Paciente femenino, el cual posterior al evento refería sensación de adormecimiento secundaria al anestésico local, pero con mejoría, ya que no se sentía el bulto en el labio superior. Se dio charla sobre los cuidados generales con su higiene oral y se dio antibiótico profiláctico debido a la manipulación. Se cito en una semana en la consulta para valoración de la cicatrización del tejido.

Conclusión: El granuloma piógeno es una entidad poco frecuente en esta zona, y mas aun siendo secundario a prótesis dental. Se realizo exéresis, enviando el tejido a patología para su examinación. Con buena evolución de la cicatrización del tejido. Se recomendó que se retire la prótesis dental fija que tenia para evitar la reincidencia en un futuro.

Figura 1



Figura 2



Figura 3



P124

Tumor neuroectodérmico melanótico de la infancia en región maxilar: reporte de caso clínico y revisión de la literatura.

Dra. Carmen Carolina Ruiz Garza¹, Dr. Fernando Ignacio Jiménez Fonseca², Dr. Rodolfo Ruiz Sam³, Dr. Mauricio García Nucamendi⁴

¹Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas, Tuxtla Gutiérrez, México, ², Tuxtla Gutiérrez, México, ³, Tuxtla Gutiérrez, México, ⁴, Tuxtla Gutiérrez, México

Introducción: El tumor neuroectodérmico melanótico de la infancia (TNMI) es una neoplasia benigna rara de origen en la cresta neural, reportado por primera vez en 1918 por Krompecher bajo el nombre malanocarcinoma congénito. Esta lesión afecta principalmente a lactantes menores de un año y presenta un comportamiento localmente agresivo de crecimiento rápido. Más del 90% ocurren en la región craneofacial; dentro de este grupo, el 62.2% en el maxilar, 15.6% en el cráneo y 7.8% en la mandíbula. Su rareza y comportamiento variable generan incertidumbre sobre su pronóstico y abordaje terapéutico, aunque la resección quirúrgica sigue siendo el tratamiento convencional.

Objetivo: Presentar el caso clínico de un paciente masculino de dos meses de edad con diagnóstico de tumor neuroectodérmico melanocítico de la infancia localizado en el proceso alveolar superior derecho, y describir su evolución clínica, manejo quirúrgico y reconstructivo a largo plazo.

Presentación de Caso Clínico: Se presenta el caso de un lactante masculino, originario de Ocosingo, Chiapas, referido a los dos meses de edad al Hospital de Especialidades Pediátricas de Chiapas por una tumoración indolora de rápido crecimiento en el proceso alveolar superior derecho, presente desde el nacimiento, sin antecedentes personales ni heredofamiliares relevantes.

En junio de 2010, fue valorado por el servicio de cirugía maxilofacial, identificándose en la exploración extraoral aumento de volumen en el tercio medio facial derecho, con deformidad de la base alar con leve elevación, desaparición del surco nasogeniano derecho e incompetencia labial.

Intraoralmente, se observó una masa firme de 5 × 6 cm en hemimaxila derecha, con mucosa íntegra, lisa y sin ulceraciones, con áreas telangiectásicas púrpuras y pérdida del surco vestibular. Lesión de base sésil, bien circunscrita, firme, no quística, que provocaba dificultad para la succión (Fig1.)

Se realizó tomografía axial computarizada que reveló una masa hipodensa con expansión de corticales óseas. En la reconstrucción tridimensional se observó un germen dentario incluido, generando el signo característico de diente flotante.

Se optó por la exéresis completa bajo anestesia general, realizando incisión en la cresta alveolar derecha, disección de tejidos y enucleación completa del tumor con eliminación de brotes dentarios asociados. Se efectuó cierre primario con Vicryl 4-0, reposicionando el colgajo mucoperióstico. No se colocó injerto óseo inmediato, priorizando la observación clínica.

El estudio histopatológico confirmó el diagnóstico de TNMI. El paciente tuvo seguimiento durante su desarrollo sin presentar recidivas, a los 14 años, se realizó reconstrucción alveolar con injerto óseo autólogo y membrana reforzada con titanio (Fig2.) con resultados desfavorables (Fig3.) Posteriormente, se colocó prótesis removible temporal y se programó nueva intervención quirúrgica para incremento de reborde alveolar con miras a colocación de implantes desde incisivo central hasta primer premolar derecho procedimiento en etapa de planeación.

Conclusión: El TNMI es una entidad poco frecuente, con 472 casos reportados en la literatura hasta 2015. Su diagnóstico es fundamentalmente clínico; los estudios imagenológicos ofrecen hallazgos distintivos como herramientas auxiliares. La resección quirúrgica temprana sin biopsia previa es clave para evitar recurrencias. La rehabilitación funcional y estética debe individualizarse según el grado de afectación ósea y dental.

Figura 1



P125

Incidencia de Complicaciones en Cirugía de Terceros Molares

Dra. Engel Salazar

¹Servicio de Salud Concepción, concepción, Chile

Introducción: El manejo de los terceros molares constituye una parte importante de la práctica del cirujano maxilofacial que requieren un diagnóstico y un tratamiento adecuado. A pesar de su frecuencia y su carácter generalmente electivo, los pacientes pueden presentar complicaciones intra y postoperatorias, alguna de ellas con secuelas permanentes.

Las causas de estas complicaciones son variadas y suelen estar relacionadas con la técnica quirúrgica, la posición del diente y las condiciones locales o sistémicas del paciente. La incidencia reportada varía entre un 1% y un 30,9%, esta dispersión de datos puede deberse a diferencias metodológicas o clínicas entre estudios.

Cuantificar las complicaciones en un equipo quirúrgico permite compararlas con estudios nacionales e internacionales y promueve un proceso de mejora continua en la calidad de atención a los pacientes.

Objetivos: 1. Determinar la incidencia y el tipo de complicaciones intra y post quirúrgicas en Cirugía de Terceros molares realizadas entre junio 2024 a mayo del 2025

2. Determinar la incidencia de complicaciones según género (hombres o mujeres)

Materiales y método: Estudio observacional, descriptivo, basados en registros prospectivos de pacientes sometidos a cirugía de terceros molares realizadas en el pabellón de cirugía menor ambulatoria del establecimiento de salud estatal “Cesfam Victor Manuel Fernandez” en Concepción-Chile, durante doce meses. Se excluyeron pacientes que no fueron controlados por el equipo quirúrgico.

Resultados: Se sometieron 239 pacientes a cirugías de terceros molares tanto maxilares como mandibulares.

Ocurrieron 6 complicaciones intraoperatorias: 3 fracturas de tuberosidad del maxilar, 1 fractura de raíz de diente vecino, 1 fractura de tabla lingual y 1 exposición de la bola adiposa de bichat. Estas ocurrieron en 4 hombres y 2 mujeres.

Ocurrieron 15 complicaciones postoperatorios: 6 alveolitis, 4 absceso perimandibulares, 2 parestesia labiomentonianas y 2 parestesias linguales. Estas ocurrieron en 5 hombres y 10 mujeres.

Conclusión: La incidencia de complicaciones intraoperatorias fue del 2,5%, destacando una incidencia del 1,6% en fracturas de hueso adyacente (1,2% maxilar, 0,4% mandíbula). Estas fueron más frecuentes en hombres (66%). En cuanto a las complicaciones postoperatorias, la incidencia fue del 5,8%. Las más comunes fueron: alveolitis (2,5%), abscesos perimandibulares (1,6%) y parestesias (1,6%), con igual distribución para las parestesias labiomentoniana y lingual (0,8% cada una). Estas fueron más frecuentes en mujeres (66%).

La incidencia total de complicaciones, tanto intraoperatorias como postoperatorias, fue del 8,7%. Al comparar estos resultados con la literatura nacional, Bachmann et al. (2014) reportaron una incidencia total del 11%, mientras que Poblete et al. (2020) informaron un 5,5% de complicaciones postoperatorias. Estos hallazgos son comparables con los obtenidos en el presente estudio. Asimismo, los resultados son consistentes con lo reportado en la literatura internacional.

Es fundamental realizar investigaciones descriptivas que permitan determinar las tasas de complicaciones en cada equipo quirúrgico, ya que estos datos son esenciales para garantizar la seguridad del paciente y fortalece la calidad del acto quirúrgico, la eficiencia del sistema de salud y la credibilidad del equipo profesional.

Figura 1



Figura 2

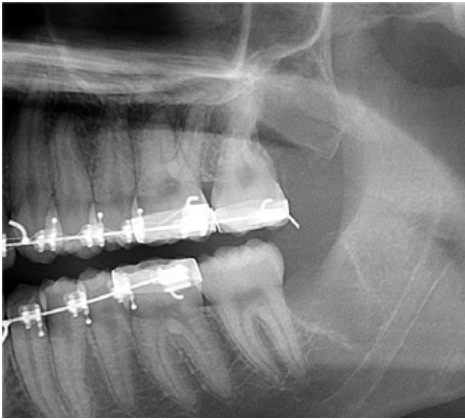


Figura 3



P126

Osteomielitis crónica secundaria a pseudoartrosis de fractura de ángulo mandibular izquierdo: a propósito de un caso

Dr. Saudi Sánchez Jiménez¹, Dra. Edith Bahena Martínez¹, Dr. Adrián Juan Hernández Cruz¹

¹Hospital General La Perla Nezahualcóyotl, Nezahualcóyotl, México

Introducción: La osteomielitis fue descrita por primera vez por Edouard Chassaignac en 1852, Se define como un proceso inflamatorio agudo o crónico en los espacios medulares o superficies corticales del hueso que se extiende fuera del sitio inicial de afectación. En su mayoría son causados por infecciones bacterianas y lisis ósea odontogénica o traumática, con supuración y formación de sequestratos óseos. Cuando no responde a la farmacoterapia y tienen duración mayor a un mes se produce esclerosis ósea debido a un proceso inflamatorio prolongado, dicho estímulo activa a los osteoclastos y osteocitos, generando tejido de granulación, depositando hueso adicional que genera la reducción del hueso trabecular y necrosis ósea, manifestándose con dolor persistente que aumenta en sus fases más activas y se limita a una zona aislada denominándose osteomielitis crónica. **Objetivo:** Establecer un abordaje quirúrgico adecuado como tratamiento de la osteomielitis crónica, para optimizar el manejo terapéutico y disminuir la tasa de recidiva.

Material y métodos: Se presenta el caso de paciente masculino de 52 años, quien acude al Hospital General La Perla Nezahualcóyotl. Inicia padecimiento hace 10 meses al recibir golpe contuso en región mandibular izquierda sin recibir tratamiento; presenta sintomatología álgica y dificultad a la masticación. Como protocolo quirúrgico se realiza tomografía axial computarizada de macizo facial simple con reconstrucción en 3D donde se aprecia solución de continuidad en ángulo mandibular izquierdo, con involucrando al tercer molar. Clínicamente presenta disoclusión, maniobra de Coleman positiva. Para la planeación quirúrgica se utilizó estereolitografía donde se precontorneo la placa de sistema 2.4 utilizada para su reconstrucción. El tratamiento consistió en resección en bloque de ángulo mandibular más colocación de placa de reconstrucción.

Resultado: El estudio histopatológico reportó: hallazgos compatibles con osteomielitis crónica y hueso compacto en proceso de reparación. Actualmente el paciente se encuentra con adecuada evolución postquirúrgica, oclusión estable y en espera de un segundo tiempo quirúrgico para colocar injerto autólogo de cresta iliaca anterior, sin datos de recidiva.

Conclusión: la osteomielitis crónica mandibular secundaria a pseudoartrosis tiene baja incidencia, sin embargo, por el tiempo de evolución y la poca efectividad al tratamiento farmacológico, impide la consolidación ósea de la fractura. El manejo quirúrgico tardío es un factor predisponente para dicho padecimiento. Es de suma importancia la atención adecuada y oportuna para reducir complicaciones y manejos quirúrgicos invasivos.

P127

Reto en el diagnóstico clínico-patológico entre quiste y tumor odontogénico de estirpe epitelial. Presentación de un caso

Dr. Alfonso Sánchez Juárez¹

¹Boulevard la Libertad 206-1, Apizaco, México

C.M.F. Sánchez Juárez Alfonso, C.D. Sánchez Amado Alfonso, Patólogo. Sánchez Sánchez Hugo Ángel.

Introducción: Los quistes y tumores odontogénicos representan una amplia gama de lesiones que surgen del ectodermo odontogénico, mesénquima o una combinación y pueden estar en el sitio de un germen dentario o asociados con un diente en los maxilares.

Objetivos: Presentar información sobre el diagnóstico clínico, imagenológico e histopatológico, que son indispensables y desafiantes, en los quistes y tumores odontogénicos de estirpe epitelial. Establecer el sitio idóneo para la realización de una biopsia de tipo incisional y reducir la posibilidad de un diagnóstico histopatológico inespecífico.

Material y métodos: Paciente masculino de 16 años, que asiste a consulta de cirugía oral maxilofacial, por aumento de volumen y evidencia imagenológica de una gran zona hipodensa localizada en cuerpo mandibular derecho, relacionada a un diente supernumerario. Se realiza biopsia incisional para estudio y correlación histopatológica, para planificación de abordaje quirúrgico, así mismo, la pieza quirúrgica de la lesión se remite a patología bucal para confirmación de diagnóstico.

Resultados: El abordaje quirúrgico seleccionado para tratar cualquier entidad de origen odontológica representa un desafío y debe ser meticulosa, con un previo estudio histopatológico de una biopsia de tipo incisional, debido a que puede alterar el plan de tratamiento realizado, después de analizar la pieza quirúrgica completa.

Conclusión: Los quistes odontogénicos pueden imitar características clínicas, imagenológicas e histopatológicas de los tumores odontogénicos de estirpe epitelial de un comportamiento biológico más agresivo, la cual puede ser confusa, malinterpretada y como resultado, aumentar la posibilidad de un diagnóstico erróneo.

P128

Fibromixoma odontogénico mandibular: presentación clínica, diagnóstico y manejo quirúrgico de un caso.

Dr. Wellington Andrés Sánchez Rocha¹

¹Residente Cirugía Maxilofacial, Universidad UTE, Quito, Ecuador, ²Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, Quito, Ecuador

Introducción: El fibromixoma odontogénico es un tumor benigno poco frecuente, derivado presumiblemente del ectomesénquima odontogénico, se caracteriza por presentar un crecimiento localmente agresivo. A pesar de estar bien documentado en la literatura, persisten interrogantes sobre sus factores etiopatogénicos, patrones de recurrencia y criterios óptimos de manejo quirúrgico.

Objetivo: Describir las características clínicas, radiográficas e histopatológicas del fibromixoma odontogénico, con el fin de contribuir al reconocimiento temprano de esta lesión y resaltar la importancia de un abordaje quirúrgico adecuado para minimizar el riesgo de complicaciones.

Material y métodos: Se realizó un estudio de tipo descriptivo, correspondiente a un caso clínico documentado. La paciente femenina acudió al servicio de cirugía oral y maxilofacial por presentar un aumento de volumen de gran tamaño intraoral en región mandibular derecha. Se llevó a cabo una evaluación clínica, estudio por imágenes y se realizó tratamiento quirúrgico para toma de biopsia. La muestra fue procesada mediante análisis histopatológico para establecer el diagnóstico definitivo. Posteriormente se realizó control clínico-radiográfico para evaluar la evolución y descartar recurrencia.

Resultados: Paciente femenina de 40 años de edad, quien acudió por aumento de volumen en la región mandibular derecha. Al examen clínico se evidenció una masa exofítica, eritematosa, de base pediculada, de consistencia dura, que comprometía a los órganos dentales desde el 44 al 47. Se realizó una intervención quirúrgica bajo anestesia general complementada con anestesia local, consistente en la excisión completa de la lesión.

Durante el procedimiento se obtuvo una biopsia excisional de masa mandibular derecha, los fragmentos de tejido blando fueron enviados para estudio, el análisis histopatológico reveló tejido conectivo mixoide con células fusiformes y estrelladas dispersas, sin signos de atipia, confirmando el diagnóstico de fibromixoma odontogénico.

Conclusión: El fibromixoma odontogénico es una neoplasia benigna poco frecuente, lo que dificulta su diagnóstico debido a la escasa evidencia sobre criterios clínicos, histopatológicos e imagenológicos bien definidos. Su comportamiento localmente agresivo resalta la importancia de un diagnóstico precoz y un tratamiento quirúrgico oportuno para evitar recurrencias y preservar la estructura ósea afectada.

Figura 1



Figura 2



Figura 3



P129

Quiste del segundo arco branquial en un paciente adolescente resolución quirúrgica mediante inyección de alginato

Dra. Ana Cristina Sedeño Jiménez¹

¹Dra. Sedeño Jiménez Ana Cristina - Residente de Cirugía Maxilofacial. Universidad UTE Dr. Sid Brahim Mohamed Salek Cirujano Maxilofacial, Quito, Ecuador

Introducción: Un quiste de hendidura branquial es un quiste lateral del cuello, derivado con mayor frecuencia de restos del segundo aparato branquial (Hermelink, 2017), estos aparecen por un desarrollo anormal del aparato faríngeo embrionario, por falla de la completa obliteración de uno de los arcos branquiales. (Pedernera Astegiano Enrique, 2016).

Objetivo: Determinar el manejo quirúrgico del quiste branquial mediante infiltración de alginato.

Material y Métodos: Paciente femenina de 16 años de edad, que acude al servicio de cirugía maxilofacial del hospital general Docente Calderón, por aumento de volumen del lado izquierdo, presentando dolor a la masticación, deglución y cefalea por lo que acude a una clínica particular en donde se le realiza una ecografía y tomografía computarizada. Al examen físico presenta una masa a nivel cervical izquierdo aproximadamente 3 cm de extensión, indurado y circunscrito indicándole que el tratamiento es quirúrgico.

Se realiza la extirpación quirúrgica, bajo anestesia general, por vía cervical externa a través de una incisión submandibular izquierda paralela a la rama horizontal de la mandíbula, se realiza la disección del cuello tejido cutáneo, tejido adiposo, y la fascia superficial inmediatamente por debajo del músculo platisma, se realizó el vaciamiento, con una jeringa de 20ml se extrajo 7ml un contenido líquido amarillento, se procedió a la preparación de una mezcla de alginato de consistencia líquida y maleable, se inyectó a través de la pared quística con aguja de punta roma, se esperó 10min el fraguado y que este le diera consistencia sólida al tumor lo cual simplifico su resección.

Resultados: El líquido obtenido con la aspiración es una sustancia de aspecto seromucoso en el estudio citológico, no mostró hallazgos específicos.

Se envía una muestra de la pared quística a biopsia que resulta sugerente de quiste branquial, muestra formación quística colapsada de 7gr mide 3.8x 2x 1.5cm, superficie externa parcialmente encapsulada violacea con escaso tejido adiposo adherido al corte espesor de pared variables de entre 0.8 y 0.2.cm paredes irregulares con tejido coagulohemático adherido.

Los cortes muestran pared quística con moderado infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario, que forma cumulos, además de polimorfonucleares, en zonas de erosión del epitelio plano estratificado no queratinizante con cambios reactivos, que tapiza este quiste.

Se retiraron los puntos de sutura y no se evidenciaron sin signos de infección y movilidad cervical conservada, el postoperatorio transcurrió sin incidentes y se realizó un seguimiento regular del paciente.

