



## El Complejo Dento-Maxilofacial: Fracturas y deformidades

Servicio de Cirugía Bucal y Maxilofacial, CMDLT  
Dr. Edgar De Armas, Dr. Paul Maurette, Dr. Juan Carlos Martínez

**Los Cirujanos Buco-Maxilofaciales realizan el tratamiento restaurando la normalidad del paciente.**

Caracas, mayo 2016

Por Blanca García Bocaranda  
CNP: 620  
Garbo64@gmail.com

La cara es nuestra presentación ya que es lo primero que vemos al conocerlos y tiene un papel definitorio en identidad del individuo. En el abordaje del trauma facial convergen muchas especialidades quirúrgicas, entre ellas la Cirugía Buco-Maxilofacial que es la especialidad de la odontología que trata las patologías quirúrgicas dento-maxilofaciales, incluyendo tanto el diagnóstico como tratamiento quirúrgico de enfermedades, traumas y defectos, tanto en los aspectos funcionales como estéticos, de los tejidos blandos y duros de la región bucal y maxilofacial.

“El rol del cirujano buco-maxilofacial es determinante, por lo tanto es vital su presencia en las áreas de emergencia todo el año”, asegura **Paul Maurette, cirujano buco-maxilofacial del Centro Médico Docente La Trinidad**. Cuando un paciente ingresa con trauma es evaluado por un residente siguiendo los parámetros y protocolos establecidos por ATLS (Advanced Trauma Life Support - American College of Surgeons). Una vez estabilizado el paciente, se realiza la valoración imagenología avanzada y la atención interdisciplinaria incluyendo a los especialistas de los servicios de cirugía buco-maxilofacial, neurocirugía, traumatología,



**Editora:** Dra. Carolina Medina. **Coeditor:** Dr. Roberto Curiel.  
**Consejo Editorial:** Dr. Roberto Curiel, Lic. Blanca García Bocaranda, Lic. Carmen Rodríguez,  
Lic. Nelly Terrero, Lic. Dollys Hurtado W.  
**Diseño Gráfico y Fotografía:** María Valentina Mata Sosa  
**Depósito Legal** pp200803MI603.

cirugía oculoplástica y medicina interna entre otros. Si el paciente presenta fractura del macizo facial o de los maxilares y en ausencia de complicaciones inherentes al trauma sufrido que así lo contraindiquen, en menos de 24 horas se realizará el tratamiento quirúrgico. Si fuese un trauma limitado al macizo facial o a la mandíbula, y se realiza el tratamiento apropiado, que incluye la utilización de placas de osteosíntesis, microplacas de titanio o placas reabsorbibles que en 10 semanas se reabsorben, de 24 a 48 horas el paciente puede ser dado de alta. "La utilización de placas de osteosíntesis es el abordaje contemporáneo y cómo debe ser atendido el paciente con trauma de la cara en el siglo XXI. No concibo que alguien trate una fractura de la cara hoy en día con alambres, a pesar de saber que en los hospitales de la Venezuela actual a veces sigue siendo la opción amarrarle la boca al paciente por 6 semanas y tratarlo sin placas", asevera Maurette.

