

HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE
"CAPITÁN ROBERTO RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ"
MORÓN

Comportamiento de la actividad quirúrgica de un cirujano máxilo facial en un año

Surgical activity behaviour of a maxillofacial surgeon in one year

Niorgy Rodríguez Rodríguez (1), Yaneisis Álvarez Blanco (2), Iyodaisy González Acosta (2), Bertha López Rodríguez (2).

RESUMEN

Se realizó un estudio analítico transversal en el departamento de Cirugía Máxilo Facial del Hospital General Universitario de Morón, provincia Ciego de Ávila, entre los meses de enero a diciembre de 2011, con el objetivo de caracterizar el comportamiento de la actividad quirúrgica de un cirujano Máxilo Facial en un año. Se recogió información de las variables edad, sexo, raza; clasificación quirúrgica en: mayor, menor y criterio ambulatorio; además, tipo de anestesia, distribución de intervenciones por mes, frecuencia de patologías diagnosticadas según tejido afectado, productividad del salón y complicaciones. Los datos fueron obtenidos de los informes operatorios en el departamento de estadística del hospital, procesados y presentados en tablas y gráficos. Más de la mitad de los pacientes fueron femeninos, del grupo de 35-59 años y de la raza blanca. Aproximadamente dos tercios de las cirugías fueron mayores y casi la totalidad ambulatoria. El tercer molar retenido y el carcinoma basocelular fueron las patologías más frecuentes. El salón de Cirugía Menor mostró una efectividad de más del 80%, y la relación de pacientes operados por día salón superó a la media establecida.

Palabras clave: PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS AMBULATORIOS/estadística y datos numéricos.

1. Especialista de 2do Grado en Cirugía Máxilo Facial. Especialista de 1er Grado en Estomatología General Integral. Máster en Salud Bucal Comunitaria. Profesor Asistente.
2. Licenciada en Atención Estomatológica.

INTRODUCCIÓN

La Cirugía Máxilo Facial es una especialidad quirúrgica muy relacionada con el resto de las especialidades de la Estomatología y de la Medicina en general, que tiene como objetivo fundamental la reparación, creación y habilitación funcional y estética de los tejidos correspondientes del área bucomaxilofacial cuando estos se encuentran enfermos. En los sujetos supuestamente sanos contribuye a la prevención de complicaciones y secuelas, así como a la promoción de la salud con el fin de reintegrar el individuo a la sociedad (1).

La mayoría de las intervenciones son realizadas ambulatoriamente, este modelo de cirugía es muy ventajoso, pues permite a los pacientes su incorporación a la sociedad en breve tiempo, disminuye los costos, así como la estadía preoperatoria y hospitalaria en sentido general. Su principal objetivo es solucionar el padecimiento con calidad y seguridad. Actualmente constituye uno de los pilares fundamentales para medir desarrollo en lo que asistencia médica se refiere y es muy favorable para pacientes e instituciones de salud por su alto valor humano, pues permite brindar una atención especializada con mayor calidad y con múltiples ventajas demostradas a través de los años (2).

La Cirugía ambulatoria se refiere a operaciones realizadas en pacientes sin admisión hospitalaria con retorno al hogar antes de las 24h, independientemente del tipo de anestesia empleada (3). Este método es aplicable hasta alrededor del 75% de los procedimientos de cabeza y cuello, donde se incluyen los traumatismos faciales, técnicas de extirpación y reconstrucción de tejidos (4).

Las cirugías realizadas son clasificadas en menores y mayores, según los parámetros establecidos (1, 5-6).

El presente trabajo tuvo como objetivo general caracterizar la actividad quirúrgica realizada por un cirujano máxilo Facial en un año, pues en las bibliografías consultadas aparecen trabajos sobre temas/patologías específico/as y no se muestran de forma integral los resultados alcanzados por un cirujano en un año, lo que facilitará la cooperación y bibliografía científica. Específicamente: distribuir los pacientes según edad, sexo, raza, clasificación quirúrgica, tipo de anestesia empleada, método ambulatorio, por mes y tipo de cirugía, frecuencia de patologías diagnosticadas clínicamente, además, determinar productividad de salón-cirujano y las complicaciones postoperatorias.

MÉTODO

Se realizó un estudio analítico de corte transversal en el Hospital Provincial General Docente "Capitán Roberto Rodríguez Fernández", del municipio Morón, provincia de Ciego de Ávila, en el periodo correspondiente de enero a diciembre de 2011. Se incluyeron todos los pacientes que fueron operados por el cirujano autor del presente trabajo en el período mencionado y no por los otros cirujanos del departamento, para un total de 755 pacientes.

