
**ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS
MAXILOFACIALES REALIZADOS BAJO ANESTESIA GENERAL
EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA MAXILOFACIAL
DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE
DE PAÚL ENTRE LOS AÑOS 2000 Y 2001**

**RETROSPECTIVE ANALYSIS OF MAXILLOFACIAL SURGICAL
PROCEDURES PERFORMED UNDER GENERAL ANESTHESIA
AT THE MAXILLOFACIAL SURGICAL UNIT OF HOSPITAL UNIVERSITARIO
SAN VICENTE DE PAÚL BETWEEN THE YEARS 2000-2001**

FLOR ÁNGELA VILLEGAS ACOSTA¹

RESUMEN. Introducción: el objetivo de la cirugía maxilofacial es la corrección de las deformidades dentofaciales derivadas de alteraciones del desarrollo, trauma o patologías de la región. La meta de este estudio es el análisis retrospectivo de los procedimientos quirúrgicos maxilofaciales realizados bajo anestesia general en la unidad de cirugía maxilofacial del Hospital Universitario San Vicente de Paúl durante los años 2000 y 2001 para plantear el espectro en que se desarrolla dicha especialidad dentro de este centro docente-asistencial en la ciudad de Medellín. **Métodos:** se realizó un análisis descriptivo de los datos usando variables como edad, sexo, tipo de cirugía, diagnóstico, presencia de complicaciones. **Resultados:** en total, durante los dos años estudiados, se realizaron 507 procedimientos quirúrgicos maxilofaciales permitiendo este volumen que el hospital cumpla con los estándares internacionales para educación de los residentes de la especialidad. Se evidenciaron fortalezas en las áreas de trauma y cirugía ortognática y debilidades en las áreas de cirugía reconstructiva y craneofacial. **Conclusiones:** queda establecido un registro estadístico que permitirá hacer estudios comparativos con bases de datos recientes de la misma institución para demostrar el crecimiento y consolidación de la especialidad a nivel local.

Palabras clave: cirugía maxilofacial, experiencia quirúrgica, entrenamiento de residentes, anestesia general.

Villegas FA. Análisis retrospectivo de los procedimientos quirúrgicos maxilofaciales realizados bajo anestesia general en la unidad de cirugía maxilofacial del hospital universitario San Vicente de Paúl entre los años 2000 y 2001. Rev Fac Odontol Univ Antioq 2008; 19 (2): 60-68.

ABSTRACT. Introduction: the purpose of maxillofacial surgery is the correction of dentofacial deformities derived from alterations in development, trauma or pathology. The objective of this study is to carry out a retrospective analysis of maxillofacial surgical procedures performed under general anesthesia at the maxillofacial surgery unit of Hospital Universitario San Vicente de Paúl during the years 2000-2001 in order to establish the spectrum of the specialty within this medical center. **Methods:** a descriptive analysis of the data was carried out using variables such as: age, gender, type of surgery, diagnosis, and complications. **Results:** in total, during the two years of the study, 507 maxillofacial surgical procedures were performed which allowed the hospital to comply with the international standards required for education of residents in this specialty. The strengths of the program were: trauma, and orthognathic surgery; the weaknesses were in the areas of reconstructive and cranial facial surgery. **Conclusions:** a statistical analysis was registered which will allow future comparative studies with recent data from the same institution to demonstrate the growth and consolidation of the specialty.

Key words: maxillofacial surgery, surgical experience, residents training, general anesthesia.

Villegas FA. Retrospective analysis of maxillofacial surgical procedures performed under general anesthesia at the maxillofacial surgical unit of Hospital Universitario San Vicente de Paúl between the years 2000-2001. Rev Fac Odontol Univ Antioq 2008; 19 (2): 60-68.

1 Odontóloga, especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial, docente de cátedra, Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. angia76@hotmail.com.