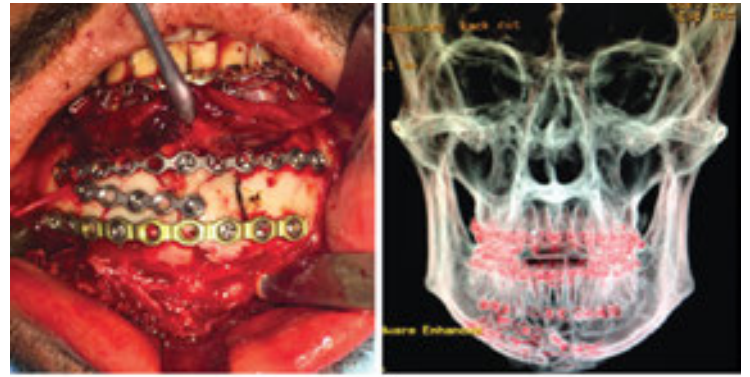


Secuencia contemporánea en la estabilización de fracturas mandibulares continuas

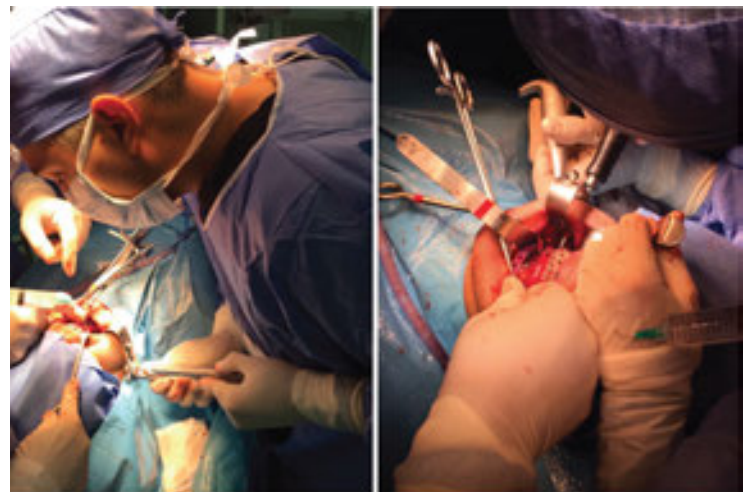
## HUESOS EN EQUILIBRIO

Lo importante de la base odontológica de la cirugía maxilofacial es el conocimiento de la oclusión dental y la articulación temporomandibular (ATM). El equilibrio y reparación de los huesos faciales está influenciado por el engranaje apropiado entre ambas arcadas dentales y la distribución de las cargas y vectores de fuerza que van desde los dientes a los huesos maxilares. Es imprescindible conocer la articulación temporomandibular, pues los huesos no están solos en la cara sino que existe una articulación sumamente compleja, bilateral que funciona a la vez. Recuerda Maurette que en "el grupo de fijación interna del esqueleto humano nacido en Suiza, la AO-ASIF en su capítulo craneofacial la mayoría de los instructores y miembros son cirujanos maxilofaciales con formación en odontología, con o sin doble titulación médica". Colocar los huesos en posición puede ser simple, lo complejo es mantener el equilibrio de los huesos,

dientes, articulación y tejidos blandos. Los cirujanos maxilofaciales poseen una formación detallada de traumatología maxilofacial porque están dedicados a esa área en exclusividad.



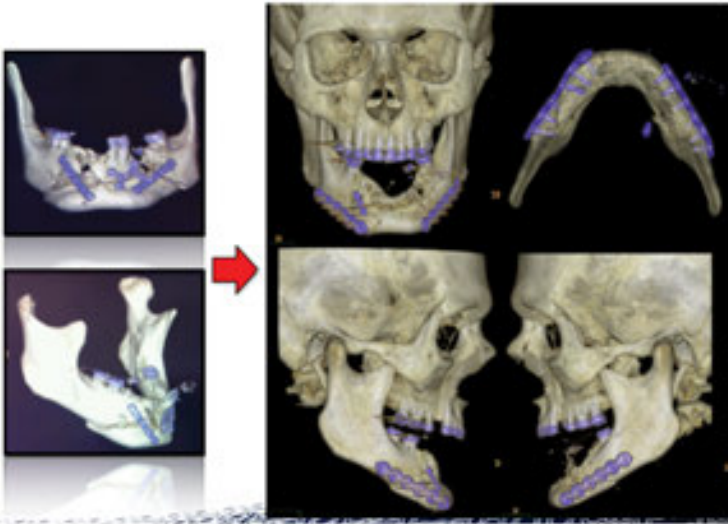
Evitando incisiones extraorales inestéticas mediante el uso combinado de incisiones intraorales y dispositivos percutáneos



Secuencia en el manejo actual del trauma mandibular de alta energía, abordajes intraorales con apoyo endoscópico y dispositivos percutáneos, estabilización de la oclusión dental y de la unidad maxilomandibular como eje central de la cara, simplificación de las fracturas con placas y tornillos para posteriormente estabilizar mediante principios de carga soportada con placas autobloqueadas de titanio de mayor soporte de cargas biomecánicas.