La información fue recolectada en el Departamento de Estadística del hospital, a través de los informes operatorios en el caso de las intervenciones mayores y de los anuncios operatorios en las clasificadas como menores.

Se recogió información de las variables: 1.Edad, según los grupos del Programa de Atención Estomatológica a la Población (5), 2.Sexo, femenino y masculino, 3. Raza: blanca y negra, 4. Clasificación de la intervención en menor y mayor, según Guías Prácticas de Estomatología (1,6), y atendiendo al criterio de ambulatorio (3), 5. Tipo de anestesia empleada: local o general, 6. Distribución de intervenciones por mes, 7. Frecuencia de patologías diagnosticadas clínicamente por tejidos afectados: duro o blando, 8. Productividad del salón y 9. Complicaciones postoperatorias.

Las medidas de resumen que se utilizaron fueron el valor absoluto y el porcentaje.

Para el procesamiento de la información se elaboraron cuadernos de recolección de datos a través del programa Microsoft Office Excel 2003, que recogió todas las variables. Los resultados se expresaron en tablas.

RESULTADOS

La distribución de los pacientes operados según edad, sexo y raza aparece en la Tabla No.1, donde se observa un total de 755 pacientes y predominio del sexo femenino con el 56.3%. En relación con la edad el grupo más representado es el de 35-59 años, 30.9% y el de 75 y más el de menos pacientes con solo el 10.1%. Según la raza solo 62 pacientes son de la raza negra para un 8.21%, con predominio de las mujeres entre 35-59 años.

En la Tabla No.2 se muestra que el 69.4% de las cirugías realizadas fueron clasificadas como mayores. Esto es importante para destacar porque este tipo es la más difícil de realizar y las que representan mayor complejidad y posibilidades de complicaciones, si se tiene en cuenta que en este tipo de cirugía casi siempre se expone el hueso o se rotan colgajos de piel.

Casi la totalidad de las cirugías fueron realizadas con anestesia local, Tabla No.3, y de forma ambulatoria, solo el 4.37% necesitó de anestesia general, precisamente de este grupo son los que fueron ingresados, lo que representa un 0.93%, mientras que el 99.5% fue ambulatorio.

El mayor número de cirugías fueron realizadas en el mes de noviembre, con un 12.2% del total, se observó un comportamiento similar en el resto de los meses Tabla No.4, excepto enero, donde solo se operó al 1.46%, debido a vacaciones del médico y a suspensiones de dos turnos quirúrgicos por problemas en el salón de Cirugía Menor.

La distribución de los pacientes según patologías diagnosticadas al examen clínico en tejidos blandos se representa en la Tabla No.5, y se observa un marcado predominio del Carcinoma basocelular, con 147 casos, seguido de los Quistes sebáceos, los Nevus y los Fibromas.

La Tabla No.6 muestra las patologías de los tejidos duros y a los terceros molares retenidos que ocupan el primer lugar, a estos le sigue muy lejos, en orden descendente, los rebordes irregulares y los dientes incurables.

Según las normas quirúrgicas establecidas para Cirujanos Máxilo Faciales en hospitales se realizan no menos de tres actividades quirúrgicas a la semana y una actividad de consulta. Dos salones de cirugía menor, una para la cirugía bucal y otro para la cirugía de piel, además uno para los casos programados con anestesia general. En el año 2011 existía posibilidad de 104 días salón, pero al restar las fechas correspondientes a las vacaciones del doctor el número de posibilidades se reduce a 91. De estos, 14 turnos fueron suspendidos debido a dificultades presentadas en el salón por falta de guantes, roturas en conductos de agua y de climatización, lo que representa una efectividad del 84.6% para el salón y una relación de 9.38 pacientes operados por día, lo que supera la media establecida por día salón ambulatorio que es de 7 pacientes (6). Solo 2 pacientes presentaron complicaciones postoperatorias de importancia.

DISCUSIÓN

En la bibliografía médica existen diferencias tendencias cuando se exponen resultados de investigaciones en relación con la edad y el sexo, incluso de patologías específicas. En la presente, el mayor porcentaje de pacientes es del grupo de 35-59 años, similar a lo publicado por Fernández Collazo y colaboradores (7) de la Universidad de Ciencias Médicas de la Habana, pero en relación al sexo estos autores encontraron predominio de los masculinos, cuando en el presente fueron las femeninas con más de la mitad de los pacientes. No se encontraron referencias relacionadas con la raza, lo cierto es que, en todo un año, solo fueron operados 62 pacientes negros.