RECIBIDO: OCTUBRE 9/2007 - ACEPTADO: ABRIL 22/2008

INTRODUCCIÓN

La cirugía maxilofacial es una especialidad de la odontología que se ocupa del diagnóstico y tratamiento quirúrgico de las enfermedades, injurias y defectos, tanto funcionales como estéticos, de los tejidos duros y blandos del territorio y regiones bucales y maxilofaciales.¹ La circular de “International guidelines for speciality training in oral and maxillofacial surgery” hace claridad sobre el perfil y la formación de los especialistas en esta área.² Sin embargo, todavía no existe un acuerdo mundial sobre si el cirujano maxilofacial debe ser médico, odontólogo o ambos.³ En 2000 fueron adaptados y publicados los estándares latinoamericanos de educación avanzada de la especialidad de cirugía bucal y maxilofacial.¹

En la ciudad de Medellín, el programa de especialización en cirugía oral y maxilofacial de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia tuvo su origen en 1996 y ha desarrollado, desde esa fecha hasta hoy, sus actividades docente-asistenciales en la unidad de Cirugía Maxilofacial y Estomatología del Hospital Universitario San Vicente de Paúl (HUSVP). Dicha unidad funciona bajo la dirección de un grupo de odontólogos especialistas en cirugía maxilofacial y estomatología que dependen administrativamente del hospital y académicamente de la Facultad de Odontología. Sin embargo, cabe destacar que esta especialidad al interior del HUSVP tiene un historial de veintitres años pues desde 1985, época en la cual el hospital amplió su planta física, hasta 1996, el servicio se designó Unidad de Estomatología y Cirugía Oral y apoyó la educación de los estudiantes inscritos en el posgrado que tenía el mismo nombre.

Por años, en el HUSVP la demanda de la atención hospitalaria en el área maxilofacial ha sido cubierta en forma independiente por los servicios de cirugía maxilofacial, cirugía plástica y otorrinolaringología, sin que se haya establecido claramente delimitación entre las funciones correspondientes a cada especialidad.

El objetivo de este estudio es presentar a la comunidad médico-odontológica, el espectro en que se ha desarrollado la cirugía maxilofacial dentro de la

unidad de cirugía maxilofacial del HUSVP atendida por odontólogos especialistas en el área. Este primer reporte da cuenta de la experiencia obtenida con las intervenciones quirúrgicas realizadas bajo anestesia general en los pacientes atendidos durante los años 2000-2001 (periodo en que se recopiló la base de datos para este estudio piloto) y servirá como punto de partida para la realización de futuros estudios de la misma categoría que permitan demostrar la consolidación de la especialidad al interior de los servicios de salud de la ciudad de Medellín y el acercamiento hacia el cumplimiento institucional de los estándares para la formación avanzada en esta especialidad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se obtuvo el registro de los pacientes intervenidos quirúrgicamente bajo anestesia general durante los años 2000 y 2001. En total se analizaron 337 pacientes. Este registro incluía la identificación del paciente, el diagnóstico y el tipo de cirugía realizado.

A través de la oficina de registros médicos se obtuvo la autorización para la revisión de la historia clínica de cada paciente con el objetivo de comprobar la veracidad de la información del registro inicial y de extraer datos adicionales con fines investigativos.

Se creó un formato que fue diligenciado con la información pertinente a cada paciente que incluyó: nombre del paciente, número de la historia clínica, edad, sexo, teléfono, diagnóstico, tipo de cirugía, seguro que hizo el cubrimiento financiero de la intervención, quirófano donde fue intervenido, tiempo quirúrgico, medicación intraoperatoria con antibiótico, antiemético y esteroides, presencia de complicaciones intra- o posoperatorias.

Las variables fueron organizadas, tabuladas y presentadas en tablas para su mayor comprensión. Los cálculos fueron realizados en el programa EXCEL. El análisis retrospectivo descriptivo de los resultados se realizó sobre la base de las relaciones porcentuales obtenidas para permitir la discusión de los resultados en dos años consecutivos de ejercicio. El estudio no pretende hacer una comparación estadística entre ambos años.