## RECUPERARSE DEL TRAUMA

Esta etapa es un proceso lento porque, a diferencia de una extremidad que puede inmovilizarse y el paciente puede utilizar su otra extremidad, las funciones que se realizan con las estructuras faciales (respirar, hablar, alimentarse), solo se logran a través de las mismas. En verdad, ese proceso fisiológico de reparación inicial de los tejidos óseos que cubre aproximadamente unas 6 semanas en el ser humano, mantendrán al paciente limitado a una alimentación blanda, aunque pueda reincorporarse a sus labores habituales a la semana. Maurette describe que "basta con una dieta blanda, abriendo y cerrando la boca, hablando, trabajando como siempre". Por supuesto, actividades como gimnasio y paseos a la playa no les están permitidos en este período de recuperación.

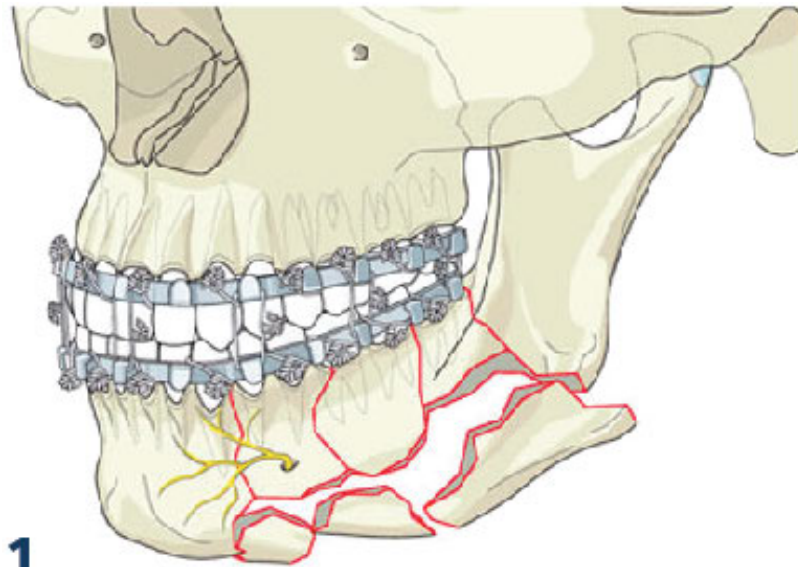


Corrección de secuela de paciente víctima de herida de arma de fuego previamente atendido y referido del interior del país a nuestro equipo de cirugía Buco-Maxilofacial del CMDLT. Notese la correcta reducción ósea y estabilización siguiendo los principios contemporáneos en el tratamiento de las fracturas faciales, eliminando los focos de no unión ósea para posteriormente pasar a la fase de reconstrucción mandibular y rehabilitación con implantes dentales.

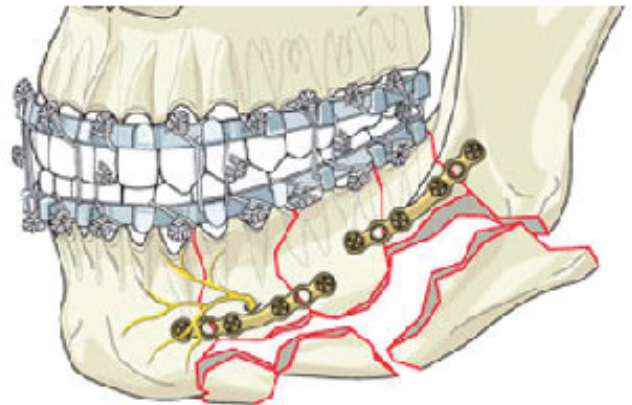
## LAS DEFORMIDADES DENTOFACIALES

Las alteraciones dentofaciales, son más que anomalías estéticas y funcionales del aparato estomatognático ya que abarcan el aspecto psicosocial del paciente. De allí parte el desafío en la corrección de aquellas patologías y anomalías que rompen el equilibrio entre lo estético y funcional.