Conclusión: La mezcla de alginato en la cirugía del quiste branquial, es un método único y trascendental que permitió separar estructuras anatómicas importantes del paciente sin ninguna laceración, la biopsia por aspiración con aguja fina es desalentadora porque la dificultad quirúrgica aumenta si el quiste colapsa nosotros aspiramos la sustancia intratumoral sin deformar el quiste y luego lo rellenamos dándole una consistencia mas sólida ayudando a su disección de las demás capas anatómicas, esto permitió mayor visibilización y seguridad de no lastimar las arterias carótidas o los nervios cercanos, permitiendo la exéresis quirúrgica del quiste branquial con una seguridad completa de su desecación disminuyendo cualquier porcentaje de recurrencia.

Figura 1



Figura 2

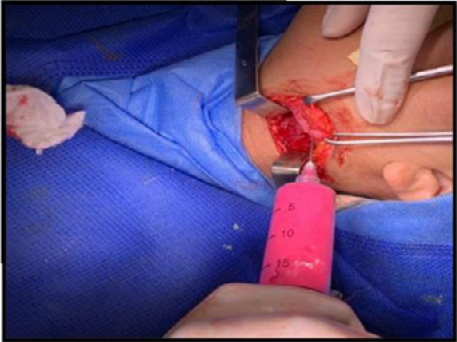


Figura 3



P130

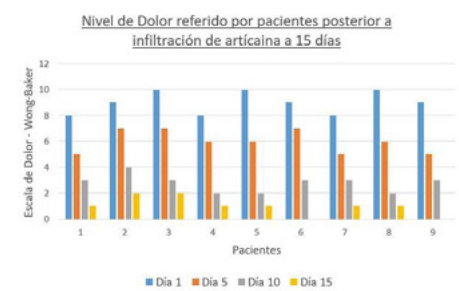
Hiperpolarización neuronal con articaína como tratamiento conservador para la neuralgia del trigémino

Dr. Eduardo Serena¹, Alma Yonnely Castañeda Ayon¹

¹Universidad Autónoma de Baja California, Tijuana, México

La neuralgia del trigémino es una afección neurológica compleja que se caracteriza por episodios recurrentes de dolor facial intenso, lo que afecta significativamente la calidad de vida en los pacientes. Las modalidades de tratamiento tradicionales de esta neuralgia son las intervenciones farmacológicas y los procedimientos quirúrgicos, los cuales pueden presentar efectos secundarios considerables y una eficacia variable. La parestesia, definida como sensaciones anormales como hormigueo y entumecimiento, se ha asociado con el uso de anestésicos locales como la articaína. La articaína, un anestésico de tipo amida, ampliamente reconocido por su eficacia y potencia como anestésica en procedimientos dentales. Sin embargo, diversos estudios reportan una incidencia de parestesia relacionada con la articaína de aproximadamente el 4%. El objetivo de este estudio fue evaluar un nuevo tratamiento conservador para la neuralgia del trigémino mediante la infiltración de articaína en los puntos gatillo identificados. Durante un período de 3 años, se trató a nueve pacientes que cumplían los criterios de inclusión para el diagnóstico de neuralgia del trigémino. La mayoría eran mujeres (77%), con ocho casos que afectaban la rama maxilar del nervio trigémino y un caso que afectaba la rama mandibular. Como parte del protocolo de tratamiento, se evaluaron los niveles de dolor mediante la Escala de Dolor de Wong-Baker. Cada paciente identificó el punto gatillo donde se originaba su dolor. Se infiltró diariamente un cartucho de 1,8 ml de articaína al 4% con epinefrina 1:100.000 (Medicaine-Septodont) directamente en el punto gatillo durante un período de 15 días. Los niveles de dolor se reevaluaron cada 5 días para supervisar la evolución, dividiendo a los pacientes en tres grupos de evaluación. El análisis estadístico mediante la prueba t de Student reveló una reducción significativa de los niveles de dolor en todos los grupos ($p = 0,000$). Solo dos pacientes requirieron infiltraciones adicionales de articaína después de 14 meses. En conclusión, la infiltración de articaína representa una prometedora modalidad de tratamiento conservador para la neuralgia del trigémino. Este innovador enfoque ofrece un alivio localizado al bloquear eficazmente las vías del dolor, reducir la frecuencia e intensidad de los episodios de dolor y minimizar la dependencia de medicamentos sistémicos. Se recomienda realizar estudios prospectivos adicionales para validar estos hallazgos y explorar los resultados a largo plazo.

Figura 1



P131

Osteosíntesis preformada versus osteosíntesis personalizada en reconstrucción del macizo facial por resección secundaria a patología tumoral benigna: análisis comparativo.

Dra. Annet Suarez Peredo¹

¹Particular, Querétaro, México

La reconstrucción maxilofacial representa un desafío tras resecciones patológicas debido a los resultados que comprometen la función masticatoria, la función de la articulación temporomandibular y la estética facial. Para el restablecimiento de la forma y función del macizo facial se han desarrollado diversas técnicas reconstructivas, entre las que destacan el uso de placas de osteosíntesis preformadas y, más recientemente, el diseño y la fabricación asistida por computadora de placas personalizadas.

Se presenta el caso de un paciente masculino de 35 años, con una lesión en ángulo y rama mandibular derecha, secundaria a patología tumoral benigna. La tomografía computarizada evidenció una afectación extensa sin compromiso de tejidos blandos, por lo que se decidió realizar una hemimandibulectomía derecha sin preservación condilar. Como abordaje reconstructivo inmediato se diseñó una placa de reconstrucción personalizada de titanio por la empresa Virtualmex, fabricada por sinterizado láser y basada en planificación virtual 3D con sistema CAD/CAM. La placa incluyó zonas específicas para futura colocación de implantes dentales, con el objetivo de facilitar la rehabilitación oral posterior.

El objetivo principal de este trabajo es realizar una comparación entre la osteosíntesis convencional preformada y la personalizada con base en un caso clínico, considerando criterios de ajuste morfológico, predicción del resultado, tiempo quirúrgico, complicaciones postoperatorias y accesibilidad tecnológica.

La literatura reciente sugiere que, aunque las placas preformadas continúan siendo ampliamente utilizadas por su disponibilidad inmediata, las placas personalizadas ofrecen resultados superiores en precisión, estabilidad y funcionalidad a largo plazo, especialmente en defectos complejos. Esta comparación busca aportar evidencia para la selección del método más adecuado en cirugía reconstructiva maxilofacial.

P132

Queratoquistes dobles en mandíbula: ¿hallazgo aislado o pista sindrómica?

Dr. Juan Pablo Tinoco Arevalo¹, Dra. Claudia Cabrera Arevalo²

¹Universidad Central Del Ecuador, Quito, Ecuador, ²Hospital Eugenio Espejo, Quito, Ecuador

Introducción: Los queratoquistes odontogénicos son lesiones intraóseas benignas, pero localmente agresivas, que se originan del epitelio dental residual. Representan entre el 5% y 15% de los quistes odontogénicos, y se caracterizan por su crecimiento silencioso, su capacidad de expansión ósea y una alta tasa de recurrencia tras el tratamiento. Aunque típicamente se presentan como lesiones únicas en la mandíbula, la aparición de múltiples queratoquistes en un mismo paciente es poco común y suele asociarse a síndromes genéticos, como el síndrome de Gorlin-Goltz. No obstante, existen casos en los que se observan queratoquistes múltiples sin manifestaciones sindrómicas, lo que plantea un desafío diagnóstico y terapéutico importante. En esta presentación, se expone el caso clínico de un paciente con dos queratoquistes simultáneos en la mandíbula, sin antecedentes personales ni familiares sugestivos de patología sistémica, lo que convierte este caso en un hallazgo poco frecuente que merece atención especial desde el punto de vista clínico, radiográfico y patológico.

Objetivo: Presentar y analizar un caso clínico de un paciente con dos queratoquistes odontogénicos en mandíbula, destacando su presentación atípica, el enfoque diagnóstico diferencial, y las consideraciones clínicas y terapéuticas ante la posibilidad de una etiología sindrómica o no sindrómica.

Materiales y Métodos: Tenemos un paciente masculino de 25 años, sin antecedentes médicos relevantes ni signos clínicos de síndrome sistémico, quien acude a consulta por aumento de volumen mandibular con sintomatología. A través de estudios de imagen (radiografía panorámica y tomografía computarizada), se identificaron dos lesiones radiolúcidas bien definidas en diferentes zonas de la mandíbula, compatibles con quistes odontogénicos. Posteriormente, se realizaron biopsias incisional y análisis histopatológico, que confirmaron el diagnóstico de queratoquistes odontogénicos en ambas lesiones. En relación al tratamiento el primer queratoquiste ubicado en el cuerpo mandibular izquierdo se realizó descompresión inicial, seguida de enucleación y resección quirúrgica. En el segundo queratoquiste ubicado en la sínfisis y parasínfisis mandibular bilateral, actualmente se encuentra en fase de descompresión, con evaluación periódica, se planea realizar la resección quirúrgica definitiva una vez se observe una reducción adecuada del tamaño de la lesión o signos de recurrencia.

Resultados: Tras la descompresión y posterior resección quirúrgica del primer queratoquiste, se está observando una evolución clínica aceptable pero aún se mantiene en observación por tamaño de la lesión. El paciente presentó buena cicatrización postoperatoria, sin complicaciones ni signos de recidiva hasta el momento en los controles clínico-radiográficos periódicos. La descompresión del segundo queratoquiste continúa en curso, con una reducción progresiva del tamaño de la lesión. La respuesta favorable sugiere que se podrá realizar una enucleación controlada en el momento oportuno, minimizando riesgos quirúrgicos y favoreciendo la preservación ósea y funcional. El estudio histopatológico de ambas lesiones confirmó el diagnóstico de queratoquistes odontogénicos sin evidencia de displasia ni características sugestivas de transformación maligna.

Conclusión: La presencia de dos queratoquistes odontogénicos en la mandíbula de un mismo paciente, sin asociación sindrómica aparente, representa una presentación poco común que requiere una evaluación diagnóstica minuciosa y un enfoque terapéutico individualizado.

Figura 1



Figura 2



Figura 3



P133

Tratamiento de quiste nasopalatino, regeneración ósea guiada y colocación de implantes en un solo tiempo quirúrgico en paciente adulta femenina: reporte de caso

Dr. Luis Enrique Tipantasig Chango¹, Dr. Leonardo Germanico Orellana Narvaez²

¹Universidad Central Del Ecuador, Quito, Ecuador, ²Hospital Quito No.1 de la Policía Nacional, Quito, Ecuador

Introducción: El quiste nasopalatino (no odontogénico) es el más común de la cavidad bucal con una prevalencia de 1% a 12%, predominante en varones 2:1 entre la cuarta y sexta década de vida. Se origina a partir de restos epiteliales del conducto nasopalatino embrionario, una estructura que normalmente se degenera tras el desarrollo fetal. Aunque es de naturaleza benigna, este quiste puede presentar crecimiento progresivo y generar síntomas como aumento de volumen en la región anterior del paladar, dolor leve o parestesia.

Objetivo: Establecer un abordaje terapéutico eficaz mediante el diagnóstico oportuno y enucleación quirúrgica completa, devolviendo la estética y funcionalidad a través de implantes dentales. **Materiales y métodos:** Se presenta el caso de una paciente femenina de 36 años, en quien se identificó una imagen hipodensa de 7 mm de diámetro, a nivel de foramen nasopalatino mediante TAC de macizo facial, con sospecha de quiste nasopalatino, se decidió la enucleación quirúrgica bajo anestesia local, con incisión tipo Newman, colgajo total, extracción del remanente radicular y exposición de la lesión, la cual fue retirada evitando la ruptura de la cápsula, para posterior curetaje y lavado. Se continuó con el fresado para implantes en piezas 12 y 22, regeneración ósea con xenoinjerto, reposición anatómica y sutura con nylon y seda 4/0. **Resultados:** Se logró una enucleación completa con un alto índice de éxito, su recidiva es extremadamente rara, teniendo como complicación más común la parestesia palatina por resecamiento de conducto, la colocación de implantes de manera inmediata fue adecuada teniendo un torque de 40 N más la regeneración ósea guiada para una correcta osteointegración, y a espera para rehabilitación oral.

Conclusión: la enucleación quirúrgica del quiste nasopalatino es un procedimiento seguro y eficaz, con baja tasa de recurrencia, mínima morbilidad y la colocación de implantes dentales en un solo tiempo quirúrgico en la región afectada es viable, predecible, con la ayuda de la regeneración ósea se obtendrá una evolución adecuada en un tiempo reducido para realizar la rehabilitación tomando en cuenta siempre el tamaño del defecto óseo, la anatomía local y la estabilidad primaria del implante. En conjunto, esta combinación terapéutica permite restaurar funcional y estéticamente el sector anterior del maxilar con altos índices de éxito a largo plazo.

Figura 1



Figura 2

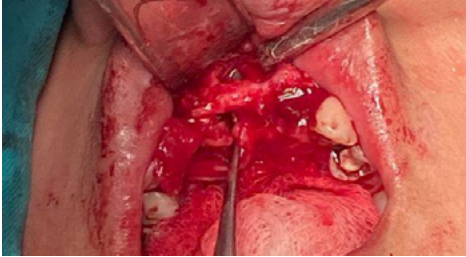
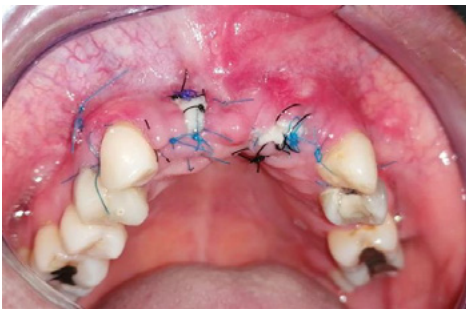


Figura 3



P134

Reconstrucción mandibular con colgajo microvascularizado de peroné e implantes dentales tras la exéresis de ameloblastoma

Dr. Ángel Luis Tul Tipantuña¹, Dr. Sid Mohamed¹, Dr. Álvaro Leon¹

¹Ute, Quito, Ecuador

Introducción: Al realizar la resección del cuerpo mandibular observamos la pérdida de la proyección del tercio inferior de la cara, ptosis del labio inferior, incontinencia salival, dificultades muy severas para la acción masticadora, a la deglución y al habla.

Para el manejo de este tipo de lesiones tumorales amplias en la cual el tratamiento fue la resección en bloque se han usado alternativas de reconstrucción con la finalidad de restablecer la integridad funcional y anatómica de la estructura ósea perdida.

Por eso diversos estudios han concluido que, para defectos mandibulares con amplitud mayor a 4 cm, se debe aplicar injertos óseos autólogos con vascularidad propia permitiendo evitar la reabsorción ósea facilitando la osteoinducción del área mandibular a reconstruir. Siendo el gold estándar el colgajo libre de peroné. Descrito por primera vez por Taylor y cols en 1975 y modificado principalmente para la reconstrucción mandibular por Hidalgo 1988.

Este colgajo libre de peroné puede ofrecer diversas ventajas al momento de realizar la reconstrucción mandibular, Una de las más importantes es que permite obtener una longitud de hueso con un mínimo de 4 cm hasta 25 cm permitiendo incorporar a los segmentos óseos el tejido cutáneo con una alta vascularidad proveniente de las ramas septocutáneas y musculocutáneas de la arteria del peroné siendo entre 4 a 7 disminuyendo el porcentaje de morbilidad.

En el 2017 la Organización Mundial de la Salud describió al ameloblastoma como una neoplasia benigna, localmente invasiva, consistente en una proliferación de epitelio odontogénico, que usualmente presenta un patrón folicular o plexiforme, y se encuentra dentro de un estroma fibroso. Cursa con un lento crecimiento y gran afinidad por el tejido óseo, presenta un alto índice de recurrencia, aproximadamente de 60 a 80%, si no es removido de la manera adecuada.

OBJETIVO: Describir el abordaje quirúrgico y reconstructivo integral de un caso de ameloblastoma mandibular mediante resección en bloque y reconstrucción inmediata con colgajo microvascularizado de peroné, seguido de rehabilitación con implantes dentales.

Materiales y Métodos: Paciente femenina de 26 años de edad con asimetría facial marcada de una masa tumoral, la tomografía computarizada muestra una lesión isodensa, osteolítica, expansiva con un patrón multilobulado de aproximadamente 9 x 4 x 6 cm, ocupa la región parasinfisaria izquierda.

Se realiza una resección en bloque de lesión con márgenes de seguridad y reconstrucción primaria mediante colgajo microvascularizado de peroné de pierna derecha, para un defecto mandibular tipo LCL (Boyde). El procedimiento es llevado a cabo sin complicaciones, con un acceso cervical e intra oral, se realiza pre moldeo de placa de reconstrucción mediante uso de modelos estereolitográficos, los mismos son usados para la planificación del procedimiento operatorio.

RESULTADOS

Injerto exitoso de perone con colocación de implantes dentales osteointegrados sin presencia de residiva.

Conclusión: El uso de injertos vascularizados se ha convertido en una técnica confiable y predecible durante los últimos años. Sin embargo, el procedimiento requiere un equipo con experiencia la realización del procedimiento.

Figura 1

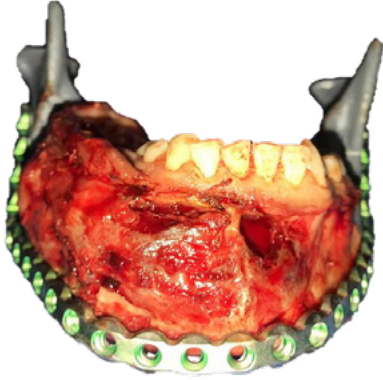
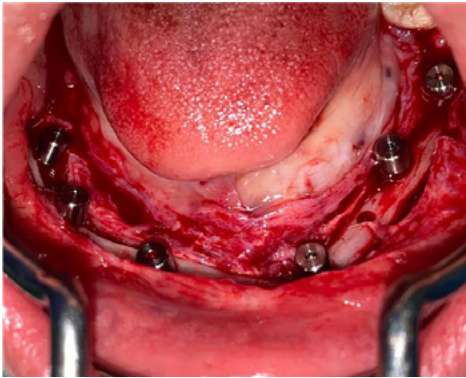


Figura 2



Figura 3



P135

Caracterización, resultados de distintas técnicas de tratamiento y seguimiento de pacientes con queratoquiste odontogénico asociado a Síndrome de Gorlin-Goltz en la Provincia de Aconcagua, Chile.

Dra. Bárbara Valenzuela Faunes¹, Prof. Dr. Gonzalo Ibaceta Zamora^{2,3}, Dr. Juan Pablo Martínez Gutiérrez⁴

¹Residente Postgrado Cirugía y Traumatología Bucocomaxilofacial, Universidad Nacional Andrés Bello, Santiago, Chile, ²Hospital San Juan de Dios de los Andes, Los Andes, Chile, ³Profesor Postgrado Cirugía y Traumatología Bucocomaxilofacial, Universidad Nacional Andrés Bello, Santiago, Chile, ⁴Servicio de Urgencia, Clínica Santa María, Santiago, Chile

Introducción: El Síndrome de Gorlin-Goltz (SGG) o Síndrome Nevoide Basocelular (SNBC), es una condición hereditaria autosómica dominante el cual se caracteriza por la manifestación de carcinomas de células basales (CBC), queratoquistes odontogénicos (QO), fositas palmares o plantares, entre otras. Si bien a nivel internacional existen reportes de prevalencia y seguimiento del SNBC, actualmente en América del Sur hay escasa evidencia sobre la caracterización, resultados de tratamiento y seguimiento de la patología a largo plazo.

Objetivo: Caracterizar la presentación clínica y radiográfica, tipos de tratamiento, y su evolución en el largo plazo de pacientes con QO asociado al SNBC atendidos en el Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital San Juan de Dios de Los Andes, Chile.