RESULTADOS

El total de personas consultantes al servicio de Cirugía Maxilofacial del HUSVP que requirieron procedimientos quirúrgicos bajo anestesia general en 2000 fue de 132 pacientes, en los cuales se realizaron 191 procedimientos quirúrgicos. Para el año 2001, la atención ascendió a 205 pacientes en quienes se realizaron 316 procedimientos quirúrgicos (tabla 1). La proporción por sexo hombre: mujer se mantuvo constante en los dos años analizados en un radio de 1:0,6, siendo consistentemente el grupo etario más susceptible, el grupo de hombres entre 21 y 30 años (25% del total). El grupo etario más susceptible entre las mujeres fue aquel entre 11 y 20 años (tabla 2).

Los pacientes que requirieron de cirugía maxilofacial fueron clasificados con fines prácticos en cuatro grupos de procedimientos según la categoría de cirugía mayor: tratamiento de trauma, tratamiento de tumores, cirugía ortognática y otros. Durante el año 2000, la atención por trauma representó el 47,11%

del total de las consultas quirúrgicas mientras que para 2001 se encontró disminución en la consulta de trauma (36,4%) compensada por aumento en los procedimientos por anomalías dentofaciales (21,83%) que en 2000 había sido de 13,08%. Los porcentajes con respecto a los procedimientos para el manejo de tumores representaron el 12,59% en 2000 y 9,18% en 2001 y el resto de cirugías agrupadas como “otros” oscilaron entre 27,22 y 32,59% durante los dos años (tabla 1).

Respecto al cubrimiento del costo de la atención se encontró que el seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT) cubrió en 2000 el 34,03% de los procedimientos realizados en la unidad. El cubrimiento del 41,36% correspondió al régimen subsidiado del sistema de seguridad social (ARS). El 17,29% representó las consultas particulares y el 7,32% los pacientes remitidos de entidades promotoras de salud (EPS). En 2001, el SOAT cubrió el 38,92%, el régimen subsidiado descendió a 27,21% mientras que las cirugías particulares ascendieron a 24,68% y por remisión de EPS a 9,17% (tabla 3).

Tabla 1

Clasificación y distribución de los procedimientos quirúrgicos bajo anestesia general realizados en la unidad de cirugía maxilofacial del Hospital Universitario San Vicente de Paúl. Medellín. Años 2000 y 2001

Clasificación	Tipo de procedimiento	Año 2000				Año 2001			
		N.º de casos	%	Acumulado grupos		N.º de casos	%	Acumulado grupo	
				N.º	%			N.º	%
Trauma	Reducción abierta de fractura	75	39,27			83	26,27		
	Reducción cerrada de fractura	15	7,85	90	47,11	32	10,13	115	36,40
Tumores	Resección tumor benigno	9	4,71			18	5,69		
	Resección de lesión maligna o benigna radical	7	3,67			7	2,22		
	Vaciamiento de cuello	4	2,09			1	0,32		
	Glosectomía	4	2,09	24	12,59	3	0,94	29	9,18
Ortognática	Osteotomía maxilar	8	4,19			23	7,28		
	Osteotomía mandibular	9	4,71			28	8,86		
	Mentoplastia	8	4,19	25	13,08	18	5,69	69	21,83
Otros	Exodoncia-drenaje-curetaje	29	15,18			54	17,09		
	Reconstrucción tejidos blandos y duros	14	7,34			8	2,53		
	Otros	9	4,71	52	27,22	41	12,98	103	32,59
Total		191	100,00	191	100,00	316	100	316	100,00

Tabla 2
Distribución por edad y sexo de los pacientes intervenidos bajo anestesia general en la unidad de cirugía maxilofacial del Hospital Universitario San Vicente de Paúl en los años 2000 y 2001