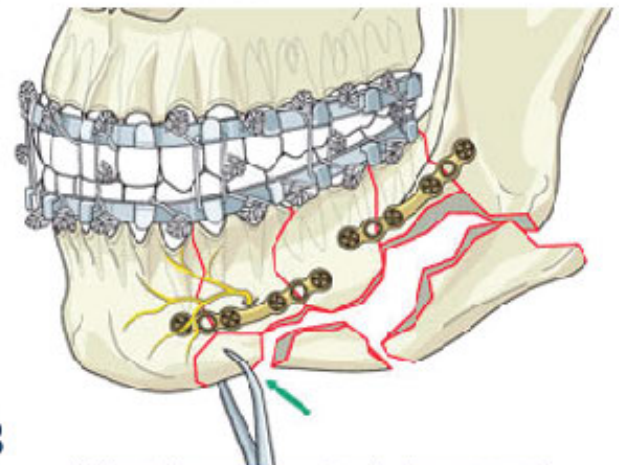
El cirujano buco-maxilofacial trata estos casos reposicionando los huesos y en correcta relación con la base del cráneo y al equilibrio facial que debe existir, previo movimiento de los dientes efectuado por ortodoncistas. "Los pacientes portadores de deformidades dentofaciales tienen limitada en mayor o menor grado su calidad de vida, lo cual va desde padecer de cuadros de apnea obstructiva o de vía aérea superior hasta problemas gastrointestinales y de fonación. En esos casos el Seguro cubre la cirugía ortognática para corregir deformidades dentofaciales del paciente, algo común en la población; la literatura informa que del 30 % al 35 % de la población tiene algún tipo de deformidad dentofacial", advierte Maurette.



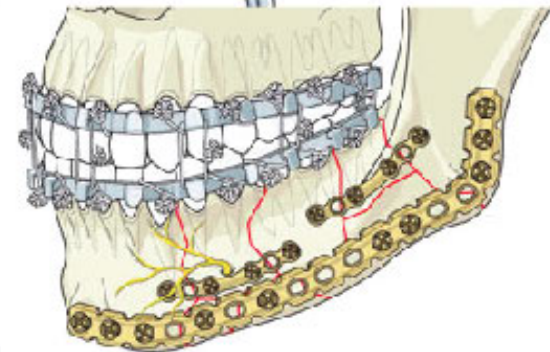
1



2



3



4

La secuencia contemporánea de tratamiento de fractura de mandíbulas conminutas. Tomado de la AOCMF

Boletín Informativo de la  
Dirección de Educación e Investigación  
• 2016; vol 10 (2)

## 30% de la población Presenta deformidad dentofacial

Caracas, mayo 2016

Por Blanca García Bocaranda  
CNP: 620  
Garbo64@gmail.com



Dr. Paul Maurette O'Brien  
Cirujano Buco - Maxilofacial

El perfil facial es muy variable entre individuos, y esta variabilidad está dada por el tamaño y ubicación de los huesos maxilares y, de forma más preponderante, de la mandíbula. Para la corrección es necesario el tratamiento combinado de cirugía buco-maxilofacial con ortodoncia, con particular atención a las bases teóricas en el conocimiento del aparato estomatognático y la oclusión dental.

El cirujano buco-maxilofacial corrige estos casos reposicionando los huesos en forma correcta en relación con la base del cráneo y logrando el equilibrio facial óptimo. Previo a ello, debe realizarse el movimiento de los dientes por parte del especialista en ortodoncia. "Los pacientes portadores de deformidades dentofaciales tienen limitada en mayor o menor grado su calidad de vida, lo cual va desde padecer de cuadros de apnea obstructiva o de vía aérea superior hasta problemas gastrointestinales y de fonación" explica Paul Maurette, cirujano buco-maxilofacial del Centro Médico Docente La Trinidad y Presidente Electo de la Sociedad Venezolana de esa especialidad (2017-2019).