Material y métodos: Estudio de tipo descriptivo, en el cual se evaluaron pacientes chilenos con SGG atendidos en el Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital San Juan de Dios de Los Andes, pertenecientes a distintas familias con un seguimiento clínico e imagenológico de los distintos resultados terapéuticos, tales como descompresión, quistectomía convencional y aplicación de tratamientos de superficie como 5-fluoruracilo. Se construyó un genograma, en función de la historia familiar, de forma anonimizada y se identificaron según la posición generacional dentro de la familia.

Resultados: Se incluyeron siete mujeres y dos hombres, quienes se distribuyen en 4 familias; la edad osciló entre 4 y 52 años. El 100% de los pacientes presentaron QO y fositas palmares. En cuanto a los QO, fueron más frecuentes en el maxilar que en la mandíbula con una proporción de 1,7:1 y la edad promedio de aparición fue a los 6 años. Los CBC se presentaron en un 66.7% de la serie estudiada. Los demás criterios mayores y menores se observaron en distintos porcentajes, comparables con los estudios internacionales reportados. Los principales tratamientos para QO fueron descompresión con posterior enucleación y terapias de superficies, observándose en su mayoría con resultados favorables. Con respecto a la recidiva, variable característica de la patología, solo se presentó en dos pacientes, lo cual coincide con aquellos de mayor edad. El tiempo de seguimiento es de hasta 14 años en algunos casos de las familias incluidas.

Conclusión: El control y monitoreo de la enfermedad es clave para obtener un pronóstico favorable. Este trabajo demuestra resultados óptimos en la gran mayoría de los casos, observándose una ausencia de recidiva en el 80% de los casos. Sin embargo, se debe tener en cuenta las características propias de las lesiones y la planificación de tratamiento juega un papel crucial para reducir la gravedad y agresividad de este síndrome.

Figura 1

Figura 1. Seguimiento anual imagenológico del individuo F4G4S1. A. Año 2015, B. Año 2016, C. Año 2017, D. Año 2018. Nótese el gran desplazamiento de los dientes asociados a las lesiones quísticas en la imagen inicial (A) en contraste con los controles posteriores y control actual, donde se observa fórmula dentaria completa en boca gracias a la favorable remisión de los quistes.

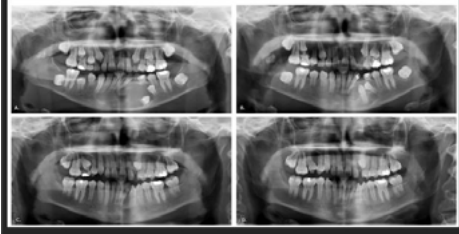
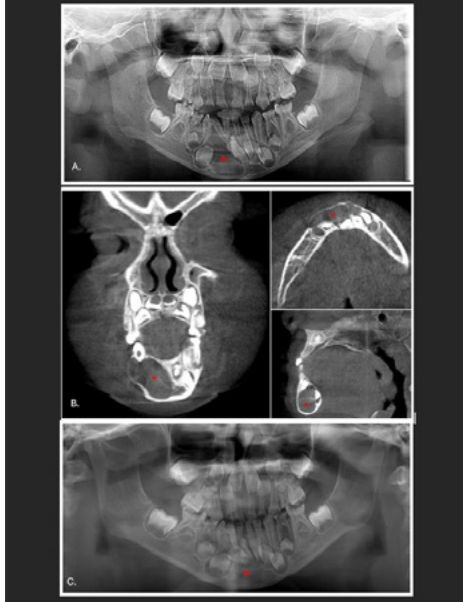


Figura 2

Figura 2. Individuo F4G4S4; A. Radiografía panorámica con imagen de QO en zona mandibular anterior (asterisco de color rojo), B. CBCT con imagen de QO en zona mandibular anterior. C. Radiografía panorámica de control, 5 meses posterior a enucleación de QO. Nótese zona del QO inicial con trabeculado óseo con mayor radioopacidad que radiografía inicial y gérmenes dentarios en posición y formación adecuada en arco dentario respecto a radiografía prequirúrgica.



P136

DetECCIÓN Y TRATAMIENTO TEMPRANO PARA PREVENIR LA TRANSFORMACIÓN MALIGNA DE LA DISPLASIA EPITELIAL ORAL. REVISIÓN DE LA LITERATURA

Dr. Luis Felipe Villafuerte Herrera¹, Dr. Oscar Eduardo Corvacho Guevara¹

¹Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

Introducción: La displasia epitelial oral (DEO) es una lesión precursora con alto potencial de evolucionar a carcinoma epidermoide. Aunque la detección y el tratamiento tempranos mejoran el pronóstico, persiste la controversia sobre cuáles métodos diagnósticos ofrecen mayor precisión y qué intervenciones disminuyen realmente el riesgo de transformación maligna.

Objetivos: Evaluar la evidencia publicada en la última década sobre estrategias de detección precoz y tratamientos tempranos de la DEO, identificando herramientas clínicas, histológicas y moleculares que incrementen la precisión diagnóstica y reduzcan la progresión a cáncer.

Material y métodos: Se realizó una revisión narrativa de PubMed, SciELO y Google Scholar (2015-2025) en español o inglés con los descriptores “displasia oral”, “biomarcadores” y “detección temprana”. Se admitieron estudios observacionales, ensayos clínicos controlados y revisiones sistemáticas en adultos mayores de 18 años que evaluaran pruebas diagnósticas o terapias precoces y notificaran progresión maligna o precisión diagnóstica. Se excluyeron modelos animales, reportes aislados y trabajos centrados en cáncer ya establecido. Dieciséis estudios cumplieron los criterios y fueron analizados.

Resultados: Las tasas medias de transformación maligna se situaron entre 10 y 12 %, relacionándose fuertemente con el grado histológico: displasias severas mostraron 3,5 % de progresión anual, mientras que las leves presentaron 1,7 %; aun así, estas últimas alcanzaron 6 % tras diez años, subrayando la necesidad de vigilancia prolongada.

El examen oral convencional evidenció sensibilidad limitada; por ello se investigaron métodos complementarios:

- Tinción con azul de toluidina: alta sensibilidad, especificidad baja, útil para guiar biopsias.
- Citología por cepillado computarizada: buena sensibilidad; los resultados positivos requieren confirmación histológica.
- Autofluorescencia: Sencilla de aplicar, pero con falsos positivos frecuentes.
- Narrow Band Imaging (NBI): Metaanálisis de 11 estudios reportó sensibilidad del 87 % y especificidad del 83 %, permitiendo visualizar patrones vasculares subepiteliales anómalos indicativos de displasia.

En biomarcadores, la sobreexpresión de p53 y Ki-67, la pérdida de heterocigosidad en 3p/9p y la aneuploidía se asociaron a mayor riesgo; un meta-análisis de 2024 identificó podoplanina, EGFR, metilación de p16 y aneuploidía del ADN como predictores robustos, aunque todavía no son de uso rutinario.

Respecto al tratamiento, la escisión quirúrgica temprana (bisturí o láser) redujo la progresión a carcinoma al 6-8 %, comparado con 29 % en lesiones no tratadas (riesgo 6 veces menor). Aun así, pueden surgir recidivas o nuevas lesiones, justificando controles periódicos. Las terapias quimiopreventivas (retinoides, beta-caroteno, antioxidantes) lograron regresiones temporales sin disminuir de forma sostenida la incidencia de cáncer y con efectos adversos relevantes.

Conclusión

La evidencia respalda una estrategia integral que combine NBI, biomarcadores pronósticos emergentes y escisión temprana para reducir significativamente la transformación maligna de la DEO. La histopatología, la vigilancia continua y la eliminación de factores etiológicos siguen siendo pilares del manejo preventivo.

Figura 1

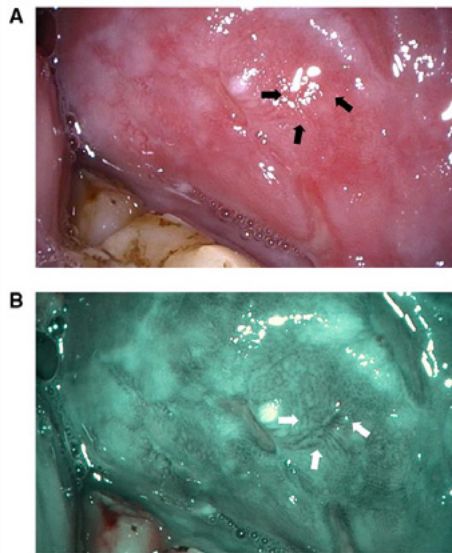
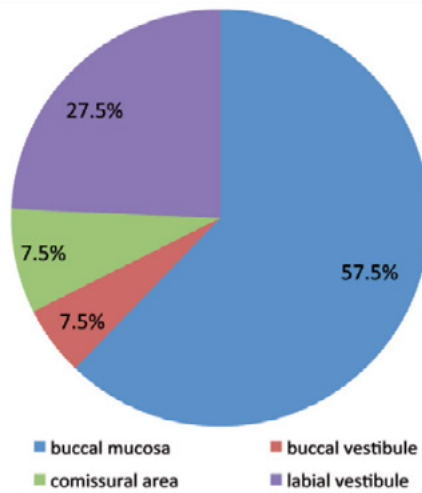


FIGURE 1
White light (A) narrow band (B) images of the OPMD lesions which was finally diagnosed as moderate epithelial dysplasia on the left buccal mucosa of one elderly male patient in our clinic. White and black arrows showed the vessels pattern presenting as IPCL III. OPMD, oral potentially malignant disorders; IPCL, intra-epithelial papillary capillary loop.

Figura 2



P137

Carcinoma odontogénico de células claras con diagnóstico inicial de ameloblastoma: reporte de caso

Dra. Karol Wilson¹, Dr. Roy Paddy²

¹Residente de Cirugía Maxilofacial del Hospital Santo Tomás, Panamá, Panamá, ²Cirujano Maxilofacial del Hospital Santo Tomás, Panamá, Panamá

Introducción: El carcinoma odontogénico de células claras (COCC) es una neoplasia maligna agresiva, que provoca metástasis ya sea a nivel local o a distancia¹. Afecta principalmente a mujeres con una media de edad de 54.5 años y es más común en la mandíbula con una relación 3:1. Las presentaciones clínicas generalmente incluyen dolor, edema y movilidad dental, reflejando el crecimiento expansivo del tumor. Histológicamente presenta células claras, que asemejan otros tumores odontogénicos con células claras como el ameloblastoma².

Caso Clínico: Paciente femenina de 20 años sin antecedentes acude con historia de aumento de volumen progresivo en región infraorbitaria derecha firme de la palpación que condiciona asimetría facial de 11 meses de evolución. En cavidad oral se observa borramiento de surco vestibular superior derecho y aumento de volumen que compromete paladar duro ipsilateral, mucosa oral íntegra, movilidad dental en premolares y primer molar superior derecho; sin adenopatías. La tomografía computarizada de macizo facial muestra lesión hipodensa que compromete maxilar derecho de 5.0 x 5.0 cm, perforación de corticales en paredes de seno maxilar derecho y paladar duro. (Fig.1.) Se realiza biopsia incisional con diagnóstico de ameloblastoma.

Evolución: Mediante un abordaje Weber-Ferguson (Fig.2.), se realiza maxilectomía derecha con márgenes de seguridad de 1.0 cm y resección parcial de mucosa del paladar duro ipsilateral con posterior reconstrucción de piso de órbita con malla de titanio y colgajo de bola adiposa de Bichat para cierre de defecto en el paladar (Fig.3.). El análisis histopatológico del espécimen resecado fue COCC (Fig.4.). Se refiere al Instituto Oncológico Nacional para captación, seguimiento y tratamiento con radioterapia.

Discusión: El COCC es un tumor agresivo raro con un patrón de crecimiento destructivo. A pesar de asociarse a pacientes de edad avanzada es posible encontrarlo en personas jóvenes como nuestra paciente. El principal diagnóstico diferencial de las lesiones con características de células claras en la histología incluye el ameloblastoma que coincide con el diagnóstico inicial reportado en este caso; otros tumores como el odontogénico epitelial calcificante, carcinoma de células escamosas, carcinomas renales y otros, también se incluyen². El tratamiento de elección es la maxilectomía parcial con márgenes de seguridad y disección de cuello en caso de adenopatías. El tratamiento coadyuvante con radioterapia y el seguimiento son puntos clave del postoperatorio para disminuir el riesgo de recidivas.

Conclusión: El COCC es una neoplasia rara, maligna y agresiva, que provoca metástasis. Su diagnóstico asertivo y oportuno nos permite elegir el tratamiento quirúrgico adecuado para mejorar el pronóstico de los pacientes.

Bibliografía:

1. Neville, B. W., Damm, D. D., Allen, C. M., & Chi, A. C. (2015). Oral and Maxillofacial Pathology. Elsevier Health Sciences.
2. Bauwens, T., Piccart, F., Ureel, M., Creytens, D., Bauters, W., Duprez, F., & Coopman, R. (2024). Recurrent Clear Cell Odontogenic Carcinoma Initially Diagnosed as Ameloblastoma: A Case Report and Review of Literature. Oral And Maxillofacial Surgery Cases, 100384. <https://doi.org/10.1016/j.omsc.2024.10038>
3. Chera BS, Villaret DB, Orlando CA, Mendenhall WM. Clear cell odontogenic carcinoma of the maxilla: a case report and literature review. Am J Otolaryngol 2008;29(4):284–90.

Figura 1



Figura 2



Figura 3



P138

Manejo quirúrgico combinado de fractura cigomáticomalar conminuta y reconstrucción condilar protésica en trauma facial por proyectil de arma de fuego

Dr. Kevin Enrique Bardales Bazán¹, Dr. Hiroshi Concha Cusihuallpa¹

¹Universidad Cayetano Heredia, Lima, Perú

Introducción: El trauma facial por proyectil de arma de fuego (PAF) ocasiona lesiones óseas extensas, conminutas y contaminadas, que afectan frecuentemente el complejo cigomáticomalar y la articulación temporomandibular (ATM). Estas fracturas requieren reconstrucciones secuenciales que restauren no solo la arquitectura ósea, sino también la función masticatoria y la simetría facial.

En una primera etapa, la reducción abierta con fijación interna (RAFI) permite restablecer el volumen y la proyección malar, además de estabilizar el arco cigomático y los rebordes orbitarios. Cuando existe destrucción condilar, las secuelas funcionales crónicas exigen un segundo tiempo quirúrgico orientado a la reconstrucción de la ATM mediante prótesis condilares personalizadas, diseñadas con tecnología 3D. Se presenta el manejo quirúrgico secuencial de un caso complejo por PAF, que incluyó RAFI cigomáticomalar y reconstrucción condilar con prótesis customizada, destacando una planificación virtual avanzada y resultados clínicos funcionales exitosos.

Objetivo: Describir el manejo quirúrgico secuencial de un trauma maxilofacial complejo por proyectil de arma de fuego, mediante reducción abierta y fijación interna del complejo cigomáticomalar y posterior reconstrucción de la articulación temporomandibular con prótesis condilar personalizada.

Material y Método: Paciente masculino de 36 años que ingresa por emergencia al HNASS con diagnóstico de trauma facial por proyectil de arma de fuego (PAF). Es interconsultado al servicio de cirugía maxilofacial por hundimiento facial izquierdo. La tomografía computarizada 3D evidenció fractura conminuta del complejo cigomáticomalar, con colapso del cuerpo malar, desplazamiento posterior del arco cigomático y pérdida del contorno infraorbitario. En un primer tiempo quirúrgico, se realizó reducción abierta y fijación interna (RAFI) mediante abordaje Al-Kayat–Bramley. Se utilizó una malla anatómica de titanio, adaptada sobre biomodelo, y fijada con tornillos monocorticales para reconstruir el volumen malar, el reborde infraorbitario y la proyección cigomática.

Meses después, el paciente reingresó por dolor persistente en la ATM izquierda, apertura bucal limitada (32 mm), crepitación articular, desviación mandibular y disarmonía oclusal. Una nueva tomografía mostró la formación de un pseudocóndilo mandibular izquierdo, sin signos de anquilosis, compatible con secuela funcional condilar.

Se planificó una reconstrucción condilar personalizada con tecnología CAD/CAM. Se diseñó una prótesis (Traumec®) con componente mandibular de aleación de titanio y cabeza condilar en cobalto-cromo, y fosa articular en UHMWPE.

En el segundo tiempo quirúrgico, se realizó condilectomía mediante abordaje combinado preauricular y retromandibular izquierdo, con colocación de la prótesis, fijación con tornillos (sistemas 2.0 y 2.4) y estabilización articular con nylon 2.0. Al mes, el paciente presentó recorrido condíleo funcional, apertura bucal adecuada y ausencia de dolor.

Resultados: El manejo quirúrgico secuencial permitió la restitución tridimensional de los contornos óseos cigomáticomalares y la rehabilitación funcional de la articulación temporomandibular. La planificación virtual 3D optimizó los tiempos operatorios, osteotomías de alta precisión y favoreció un resultado reconstructivo predecible y estable.

Conclusión: La reconstrucción secuencial en secuelas por PAF, combinando técnicas de RAFI y prótesis condilar personalizada, demuestra que la planificación virtual 3D es una herramienta clave para restaurar anatomía, función articular y oclusión de forma precisa, predecible y en tiempos quirúrgicos optimizados.

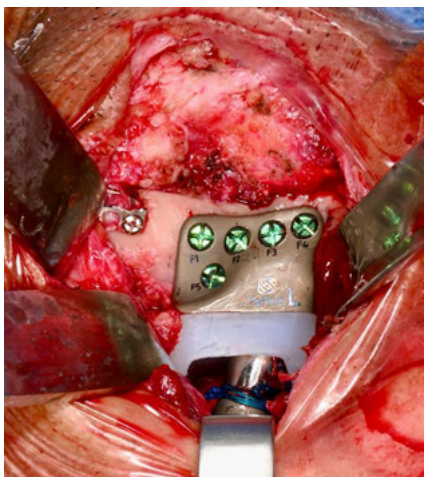
Figura 1



Figura 2



Figura 3



P139

Herida facial por proyectil de arma de fuego: presentación de un caso clínico

Dr. Santiago Borja Cepeda¹, Dr. Santiago Borja Cepeda

¹Universidad UTE, Quito, Ecuador

Introducción: Las heridas faciales por proyectil de arma de fuego representan un desafío clínico significativo debido a la complejidad anatómica y funcional del macizo facial. Su abordaje requiere una valoración precisa y un enfoque quirúrgico individualizado que considere la extensión del daño óseo y de tejidos blandos. La literatura reporta que entre el 5 % y el 15 % de los traumas maxilofaciales son causados por armas de fuego, siendo más prevalentes en zonas con altos índices de violencia. La reconstrucción temprana se asocia con mejores resultados funcionales y estéticos, aunque en ciertos casos puede ser necesario fraccionar el tratamiento en varias etapas.

Objetivos: Describir el abordaje clínico y quirúrgico de una fractura facial compleja provocada por un proyectil de arma de fuego.

Evaluar los resultados funcionales y estéticos obtenidos tras la aplicación de un protocolo de reconstrucción escalonada.

Material y métodos: Se presenta el caso de un paciente masculino de 23 años con trauma facial severo producto de una herida por proyectil. El proyectil ingresó por la región orbitaria derecha y salió por el canto medial izquierdo, comprometiendo bilateralmente el complejo naso-orbito-etmoidal. El protocolo terapéutico incluyó estabilización inicial según el protocolo ATLS, tomografía computarizada tridimensional, valoración oftalmológica, y manejo quirúrgico con acceso coronal, transcaruncular y transconjuntival. Se emplearon placas de osteosíntesis, malla de titanio precontorneada e injertos autólogos para la reconstrucción. El seguimiento se realizó mediante controles clínicos, oftalmológicos y tomografía de control.