Sexo/edad	Hombre				Mujer				Total			
	N.º de casos 2000	% 2000	N.º de casos 2001	% 2001	N.º de casos 2000	% 2000	N.º de casos 2001	% 2001	N.º de casos 2000	% 2000	N.º de casos 2001	% 2001
Menos de 10	8	6,06	24	11,70	7	5,30	6	2,93	15	11,45	30	14,63
De 11 a 20	26	19,69	24	11,70	11	8,33	19	9,27	37	28,24	43	20,98
De 21 a 30	33	25,00	50	24,39	9	6,68	18	8,78	41	31,29	68	33,17
De 31 a 40	10	7,58	23	11,22	3	2,27	9	4,39	13	9,92	32	15,61
De 41 a 50	4	3,03	14	6,83	5	3,79	4	1,95	9	6,87	18	8,78
51 y mas	10	7,58	5	2,43	6	4,54	9	4,39	16	12,21	14	6,3
Total	91	68,94	140	68,29	41	31,05	65	31,70	132	100	205	100

En el año 2000, los procedimientos quirúrgicos realizados en el quirófano de pensionados representaron el 82,58% mientras que en el quirófano infantil el 15,15% y tan solo 2,27% en el quirófano de policlínica. En 2001, el quirófano de pensionados atendió el 76,56% de las cirugías, el quirófano infantil el 16,07% y el quirófano de policlínica el 7,34% del total (tabla 4).

En cuanto al espectro de los procedimientos quirúrgicos, en año 2000, de las 90 fracturas atendidas, 75 se manejaron con reducción abierta (83,33%) y 15 con cerrada (16,67%). En el año 2001, se encontró que de las 105 fracturas atendidas, 83 casos se manejaron con reducción abierta (79,04%) y 32 casos con reducción cerrada (20,95%) (tabla 1)

Entre los 24 procedimientos para manejo quirúrgico de tumores, en 2000, 9 procedimientos (37,5%) se derivaron de lesiones benignas y 15 provenían del diagnóstico de lesiones malignas o agresivas (62,5%). En 2001, se presentaron 26 procedimientos de los cuales 18 (69,23%) se derivaron de diagnósticos de lesiones benignas y 11 de lesiones malignas o agresivas (30,76%) (tabla 1).

Respecto a los procedimientos por anomalías dento-faciales, en 2000, de los 25 procedimientos, 8 fueron osteotomías maxilares (32%), 9 osteotomías mandibulares (36%) y 8 mentoplastias (32%). En 2001, de los 69 procedimientos quirúrgicos realizados, 23

fueron osteotomías maxilares (33%), 28 osteotomías mandibulares (40,57%) y 18 mentoplastias (26,08%) (tabla 1).

Tabla 3
Distribución de las intervenciones de acuerdo con la entidad responsable de la financiación del procedimiento quirúrgico en la unidad de cirugía maxilofacial del Hospital Universitario San Vicente de Paúl. Años 2000 y 2001

Entidad	Año 2000		Año 2001	
	N.º de casos	%	N.º de casos	%
Soat	65	34,03	123	38,92
Subsidiado	79	41,36	86	27,21
Eps	14	7,32	29	9,17
Particulares	33	17,29	78	24,68
Total	191	100,00	316	100,00

Tabla 4
Distribución de los procedimientos de acuerdo al quirófano donde fue realizado el procedimiento quirúrgico por personal de la unidad de cirugía maxilofacial del Hospital Universitario San Vicente de Paúl durante los años 2000 y 2001

Quirófano	Año 2000		Año 2001	
	N.º de casos	%	N.º de casos	%
Pensionados	109	82,58	157	76,59
Infantil	20	15,15	33	16,07
Policlínica	3	2,27	15	7,34
Total	132	100,00	205	100,00

El grupo “otros” incluyó procedimientos como: manejo de infecciones, suturas de tejidos blandos, implantes, cirugía de articulación temporomandi-

bular, reconstrucción ósea. Para 2000, representó el 27,22% del total de la atención quirúrgica y en 2001 el 32,59% (tabla 1).