Las alteraciones craneofaciales y dentofaciales, van más allá de ser anomalías estéticas y funcionales del aparato estomatognático, sino que pueden ejercer influencia sobre los aspectos psicosociales del paciente, siendo la expresión y la estética facial aspectos importantes en las relaciones interpersonales. De allí parte el desafío en la corrección de aquellas patologías y anomalías que rompen el equilibrio entre lo estético y lo funcional. Los cirujanos maxilofaciales corrigen estas deformidades y participan en el equipo inter-

disciplinario con otorrinolaringología, medicina interna y neurología para brindar la atención óptima a los pacientes que requieren cirugía ortognática.

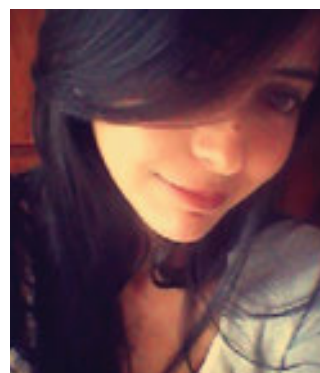
La retrognatia mandibular es una anteración dentofacial relativamente frecuente en la cual la mandíbula puede ser muy pequeña o se encuentra en una posición muy retruida, lo que se conoce coloquialmente como "perfil de pajarito". En esos pacientes, la vía aérea puede estar comprometida causándole, en muchos casos, apnea obstructiva del sueño y ronquido por la poca perfusión viéndose afectada la calidad en la respiración. "En esos casos las aseguradoras cubren los gastos asociados con la cirugía ortognática para corregir deformidades dentofaciales del paciente, algo común en la población. La literatura informa que del 30 % al 35 % de la población tiene algún tipo de deformidad dentofacial", advierte Maurette.

Está claro que las deformidades dentofaciales pueden ser un problema funcional, pero al involucrar la "tarjeta de presentación" y primera impresión que da el individuo al relacionarse, que es la estética facial, es indudable que esta mejorará igualmente al colocar los huesos en equilibrio en relación con la base del cráneo aunado a una oclusión dental balanceada y óptima. El resultado buscado es mejorar la estética, la función y por ende la calidad de vida del paciente, por lo cual la cirugía ortognática es la opción apropiada para la corrección de estas deformidades.

Paciente portadora de apnea obstructiva asociada a colapso de vía aérea superior y deficiencia mandibular. La corrección mediante osteotomías maxilares y mandibulares, en conjunto con una visión multidisciplinaria por parte de ORL, medicina interna, endocrinología, entre otros, ofrecen no solo una resolución del problema de base sino que en la búsqueda del equilibrio entre las proporciones craneofaciales y el aspecto funcional, se logra el éxito de corregir los aspectos funcionales con una mejoría estética y por ende beneficios psicosociales en nuestros pacientes, con una tasa de aceptación y valoración positiva sobre el 96% de los casos.



ANTES



DESPUÉS



## Tratamiento quirúrgico de la fibrilación auricular:

Experiencia en el  
Centro Médico Docente La Trinidad

Orlando Moreno, Chadi Nasser, Salvatore Bibbo  
Servicio de Cirugía Cardiovascular, CMDLT

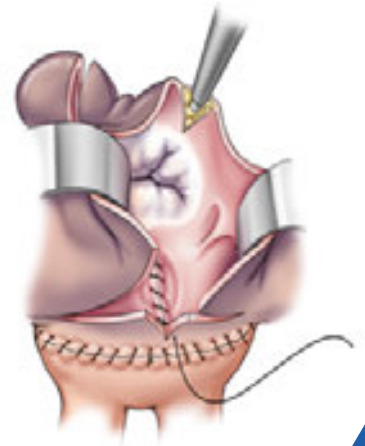
### Antecedentes

La fibrilación auricular (FA) es una de las arritmias cardíacas más frecuentes que se puede presentar en cualquier momento de la vida y su prevalencia aumenta con la edad. Esta condición es responsable de una alta morbilidad asociada a taquiarritmias con inestabilidad hemodinámica y el evento más temido de todos, los fenómenos embólicos al sistema nervioso central y al sistema arterial periférico con las consecuencias isquémicas que acarrea.