Resultados: El tratamiento permitió una reducción anatómica adecuada de los segmentos óseos, fijación estable del ligamento cantal medial y preservación de la función ocular. No se presentaron complicaciones mayores como telecanto traumático, diplopía persistente ni fístulas. La simetría facial fue satisfactoria y no se evidenció enoftalmos. El paciente tuvo buena tolerancia al tratamiento y se recuperó sin secuelas funcionales significativas.

Conclusión: El manejo de heridas faciales por arma de fuego debe ser individualizado, considerando el tipo y extensión de la lesión, la condición clínica del paciente y la disponibilidad de recursos hospitalarios. La reconstrucción inmediata puede ser beneficiosa en centros especializados, mientras que en contextos con riesgo de infección o tejido desvitalizado se recomienda una estrategia en etapas. En el caso presentado, el abordaje multidisciplinario y el uso de técnicas avanzadas permitieron una reconstrucción funcional y estética exitosa. El análisis detallado mediante imagenología 3D, la correcta planificación quirúrgica y el seguimiento especializado fueron determinantes para el resultado final.

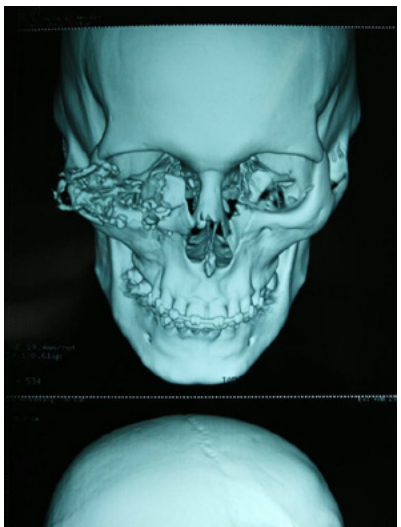
Figura 1



Figura 2



Figura 3



P140

Suspensión alámbrica circuncigomática y piriforme como tratamiento de fractura le fort i por proyectil de arma de fuego

Dr. Sergio Evangelista¹, Dra. Edith Bahena Martínez, Dra. Diana Laura Martínez Olmedo

¹Hospital General La Perla, Nezahualcóyotl, México, ²Hospital General La Perla, Nezahualcóyotl, México, ³Hospital General La Perla, Nezahualcóyotl, México

Introducción: La gravedad de las heridas de bala en la región maxilofacial varía según el calibre del arma y la distancia con la que se realice el disparo; tienen múltiples consecuencias funcionales y estéticas. En el tratamiento de dichas lesiones existen diferentes enfoques, sin embargo, la extensión del trauma determinará en gran medida su manejo. El uso de alambre en la fijación en fracturas del complejo maxilofacial ha sido descrito a lo largo de los años con un mínimo de complicaciones.

Objetivo: Mostrar una alternativa de manejo en una fractura Le Fort I por proyectil de arma de fuego.

Material y métodos: Se presenta el caso clínico de una paciente femenina de 20 años de edad quien acude a urgencias del Hospital General La Perla Nezahualcóyotl en Octubre de 2023; inicia su padecimiento al encontrarse en su área de trabajo siendo agredida por terceras personas con arma de fuego en región cigomática derecha.

Resultados: Se realiza control de daños y exploración quirúrgica en quirófano bajo anestesia general balanceada, así como estabilización de trazo de fractura tipo Le Fort I con arcos barra tipo Erich en maxilar y suspensión alámbrica circuncigomática derecha y circunpiriforme izquierda

Tras un control clínico y radiográfico durante 14 semanas la paciente presenta una adecuada evolución a tratamiento por lo cual se decide el retiro de arcos barra y suspensiones alámbricas.

Conclusión: Las heridas por arma de fuego requieren un manejo inmediato; el control de daños y la estabilización de los segmentos óseos desempeñará un rol importante para evitar la menor cantidad de secuelas estéticas y funcionales.

En nuestro caso, la estabilización de los segmentos óseos con alambre fue una alternativa para el manejo de la fractura en ese momento, sin embargo, cada paciente debe ser individualizado teniendo en cuenta los recursos con los que se cuenta a nivel institucional.

P141

Fractura mandibular multifragmentaria de alta complejidad

Dr. Jorge Erick Fernández Hidalgo¹, Dr. José Salinas

¹Universidad Ute, Quito, Ecuador

Introducción: El trauma facial representa uno de los problemas de salud más importantes a nivel mundial, debido a su alta prevalencia, diversidad etiológica y alta morbilidad reflejándose así en importantes alteraciones funcionales y estéticas.

Los traumatismos faciales son causa frecuente de consulta de manera urgente, asociadas con fracturas del macizo facial, por ende, su tratamiento debe ser dirigido a recuperar la función, respetando la anatomía del esqueleto óseo y brindando estética.

Objetivos: Determinar la importancia del manejo quirúrgico correcto y oportuno en traumatismos maxilofaciales debido a las estructuras anatómicas vitales con las que se relaciona

Material y Métodos: Paciente de sexo femenino de 19 años de edad acude al servicio de emergencia de la clínica privada San Gregorio por presentar traumatismo maxilofacial producto de un accidente de tránsito.

Presentando múltiples fracturas mandibulares que involucran las regiones mentonianas, cuerpo y ángulo mandibular de lado derecho asociado a fractura subcondílea izquierda y fractura alta a nivel de cabeza condilar derecha.

Debido a la complejidad del caso resulta imposible un abordaje intraoral por lo que se decide realizar un abordaje extraoral tipo Risdon modificado con extensión en Z desde el ángulo mandibular hasta una herida en la región del mentón producto del propio traumatismo para acceso por planos de las fracturas de sínfisis, cuerpo y ángulo mandibular, para posterior reducción abierta y fijación, iniciando con la colocación de la placa de reconstrucción de la marca OsteoFix del sistema 2.4 de catorce orificios con once tornillos de titanio más dos miniplacas de titanio de la marca KLS Martin del sistema 2.0 para región sinfisaria y ángulo mandibular siguiendo los principios de la AO, para la fractura condilar izquierda se utilizó un abordaje endaural y fijación así mismo con dos miniplacas de marca KLS Martin del sistema 2.0, por otra parte la fractura condilar derecha debido a su localización anatómica alta se decide un manejo conservador de tipo no quirúrgico sino más bien en base a rehabilitación temprana con el uso de elásticos y movimientos de apertura y cierre controlados para evitar una posible anquilosis.

Los controles postoperatorios se realizaron una semana después del procedimiento quirúrgico y los siguientes cada quince días hasta completar un mes y medio, a partir de ese punto se realizaron controles a los dos meses, tres meses y seis meses, en donde se realizaron infiltraciones con Kenacort en las heridas por aspecto hipertrófico, mejorando su apariencia de manera notable.

Resultados: A los dos meses de la cirugía la paciente había recuperado el 80% de la función total de las estructuras involucradas, la anatomía fue respetada en su totalidad por lo que no presentó complicaciones y la estética facial fue preservada satisfactoriamente.

Conclusión: Un tratamiento exitoso depende del manejo quirúrgico oportuno de las lesiones así como también del vasto conocimiento en anatomía facial, el abordaje utilizado para el acceso a los defectos producto del traumatismo, y las limitaciones que cada procedimiento presenta debido a la complejidad de la fractura.

Figura 1

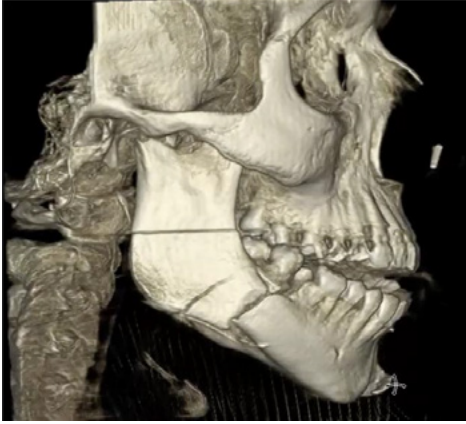


Figura 2

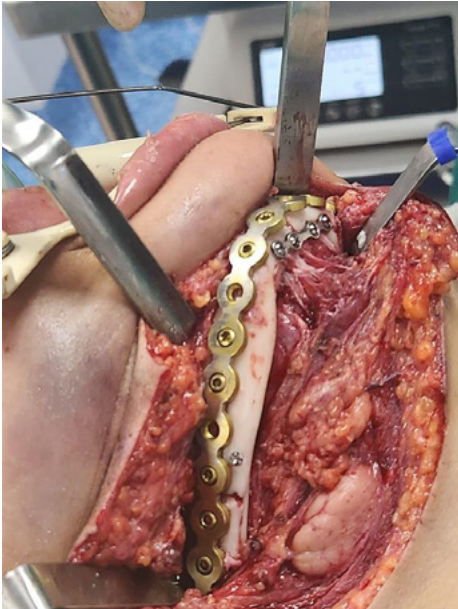
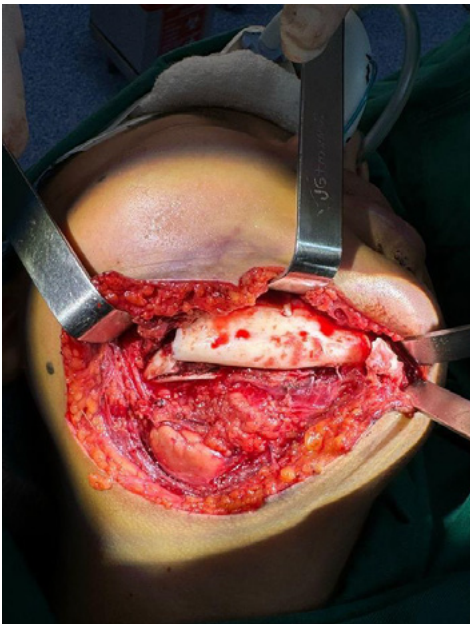


Figura 3



P142

Anquilosis en Articulación Temporo Mandibular Post-Trauma - A propósito de un Caso

Dr. Enmanuel Francisco Díaz¹, Doctor Hector Zorrilla Beras², Doctora Jaisa Díaz Bautista³

¹Hospital Traumatológico Dr. Darío Contreras, Santo Domingo Este, República Dominicana, ²Hospital Traumatológico Dr. Darío Contreras, Santo Domingo Este, República Dominicana, ³Hospital Traumatológico Dr. Darío Contreras, Santo Domingo Este, República Dominicana

Introducción: Se trata de paciente femenina de 20 años de edad con antecedentes patológicos, medicamentosos y alérgicos negados, quien se presenta vía consulta al servicio de cirugía buco-maxilofacial del Hospital Traumatológico Dr. Darío Contreras, Santo Domingo República Dominicana, con historia de limitación a la apertura oral de 12 años de evolución con la intención de recibir evaluación y tratamiento para dicha limitación.

La misma relata que a la edad de 7 años sufrió una caída de sus planos de sustentación mientras jugaba con su hermana y su mandíbula impactó contra el piso, resultando esto en una fractura de cóndilo mandibular bilateral no tratada, que al cabo de los años fue limitando de manera paulatina su apertura bucal.

A la exploración clínica presenta, asimetría facial a expensas de una desviación de línea media mandibular hacia el lado derecho por elongación hemimandibular lado izquierdo producto de anquilosis bilateral de ATM, mal oclusión clase II derecha y clase I izquierda, distancia interincisal de 2 mm en máxima apertura oral, hipoplasia mandibular, apiñamiento dental severo, e inclusiones e impactaciones dentales.

Se solicitan estudios de tomografía computarizada donde se observan lesiones amorfas compatibles con masas anquilóticas de la ATM de forma bilateral. Se realiza el diagnóstico de anquilosis de la articulación temporomandibular bilateral, se determina la extensión y se procede a la planeación del tratamiento quirúrgico.

Objetivos: Eliminar anquilosis.

Mejorar apertura oral.

Material y métodos: Abordajes preauricular bilateral.

Abordajes tipo Risdon bilateral.

Condilectomía bilateral.

Reemplazo condilar bilateral con material de titanio.

Resultados: Se logró eliminar masa anquilótica.

Se obtuvo una apertura bucal de 30 mm.

Conclusión: Se concluye que en base a los objetivos planteados el plan de tratamiento seleccionado fue satisfactorio y logro responder a la necesidad de nuestra paciente.

Figura 1



Figura 2



Figura 3



P143

Manejo de trauma facial complejo, presentación de un caso

Dr. Daniel García García¹, Dr. Richael Antonio Silva Suárez¹

¹ENES UNAM, León, México

Introducción: El trauma facial complejo, especialmente las fracturas panfaciales, representan un desafío importante en cirugía maxilofacial, debido al compromiso funcional y estético que generan. Las fracturas del tercio medio facial, como las del complejo naso-órbito-etmoidal (NOE) y el complejo cigomático-orbitario, requieren un abordaje quirúrgico planificado cuidadosamente y una secuencia lógica en su manejo, para garantizar una reconstrucción exitosa.

Objetivos: Presentar un caso clínico de traumatismo facial complejo tratado en el Hospital General de León, enfocándose en el abordaje quirúrgico, la secuencia del tratamiento y los resultados obtenidos a nivel funcional y estético.

Material y métodos: Se describe el caso de un paciente masculino de 40 años, ingresado tras un accidente automovilístico con diagnóstico de traumatismo craneoencefálico severo y múltiples fracturas faciales: fractura NOE tipo I izquierda y tipo II derecha según Marcowitz; fractura del complejo orbitocigomático tipo III derecha y tipo IV izquierda según Knight & North; fracturas de piso orbitario bilateral. Se realizó reducción abierta con fijación interna (RAFI) reconstruyendo los contrafuertes faciales y dando un adecuado soporte a los tejidos blandos y una adecuada proyección anteroposterior, la reconstrucción de los pisos de órbita para restablecer las dimensiones el continente orbitario, así como la corrección quirúrgica de cicatrices faciales secundarias al trauma.

Resultados: La intervención permitió la restitución de las estructuras faciales. En los controles postoperatorios clínicos y tomográficos a los dos años, se evidenció una recuperación satisfactoria con adecuada osteointegración, sin complicaciones ni secuelas funcionales significativas. La simetría facial fue restaurada y la función respiratoria y visual se mantuvo estable.

Conclusión: El manejo del trauma facial complejo exige conocimientos anatómicos precisos, dominio de las clasificaciones existentes y experiencia en técnicas quirúrgicas avanzadas. La elección del abordaje, el orden en la reducción y fijación de las fracturas y un seguimiento posoperatorio adecuado son esenciales para lograr resultados exitosos. La pericia del equipo quirúrgico es determinante en la evolución favorable del paciente.

Figura 1

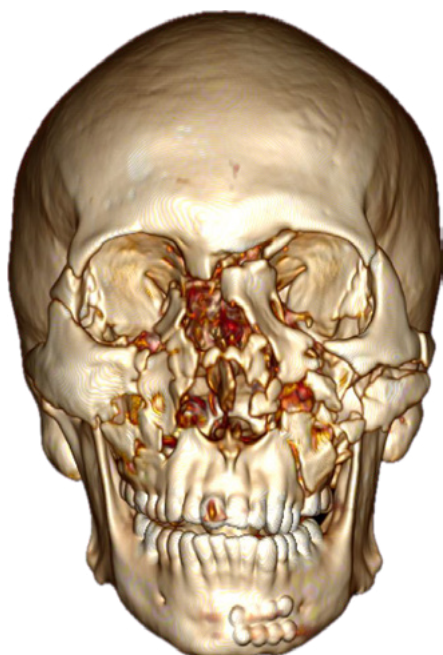
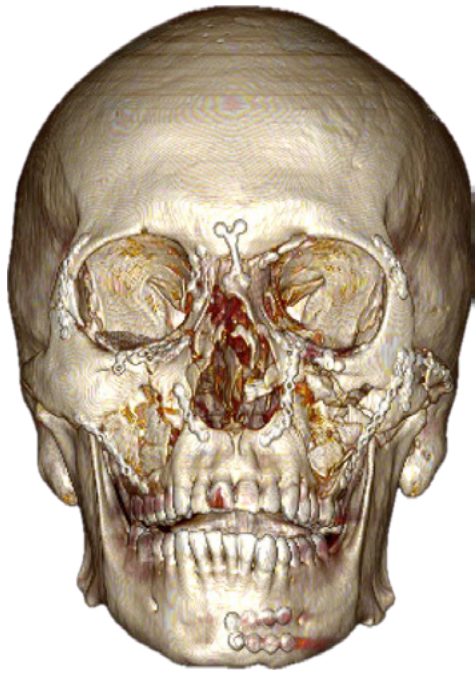


Figura 2



P144

Trauma panfacial severo post-aplastamiento: reconstrucción tridimensional y desafíos quirúrgicos en secuencia

Dra. Paola Fernanda Gómez Bravo¹, Dr. Rodrigo Badilla Monasterio¹, Dr. Patricio Celedón Oliviera¹

¹Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile, ²Hospital Félix Bulnes, Santiago, Chile, ³Universidad San Sebastián, Santiago, Chile

Introducción: El trauma panfacial constituye una de las expresiones más complejas del trauma craneofacial, comprometiendo múltiples unidades anatómicas y funcionales. Su manejo implica una cuidadosa planificación quirúrgica secuencial, especialmente en contextos de politraumatismo y lesiones neurológicas concomitantes. Se presenta el caso de un paciente con trauma craneofacial severo por aplastamiento vehicular, inicialmente desestimado para cirugía, con evolución neurológica favorable y reconstrucción tardía mediante abordaje multidisciplinario.

Caso clínico: Se presenta el caso de un paciente masculino de 33 años con trauma panfacial severo por aplastamiento vehicular, quien ingresó con diagnóstico de TEC grave complicado, múltiples fracturas faciales, enfisema subcutáneo y compromiso neurológico severo, inicialmente sin indicación quirúrgica. Tras una evolución neurológica inesperadamente favorable, fue reevaluado por neurocirugía y cirugía maxilofacial, indicándose reconstrucción tardía mediante abordajes bicoronal, subpalpebrales y vestibular, e intubación submental. Se realizó reducción secuencial top-to-bottom / inside-out con fijación de pilares anatómicos, destacando el uso de malla de titanio para restauración de contorno craneofacial. El caso ejemplifica la importancia de la reevaluación dinámica y del enfoque multidisciplinario en traumas complejos con pronóstico inicial desfavorable.

Discusión: La literatura recomienda una secuencia quirúrgica definida para el manejo del trauma panfacial, privilegiando la restauración progresiva de pilares óseos mayores. En este caso, la estrategia utilizada fue fundamental para recuperar la simetría y funcionalidad.

El abordaje multidisciplinario permitió reevaluar una indicación quirúrgica que inicialmente se consideraba fútil. La planificación tridimensional, el uso de mallas anatómicas y una intubación submental contribuyeron a una cirugía eficaz, pese a la consolidación parcial ósea por el tiempo transcurrido.

Conclusión: Este caso demuestra que, incluso ante un pronóstico neurológico inicial reservado, la reevaluación clínica y la planificación quirúrgica adecuada pueden ofrecer resultados funcionales y estéticos satisfactorios. El enfoque secuencial, la selección de abordajes adecuados y el uso de tecnologías reconstructivas fueron claves en el manejo exitoso de este complejo trauma panfacial.

Palabras clave: Traumatismo craneoencefálico (TEC) severo, Fractura panfacial, Fractura frontal con hundimiento.

Figura 1



Figura 2



Figura 3



P145

Corrección quirúrgica de deformidades dentofaciales secundarias a trauma facial.