Con respecto a las complicaciones, no se presentaron complicaciones intraoperatorias en ningún caso. De las posoperatorias, en el año 2000 la más frecuente fue la infección (6,83%). Las otras complicaciones representaron 7,58% adicional y en orden de frecuencia fueron: no unión (3 casos), dehiscencia de herida (2 casos), maloclusión (1 caso), hemorragia (1 caso), hipoacusia (1 caso), seroma (1 caso), entre otros (tabla 9). En 2001, el total de las complicaciones posquirúrgicas se redujo al 6,83% y la complicación más frecuente en este año fue la dehiscencia de herida (tabla 5).

Finalmente, con respecto al uso de medicación intraoperatoria, los antibióticos más usados fueron cefalosporinas, penicilinas y metronidazol en dosis variadas. El esteroide de elección para uso intraoperatorio fue la hidrocortisona y el antiemético la metoclopramida. Se encontró que en 2000, de los 67 pacientes de trauma, solo 29 recibieron medicación con esteroides intraoperatoriamente, 21 pacientes medicación con antibióticos y 20 con antiemético. De los 13 pacientes de cirugía ortognática en el mismo año, 12 recibieron esteroides intraoperatorios, 10 antibiótico y 6 antiemético. En 2001, de los 97 pacientes operados por trauma, solo 36 recibieron medicación esteroidea intraope-

ratoria, 33 pacientes medicación con antiemético y 28 pacientes medicación con algún tipo de antibiótico. En el grupo de cirugía ortognática de 2001, de los 34 pacientes operados, 31 fueron medicados intraoperatoriamente con esteroides, 22 con antiemético y 33 con antibiótico (tablas 6, 7, 8).

Tabla 5
Distribución de las complicaciones postoperatorias en los procedimientos realizados bajo anestesia general en la unidad de cirugía maxilofacial del Hospital Universitario San Vicente de Paúl durante los años 2000 y 2001

Complicación	Año 2000		Año 2001	
	N.º de casos	%	N.º de casos	%
Parálisis	0	0,00	1	0,48
Infección	9	6,83	2	0,98
Hemorragia	1	0,75	2	0,98
Maloclusión	1	0,75	1	0,48
Hipoacusia	1	0,75	0	0,00
Seroma	1	0,75	0	0,00
Dehiscencia	2	1,53	4	1,95
Malunión o no unión	3	2,28	1	0,49
Recidiva	1	0,75	3	1,47
Hiposmia	0	0,00	0	0,00
Total complicaciones	19	14,39	14	6,83
Ninguna complicación	113	85,61	191	93,17

Tabla 6
Distribución de la medicación antibiótica intraoperatoria en los procedimientos realizados bajo anestesia general en la unidad de cirugía maxilofacial del Hospital Universitario San Vicente de Paúl durante los años 2000 y 2001

Medicación	Año 2000				Año 2001			
	Pacientes con medicación antibiótica		Ninguna medicación antibiótica		Pacientes con medicación antibiótica		Ninguna medicación antibiótica	
Procedimiento	N.º de casos	%	N.º de casos	%	N.º de casos	%	N.º de casos	%
Trauma	21	31,35	46	68,65	28	28,87	69	71,13
Cx ortognática	10	76,93	3	23,07	33	97,06	1	2,94
Quistes y tumores	8	44,44	10	55,55	12	52,17	11	47,83
Otros	6	17,65	28	82,35	12	23,53	39	76,47
Total	45	34,10	87	65,90	85	41,46	120	58,54

Tabla 7

Distribución de la medicación esteroidea intraoperatoria en los procedimientos realizados bajo anestesia general en la unidad de cirugía maxilofacial del Hospital Universitario San Vicente de Paúl durante los años 2000 y 2001

Medicación	Año 2000				Año 2001			
	Algun esteroide	%	Ningun esteroide	%	Algun esteroide	%	Ningun esteroide	%
Procedimiento								
Trauma	29	43,28	38	56,71	36	37,11	61	62,89
Cx ortognatica	12	92,31	1	7,69	31	91,18	3	8,82
Quistes y tumores	6	33,34	12	66,66	7	30,43	16	69,57
Otros	7	20,59	27	79,41	8	15,69	43	84,31
Total	54	40,91	78	59,09	82	40,00	123	60,00