El tratamiento farmacológico actual de la FA no es del todo eficiente y además hay que considerar los efectos secundarios que producen los fármacos antiarrítmicos y la medicación anticoagulante necesaria para evitar los fenómenos trombo-embólicos.

En la actualidad, los procedimientos invasivos para el tratamiento de la FA constituyen una esperanza para los pacientes que sufren esta condición. La escogencia del procedimiento más adecuado, debe ser una decisión del grupo de especialistas con experiencia en el control y tratamiento de las arritmias cardíacas.

Los trabajos pioneros en el tratamiento quirúrgico de esta arritmia comenzaron con las experiencias de James Cox en el año 1987, cuando introdujo un procedimiento quirúrgico, en el cual se realizaban diferentes incisiones en la aurícula izquierda y derecha, con el objetivo de excluir los diferentes focos arritmogénicos y permitir la conducción del impulso eléctrico de una manera fisiológica. Este procedimiento fue denominado COX-MAZE, en reconocimiento a su autor.



Esquema gráfico de la cirugía Cox MAZE III.



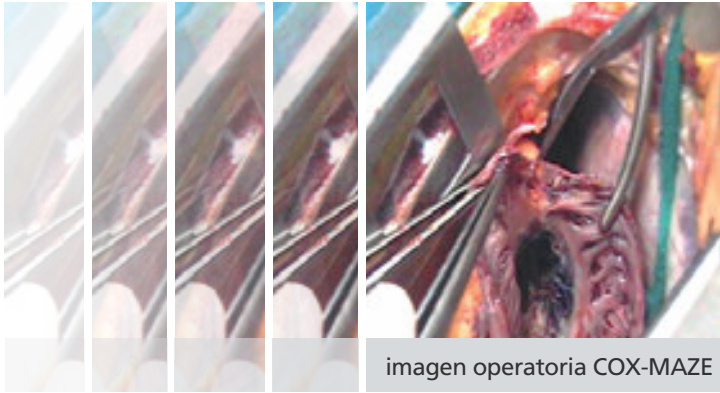
**Editora:** Dra. Carolina Medina. **Coeditor:** Dr. Roberto Curiel.

**Consejo Editorial:** Dr. Roberto Curiel, Lic. Blanca García Bocaranda, Lic. Carmen Rodríguez, Lic. Nelly Terrero, Lic. Dollys Hurtado W.

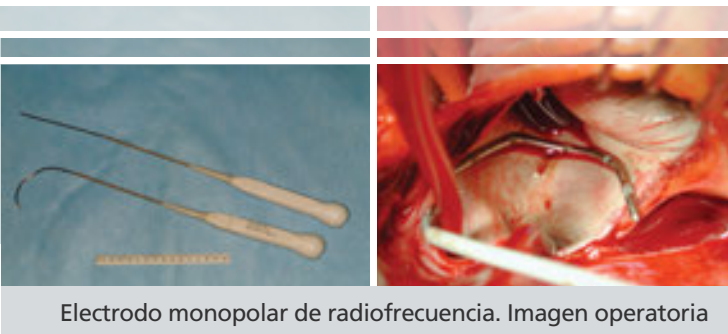
**Diseño Gráfico y Fotografía:** María Valentina Mata Sosa

**Depósito Legal** pp200803MI603.

Desde entonces esta técnica ha ido variando en el transcurso de los años. En la actualidad los cortes en las aurículas han sido sustituidos por métodos térmicos y eléctricos como lo son la criablación y la radiofrecuencia, simplificando su ejecución. También las formas de abordaje han variado en el tiempo, de las esternotomía media tradicional se está utilizando en algunos centros abordaje mínimamente invasivo mediante mini-toracotomía con apoyo de video cámaras de alta definición y en otros de manera robótica



Nosotros iniciamos nuestra experiencia en fecha reciente en aquellos pacientes que iban a ser intervenidos de cirugía cardíaca y que eran portadores de FA con más de un año de duración.