Dra. Mairalejandra Del Carmen Guevara Pires¹, Dr. José Bladimir Golaszewski, Dra. Mary Drous, Dra. Dionelys Barazarte

¹Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera, Valencia, Venezuela

Introducción: Las secuelas de fractura faciales representan uno de los desafíos más complejos en cirugía maxilofacial, especialmente cuando se asocia a traumatismo craneoencefálico. Estos casos requieren un abordaje multidisciplinario y frecuentemente presentan dilemas en cuanto al momento óptimo para la intervención quirúrgica. La presencia de alteraciones neurológicas puede contraindicar el manejo inmediato, siendo necesario diferir el tratamiento definitivo hasta la estabilización del paciente. El manejo mediante planificación virtual permite optimizar los resultados en casos complejos.

Objetivo: describir el manejo quirúrgico de deformidades dentofaciales secundarias a trauma facial

Materiales y métodos: Se realiza un estudio retrospectivo de 4 pacientes (3 hombres y 1 mujer) desde Enero 2024 hasta Agosto 2025 con una media de 27 años (rango de 20 años – a 38 años) con diagnósticos de secuela de fractura facial, los cuales se le realizó corrección quirúrgica de las secuelas dentofaciales mediante el uso de planificación virtual, y uso de modelos anatómicos, el registro de pacientes incluyo análisis clínico mediante tomografía, fotografías clínicas pre y post operatoria

Resultados: Los resultados reportados en la evolución pre-operatoria comparada con la evolución post operatoria comprobó de manera significativa cambios oclusales y faciales favorables. A todos los pacientes se aplicó el protocolo de planificación virtual mediante software NemoFAB. Tres pacientes fueron abordados de forma intraoral y uno de forma extraoral. El tratamiento de los pacientes se realizó en un 90% mediante osteotomía de segmentos ortognaticos y en un 10% re-osteotomia de segmentos óseos en el sitio de la fractura previa, se realizaron en tres pacientes genioplastia de avance para corrección de asimetría mandibular. Se obtuvieron oclusiones tridimensionales restituyendo una oclusión ideal, resultados estéticos y adecuados.

Conclusiones: La planificación virtual constituye una herramienta fundamental que optimiza los resultados en casos complejos de deformidades dentofaciales postraumáticas. Las osteotomías permiten restablecer la alineación anatómica del esqueleto facial, corregir asimetrías y restaurar la función oclusal. Los beneficios de las técnicas osteotómicas incluyen la capacidad de reposicionar segmentos óseos con precisión milimétrica, minimizar el trauma quirúrgico adicional y lograr resultados predecibles mediante la planificación virtual preoperatoria, estableciendo así las bases para una rehabilitación funcional y estética exitosa.

P146

Presentación de caso clínico: Manejo de Herida compleja mandibular

Dra. María Fernanda Herrera Flores¹, Dr. Alex Josué Pérez

¹IGSS, Guatemala, Guatemala

Las heridas complejas mandibulares son lesiones traumáticas que comprometen de forma severa la mandíbula, no involucran solamente tejido óseo sino también daño de tejidos blandos, vasculares, nerviosos y también puede involucrar exposición intraoral o extraoral.

La etiología es de origen traumático, provenientes de accidentes de tránsito, agresiones como heridas cortocontundentes, heridas por arma de fuego, caídas de altura, accidentes laborales o deportivos.

Entre las características principales de las heridas mandibulares complejas se encuentran:

- Fractura Conminuta.
- Pérdida de sustancia ósea.
- Exposición del hueso al medio oral.
- Parestesia.
- Laceración de mucosa, piel o músculos.
- Infección.
- Trastornos funcionales.

Se clasifican según localización, tipo de fractura y etiología.

El manejo debe seguir un protocolo de evaluación inicial, antibioterapia, desbridamiento quirúrgico, fijación ósea, cierre de tejidos blandos, rehabilitación funcional.

Objetivos:

1. Clasificar las fracturas mandibulares complejas de acuerdo con su localización anatómica, tipo de trazo fracturario y etiología del trauma.
2. Describir las características clínicas y radiológicas de las heridas mandibulares complejas, identificando los principales signos, síntomas y hallazgos imagenológicos asociados.
3. Evaluar el abordaje diagnóstico y protocolo quirúrgico, con el fin de minimizar complicaciones y mejorar resultados funcionales y estéticos.

Caso clínico: Paciente masculino de 24 años de edad, sin ningún antecedente médico de relevancia, quien acude a la Emergencia del Hospital General de Accidentes, del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Guatemala con historia de haber sufrido accidente en automóvil contusionando rostro

Al examen físico se evidencia herida con pérdida de sustancia en región mandibular izquierda, fractura expuesta en región mandibular de lado izquierdo

Se realizan estudios complementarios como radiografías y tomografía de cara donde se evidencia una fractura conminuta de cuerpo mandibular izquierdo.

Paciente es llevado a sala de operaciones donde bajo anestesia general e intubación nasotraqueal se realiza adecuada asepsia y antisepsia, lavado y desbridamiento de herida, remoción de fragmentos óseos, Osteosíntesis mandibular, lavado y cierre por planos de herida compleja.

Las heridas mandibulares complejas son un reto diagnóstico y quirúrgico por el daño óseo y de tejidos blandos, nerviosos y vasculares. Requieren una evaluación integral y un tratamiento multidisciplinario con diagnóstico preciso, desbridamiento, estabilización ósea y cierre adecuado

Figura 1

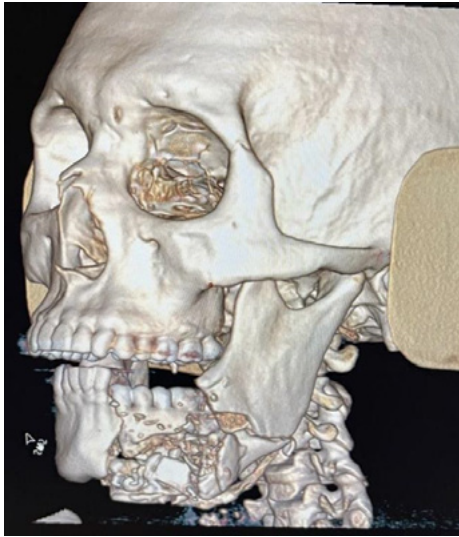


Figura 2

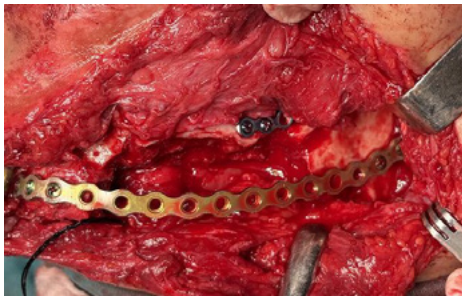


Figura 3



P147

El mecanismo de trauma facial y su distribución anatómica en fracturas mandibulares: análisis estadístico del Hospital Zonal de Agudos General Manuel Belgrano

Dra. Sthefania Lucero¹

¹Hospital Zonal de Agudos General Manuel Belgrano, Argentina

La mandíbula es un hueso clave del macizo maxilofacial debido a su papel en la masticación, deglución, fonación y su relevancia estética. Su anatomía, movilidad y exposición la hacen particularmente vulnerable a fracturas. Diversos mecanismos de trauma afectan distintos subsitios mandibulares, por lo que establecer esta relación resulta fundamental para un abordaje diagnóstico y terapéutico eficaz.

El objetivo de este estudio fue analizar la relación entre el mecanismo de trauma y el subsitio anatómico de fractura mandibular en pacientes atendidos en el Hospital Zonal de Agudos General Manuel Belgrano entre los años 2011 y 2024.

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, basado en la revisión de historias clínicas y protocolos quirúrgicos. Se incluyeron 226 pacientes con fracturas exclusivamente mandibulares. Se evaluaron el número de trazos de fractura y su localización anatómica.

La agresión interpersonal fue la causa más frecuente (54%), seguida por caídas (19%) y accidentes automovilísticos (13%). El subsitio más afectado fue el ángulo mandibular (32,65%), asociado principalmente a agresiones interpersonales. Las fracturas con dos trazos (ángulo y parasífnis) también se relacionaron con violencia interpersonal. En los pacientes con tres trazos (cóndilo bilateral y sínfnis), las caídas fueron el principal mecanismo. Se evidenció una asociación significativa entre el tipo de trauma y el patrón de fractura.

Se concluye que existe una relación entre el mecanismo de trauma y la localización anatómica de las fracturas mandibulares. Este hallazgo refuerza la utilidad clínica de considerar este mecanismo al momento del diagnóstico. Además, se mencionaron los distintos tratamientos quirúrgicos realizados en nuestro hospital, haciendo hincapié en el uso y selección del material de osteosíntesis como parte integral del manejo terapéutico, en función del tipo de fractura, su localización y situación socioeconómica del paciente.

P148

Trauma facial por arma de fuego: un desafío reconstructivo con injerto microvascularizado de peroné

Dra. Yta Luna Rueda¹, Dr. Marco Antonio Parra Salazar²

¹Residente de Cirugía Maxilofacial, Hospital de Traumatología Y Ortopedia Doctor Y General Rafael Moreno Valle, Puebla, México, ²Jefe de servicio del departamento de cara y cuello del Hospital De Traumatología Y Ortopedia Doctor Y General Rafael Moreno Valle, Puebla, México

Introducción: Las lesiones por arma de fuego en cabeza y cuello tienen una incidencia de 20.1 casos por cada 100,000 hospitalizaciones.1 En México en el 2023, se registraron 31,062 homicidios y el 70% fueron con arma de fuego.2 Estudios nivel internacional arrojan datos donde 5% al 15% afecta principalmente la mandíbula y maxilares.3 El trauma facial inducido por arma de fuego es único, complejo e irregular donde factores intrínsecos y extrínsecos afectan el tratamiento y pronóstico del resultado final.4 Estas lesiones representan un desafío quirúrgico significativo por su impacto funcional, estético, psicológico y económico.5 Existen diferentes posturas en cuanto al tratamiento en lesiones por arma de fuego en la región facial, sistemas de osteosíntesis, injertos óseos microvascularizados y no vascularizados, rotaciones de colgajo y técnicas computarizadas como placas personalizadas. En particular la cirugía facial microvascular ha revolucionado, mediante la reconstrucción de avulsiones óseas complejas faciales, que mejoran la integración y recuperación.6 Se presenta el caso de paciente masculino de 38 años de edad con trauma facial severo por arma de fuego exponiendo la reconstrucción con injerto microvascularizado de peroné, complicaciones y alternativas para su manejo clínico.

Objetivo: Presentar la reconstrucción mandibular con injerto microvascularizado de peroné, complicaciones y alternativas para su manejo clínico de paciente masculino de 38 años de edad con herida por arma de fuego.

Material y métodos: Se realizó la reconstrucción facial de un paciente masculino de 38 años de edad con trauma severo por arma de fuego en regiones mandibular, maxilar y nasal, con pérdida de tejidos blandos y óseos. Se utilizaron estudios de imagen, incluyendo tomografía computarizada simple, contrastada y modelo 3D, para planificación del tratamiento.

El tratamiento terapéutico se estructuró en tres fases: estabilización y control de daños, la reconstrucción ósea con osteosíntesis e injerto microvascularizado de peroné, y corrección de deformidades mediante rotación de colgajo para restaurar la función y estética.

Resultados: Se llevó a cabo un abordaje por fases:

Primera fase: control de daños con desbridamiento de tejidos, síntesis y plastia de heridas, además de traqueostomía, se logró la estabilización hemodinámica.

Segunda fase: reconstrucción con injerto microvascularizado de peroné y osteosíntesis bloqueada. Evolución inicial favorable.

Complicaciones: necrosis en la región maxilar, malposición del cóndilo mandibular, ambos corregidos con nuevos tiempos quirúrgicos. Posteriormente se evidenció falla del injerto de peroné, lo que requirió su retiro y replanteamiento del plan quirúrgico ante la persistencia de los defectos por avulsión.

Fase final: Corrección de deformidades, colocación de placa de reconstrucción mandibular y rotación de colgajo pectoral, logrando cobertura funcional y estética de los tejidos.

Conclusión: El trauma facial por arma de fuego es un desafío quirúrgico complejo que requiere un abordaje multidisciplinario, secuencial y altamente especializado. El uso de injertos microvascularizados de peroné es una estrategia eficaz para la reconstrucción de tejidos blandos y estructuras óseas. Sin embargo, factores intrínsecos del paciente como extrínsecos del entorno clínico pueden influir en la evolución del tratamiento y los resultados finales.

Figura 1

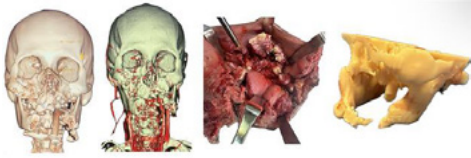


Figura 2

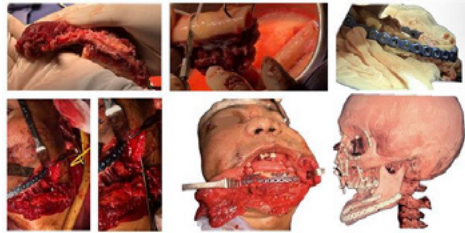


Figura 3



P149

Reconstrucción mandibular de secuelas por herida de arma de fuego con colgajo miocutáneo de pectoral mayor: reporte de un caso

Dra. Paola Alejandra Marcial Muñoz¹, Dr. Marco Alejandro García Cortés

¹Hospital de Traumatología Y Ortopedia Rafael Moreno Valle, Puebla, México

Introducción: La exposición de placas de reconstrucción en región mandibular es una complicación relevante en cirugía maxilofacial, ya que conlleva riesgos de infección, dehiscencia y pérdida del material de osteosíntesis. Entre las opciones reconstructivas disponibles, el colgajo miocutáneo del músculo pectoral mayor ha demostrado ser una técnica segura y eficaz, especialmente en casos que requieren cobertura amplia de tejidos blandos en cabeza y cuello.

Objetivo: Describir la eficacia del colgajo miocutáneo de pectoral mayor en la cobertura de una placa de reconstrucción mandibular expuesta.

Material y métodos: Se presenta el caso de un paciente masculino de 37 años, atendido en un hospital de tercer nivel por exposición y falla de una placa de reconstrucción mandibular previamente colocada (figura 1). El paciente presentaba pérdida de cobertura cutánea y dehiscencia de tejidos blandos en región mandibular, con exposición de material de osteosíntesis. Se decidió realizar la retirada de la placa expuesta y la colocación de una nueva placa del sistema 2.4, seguida de la rotación de un colgajo miocutáneo de pectoral mayor para lograr una cobertura adecuada del nuevo material implantado y restaurar la integridad de los tejidos (figura 2). El seguimiento postoperatorio incluyó valoración clínica diaria durante la hospitalización y vigilancia ambulatoria hasta los 15 días posteriores al procedimiento. Se evaluó la viabilidad del colgajo, la integración del tejido y la presencia de complicaciones locales o sistémicas.

Resultados: El procedimiento quirúrgico permitió la cobertura total del defecto y de la nueva placa del sistema 2.4, con adecuada integración del colgajo. No se presentaron complicaciones postoperatorias como necrosis, infección ni recidiva de dehiscencia. La cicatrización fue satisfactoria, con cierre completo de la herida.

Conclusión: El uso del colgajo miocutáneo de pectoral mayor en combinación con el recambio del sistema de osteosíntesis constituye una opción eficaz y segura en el manejo de complicaciones asociadas a exposiciones mandibulares. Esta técnica permite preservar la reconstrucción mandibular y mejorar el pronóstico funcional.

Figura 1



Figura 2



P150

Fractura conminuta mandibular por proyectil de arma de fuego con manejo conservador mediante tutor externo

Dr. Carlos Eduardo Ortiz Ruiseñor¹, Dr. Edith Bahena Martínez¹, Dr. Sergio Soto Gongora¹

¹Hospital General La Perla, Nezahualcoyotl, México

Introducción: Las heridas por arma de fuego en la región maxilofacial representan una de las controversias de tratamiento de trauma facial hasta el día de hoy, combinando riesgos inmediatos para la vida con secuelas funcionales y estéticas a largo plazo. Aunque en muchos casos no comprometen la vida del paciente, pueden causar deformidades visibles y alteraciones en funciones vitales como la masticación, deglución, fonación y respiración. Sin embargo, ante un correcto diagnóstico y plan de tratamiento se pueden obtener resultados óptimos.

Objetivo: Proponer una opción de tratamiento ante fracturas conminutas por proyectil de arma de fuego en macizo facial.

Material y Métodos: Se presenta caso clínico de paciente femenina de 31 años de edad quien ingresó al área de urgencias del Hospital General La Perla, la cual refiere transitar en vía pública el día 05/11/2024, recibiendo agresión por terceras personas recibiendo único impacto en Zona III de Manson con arma de fuego (se desconoce el calibre)

A la exploración física se observan dos heridas extraorales correspondiendo a orificio de entrada en cuerpo mandibular izquierdo y orificio de salida en cuerpo mandibular derecho, presentando datos de sangrado activo intraoral con movilidad del segmento mandibular anterior e incapacidad para cierre oral, sin compromiso de la vía aérea.

Estudio tomográfico reportó fractura conminuta en sínfisis y cuerpo mandibular bilateral; se realizó cirugía de urgencia para limitación de daños y en un segundo tiempo se decidió la colocación de fijador con tutor externo para reducción de fractura conminuta el cual se mantuvo durante dos meses.

Resultados: Paciente a 6 meses de postoperada presenta una adecuada evolución, simetría facial, consolidación de segmentos óseos sin datos de infección, actualmente en tratamiento ortodóntico para restablecer una adecuada oclusión.

Conclusión: El tratamiento de las heridas por arma de fuego requiere un enfoque integral que combine atención inmediata, diagnóstico preciso y un adecuado plan de tratamiento. La estabilización hemodinámica y la protección de la vía aérea son fundamentales en la fase inicial, seguidas de una evaluación detallada mediante imágenes para la planificación quirúrgica.

La elección del tratamiento quirúrgico debe basarse en la extensión y ubicación de la lesión, así como en las condiciones generales del paciente. La fijación externa, como se evidenció en el caso presentado, ofrece una alternativa eficaz para estabilizar fracturas conminutas, permitiendo la consolidación ósea mientras se preserva la función mandibular.