Tabla 8

Distribución

maxilofacial del Hospital Universitario San Vicente de Paúl durante los años 2000 y 2001

Medicación	Año 2000				Año 2001			
	Algún antiemético	%	Ningún antiemético	%	Algún antiemético	%	Ningún antiemético	%
Procedimiento								
Trauma	20	29,85	47	70,15	33	34,02	64	65,98
Cx ortognatica	6	46,15	7	53,85	22	64,71	12	35,29
Quistes y tumores	5	27,77	13	72,23	5	21,74	18	78,26
Otros	5	14,71	29	85,29	9	17,65	42	82,35
Total	36	27,28	96	72,72	69	33,66	136	66,34

DISCUSIÓN

El ejercicio de la cirugía maxilofacial incluye el manejo de las enfermedades de la región oral y maxilofacial, cirugía dentoalveolar y control del dolor, cirugía preprotésica, patología y medicina oral, enfermedades de la articulación temporomandibular, traumatología facial, oncología, glándulas salivares, cirugía estética, reconstructiva, ortognática, y craneofacial.¹

La circular de “International guidelines for speciality training in oral and maxillofacial surgery” aclara que aunque es deseable que el cirujano maxilofacial haya recibido educación formal tanto en medicina como en odontología (poseer ambos títulos), no es absolutamente necesario siempre y cuando las universidades asuman la responsabilidad de dar a sus

residentes un profundo conocimiento en la disciplina sobre la cual no han obtenido un título formal.¹ En latinoamérica, se ha consolidado y reconocido el ejercicio de la cirugía maxilofacial como especialidad odontológica con el respaldo de la Asociación Latinoamericana de Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial, ALACIBU.³

Dentro del HUSVP, el ejercicio de la cirugía maxilofacial cubre el espectro de las actividades descritas al principio de esta discusión a través de actividades repartidas mas no compartidas entre los servicios de cirugía maxilofacial, como especialidad odontológica y, cirugía plástica-maxilofacial y de la mano y otorrinolaringología, como especialidades médicas. No existen en esta institución criterios claros para la asignación de pacientes a uno u otro servicio. El estudio descriptivo que se presenta aquí, se limita

a las actividades quirúrgicas bajo anestesia general que realizaron durante dos años consecutivos en la unidad de cirugía maxilofacial y estomatología de dicho hospital y no representa la estadística total de la consulta hospitalaria por esta especialidad.

Durante los dos años consecutivos estudiados, se intervinieron quirúrgicamente bajo anestesia general un total de 337 pacientes. En ese número de pacientes se realizaron 507 procedimientos maxilofaciales. Ajike y otros⁴ reportaron la atención de 87 pacientes entre 2001 y 2003, en el departamento de cirugía maxilofacial del Amino Kano Teaching Hospital en Nigeria, número considerablemente menor, que muestra que el hospital San Vicente de Paúl se constituye en un adecuado campo de entrenamiento para la educación integral de los residentes de cirugía maxilofacial. Las guías internacionales de entrenamiento¹ indican que el residente debe ser expuesto a un número considerable de pacientes con una amplia variedad de problemas para desarrollar las competencias en el espectro completo de la especialidad. Concretamente, uno de los requisitos para la graduación en un programa de cuatro años de duración, sería la intervención de 75 pacientes de cirugía mayor para cada uno de los residentes actuando como cirujano o primer asistente.³ Si se analiza el número de pacientes y procedimientos que reporta este trabajo en el año 2001, y considerando: 1) que el programa de formación a que se refiere este estudio dura tres años; 2) que se entrenan tres residentes por cohorte; 3) que es el residente mayor quien actúa como operador o primer asistente y 4) si se asume que la distribución de los procedimientos es relativamente equitativa, se podría afirmar que a pesar de desarrollar su formación en solo tres años, cada uno de los residentes graduados en dicho año tuvo a su cargo aproximadamente 70 pacientes y realizó 105 procedimientos bajo anestesia general, dando cumplimiento al estándar. No se encontraron publicaciones acerca de las estadísticas de atención de otros hospitales del país que permitan hacer comparación local o nacional de los datos obtenidos en este estudio.