## Objetivo

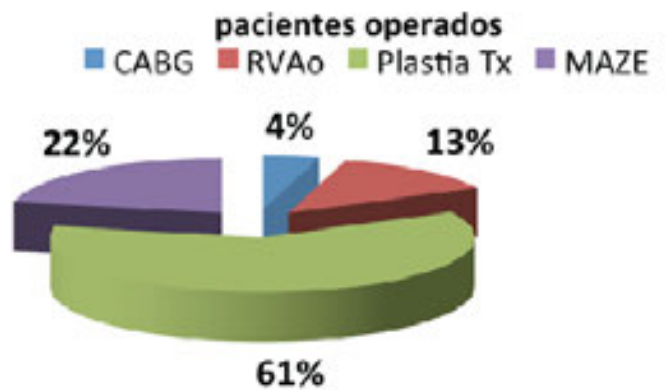
El propósito de este estudio fue evaluar los resultados de la ablación con radiofrecuencia en la aurícula izquierda (Mini-MAZE izquierdo) en pacientes portadores de FA de más de 1 año y que fueron sometidos a tratamiento quirúrgico por insuficiencia mitral severa.

## Material y Método

Se analizaron los resultados de 10 casos consecutivos portadores de FA crónica e insuficiencia mitral severa, utilizando la técnica de radiofrecuencia con electrodos bi y mono polar (Medtronic company), en el período comprendido entre los años 2010 - 2014 en el Centro Médico Docente la Trinidad.

Ocho fueron hombres y dos mujeres, con edad promedio para el grupo de 58,9 años. El procedimiento quirúrgico en 5 pacientes (50 %) fue reparación de la válvula mitral y a los otros 5 se les hizo remplazo con prótesis biológica (n=2) y mecánica (n=3). Todos se encontraban en FA crónica y en clase funcional II a III de la clasificación funcional norteamericana (NYHA) al momento de la

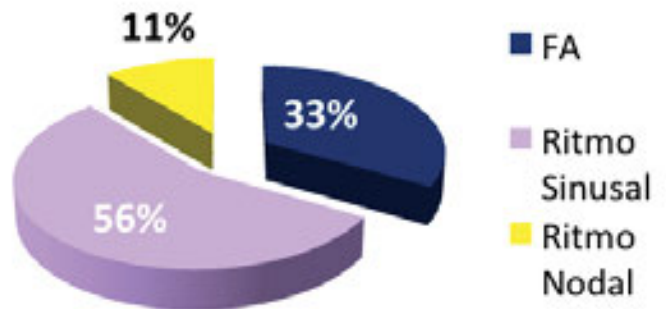
cirugía. En 8 pacientes se realizó como procedimiento asociado reparación de la válvula tricúspide con implante de anillo tricúspide (Edwards Lifesciences). La técnica quirúrgica consistió en esternotomía media con canulación aórtica y bicaval estándar, con administración de cardioplejia hemática normotérmica como método de protección miocárdica y el abordaje de la válvula mitral se realizó por incisión trans-septal de la aurícula derecha. Se realizó el MAZE izquierdo, siguiendo la técnica de BOX auricular izquierda (exclusión de las cuatro venas pulmonares, orejuela izquierda y anillo mitral) con electrodos en endocardio y epicardio indistintamente. Se hizo el seguimiento durante 1 año a estos pacientes con evaluación clínica, electrocardiograma y Holter 24 horas.



