

tades en la erradicación de gérmenes que en un buen porcentaje de casos presentan resistencias a la mayoría de los antibióticos corrientes como el estafilococo, con las que de por sí se encuentran en este tipo de cardiomiopatías. En cuanto al pronóstico se refiere a nadie escapa la gravedad que representa la implantación de una endocarditis en una cardiomiopatía que de por sí ya es de un pronóstico malo.

REFERENCIAS

1. Correa, P., Restrepo, C., García, C. y Quiroz, A.C.: Pathology of heart diseases of undetermined etiology which occur in Cali, Colombia. *Amer Heart J* 66: 584, 1963.
2. Fodor, J. y Miall, W.E.: Miocardial disease in a rural population in Jamaica. *Bull WHO* 31: 321, 1964.
3. Quinn, E.L.: Bacterial endocarditis - *Postgrad Med* 44: 82, 1968.
4. Robbins, S.L. y Angell, M.: Basic Pathology. Philadelphia, W. B. Saunders Company. Pag. 272-275, 1971.
5. Somers, L., Patel, A.K., Steiner, I., D'arbela, P.G. y Hutt, M.S.R.: Infective endocarditis. An African experience. *Brit Heart J* 34: 1107-1112, 1972.
6. Angrist, A.A.: Pathogenesis of bacterial endocarditis. *JAMA* 183: 249, 1963.
7. Bayles, F.B. y Lewis, W.H. Jr.: Subacute bacterial endocarditis in older people. *Ann Intern Med* 13: 2154, 1940.
8. Rodban, D.: Blood velocity and endocarditis. *Circulation* 27: 18, 1963.
9. Steiner, I., Patel, A.K., Hutt, M.S.R. y Somers, K.: Pathology of Infective endocarditis. A postmortem evaluation. *Brit Heart J* 35: 159-164, 1973.
10. Lerner, P.I. y Weinstein, L.: Infective endocarditis in the antibiotic era. *New Eng J Med* 274: 199-206, 1966.
11. Davies, J.N.P.: The heart of Africa. Cardiac Pathology in the population of Uganda. *Lab Invest* 10: 205, 1961.
12. Davies, J.N.P. y Ball, J.D.: The pathology of endomyocardial fibrosis in Uganda. *Brit Heart J* 17: 337, 1955.
13. Sharper, A.G., Hutt, M.S.R. y Coles, R.M.: Necropsy study of endomyocardial fibrosis and rheumatic heart disease in Uganda 1959-1965. *Brit Heart J* 30: 391, 1968.

CORRECCION DEL MICROGNATISMO MANDIBULAR POR CORTE SEMICIRCULAR EN LAS RAMAS

Gustavo Ulloa¹, Raúl Ramírez² y Jesús Velásquez³

EXTRACTO

Este trabajo muestra el empleo de un corte antero-posterior de concavidad inferior a nivel de la rama ascendente del maxilar inferior, para corregir el retrognatismo. Después de mencionar varios aspectos de esta entidad, se presenta un caso en el cual el método mencionado produce resultados satisfactorios. Se describe todo el proceso de tratamiento, hasta la consolidación total de la fractura quirúrgica.

DEFINICION

La micrognancia del maxilar inferior es la falta de desarrollo normal de este hueso que produce por tanto, una disto-oclusión en la articulación dentaria. Esta hipoplasia puede estar localizada en la rama, en el cuerpo o en ambas partes del maxilar inferior y puede ser congénita o adquirida.

HISTORIA

El primero que trató quirúrgicamente esta deformidad maxilar fue Hullihen¹ en 1848. Leinberg en 1928 propuso la adición de costilla en el borde inferior de la rama horizontal para la corrección de la micrognacia². Robinson en 1957¹ describió un caso de micrognacia corregido con osteotomía en la rama con adición de hueso ilíaco. Trauner y Obwegeser sugirieron¹ en varios artículos la operación en la rama por vía submandibular e implantación de hueso entre los fragmentos en una osteotomía en L invertida. Esta técnica fue sustentada por Caldwell y Amaral¹ por los siguientes motivos:

1. No hay contaminación oral.
2. Se evita lesionar el nervio dentario.
3. La cicatrización ósea es más rápida.
4. No se alteran las estructuras dentarias.
5. Es más segura estética y funcionalmente.