La Cirugía ambulatoria, como sistema funcional y organizado, se aplica desde mediados del siglo XX en el Reino Unido y no es hasta los años 60 cuando se comienza a desarrollar el Primer Programa de Cirugía Ambulatoria en el Baterworth Hospital de Grand Rapids de Michigan, en los Estados Unidos (8). Actualmente se estima que, en los países desarrollados, el 50% de las intervenciones quirúrgicas son ambulatorias (9-10).

En esta especialidad, a pesar de las serias dificultades económicas que ha tenido que enfrentar, ha encontrado con este proceder las bases necesarias para resolver con agilidad un importante número de problemas de salud en los pacientes, al tener presente que el hospital atiende un universo de población estimado en 200 mil habitantes, se desarrollan así los programas quirúrgicos del servicio. La Cirugía mayor ambulatoria es quizás el ejemplo más evidente de economía en el sistema de salud. El paciente recibe cuidados profesionales adecuados y seguros, además del ahorro que proporciona a la institución, los familiares de los pacientes no se afectan económicamente, debido a que solo dejan de trabajar el día de la intervención quirúrgica. Este método es preferido por los pacientes y familiares, por el bienestar que representa para ellos la falta de hospitalización (8,11). En el presente estudio todos los pacientes de cirugía menor fueron operados de forma ambulatoria y solo 7 de los que fueron clasificados como mayores necesitaron de ingreso hospitalario, se correspondieron estos con grandes cirugías como disecciones radicales de cuello y traumatismos severos.

Con respecto al número de cirugías por mes, no se encuentran estudios semejantes en la literatura consultada. Existe la creencia popular que el calor (meses junio-agosto) tiende a infestar las heridas por lo que muchos pacientes prefieren retrasar las intervenciones quirúrgicas para los meses de invierno y aunque se muestra un número similar de cirugías en estos dos períodos, en agosto, se inhabilitaron cinco turnos quirúrgicos, por vacaciones del cirujano. En el país, los meses de verano, coincidentes con el receso escolar y periodo vacacional de gran parte de la población, las consultas de cirugía máxilo facial se inundan de pacientes en busca de tratamiento que le permita corregir su estado de salud sin necesidad de ausentarse al estudio ni al centro laboral, pero coincidentemente es cuando gran parte de los galenos también disfrutan de su descanso, casi siempre los vinculados a la docencia, por lo que la atención médica resulta insuficiente.

En relación con la frecuencia de patologías, el Carcinoma Basocelular (CBC) ocupa el primer lugar de incidencia en tejidos blandos y el segundo en general solo superado por los terceros molares retenidos.

Esta patología representa aproximadamente entre un 70 a un 80% de los cánceres cutáneos no melanoma, en la población de color de piel blanca y su tasa de incidencia ha incrementado un 20% en las últimas 2 décadas y ha involucrado a grupos etarios cada vez más jóvenes (12). Estudios sobre esta entidad (13-14) plantean aumento de la morbilidad proporcional al incremento de la edad y

en pacientes blancos de ojos claros, fundamentalmente campesinos y obreros de la construcción. La región anatómica más susceptible a la aparición del CBC encontrada por Viñas García y colaboradores (15) en un estudio realizado en Artemisa, Cuba, fue la nasal con 46,1%. En el presente trabajo, a la gran mayoría de estos pacientes se le realizó técnica de exéresis y rotación de colgajo como plastia reconstructora del defecto, lo que hacía las intervenciones mayores.

En la presente investigación los terceros molares retenidos ocuparon el primer lugar en frecuencia de patologías por las cuales acudieron los pacientes a consulta para realización de cirugías, indicador que no coincide totalmente con un estudio realizado en el 2006 por Hernández Pedroso y Ducase Olivera (11) en el Hospital Universitario "Dr. Miguel Enríquez" de La Habana, solamente con las cirugías mayores ambulatorias, no de forma general como el presente trabajo, donde encontraron en primer lugar alta incidencia de dientes incurables con el (48,02%), que en este estudio ocupa la tercera posición, antecedidos por el CBC, también refieren alto índice de dientes retenidos (38,60%), esto demuestra que estas afecciones están entre las enfermedades quirúrgicas más frecuentes tratadas por el cirujano maxilo facial en el país, varía su incidencia en dependencia de la localización geográfica.