Desde el punto de vista epidemiológico, los datos relativos a género y grupos etarios más susceptibles

de ser intervenidos en el área maxilofacial coinciden con los de otras publicaciones internacionales principalmente en lo relativo a trauma.^{4,5,6}

El análisis comparativo de los datos, sin hacer distinción de grupo de procedimientos, mostró aumento considerable en la consulta quirúrgica de un año a otro, lo que puede interpretarse como uno de los primeros picos en el crecimiento del servicio. Durante años, la programación quirúrgica maxilofacial tuvo restricciones en los turnos de quirófano y una relativa prudencia del gremio médico para canalizar a los pacientes hacia la unidad de Cirugía Maxilofacial. La confianza progresiva del Hospital en el servicio, la disponibilidad para la captación del paciente en la sala de urgencias y la consolidación de programas como el de cirugía ortognática, son algunos de los factores que han contribuido a la captación de mayor población de pacientes.

El análisis de la distribución de los casos entre los grupos de procedimientos quirúrgicos, muestra que las intervenciones para el manejo de trauma se constituyeron durante ambos años, en las operaciones más requeridas. En el estudio de Ajike y otros⁴ se encontró también el trauma como la consulta más demandante de procedimientos quirúrgicos (36,6%) seguida por el manejo de tumores y en el último lugar reportaron las cirugías ortognáticas. En este estudio, en 2001, se notó crecimiento en la demanda de los procedimientos de cirugía ortognática duplicando el número de pacientes intervenidos en el año inmediatamente anterior y superando en cantidad los pacientes que fueron operados por tumores. Este dato se puede correlacionar con el aumento que en el mismo año tuvo el número de pacientes que cubrieron particularmente el costo de la cirugía y se explica por la tendencia que tiene el sistema de seguridad social de este país a no considerar la corrección de las anomalías dentofaciales como un procedimiento funcional sino estético, negándose a darle cubrimiento y obligando al paciente a costear por sí mismo la operación.

Los hallazgos relativos al quirófano en el cual se realizan con más frecuencia las cirugías y el alto porcentaje que respalda este dato da cuenta de la tendencia que hay en el servicio, pese a existir

disponibilidad de los residentes y docente para la atención en la sala de urgencias, a realizar procedimientos quirúrgicos bajo programación y no como procedimientos urgentes. Este protocolo está de acuerdo con el principio de esperar la involución del edema para intervenir paciente.

El análisis al interior de cada grupo de procedimiento durante los dos años mostró relación porcentual muy constante en el área de trauma entre las reducciones abiertas y cerradas, y en el área de anomalías dentofaciales entre las osteotomías, con una demanda mayor de osteotomías mandibulares seguida de las maxilares y en el último lugar las mentoplastias. Un hallazgo particular se encontró en el área de tumores donde los porcentajes entre lesiones malignas y benignas operadas bajo anestesia general se invirtieron en el segundo año a favor de las lesiones benignas. Este último fenómeno no es explicado por la disminución en la aparición de lesiones malignas sino más bien la disminución en el número de pacientes operados por esta causa en la institución, ya que las disposiciones contractuales de la dirección seccional de salud canalizaron los pacientes del régimen subsidiado con enfermedades de alto costo hacia otro hospital de la ciudad. Esta afirmación está apoyada en la caída desde 41 hasta 27 % de los pacientes cuyas cirugías fueron cubiertas por ARS entre 2000 y el 2001.

Los porcentajes de complicaciones posquirúrgicas en el primer año analizado fue alta y bordeó los rangos promulgados la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual plantea que debe encontrarse entre el 2,5 y el 12 %.⁶ En el segundo año analizado, el porcentaje de complicaciones se redujo casi a la mitad mostrándose una tendencia hacia el control de los factores predisponentes a la complicación, particularmente los casos de infecciones, pasaron de 9 a 2 casos.