Figura 1

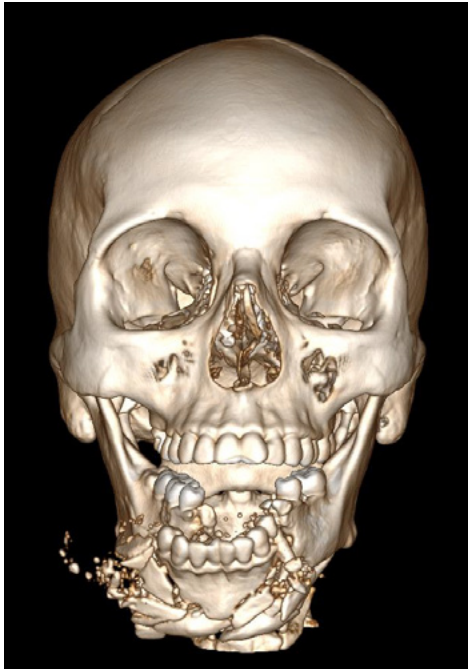


Figura 2

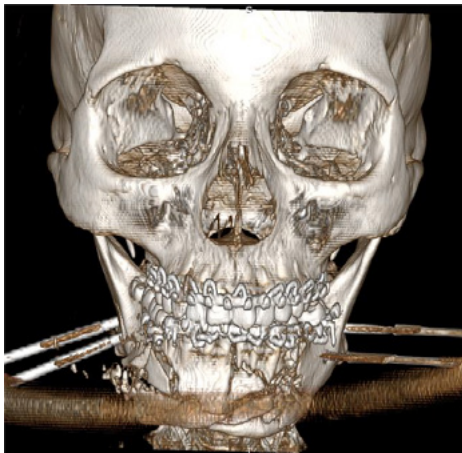
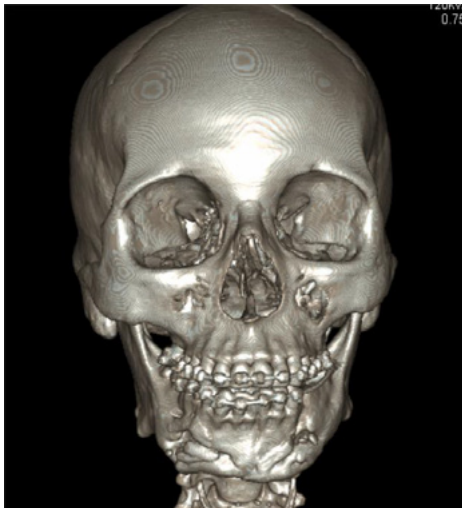


Figura 3



P151

Manejo Integral de Fracturas de Tercio Medio en paciente politraumatizado

Dra. Mariana Gabriela Pérez Padilla¹, Dr. Nicolas Santiago Alvarez¹

¹Hospital Civil Juan I Menchaca, Guadalajara, México

Introducción: Las fracturas faciales de tercio medio se presentan principalmente en hombres en la tercera década de vida, llegándose a producir con mayor frecuencia como resultado de agresiones (35,6%) o colisiones de vehículos motorizados (20,7%), las fracturas de complejo cigomático presentan mayor prevalencia del lado izquierdo con un 34,4% a comparación del derecho 24,5%. El manejo de pacientes politraumatizados con fracturas de tercio medio facial representa un desafío clínico complejo. Estas lesiones, usualmente de alta energía, comprometen severamente la integridad estructural y funcional craneofacial, afectando la calidad de vida del paciente y demandando un abordaje terapéutico especializado.

Objetivo: Presentar el manejo integral y multidisciplinario de un paciente politraumatizado con fracturas de tercio medio facial y región dentoalveolar anteroinferior, con el antecedente de exenteración de globo ocular, destacando los abordajes quirúrgicos maxilofaciales clave para optimizar los resultados estéticos y funcionales.

Material y Métodos: Se describe el caso de un paciente masculino de 17 años que sufrió politraumatismo y exenteración del globo ocular izquierdo, y fue remitido para el manejo de múltiples fracturas faciales. Clínicamente, presentaba asimetría facial por laceraciones labiales izquierdas, hundimiento de reborde orbitario medial derecho, telecanto, anoftalmia izquierda y escalón óseo fronto-orbitario izquierdo, así como falta de proyección de tercio medio facial. La evaluación intraoral reveló escalón en cresta alveolocigomática derecha e hundimiento izquierdo, signo de Guérin positivo, anodoncia parcial, movilidad dental grado III en OD 41 y 42, así como oclusión inestable a expensas de mordida abierta anterior con presencia de contactos prematuros en región posterior bilateral.

El tratamiento quirúrgico inicial consistió en reducción abierta y fijación interna (RAFI) mediante abordaje coronal y circunvestibular. Se intervinieron fracturas Le Fort I derecha, Le Fort II izquierda, Noé Markowitz y Manzoni I bilateral, y complejo cigomático-maxilar Knight y North V izquierdo y III derecho, empleando intubación submental para facilitar el manejo dentro del campo quirúrgico.

En una segunda etapa, se realizó labioplastia para la corrección de tejidos blandos periorales y la colocación de una prótesis ocular izquierda.

Resultados: El abordaje multidisciplinario y las intervenciones quirúrgicas oportunas permitieron la reconstrucción exitosa del macizo facial, logrando resultados funcionales y estéticos favorables, lo que contribuyó a la recuperación integral del paciente.

Conclusiones: El manejo integral de pacientes politraumatizados con fracturas faciales complejas es fundamental, este enfoque no solo es crucial para la estabilización del paciente y la prevención de secuelas graves, sino que también es indispensable para promover una recuperación funcional óptima y mejorar significativamente la calidad de vida, subrayando la importancia de la colaboración multidisciplinaria.

Figura 1



Figura 2

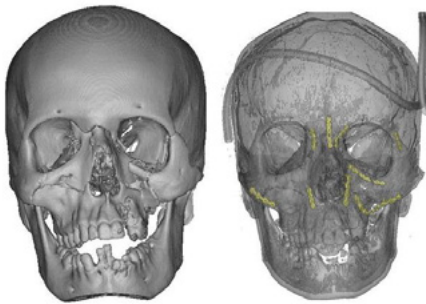


Figura 3



P152

Innovación en el Manejo de Fracturas del Tercio Superior: Abordaje Transciliar. Presentación de Serie de Casos.

Dr. Jesús Sanabia¹, CMF Mauricio González Rebattu y Gonzalez², CMF Adalberto Sánchez Sánchez³
¹Hospital Regional 1° de Octubre, ISSSTE., Ciudad de México, México, ²Hospital Regional 1° de Octubre, ISSSTE., Ciudad de México, México, ³Consejo Mexicano de Cirugía Oral y Maxilofacial, Sahuayo, México

Introducción: Las fracturas del tercio superior facial representan un reto significativo en términos funcionales y estéticos. El enfoque quirúrgico en estas áreas debe garantizar una adecuada exposición, permitir una reducción anatómica precisa y al mismo tiempo, minimizar el impacto visible. El abordaje transciliar ha emergido como una alternativa eficaz y estéticamente favorable. Esta técnica permite el acceso directo a estructuras óseas del tercio superior a través de una incisión discreta en el margen de la ceja, lo que reduce la visibilidad de la cicatriz y preserva la armonía facial, ofreciendo una buena exposición, siendo especialmente útil en casos de fracturas conminutas o desplazadas. El presente trabajo expone una serie de casos clínicos de fracturas del tercio superior abordadas con la técnica mencionada.

Descripción de Casos Clínicos: Se presentan cuatro pacientes con antecedente de traumatismo facial. Clínicamente presentaban edema y equimosis en el tercio superior, fueron diagnosticados con fracturas frontosupraciliares. Se planea RAFI de las fracturas bajo anestesia general mediante abordaje transciliar, se realiza una incisión de 2-3 cm en el surco superior de la ceja respetando la dirección del vello con especial cuidado del nervio supraorbitario, se eleva el tejido y se exponen los trazos de fractura (figura 1), reduciéndolos anatómicamente con fijación rígida (figura 2), se reposiciona el tejido y finalmente se realiza el cierre de la herida con sutura (figura 3). Todos los pacientes evolucionaron favorablemente sin complicaciones postquirúrgicas.

Discusión: El abordaje transciliar es una alternativa segura y estética para fracturas del tercio superior. Con base a los casos presentados, se pudo observar que este abordaje permite una adecuada exposición para lograr la reducción anatómica de los fragmentos óseos con fijación rígida, reducción del tiempo quirúrgico, una recuperación con mínima morbilidad y sin grandes cicatrices visuales con respecto a los abordajes convencionalmente utilizados.

Conclusión: El abordaje transciliar es un método seguro, con excelentes resultados estéticos para el tratamiento de fracturas del tercio superior.

Figura 1

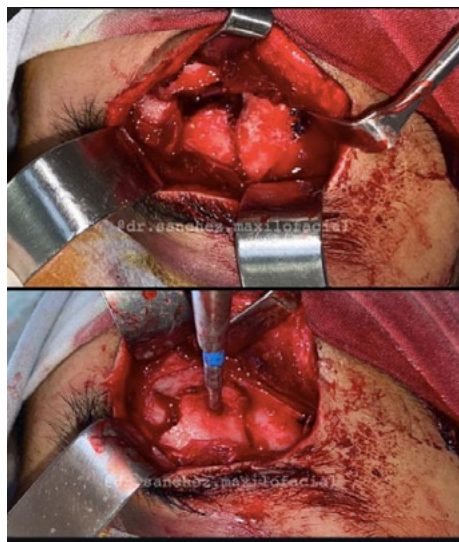


Figura 2

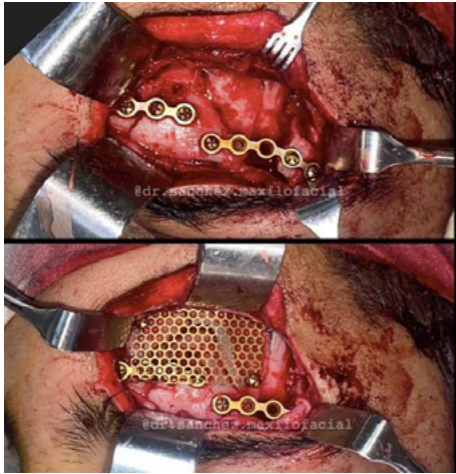


Figura 3



P153

Manejo de fractura de cóndilo mandibular izquierdo abordado por vía retromandibular complicado con fístula salival. A propósito de un caso.

Dr. Manuel Santaella¹, Dr. Tebel Izquier²

¹Hospital Dr. Domingo Luciani, Caracas, Venezuela, ²Hospital Dr. Domingo Luciani, Caracas, Venezuela

Introducción: Las fracturas de cóndilo han sido un tema de controversia a lo largo de la historia dentro del campo de la cirugía maxilofacial, esto debido a las complicaciones que ocasionan, como lo son la alteración de la función oclusal, la desviación mandibular, los trastornos intrínsecos de la articulación temporomandibular; y por quienes debaten sobre cuándo se debe realizar reducción abierta de la fractura y cuando realizar tratamiento no quirúrgico. Es importante destacar que estas lesiones son comunes; representando entre el 25% y el 35% de todas las fracturas mandibulares en las series reportadas.

Objetivo: Evaluar las características clínicas y manejo médico de un paciente que presenta fístula salival, posterior a una reducción abierta de fractura de cóndilo mandibular.

Materiales y métodos: Se reportó un paciente masculino de 24 años de edad, sin antecedentes médicos contributorios, quien inició enfermedad actual posterior a agresión física en región facial durante actividad deportiva de tipo baloncesto, motivo por el cual acude al servicio de cirugía bucomaxilofacial del Hospital Domingo Luciani presentando aumento de volumen en región preauricular izquierda, limitación a la apertura bucal, alteración oclusal, dolor, escalones óseos en región de cuerpo mandibular derecho. Motivo por el cual se indica estudio de imagen tipo tomografía computarizada de macizo facial donde se evidenció fractura de cuerpo mandibular derecha, abierta, móvil y desplazada y fractura de cóndilo mandibular tipo II según Spissl & Schroll. Motivo por el cual se decidió llevarlo a mesa operatoria para reducción abierta (RA) + colocación de material de osteosíntesis del sistema 2.0 mediante un abordaje vestibular mandibular para el cuerpo, y un abordaje retromandibular para el cóndilo. Se realizó control postoperatorio a la primera semana donde se evidencia dehiscencia de puntos en región retromandibular, acompañado de gasto seroso el cual aumentaba al momento de la masticación, generándole al paciente irritación de la piel y sintomatología dolorosa en la región, por lo que se decidió iniciar tratamiento vía oral con butilbromuro de hioscina cada 8 horas durante 10 días con el fin de disminuir las secreciones salivales e inducir el cierre de la fístula

Resultados: Posterior a la RA se evidenció la restitución de la función, la exacerbación de los signos y síntomas posteriores al trauma sumado al cierre total de la fístula y correcta cicatrización de la herida.

Conclusiones: Existen distintas formas de tratamiento para las fracturas de cóndilo mandibular, el éxito del tratamiento depende de la capacidad de adaptación del sistema masticatorio, por esto, elegir de manera correcta el plan de tratamiento es crucial para lograr resultados favorables, que a su vez se traduce en una recuperación óptima de la función tanto a nivel de ATM como de la oclusión del paciente. Es imperativo tener en cuenta que al momento de realizar RA de fracturas condilares mediante abordaje retromandibular se pueden presentar complicaciones como la fístula salival, daños a estructuras anatómicas como el nervio facial. Por tales motivos el cirujano tratante debe contar con los conocimientos teóricos y prácticos para la resolución de estas complicaciones.

Figura 1





Figura 3



P154

Fractura de pared medial de la órbita en paciente con reconstrucción previa del piso: implicancias biomecánicas y abordaje quirúrgico con planificación digital

Dra. Catalina Santibañez Majul¹, Dr. Oscar Badillo Coloma², Dr. Juan Pablo Fawaz Stuardo²

¹Universidad Nacional Andrés Bello, Santiago, Chile, ²Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso, Chile

Introducción: La región orbitaria está involucrada en más del 40% de las fracturas faciales, comprometiendo su estructura ósea y/o su contenido, siendo el piso orbitario el más frecuentemente afectado.

Dentro de las estrategias de reconstrucción, la más utilizada es el uso de mallas de titanio fabricadas industrialmente, disponibles en diversas formas y tamaños según el fabricante. La experiencia clínica y la literatura indican que, además de ser versátiles, pueden, dependiendo del caso y de la planificación realizada, contribuir a obtener resultados bastante satisfactorios y predecibles, especialmente en casos de colapso del piso y de la pared medial.

Sin embargo, una vez instaladas, estas mallas no son capaces de responder adecuadamente a exigencias biomecánicas en caso de nuevos traumas o intercambios de energía violenta en la zona previamente reconstruida. Esto podría implicar que, ante un nuevo trauma, la malla actúe como un factor de redirección de fuerzas hacia otras estructuras orbitarias no afectadas previamente.

Objetivo: Describir el proceso de reconstrucción digitalmente asistido en un paciente con fractura de la pared medial y reconstrucción previa del piso orbitario con malla de titanio, evaluando las implicancias clínicas y biomecánicas asociadas a un trauma recurrente.

Material y métodos: Se presenta el caso de un paciente masculino de 29 años, derivado a la Unidad de Cirugía Maxilofacial del Hospital Carlos Van Buren, con antecedente de trauma por golpe directo en la región orbitaria y diagnóstico de fractura de la pared medial. En la evaluación de antecedentes, se constató que cinco años antes el paciente había sufrido un trauma similar, que resultó en fractura del piso orbitario, tratado con reconstrucción de piso orbitario con malla de titanio.

Al examen clínico, se observó estrabismo convergente unilateral, diplopía en abducción e infraducción. Se realizó tomografía axial computarizada maxilofacial, confirmando fractura de pared medial de la órbita izquierda. Se planificó la reconstrucción mediante técnica de espejo de la órbita contralateral, impresión de modelo estereolitográfico y precontorneado de una nueva malla de titanio para reconstrucción anatómica en pabellón.

Resultados: La evaluación imagenológica reveló integridad de la malla previa en el piso orbitario, junto con una fractura desplazada de la pared medial. La planificación tridimensional permitió diseñar una malla personalizada con adaptación precisa. Se espera mejorar la simetría facial, corregir la diplopía y restituir el volumen orbitario, optimizando además el tiempo quirúrgico y la eficacia intraoperatoria, lo que podría contribuir a mejores resultados postoperatorios.

Conclusión: Este caso ilustra una cirugía orbitaria de alta complejidad en un paciente previamente intervenido. La malla de titanio instalada en 2017 mantuvo la integridad del piso orbitario frente a un nuevo trauma; sin embargo, se observó una aparente redirección de la energía traumática hacia la pared medial, más vulnerable. El comportamiento biomecánico de la malla de titanio no reproduce los patrones de un hueso sano, por lo que podría considerarse un factor relevante en casos de traumas recurrentes en la misma región anatómica. La planificación virtual tridimensional permitió una intervención precisa, reafirmando su valor en cirugías secundarias y en contextos anatómicos alterados.

Figura 1

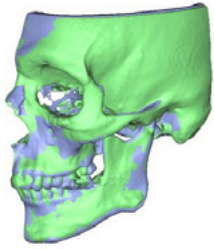


Figura 2



Figura 3



P155

Secuela por fractura Blowout de piso orbital; un manejo quirúrgico convencional extratemporal. Caso clínico

Dra. Anamaria Zeina Valle Martínez¹

¹Hospital Zacamil, Santa Tecla, El Salvador

Introducción: Actualmente, las indicaciones para la reparación de la fractura orbital y tiempo de la intervención quirúrgica siguen siendo controvertidas.

Tratamientos tardíos mayor a 15 días puede provocar adhesión y la cicatrización fibrótica pueden impedir la recuperación de la motilidad ocular y la función visual.

Objetivo: Relacionar grado recuperación de enoftalmo y diplopía por fractura de piso de orbita con intervención quirúrgica tardía.

Materiales y métodos: En el siguiente de caso clínico se reportó manejo de fractura de piso de orbita tardío debido a una fractura no diagnosticada en primera instancia, paciente se presentó con motivo de consulta “veo borroso y tengo el ojo pequeño” con presencia de enoftalmo y diplopía por lo que se diagnosticó como fractura blowout de ojo izquierdo de 8 meses de evolución con atrapamiento de contenido orbitario, se realiza un abordaje subciliar para liberación de contenido orbitario más colocación de malla de piso.

Resultado: en control postquirúrgico inmediato se observa resolución total de enoftalmo y mantenimiento de diplopía, a los 7 días de seguimiento sin persistencia de diplopía.

Conclusión: debido a que a que cierta literatura sugiere que los tratamientos retrasados en fracturas de piso orbital pueden afectar el éxito de la recuperación de la motilidad ocular y función visual, aun no se cuenta con respaldo suficiente sobre manejo de fractura de piso con un manejo quirúrgico tardío convencional por ello es de suma importancia reportar cada caso, sin embargo con este caso clínico puede observarse un resolución completa de sintomatología que paciente presentó por lo cual se considera caso exitoso.

Figura 1



Figura 2

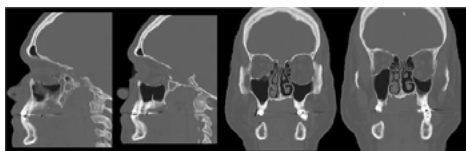


Figura 3



P156

Reducción abierta y fijación de polifracturas faciales con sistema de osteosíntesis no reabsorbible en paciente pediátrico de 1 año tras agresión por mordedura de perro: reporte de caso

Dr. Sebastián Varela Espejo^{1,2}, Dr. Rodrigo Badilla Monasterio^{1,3}

¹Hospital Félix Bulnes, Santiago, Chile, ²Universidad San Sebastián, Santiago, Chile, ³Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile

Introducción: Fractura facial en paciente pediátrico de un año. Por lo general el cráneo absorbe la mayoría de la fuerza de impacto por lo que es raro en la literatura encontrar polifracturas del macizo facial posterior a traumas y, más aún, tratadas con reducción abierta y fijación rígida con sistema de osteosíntesis. Objetivo: Entregar a la comunidad científica un nuevo caso raro de fractura facial pediátrica con el fin de colaborar a futuro en posibles estudios y manejo eficaz de futuras fracturas en pacientes con las mismas necesidades. Utilizar fijación rígida en pacientes pediátricos es un tema controversial en la comunidad quirúrgica. Además, se debe considerar al esqueleto en crecimiento, el tiempo de reducción, menor a 10 días, por el alto potencial osteogénico del periostio. Agregar además que, el tipo de fracturas de este caso son raras antes de los 5 años, cosa que en este trabajo se muestra su diagnóstico y manejo. 1.Tipo de estudio: Caso clínico, reporte de un caso. 2.Contexto: Paciente con polifracturas del macizo facial posterior a mordedura de perro. Fue manejado con cirugía abierta, reducción y fijación con sistema de osteosíntesis en pabellón central bajo anestesia general e intubación orotraqueal. Se utilizaron abordajes tipo vestibulotomía, incisión media vertical en dorso nasal y vía herida facial previamente suturada. Se implementa sistema de osteosíntesis 1.5 y tornillos autoperforantes de 5mm. 3. Población y muestra: Paciente pediátrico (1), 1 año 5 meses de edad. Hallazgos: A) Fractura desplazada de pilar frontonasal derecho. B) Fractura orbitocigomática derecha sin afección de tejidos blandos oculares y periocular. C)Fractura de premaxila con desplazamiento e impactación a derecha D) Fractura de huesos propios E)Heridas transfixiantes suturadas previamente. F) Erupción temporal incompleta / gérmenes dentarios asociados a rasgos de fracturas. G) Prueba de placas reabsorbibles vs no reabsorbibles durante procedimiento: se decidió la utilización de placas no reabsorbibles. Se propone la implementación de sistema de fijación de osteosíntesis no reabsorbible por presentar tamaño reducido de zona, mejor manipulación de placas y predictibilidad de tratamiento. Se toma en consideración la ubicación de los gérmenes dentarios con estudio métrico prequirúrgico. Paciente a la espera de nueva reintervención: se esperará 3 meses para retiro de osteosíntesis para evitar compromiso y limitancia de crecimiento estructural facial. Como conclusión, se sugiere considerar la utilización de placas y tornillos no reabsorbibles para el manejo de polifracturas en el macizo facial en pacientes de edad temprana con indicación quirúrgica.