En relación con los terceros molares es importante destacar que muchos pacientes operados no necesitaban de remisión al segundo nivel de atención y pudieron haberse resuelto en la atención primaria, pero fueron remitidos por diferentes causas. El Dr. Siré Gómez y colaboradores (16), de la Universidad Médica de Camagüey, en un estudio realizado en el 2010 a estomatólogos, confirma que los profesionales de esa provincia, sienten la necesidad de adquirir o perfeccionar habilidades quirúrgicas específicas, que no pudieron alcanzarse (o luego se perdieron por falta de continuidad en la práctica) tanto en el pregrado, como en el transcurso de la especialidad integradora y plantea que como respuesta docente a las necesidades de superación de postgrado recogidas en las encuestas, deben planificarse e impartirse periódicamente, modalidades de superación de postgrado que incluyan aspectos fundamentales o novedosos en relación con la cirugía bucal, pero que sobre todo faciliten en la práctica, la obtención de esas habilidades y destrezas necesarias para desempeñarse correctamente ante estos casos.

Al analizar la productividad del salón y del cirujano, tampoco se encontraron datos en publicaciones científicas que permitan establecer comparaciones, por lo que se recomienda a los diferentes autores la realización de estos estudios.

Se concluyó que más de la mitad de los pacientes fueron femeninos, del grupo de 35-59 años y de la raza blanca. Aproximadamente dos tercios de las cirugías fueron mayores y casi la totalidad ambulatoria y con anestesia local. El mayor número de intervenciones se realizó en noviembre. Las patologías más frecuentes fueron el tercer molar retenido y el carcinoma Basocelular. El salón de cirugía menor mostró efectividad de más del 80% y la relación de pacientes operados por día salón superó a la media establecida. Las complicaciones postoperatorias fueron mínimas.

ABSTRACT

An analytical, transversal study was carried out in the surgery maxillofacial department of the University General Hospital of Morón, Ciego de Avila province, between January and December 2011, with the aim to characterize the surgical activity behavior of a maxillofacial surgeon in a year. Taking into account the variables sex, age, race and surgical classification, some information was compile in (major surgery, minor surgery and ambulatory), besides, type of anesthesia, distribution of interventions by month, frequency of diagnosed pathologies according to affected tissue, productivity of the room and complications. Data were obtained from surgical reports in the statistics department of the hospital, processed and presented in tables and graphics. More than half of patients were feminine, among 35-59 years and white race. Around two-thirds of surgeries were major and almost the whole of them were ambulatory. The impacted third molar and basal cell carcinoma were the most frequent pathologies. The minor surgery room showed an effectiveness more than the 80%, and the relation of patients operated by day surpassed to the average established.

Key words: SURGERY, AMBULATORY, BEHAVIOUR.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guías prácticas clínicas de afecciones clínico quirúrgicas bucofaciales. En: Colectivo de autores. Guías Prácticas de Estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003.
2. Luzardo Silveira EM, Rodríguez Ramírez R, González Rondón PL, Puertas Álvarez JF. Ventajas de la cirugía mayor ambulatoria en situaciones de urgencia médica. MEDISAN [Internet]. 2009 [citado 25 Ene 2012]; 13(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192009000300003&lng=es&nrm=iso
3. Márquez Hernández J, Noya Pimienta M, Hooker Jesse H. Cirugía mayor ambulatoria en un grupo básico de trabajo. Arch Méd Camagüey [Internet]. 2009 [citado 25 Ene 2012]; 13(6): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552009000600008&lng=es&nrm=iso
4. García-Roco Pérez O, Arredondo López M, Correa Moreno A, Siré Gómez A. Algunas tendencias actuales en la cirugía maxilofacial mayor ambulatoria. Nuestra experiencia. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2002 [citado 12 Feb 2012]; 39(2): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072002000200003&lng=es&nrm=iso
5. Sosa Rosales MC, González Ramos RM; Gil Ojeda E. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población. Ciudad de La Habana; 2002.
6. Colectivo de Autores. Indicadores quirúrgicos. En: Programa Quirúrgico Nacional. Ciudad de La Habana; 2003.
7. Fernández Collazo ME, Vila Morales D, Rodríguez Soto A, Mesa González DL, Pérez Clemente NG. Lesiones periapicales agudas en pacientes adultos. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2012 [citado 21 agosto 2012]; 49(2): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072012000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
8. Luzardo Silveira EM, Nelson Parra Infante N, González Rondón PL, Viel Navarro D. Cirugía mayor ambulatoria en pacientes con apendicitis aguda. MEDISAN [Internet]. 2012 [citado 21 agosto 2012]; 14(7): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000700003&lng=es&nrm=iso
9. Luzardo Silveira EM, Eirin Arañó JE. Cirugía mayor ambulatoria de tumores benignos de la glándula tiroides. MEDISAN [Internet]. 2011 [citado 21 agosto 2012]; 15(5): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011000500004&lng=es&nrm=iso
10. Martínez Cabrera J. Efectividad de la cirugía mayor ambulatoria en la solución de afecciones de la glándula tiroides. [Internet]. 2009 [citado 21 Ago 2012]. Disponible en: <http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EkpEFpkVkpOwkDfFrq.php>
11. Hernández Pedroso L, Ducasse Olivera PA. Cirugía maxilofacial ambulatoria: una estrategia en difíciles condiciones. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2006 [citado 21 Ago 2012]; 43(1): [aprox. 8 p.]. 43(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072006000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
12. Nova Villanueva J, Sánchez Vanegas G, Porras de Quintana L. Cáncer de piel: perfil epidemiológico de un centro de referencia en Colombia, 2003-2005. Rev Salud Públ [Internet]. 2007 [citado: 12 Febr 2012]; 9(4): 595-601. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642007000400012&lng=en&nrm=iso&tlng=es
13. Calderón Pacheco JO. Comportamiento clínico epidemiológico y manejo del carcinoma basocelular en el Centro Nacional de Dermatología "Dr. Francisco José Gómez Urcuyo" [tesis]. Managua: Centro Nacional de Dermatología; 2008.
14. Estrada Sarmiento A, Virelles Espinosa M. Incidencia del cáncer de piel en la provincia Granma Cuba 1999-2003. Acta Odontol Venez. 2007; 45(1):67-70.
15. Viñas García M, Algozaín Acosta Y, Álvarez Campos L, Quintana Díaz JC. Comportamiento del carcinoma basocelular facial en Artemisa durante la última década. Rev Cubana Estomatol