Finalmente, para los años estudiados, el análisis de la medicación intraoperatoria muestra que existe un intento por protocolizar el uso de antiemético, antibiótico y esteroides en la sala de cirugía para la mayoría de los pacientes sometidos a cirugía ortognática, mientras que los datos para los pacientes de

trauma no muestran esta tendencia. Hay que considerar que el estudio no hace análisis de la condición ambulatoria u hospitalaria de los pacientes. En el caso de los pacientes con anomalías dentofaciales, se hace el ingreso el mismo día de la cirugía y los medicamentos se usan profilácticamente al inicio de la cirugía mientras que para los pacientes hospitalizados por trauma maxilofacial existe un protocolo que indica iniciar tratamiento antibiótico al ingreso y esperar la involución del edema antes de intervenir por lo cual se puede deducir que el paciente llega medicado al quirófano. De cualquier manera, el análisis demuestra que no se habían establecido protocolos farmacológicos a este respecto, ni para la clase de medicamento aplicable intraoperatoriamente, ni para el tipo ni la dosis de medicamento dentro de cada clase.

De los datos de este primer trabajo, se puede concluir que pese a la controversia respecto a la formación de los especialistas en el área de cirugía maxilofacial en cuanto al título de pregrado obtenido y a la duración del entrenamiento, el ejercicio de esta especialidad en la ciudad de Medellín por parte de cirujanos maxilofaciales odontólogos y residentes en proceso de formación dentro del hospital universitario San Vicente de Paúl, es suficientemente amplia y muestra clara tendencia de crecimiento del servicio dentro de la institución y de la especialidad dentro de la comunidad. Las actividades quirúrgicas reportadas aquí coinciden con las descritas en las guías internacionales de entrenamiento, pero aun así son insuficientes para cubrir todo el espectro de la especialidad. Importantes fortalezas se hicieron visibles en las áreas de trauma y cirugía ortognática. Se evidenció la necesidad de fortalecer el área de cirugía reconstructiva y craneofacial y adecuar los programas académicos a las necesidades locales. También se detectó la necesidad de estandarizar los protocolos farmacológicos.

Con este estudio queda establecido el punto de partida para que los datos estadísticos puedan ser comparados y analizados con los obtenidos en bases de datos de periodos más recientes dentro del mismo hospital y con los estudios de otros centros de formación hospitalarios en el área maxilofacial.

AGRADECIMIENTOS

Al doctor José Radi Londoño por su contribución en el relato del origen y desarrollo histórico de los servicios de estomatología y cirugía maxilofacial dentro del Hospital San Vicente de Paúl.

CORRESPONDENCIA

Flor Ángela Villegas Acosta
Hospital Universitario San Vicente de Paúl
Unidad de Cirugía Oral y Maxilofacial
Calle 64 N.º 51-154
Teléfono: 516 74 22.
Medellín, Colombia
Dirección electrónica: angia76@hotmail.com

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Asociación Latinoamericana de Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial. Estándares latinoamericanos de educación avanzada de la Especialidad de Cirugía Bucal y Maxilofacial. *Rev Odontol Maxillofac* 2001; 5: 12-20.
2. The international association of oral and maxillofacial surgeons. International guidelines for speciality training in oral and maxillofacial surgery. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1992; 21 (3): 130.
3. Black CG. Letter to the editor. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1993; 22 (4): 251.
4. Ajike SO, Arotiba JT, Adebola RA, Ladehinde, Amole IO. Spectrum of oral and maxillofacial surgical procedures in Kano, Nigeria. *West Indian Med J* 2005; 54 (5): 325-328.
5. Medina MJ, Molina P, Bobadilla L, Zaror R, Olate S. Fracturas maxilofaciales en individuos chilenos. *Int J Morphol* 2006; 24(3): 423-428.
6. García-Roco O, Arredondo M, Correa A, Sire A. Algunas tendencias actuales en la cirugía maxilofacial mayor ambulatoria. Nuestra experiencia. *Rev Cubana Estomatol* 2002; 39 (2): 101-118.