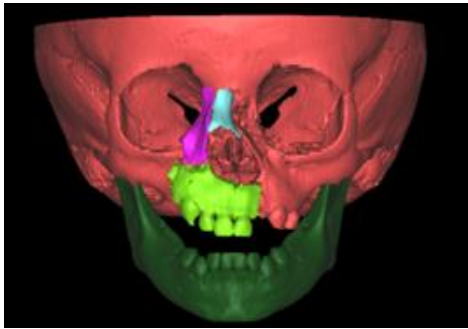
Figura 1



Figura 2



Figura 3



P158

Pseudoartrosis mandibular tras cirugía ortognática para el tratamiento del síndrome de apnea obstructiva del sueño: reporte de un caso clínico

Dr. Erick Valente¹, Leticia Ferro¹

¹Faculdade de Ciências médicas da Santa Casa, São Paulo, Brasil

Introducción: La cirugía ortognática se ha consolidado como una práctica habitual en la cirugía bucomaxilofacial, indicada tanto para el tratamiento del ronquido y del síndrome de apnea obstructiva del sueño como para la corrección de discrepancias dentofaciales que comprometen funciones masticatorias, respiratorias, estéticas y articulares. Esta intervención proporciona una mejora significativa en la calidad de vida y en la armonía facial de los pacientes. A pesar de sus beneficios ampliamente reconocidos, la aparición de complicaciones posoperatorias, debido a los extensos movimientos necesarios para un avance maxilomandibular efectivo, aún requiere atención. Entre estas complicaciones, la pseudoartrosis se destaca por su relevancia clínica, aunque su incidencia sea baja. Su etiología es multifactorial, y puede estar relacionada con insuficiencia vascular, infección local, fallos en la osteosíntesis, espacios interfragmentarios o falta de adherencia del paciente a las indicaciones posoperatorias.

Objetivo: Presentar un caso clínico de pseudoartrosis maxilar tras cirugía ortognática en un paciente con ronquido y apnea obstructiva del sueño, discutiendo las posibles causas, el impacto clínico, la importancia de la adherencia al posoperatorio en el éxito terapéutico y su resolución.

Materiales y métodos: Paciente sometido a cirugía de avance maxilomandibular, con seguimiento semanal durante el posoperatorio inmediato, sin complicaciones durante los tres primeros meses posteriores a la intervención quirúrgica inicial. En semanas posteriores, presentó alteración oclusal con evolución hacia movilidad maxilar progresiva. Se consideraron como posibles causas: fractura del material de síntesis, insuficiencia vascular, alteración en la neoformación ósea y baja adherencia a las recomendaciones posoperatorias. Tras la ineficacia del tratamiento conservador, que incluyó ajustes oclusales y restricción alimentaria, y ante evidencias radiográficas de un amplio espacio interóseo sin contacto óseo aceptable, se optó por una nueva intervención quirúrgica con reposicionamiento de la maxila, sustitución del material de síntesis y relleno de la osteotomía con biomaterial.

Resultados: La reintervención quirúrgica evidenció fractura del material de síntesis, ausencia de contacto óseo entre los segmentos maxilares intervenidos y la presencia de tejido fibroso interpuesto, lo que confirmó el diagnóstico de pseudoartrosis. El reposicionamiento maxilar y la nueva fijación osteosintética restablecieron la oclusión y conservaron tanto el avance maxilar como la estética facial del paciente. El injerto con biomaterial aportó estabilidad adecuada a la osteotomía, evitando micromovimientos y favoreciendo la regeneración ósea.

Conclusión: La pseudoartrosis, aunque infrecuente, debe ser considerada entre las posibles complicaciones de la cirugía ortognática. Es fundamental un planeamiento quirúrgico minucioso, una ejecución técnica precisa y un seguimiento posoperatorio riguroso, así como una comunicación clara entre el equipo tratante y el paciente respecto a expectativas y responsabilidades terapéuticas. En el presente caso, la reintervención quirúrgica fue efectiva para resolver la complicación presentada.

Figura 1



Figura 2



P159

Comparación de los efectos de superficies tratadas y no tratadas en implantes subperiósticos

José Miguel Gutiérrez¹, Steven Rodríguez¹, Francisco Chourio², Henry García²

¹Residente del Posgrado de Cirugía y Traumatología Bucal y Maxilofacial del Hospital Universitario de Caracas, Venezuela, ²Adjunto del Posgrado de Cirugía y Traumatología Bucal y Maxilofacial del Hospital Universitario de Caracas., Venezuela

Introducción: Los implantes subperiósticos pueden ayudar en la rehabilitación bucal de pacientes con atrofia severa de los maxilares. La fabricación aditiva de capa por capa, por fusión selectiva por láser (SLM), impulsa aún más la aplicación de estos dispositivos en la actualidad (1)(2). El tratado de superficie en implantes subperiósticos promete no producir efectos perjudiciales, promover la oseointegración, demuestra una alta tasa de supervivencia y mejor respuesta de los tejidos circundantes que los implantes con superficies no tratadas (3)(4). **Objetivo:** Evaluar y comparar los beneficios de las superficies tratadas y no tratadas de los implantes subperiósticos. **Materiales y Métodos:** Se realizó una búsqueda exhaustiva de múltiples artículos científicos de los diferentes tratados de superficies de implantes subperiósticos en los buscadores Pubmed, Cochrane y SCOPUS. **Resultados:** El tratado de superficie en los implantes subperiósticos ha demostrado promover la oseointegración, atenuar la respuesta de los tejidos blandos circundantes, estimular la proliferación y migración de fibroblastos, incrementar los niveles de expresión genética y proteica relacionada con producción de matriz extracelular y adhesión celular (5)(6)(7). **Conclusión:** Existe escasa información publicada relacionada a los efectos de superficies tratadas y no tratadas en implantes subperiósticos. Sin embargo, los estudios revisados demuestran mayor efecto positivo en la cicatrización de tejidos circundantes de los implantes subperiósticos con superficies tratadas, tales como: Tratamientos mecanizados, electropulido, arenado con partículas grandes y grabado ácido (SLA), y anodizado. Estas superficies estimulan la proliferación celular de fibroblastos y su especialización en osteoblastos que favorecen la deposición de cristales de hidroxipatita de la matriz colágena extracelular, produciendo mineralización y nueva formación ósea, además de promover la diferenciación de fibroblastos gingivales.

Referencias: 1. Roy M, Corti A, Dominici S, Pompella A, Cerea M, Chelucci E, et al. Biocompatibility of Subperiosteal Dental Implants: Effects of Differently Treated Titanium Surfaces on the Expression of ECM-Related Genes in Gingival Fibroblasts. *J Funct Biomater*. 2023 Feb 1;14(2).
2. Campagna R, Schiavoni V, Rao L, Bambini F, Frontini A, Sampalmieri F, et al. Novel Ti6Al4V Surface Treatment for Subperiosteal Dental Implants: Evaluation of Osteoblast-like Cell Proliferation and Osteogenic Response. *Materials*. 2025 Mar 1;18(6).
3. Kämmerer PW, Palarie V, Schiegnitz E, Hagmann S, Alshihri A, Al-Nawas B. Vertical osteoconductivity and early bone formation of titanium-zirconium and titanium implants in a subperiosteal rabbit animal model. *Clin Oral Implants Res*. 2014;25(7):774–80.
4. Vanaclocha V, Atienza C, Vanaclocha A, Peñuelas A, Gómez-Herrero J, Pérez-Carrió F, et al. New Subperiosteal Dental Implant Design with Finite Element Analysis and Mechanical Validation: A Design Validation Study. *Materials*. 2025 Feb 1;18(3).
5. Chourio FJ, Rodríguez M, García-Guevara H, Oeste D, Hernández G. Comprehensive protocol for custom subperiosteal implants in atrophic maxilla: Series of 6 clinical cases Protocolo integral para implantes subperiósticos personalizados en maxilares atróficos: Serie de 6 casos clínicos CHOURIO FJ, RODRIGUEZ M, GARCÍA-GUEVARA H. Comprehensive protocol for custom subperiosteal implants in atrophic maxilla: Series of 6 clinical cases. Vol. 3, *Craniofac Res*. 2024.
6. Goh R, Vaquette C, Breik O, Ivanovski S, Batstone M. Subperiosteal Implants: A Lost Art Worth Revisiting? Vol. 27, *Clinical Implant Dentistry and Related Research*. John Wiley and Sons Inc; 2025.
7. Łoginoff J, Majos A, Elgalal M. The Evolution of Custom Subperiosteal Implants for Treatment of Partial or Complete Edentulism in Patients with Severe Alveolar Ridge Atrophy. Vol. 13, *Journal of Clinical Medicine*. Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI); 2024.

P160

Colgajo microvascular radial para reconstrucción de maxilar por secuela quirúrgica en labio y paladar hendido

Dra. Linette Martínez Lara¹, Dra. Andreina Gonzalez Tovar¹, Dr. Rodolfo Asensio Guerrero¹, Dr. Rodolfo Asensio Marmol¹

¹Centro Infantil de Estomatología, Guatemala

Introducción: Los pacientes con labio y paladar hendido son sometidos a múltiples cirugías para restablecer su función masticatoria, fonética y respiratoria, cuando estas cirugías no se realizan de manera protocolizada y con un correcto seguimiento favorece la presencia de secuelas, lo que conlleva a intervenciones cada vez más complejas. Los defectos en el sector anterior del maxilar superior son un reto para el cirujano, existen descritos múltiples colgajos para su reconstrucción tanto locales, regionales y a distancia. El colgajo radial microvascular es una alternativa de reconstrucción para defectos complejos.

Objetivo: Demostrar que el colgajo microvascular radial es una excelente opción para la reconstrucción de defectos maxilares amplios y con complicaciones quirúrgicas previas en pacientes con labio y paladar hendido. **Material y método:** Se describe un caso clínico de un paciente con labio y paladar hendido unilateral el cual presenta una secuela quirúrgica secundario a necrosis palatina por múltiples cirugías fallidas, el cual presento un defecto en maxilar clase IIC (Brown/Shaw) y fue intervenido para su reconstrucción con un colgajo microvascular de radial.

Resultado: El colgajo microvascular radial es una buena alternativa para la reconstrucción de secuelas quirúrgicas de maxilar en pacientes con labio y paladar hendido, restableciendo función y armonía con resultados óptimos.

Conclusión: La utilización de colgajos microvasculares libres en la reconstrucción de defectos grandes y/o complejos de tejidos blandos son la base para restituir la funcionalidad. El colgajo microvascular radial es una herramienta versátil debido a sus características físicas y baja tasa de complicaciones en el sitio donante.

Palabras clave: colgajo microvascular, radial, secuelas, labio y paladar hendido

P161

Matriz Dérmica Acelular para el reemplazo irreparable del disco de la Articulación temporomandibular: una prueba de concepto

Dr. Juan Pablo Mejía Barbosa, Rafael Díaz Herrera, Dr. Juan Pablo López Salazar, Dr. Martín Orozco Fernández

Introducción: Se han empleado diversos colgajos y materiales de interposición para el manejo de discos perforados irreparables. Sin embargo, estas opciones son debatibles, no hay un consenso sobre cuál es la mejor conducta terapéutica.

Objetivo: Mostrar un análisis exhaustivo de la experiencia preliminar de los autores con la Matriz Dérmica Acelular para el reemplazo discal irreparable de la Articulación Temporomandibular.

Materiales y métodos: Este es un estudio observacional descriptivo con una serie de casos retrospectiva de pacientes con diagnóstico articular estadio Wilkes IV o V manejados con discectomía y reemplazo de disco con Matriz Dérmica Acelular (figura 1). Se utilizaron estadísticas descriptivas para caracterizar la población y la normalidad de los datos se evaluó mediante la prueba de Shapiro-Wilk. Se realizaron comparaciones pre y postintervención de dolor (EVA) y Apertura oral mediante la prueba de Wilcoxon. Se analizaron los puntos de corte clínicos para la mejoría del dolor (VAS ≥ 3 y ≥ 5) y la apertura bucal (MIO ≥ 10 mm y ≥ 15 mm). El tiempo para alcanzar estos umbrales se evaluó mediante curvas de Kaplan-Meier.

Resultados: El 71,4 % de los participantes fueron mujeres, y el diagnóstico más frecuente fue desplazamientos discales sin reducción con perforación (82,1%). El 92,9% de los sujetos redujo al menos 3 puntos en la EVA y el 71,4% al menos 5 puntos (figura 2a). En cuanto a la apertura oral, el 75,0% logró un aumento de ≥ 10 mm y el 57,1 % ≥ 15 mm (figura 2b). Además, se observó una mejoría progresiva, con medianas de 12 y 18 meses para una reducción de 3 y 5 puntos en la EVA, y de 9 y 14 meses para un aumento de 10 y 15 mm en la apertura, respectivamente (figura 3).

Conclusión: El estudio sugiere que esta técnica ofrece buenos resultados en cuanto a apertura y dolor, con una técnica que no aumenta la morbilidad y es fácil de realizar

Referencias:

1. Werkman DF, Mercuri LG, Troost JP, Aronovich S: An international survey on temporomandibular joint surgeon's implementation and management of discectomy in treating temporomandibular joint internal derangement. J Oral Maxillofac Surg 79:1423-1431, 2021.
2. Orozco-Fernández M, López JP. Temporomandibular Joint Disc Replacement with Acellular Dermal Matrix for Irreparable Disc. J Maxillofac Oral Surg 2024.
3. Patel MH, Kim RY, Aronovich S, Skouteris CA: Clinical assessment of acellular dermal matrix (AlloDerm) as an option in the replacement of the temporomandibular joint disc: a pilot study. J Stomatol Oral Maxillofac Surg 121:496-502, 2020

Figura 1

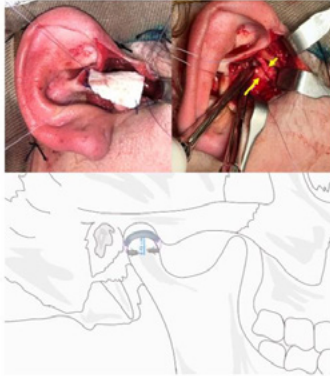


Figura 1. Las imágenes clínicas muestran un rectángulo de matriz dérmica acelular con las suturas de los anclajes en cada esquina, que se inserta en el espacio articular tras la discectomía. La foto de la derecha muestra la flecha amarilla corta que indica la matriz dérmica que actúa como disco articular. La flecha amarilla larga también indica el cóndilo mandibular, cubierto por la matriz. El gráfico muestra cómo la matriz dérmica actúa como disco, tras su fijación con los anclajes mandibulares, a 8-10 mm del polo superior del cóndilo.

Figura 2

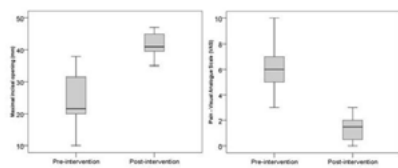


Figura 2. Distribución de los valores de EVA y MIO antes y después de la intervención.

Figura 3

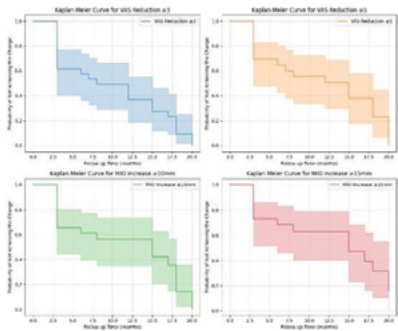


Figura 3. Curvas de Kaplan-Meier para el tiempo necesario para alcanzar los criterios de mejora en EVA y MIO.

P162

Efectividad de la Artroscopia nivel I con Plasma rico en fibrina vs Ácido hialurónico: Estudio preliminar comparativo

Dr. Juan Pablo Mejía Barbosa, Rafael Díaz Herrera, Dr. Santiago José Guaitarilla Guarnica, Dr. Carlos Gregorio Torres Restrepo, Dra. Dorys Edelmira Rentería Lozano

Introducción: Los desarreglos internos de la articulación temporomandibular afectan aproximadamente al 10% de la población mundial, predominantemente el género femenino (1). Los desplazamientos discales representan aproximadamente el 18-35% (2), siendo el manejo conservador como su primera línea (1-3), se incluye técnicas mínimamente invasivas como la artrocentesis o la artroscopia, cuya finalidad es eliminar el líquido sinovial y su contenido de células proinflamatorias, restaurar la viscosidad y eliminar adherencias mediante presión hidráulica. El ácido hialurónico (AH) es el principal componente del líquido sinovial, su inyección intraarticular restaura la estructura bioquímica de la articulación y reduce la producción de especies reactivas de oxígeno y citoquinas proinflamatorias. Por otra parte, el plasma rico en fibrina (PRF), tiene un efecto inhibitorio de citoquinas proinflamatorias, así como el enriquecimiento selectivo de leucocitos y factores de crecimiento. Ambas alternativas han demostrado resultados prometedores en el manejo de la sintomatología articular (3).

Objetivo: Comparar la efectividad de la artroscopia con PRF vs AH en el manejo de los síntomas de pacientes con desplazamientos discales. Se tuvo en cuenta dolor y apertura oral preoperatoria y postoperatoria en pacientes con seguimiento mínimo de 3 meses.

Resultados: Se valoraron 30 pacientes en total (15 en grupo AH y 15 en grupo PRF). Ambos grupos demostraron reducción significativa del dolor y aumento de apertura oral. Sin embargo, fue más estadísticamente significativo a nivel de apertura oral para el grupo AH ($p = 0.026$) (figura 1).

Conclusión: El lavado junto a la infiltración de sustancias mediante la artroscopia, resulta ser un método diagnóstico y altamente efectivo para tratar la sintomatología asociada a los desplazamientos discales. Tanto el PRF como el AH muestran resultados favorables; sin embargo, en la comparación entre grupos, el AH evidencia una mayor ganancia en la apertura oral. A pesar de ello, ambos grupos alcanzan apertura oral postoperatoria superior a 40 mm (tabla 1). El PRF se puede considerar como una buena alternativa con ventajas de costo-efectividad, facilidad para su recolección y aplicación intraoperatoria

Referencias:

1. Torul D, Cezairli B, Kahveci K. The efficacy of intra-articular injectable platelet-rich fibrin application in the management of Wilkes stage III temporomandibular joint internal derangement. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2021 Nov;50(11):1485–90.
2. Al-Moraissi EA, Almaweri AA, Al-Tairi NH, Alkhutari AS, Grillo R, Christidis N. Treatments for painful temporomandibular disc displacement with reduction: a network meta-analysis of randomized clinical trials. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2024 Jan;53(1):45–56.
3. E.A. Al-Moraissi, K. Al-Otaibi, A.A. Almaweri, Bastos RM, O.L. Haas Junior, A.G. Amran. Treatment of painful temporomandibular joint disc displacement without reduction: network meta-analysis of randomized clinical trials. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2024 Feb 23;53(7):584–95.