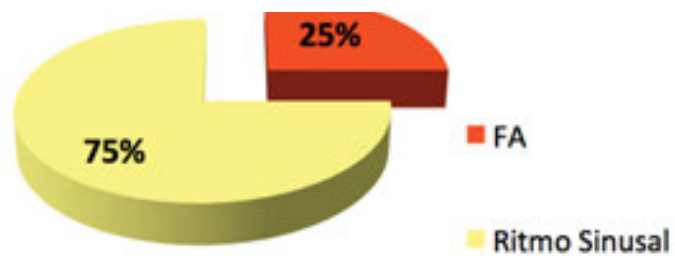
Casos operados con cirugía de MAZE en CMDLT 2010-2014.

## Resultados

Durante el postoperatorio inmediato el 56 % de los paciente recuperaron el ritmo sinusal, 11 % ritmo nodal y 33 % permaneció en fibrilación auricular. Al cumplirse el año de seguimiento el 75 % se encontraba en ritmo sinusal y 25 % en fibrilación auricular. No se registraron eventos fatales.



Resultados Post operatorios Inmediatos



Resultados a los 12 meses de seguimiento.

## Conclusión

El procedimiento de MAZE quirúrgico con radiofrecuencia en pacientes que van a ser sometidos a cirugía de la válvula mitral es un procedimiento con resultados satisfactorios para el tratamiento de la FA crónica, logrando la conversión estable a ritmo sinusal en la mayoría de los casos, evitando así en tratamiento farmacológico y las eventuales complicaciones atribuible a los efectos adversos.

## Bibliografía

1. Melo J, Neves J, Adragao P, Ribeira R, Ferreira M, Bruges L, Canada M, Ramos T. When and how to report results of surgery on atrial fibrillation. Eur J Cardiovasc Thorac Surg. 1997;12:739-745.
2. Robertson J, Lawrance C, Maniar H, Damiano R. Surgical Techniques Used for the treatment of atrial Fibrillation. Circ J. 2013;77:1941-1951.
3. Cox JL, Ad N, Pallazzo T. Impacts of MAZE procedure on the stroke rate in patients with atrial fibrillation. J Thorac Cardiovasc Surg. 1999;118:833-840.
4. McCarthy PM1, Gillinov AM, Castle L, Chung M, Cosgrove D 3rd. The Cox-Maze procedure: the Cleveland Clinic experience. Semin Thorac Cardiovasc Surg. 2000 Jan;12(1):25-9.
5. Ismail I, Fleissner F, Cebotari S, Rustum S, Haverich A. Left-sided mini-maze proc via the left atrial appendage. Interact Cardiovasc Thorac Surg. 2014 Jun;18(6):847-9
6. Lawrance CP, Henn MC, Miller JR, Sinn LA, Schuessler RB, Damiano RJ Jr. Comparison of the stand – alone Cox-MAZE IV procedure to the concomitant Cox-MAZE IV and mitral procedure for atrial fibrillation. Ann Cardiothorac Surg. 2014 Jan;3(1):55-61



## Actividades enero - marzo 2017

### Enero 28 Encuentro de residentes de Coloproctología.

*Coordinador: Dr. Luis Angarita*

### Febrero 4 2do. Curso de detección de lesiones no polipoides de colon y recto

*Coordinado por: Sociedad Venezolana  
de Gastroenterología.  
Dr. Victor Bracho*

### Febrero 18 Desarrollo Infantil de 0 a 2 años

*Coordinadora: Lic. Adriana Blanco*

### Marzo 4 Emergencias en el paciente cirrótico

*Coordinadora: Dra. Lucy Dagher*

### Marzo 11 Evento Unidad de simulación DEI/USB

*Coordinador: Dr. Francisco Márquez*

### Marzo 18 Jornadas de Emergencias Pediátricas para padres

*Coordinador: dr. Nicolás Cárdenas*

### Marzo 25 ¿Qué hay de nuevo sobre Epilepsia?

*Coordinador. Dr. Arnoldo Soto*