Mohnac³ corrigió el retrognatismo efectuando primero una osteotomía horizontal de la rama, a ciegas, con la sierra de Gigli entre la escotadura sigmoidea y el agujero dentario inferior, pero los fracasos que obtuvo en este método: mordidas abiertas, pseudoartrosis, etc, fueron tantos que hoy prefiere el corte horizontal con osteosíntesis por la vía submandibular. Christensen⁴ hace un corte vertical de la rama desde la escotadura sigmoidea hasta el ángulo y en el espacio que queda entre los fragmentos, al adelantar el maxilar, coloca un injerto óseo fijado con alambre. Small y Rae⁵ practican la osteotomía vertical, cortan primero la apófisis coronoides, luego rotan el segmento condíleo y lo fijan a la rama con alambre; así regularizan el ángulo y dicho hueso es colocado en medio de los fragmentos como injerto óseo.

Informe del Caso

Se presenta a continuación un caso tratado por los autores en el Hospital San Juan de Dios de Cali, con la técnica del corte en semicírculo que partiendo del borde posterior de la rama va al borde anterior por encima del agujero dentario inferior.

El paciente se presentó al servicio de cirugía oral para serle corregida una anomalía del maxilar inferior (Figura 1). Al estudio clínico, radiológico y sobre los modelos de yeso colocados en articulador, se hizo diagnóstico de retrognatismo (Figura 2) del maxilar inferior presentando por lo tanto una distooclusión y ausencia de los dientes:

8-7 2-8

8-7-2-1 1-2-6-8

1. Jefe del Servicio de Cirugía Oral, Hospital San Juan de Dios, Cali.
2. Cirujano Oral, Servicio de Cirugía Oral, Hospital San Juan de Dios, Cali.
3. Cirujano Plástico.



Figura 1

Sobre los modelos de yeso se confeccionan arcos de cromocobalto que se colocan el día anterior a la intervención para inmovilizar los maxilares.

Bajo anestesia nasotraqueal se hace incisión subangular de 2 cm. de largo y 0.1 cm. por debajo del ángulo derecho del maxilar inferior. Se disecan la piel, el tejido celular subcutáneo, el músculo cutáneo del cuello y sin lesionar el ramo cervical del facial se llega a los músculos masetero y pterigoideo interno que son desinsertados. Se descubre la cara

externa de la rama. Con el torno dental se hace un corte en semi-luna de concavidad inferior que va del borde anterior al borde posterior de la rama, pasa por encima del agujero dentario y respeta en esta forma el paquete vasculo-nervioso. Terminada la separación del fragmento, se cierra por planos y se repite el procedimiento en el lado opuesto.

Al recuperarse el paciente de la anestesia se colocan las fuerzas elásticas que traccionan el fragmento anterior hacia adelante, y arriba, dejándolo en la posición deseada (Figura 3). Cuando termina el tratamiento del retrognatismo se hace la cirugía plástica del defecto nasal (Figura 1).

CONCLUSIONES

Con la técnica utilizada en el caso descrito:

1. Se conservó el paquete vasculo-nervioso dentario inferior.
2. Se conservaron todos los dientes y se obtuvo una buena articulación dentaria.
3. No se corrió el riesgo de la falla del injerto óseo.

REFERENCIAS

1. Caldwell, Y.B. y Amaral, W.: Mandibular micrognathia corrected by vertical osteotomy in the rami and iliac bone graft. *J Oral Surg* 18: 3-15, 1960.
2. Pichler H. y Trauner, R.: *Cirugía bucal y de los maxilares*. Editorial Labor S.A. Barcelona. Tomo II, p. 540.
3. Mohnac, A.M.: Surgical correction of maxillomandibular deformities. *J Oral Surg* 21: 395-399, 1963.
4. Christensen, R.M.: Retrognathism corrected by a vertical osteotomy of the ramus with an inlaid bone graft. *J Oral Surg* 20: 511-516, 1962.
5. Small, I.A. y Rac, D.B.: Vertical osteotomy for retrognathid: a modified technic. *J Oral Surg* 21: 505-510, 1963.
6. Ruppe, Ch.: *Pathologie Buccale*. Bibliotheque du Chirurgien-Dentiste. Librairie J.B. Bailliere et fils Paris p. 145, 7 ed.



Figura 2