Figura 1

Figura 1

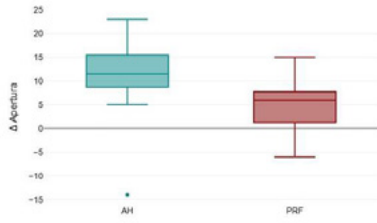


Figura 1. Distribución de los valores ganancia de apertura oral entre el Ácido hialurónico y el Plasma rico en fibrina, donde se evidencia una ganancia a favor del Ácido hialurónico ($p = 0.026$)

Figura 2

Grupo AH			Grupo PRF		
Apertura en mm			Apertura en mm		
Preoperatorio	Postoperatorio	Δ (post - pre)	Preoperatorio	Postoperatorio	Δ (post - pre)
28	40	12	50	44	-6
32	40	8	30	42	12
20	43	23	38	45	7
29	40	11	30	45	15
44	30	-14	32	39	7
30	44	14	38	40	2
24	40	16	39	40	1
29	40	11	40	40	0
20	42	22	30	38	8
35	40	5	30	35	5

Tabla 1. Comparación entre el grupo de Ácido hialurónico y el Plasma rico en fibrina donde se evidencian aperturas postoperatorias en promedio de 39.9 a 40.8 mm en cada grupo respectivamente.

Índice de autores

A

Acero Sanz, Julio	OC-08
Acevedo, Gabriel	OR-10
Acuña Peña, Virgen	OR-06, P021
Acuña Peña, Virgen Maria	P002, P100
Aguilera Perez, Paul	P069
Agurto, Jorge	P071
Alamillos Granados, Francisco Jesús	OC-06, OC-24
Alanuca Chumbi, Christian Paul	OC-21
Aldana , Henry Alexander	P063
Alonso-Moctezuma, Alejandro	OR-17
Altamirano Jara, Jorge	OC-20
Alvarez, Sebastian	OR-06
Araos Marincovic, Gonzalo	P070
Arellano García, Diana	P071
Arrascue-Dulanto, Manuel	OR-01
Asensio Guerrero, Rodolfo	OC-26, P160
Asensio Mármol, Rodolfo	OC-26, P160
Avalos Zurita, Pedro José	P003

B

Bacaro, Carlo	P001
Bacilio Villon, Blanca Abigail	P002
Badilla Monasterio, Rodrigo	P144, P156
Badillo, Oscar	OC-01, P070, P072, P087, P154
Bahamondes, Carlos	P061
Bahena Martinez, Edith	P035, P073, P082, P101, P126, P140, P150
Barazarte, Dionelys	P145
Bárcenas Ceja, Carlos Alan	P084, P116
Bardales Arguelles, Gerardo	P030
Bardales Bazán , Kevin Enrique	P138
Bareiro, Federico	OC-18
Barreda Hale, Mauricio	OC-20
Barrera, Hector	P075, P104
Barriga, Roberto	P052
Bazurto Leones, Eddy Esteban	P003
Beltran Gomez, Tomas Alfredo	OC-03
Benavides Mora, Fausto Faubricio	P074

Benenaula Bojorque, Juan Andres	P056, P058
Benitez, Javier Alejandro	P033
Benitez, jorge	OC-12
Borja Cepeda, Santiago	P139
Bravo Castillo, Ailyn	P075
Burstein Andaur, Andres	P026

C

Cabrera Arevalo, Claudia	P132
Cacelli, Elide	OC-19
Campos Valenzuela, Omar Antonio	OC-16
Capelli Guerra, Raphael	P005, P067
Carrera, Claudia	P017
Cassanelli, Francesco	P031
Castañeda Ayon, Alma Yonnely	P130
Castellón Zirpel, Loreto	P061
Castro Guillen, Alejandro	P004
Castro Peguero, Odabelys	P076
Cavalieri, Lucas	P068
Cavalieri Pereira, Lucas	OC-09, OC-10
Cedeño Rodriguez, Carlos Alfredo	P077
Celedón Oliviera, Patricio	P144
Celis, Leonardo	P078
Cerantula, Camila	P005
Chacón, Liseth	OC-21
Chacón Carrión, Roberto Iván	P079
Chamorro, Edder	OC-05
Chango Chávez, Andrea Vanessa	P080
Chaurand Lara, Jorge	OR-12, OR-15
Chavantes, Maria Cristina	OC-02
Chourio, Francisco	P159
Cifuentes Fernández, Julio Guillermo	P118
Concha Cusihualpa, Hiroshi	OC-16, P065, P109, P138,
Contreras López, Margarita	OC-25
Contreras Urbina, Alejandra	P062
Copello, Carlos	P032
Copello, Mario	P032
Cordova , Luis	OR-16
Cortes Muñoz, Fernando	P011
Cortés Santander, Juan José	OR-11, P019

Índice de autores

Corvacho Guevara, Oscar Eduardo	P136
Cruz Guerrero, Alfredo Raul	P081
Cuenca , Gerardo	P097
Cuevas García , Luis Felipe	P084, P116

D

Davila Villa, Perla	P018
De Andrade, Jéssica	P006
De Ascencao Pestana, Viviana	P053
De Jesús Dorantes, Gilberto	P082
De León, Óscar	P024
De Los Santos, Loudwin	P083
Dean, Alicia	OC-06, OC-24
Delgado Piedra , Daniel Andres	P010
Díaz Bautista, Jaisa	P142
Diaz Herrera, Rafael	P161, P162
Domínguez Mejía, José	OC-13
Drous, Mary	P114, P145
Duarte Ramirez, Mauricio	P026

E

Equihua Martínez, Paulina	P084
Escobar Espinosa, Christopher Iván	P060
Espinoza Espinoza, Daniela	OC-20, OR-11
Espinoza Martinez, Adriana Nataly	P085
Estevez Cordero, Orlando	OC-06, OC-24
Estrella Vargas, Laura Alexandra	P086
Evangelista, Sergio	P140

F

Fawaz Stuardo, Juan Pablo	P072, P087, P154
Felices, Kevin Cristofer	P033
Felices, Rodolfo Ruben	P033
Fermin Obando, wilmer Daniel	
Fernandes Valente, Erick	P064, P081
Fernandez Hidalgo, Jorge Erick	P141
Ferrari, Silvano	P031
Ferreira Rodrigues , Fábio Tadeu	OC-09
Ferro, Leticia	P158
Flete, Alba	P114
Florencio Garcia, Luis Gerardo	P034
Flores Aguilera, Edith	P108
Flores Idarraga, Carolina	P048
Flores Zurita, Luis	P027

Francisco Díaz, Enmanuel	P142
Fuentes Zúñiga, Felipe	P089
Fuenzalida Kakarieka, Carlos	P061

G

Galviz Vásquez, Kariant Leonella	P117
Gaona Arias, José Luis	P090
Garcés García, Damián Alejandro	P091
García, Henry	P159
García Cortés, Marco Alejandro	P149
García García, Daniel	P143
García Guevara, Henry Arturo	OR-14
García Hernández, Luis Alberto	P092
García Lopez, Luis Felipe	P093
García Milá, María José	P007
García Nucamendi , Mauricio	P124
García Piña, José Antonio	P013
García Razo, Grecia Paola	P094
Garduño Mejía, Edgar	P039, P047
Gavilán Tordecilla , Constanza	OC-20, OR-11
Germain Edwards, Fernando Jose	P019
Giannunzio, Graciela	OC-15
Golaszewski, Bladimir	P114, P145
Gómez Arcila, Veronica	P008
Gómez Bravo, Paola Fernanda	P144
Gonzales Takano, Kenyi Koichi	P065
González, Andreina	OC-26
González Angulo, Víctor Hugo	OC-14
Gonzalez Gonzalez, Francisco Raúl	P035
Gonzalez Rebattu y Gonzalez, Mauricio	OR-08, P152
González Robles, Elsa Carolina	P045
González-quintanilla, David	OR-16
Gonzalez Tovar, Andreina	P160
Guaitarilla Guarnica, Santiago José	P162
Guerra , Raphael	P006
Guerra Erazo, Cristina	P022, P027, P090
Guerra Vásquez, María Belén	P095

Índice de autores

Guevara Pires, Mairalejandra Del Carmen	P145	Lima Illescas, Miriam Verónica	P050
Guifarro Sierro, Juan José	OR-07	Llanos Arteaga, José Luis	P010
Gutiérrez, José Miguel	P159	Llumiyinga Ñacata, Bryan Santiago	P038
Gutierrez Huañec, Yaliska	P096	Lobo, Luiz	OC-17
Guzman Barrera, Hiram Alexis	P036	Loperena Licea, Luis Raul	P039
H		López, Daniel	OR-05
Hernández Cruz, Adrian Juan	P073, P08, P101, P126	López Juárez, Mario Vinicio	P102
Hernández Hernández, Ana María	P045	López Salazar, Juan Pablo	P161
Hernández Torres, Carlos Antonio	P097	Lopez Silverio, Aileen Monserrat	P103
Herrán, Miguel Ángel	P009	Louzada, Guilherme	P006
Herrera Flores, María Fernanda	P146	Lucero, Sthefania	P147
Hidalgo-Chávez, Jaime	OR-01	Lucio Leonel, José Leandro Ernesto	OR-03
I		Luna Dilone, Felix	P054
Ibaceta Zamora, Gonzalo	P135	Luna Rueda, Yta	P148
Ibáñez Radillo, Noel Alejandro	OR-03	M	
Isaza Falla, Catalina	OC-13	Magaña Quiñones, Jose Julio	OR-15
Isnado, Carlos	P098	Manrique Navarrete, Miguel Geovani	P104
Izquier, Tebel	OR-10, P099, P153	Manzanares Velasquez, Stephanie Margarita	P011
Izquier Rojas, Tebel Joshua	P107	Mar Uribe, Esteban Raúl	OR-20
J		Marcial Muñoz, Paola Alejandra	P149
Jeldes Andrade, Gabriela	P062	Marengo, Johana	OC-11
Jesus, Anizzolavo	OC-17	Marín Wagemann, Javier	P055
Jiménez Fonseca, Fernando Ignacio	P124	Márquez Villegas, Jesús Javier	P104
Jiménez Vega, Nicolás	P063	Martínez Gutiérrez, Juan Pablo	P135
Jollan, Florencia	P007	Martínez Lara, Linette	OC-26, P160
Juárez Mota, Ricardo	P064	Martínez Miranda, José Del Carmen	OR-20, OR-21
K		Martínez Moronta, Any	P076
Kattan Rodriguez, Julia Esther	OR-07	Martínez Olmedo, Diana Laura	P140
L		Martinez Ureña, Nicole	P020
Laissle Casas del Valle, Germán	P061	Martinovic Guzmán, Gonzalo	P055
Landázuri Males, Miguel Angel	P100	Mejía Barbosa, Juan Pablo	P161, P162
Lastiri Barrios, José Luis	P028	Mejía Díaz, Joel Santiago	P086
Leal, Marina	P101	Mendoza Anaya, Carlos Raúl	P105
Leon, Alvaro	P134	Mendoza García, Raúl	P013
León, Andrés	OR-02	Mendoza Martinez, Margot	P060
Leon Vasconez, Juan Carlos	P037	Mendoza Torán, Sara Ivette	P106
Leon Villacis, Andres	P069	Merchan Cañisarez, María José	P029
		Mohamed Salek, Sid Brahim	P015, P041, P042, P134

Índice de autores

Moncada Rochel, Omar David	P040	Paddy, Roy	P137
Montagna Reyes, Alessandra Daniela	P099, P107	Paez, Jorge	OR-05
Montero, Sandra	OC-01	Paez Parra, Geraldin	P049
Montero Riffo, Sandra	OR-13	Paglia Peña, Franyelis Daniela	OR-14
Montoya Pérez, Luis Alberto	OR-09, P034, P095	Palma Gutierrez, Alvaro	P070, P111
Morales Carrillo, Luis Roberto	P108	Panchi Lasluisa, Jonathan	OR-06
Morales Martinez, Karen Lilian	OR-04	Paredes Gavilanes, Sol	P112
Moreno Lobo, Sebastián	P012, P059	Parra Salazar, Marco Antonio	P148
Moreno Zarate, Jose Bernardo	OC-03	Pauta Herrera, Freddy	P113
Moro, Leober	OC-22	Payá, Catalina	P014
Mosquera, Camilo	OC-23	Pérez, Alex Josué	P146
Moya López, Juan	P021	Perez Ortiz, Carlos	P018, P077
Muñoz, Rafael	P114	Pérez Padilla, Mariana Gabriela	P151
N		Picco Diaz, Maria Iliana	P028, P036
Navarrete Chavarría, Sorayda del Socorro	OR-21	Piedra Burneo, Jean	P013
Nifossi Prado, Bruno	OC-10	Pittelli De La Paz, Nicolle Andreina	P114
Nifossi Prado, Juliana	OC-10	Ponce, Alan	OC-11
Núñez, Zoilo	P020, P083	Puente Martínez, Benjamín	OR-13, P012, P089, P111
Núñez Paredes, Jorge Antonio	OC-08	Pulino, Bianca	P005, P006, P067
Núñez-Díaz, Daniella Fernanda	OR-01	Q	
O		Quevedo, Luis	P007
Obando Perea, Gustavo	P052	Quinapallo López, Valeria	P041
Ocampo Chavarro, Diana Marcela	P049	Quisiguiña-Salem, Cinthya	OR-17
Ochoa Garcia, Anthony Steve	P047	R	
Olivera, Albert	P109	Ramírez Guzmán, Nadia Elizabeth	OR-12
Orellana, Leonardo	OR-02	Ramírez Lugo, Raymundo	P016
Orellana Narvaez, Leonardo Germanico	P133	Ramos Carcelén, Eduardo	P038, P091, P113
Orozco Fernández, Martín	P161	Ramos Muñoz, Jennifer Alejandra	P115
Ortiz Acosta, Kevin	P022	Razo Duarte, Guadalupe Del Carmen	P116
Ortiz Palacios, Hariannys	P088	Reinoso Ortiz, Jorge Antonio	P023
Ortiz Ruiseñor, Carlos Eduardo	P150	Rentería Lozano, Dorys Edelmira	P162
Ortiz Ruiz, Jorge Emmanuel	P048	Reynaga Martínez, Jorge Alfredo	OR-03
Osorio, Jhon Jairo	P009	Rincon Dominguez, Nicole Valentina	P117
P		Riquelme Fernández, Benjamín Ignacio	P118
Pabón Barrios, Kleidy María	OC-22	Riquelme Mendoza, Ricardo	P066
Pacha Guerrero, Alexis	P056	Rivadenebra Rodriguez, Abel Alex	P096
Pacheco Granda, Andres	P110	Roa Encarnacion, Carlos Manuel	OC-04, P030, P046
Pacheco Ruiz, Laura Leticia	OR-15, P106, P120		

Índice de autores

Rodas Pesántez, Pablo Santiago	P119
Rodríguez, Andre	P057
Rodríguez, Andre Carvalho	OC-02
Rodríguez, Steven	P159
Rodríguez Quirós, Jennifer Eliette	P120
Rodríguez Solares, Christian	P028
Rodríguez Vergara, Victoria	P055
Rojas A., Joe	P042
Rojas Golac, Janice	P121
Romero Alvarenga, Hugo	OR-07
Romero de la Vega, Manuel Arturo	OR-09, P095
Romo Leroux Silva, María José	P122
Ropero Páez, Natalia	P024
Rugama, Luis	P123
Ruiz Garza, Carmen Carolina	P124
Ruiz Sam, Rodolfo	P124
Russian, Jose Ramon	OR-14

S

Salazar, Engel	P125
Salazar, Francisca	P061
Salinas, José	P112, P141
Sanabia, Jesus	P152
Sánchez, Jadwiga	P053
Sánchez Jiménez, Saudi	P126
Sánchez Juárez, Alfonso	P127
Sánchez Rocha, Wellington Andrés	P128
Sanchez Sanchez, Adalberto	P036, P152
Sandoval Portilla, Fernando Jose	OR-18, P037
Santaella, Manuel	P153
Santiago Alvarez, Nicolas	P018, P074, P077, P151
Santibañez Majul, Catalina	P154
Santini Bocianskas, Bruno	P057
Santos Enriquez, Victor Hugo	P046
Santos Enríquez, Víctor Hugo	P094
Sañaicela Cruz, Jhonny	P042
Scariot, Rafaela	P005
Sedeño Jiménez, Ana Cristina	P129
Sepulveda Barra, Felipe	P066
Sepúlveda Quezada, Ricardo	OR-13
Serena, Eduardo	P130

Sesatty Flores, Carmen Guadalupe	
Silva Suárez, Richael Antonio	P119, P143
Siqueira da Silva Barcellos, Patrícia	OC-09, P068
Solano Espinoza, Juan Andrés	P050
Solimano Ruiz, Sonia	P014
Soto Gongora, Sergio	P150
Suarez Peredo, Annet	P131

T

Tadeu Ferreira Rodrigues, Fábio	P068
Tello, Jorge	P051
Tinoco Arevalo, Juan Pablo	P132
Tipantasig Chango, Luis Enrique	P133
Torres, Vicente A.	OR-16
Torres Abad, Detsy Mercedes	P015
Torres Gutierrez, Iván José	OR-20, OR-21
Torres Páez, Isabela	P025
Torres Restrepo, Carlos Gregorio	P162
Trujillo, Juan José	OR-09
Trujillo Fandiño, Juan José	P034, P060
Tul Tipantuña, Ángel Luis	P134

V

Valdes Fraga, Marcos	OR-02
Valente, Erick	P158
Valenzuela Faunes, Bárbara	P135
Valle Martínez, Anamaria Zeina	P155
Vallejo Vega, Alexander	OR-18
Valverde Loor, Steve	P058
Varela Espejo, Sebastián	P156
Vega Barreto, Víctor	OC-08
Vélez Lucas, Nathalia Elizabeth	P043
Venturelli, Alejandro	OC-07
Verona, Paolo	OC-21, OC-22
Vidaurri Pérez, Néstor Raziel	P044
Villafuerte Herrera, Luis Felipe	P136
Villanueva Zuñiga, Eduardo	P121
Viteri García, José Luis	P110
Vivero Alcivar, Freddy	P045
Vizuite Bolaños, Marco Xavier	P021, P080
Von Bischoffshausen, Kristine	P062

Índice de autores

W

Wilson, Karol P137

X

Xavier Santos Riberio Silva,
Carlos Eduardo OC-02

Y

Yáñez Posligua, Hugo P057

Yáñez Aravena, Polett
Catalina P012, P059

Z

Zambrano, Jose Gabriel OR-14
Zapata Sánchez, Aldo P016
Zorrilla Beras, Hector P142
Zuniga García, Jessy Nicole OR-08
Zuñiga Casillas, Neftali P046



Agencia
organizadora

Bco Congresos
Barceló
GRUPO

PI. Europa, 17-19 1ª planta
08908 L'Hospitalet de Llobregat
Barcelona – España
Tel: +34 93 882 38 78
congresocialacibu@bcocongresos.com