[Internet]. 2011 [citado 21 Ago 2012]; 48(2): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072011000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es

16. Siré Gómez AF, Lima Álvarez M, Cadenas Freixas JL, Pérez Cedrón RA, Siré Martínez D. Necesidades de perfeccionamiento en la atención de urgencia bucomaxilofacial en servicios estomatológicos. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2010 [citado 21 Ago 2012]; 47(4): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072010000400002&lng=es&nrm=iso&tlng=es

ANEXOS

Tabla No. 1. Distribución de los pacientes según edad, sexo y raza. Departamento de Cirugía Máxilo Facial Hospital Provincial General Docente "Capitán Roberto Rodríguez Fernández" de Morón. Ciego de Ávila. Enero-diciembre de 2011.

Edad	Sexo													
	Femenino						Masculino						Total	
	Blanco		Negro		Total		Blanco		Negro		Total			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
0-18	62	16.0	6	15.8	68	16.0	37	12.0	4	16.7	41	12.4	109	14.4
19-34	96	24.8	11	28.9	107	25.2	83	26.9	9	37.5	92	27.9	199	26.4
35-59	132	34.1	18	47.4	150	35.3	78	25.3	5	20.8	83	25.2	233	30.9
60-74	64	16.5	2	5.26	66	15.5	69	22.4	3	12.5	72	21.8	138	18.3
75y más	33	8.53	1	2.63	34	8.00	41	13.3	1	4.17	42	12.7	76	10.1
Total	387	51.3	38	5.03	425	56.3	308	40.8	24	3.18	330	43.7	755	100

Fuente: Informe operatorio

Tabla No. 2. Distribución de los pacientes según clasificación quirúrgica y sexo.

Clasificación	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Menor	141	33.2	90	27.3	231	30.6
Mayor	284	66.8	240	72.7	524	69.4
Total	425	56.3	330	43.7	755	100

Fuente: Informe operatorio

Tabla No. 3. Distribución de los pacientes según tipo de anestesia empleada y sexo.

Anestesia	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Local	416	97.9	306	92.7	722	95.6
General	9	2.12	24	7.27	33	4.37
Total	425	56.3	330	43.7	755	100

Fuente: Informe operatorio

Tabla No. 4. Distribución de los pacientes por mes y tipo de cirugía.

Mes	Tipo de Cirugía					
	Menor		Mayor		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Enero	2	0.87	9	1.72	11	1.46
Febrero	23	9.96	50	9.54	73	9.67
Marzo	27	11.7	47	8.97	74	9.81
Abril	24	10.4	51	9.73	75	9.93
Mayo	18	7.79	47	8.97	65	8.61
Junio	16	6.93	43	8.21	59	7.81
Julio	23	9.96	45	8.59	68	9.01
Agosto	12	5.19	44	8.40	56	7.42
Septiembre	13	5.63	44	8.40	57	7.55
Octubre	25	10.8	40	7.63	65	8.61
Noviembre	27	11.7	65	12.4	92	12.2
Diciembre	21	9.09	39	7.44	60	7.95

Fuente: Informe operatorio

Tabla No. 5. Frecuencia de patologías diagnosticadas clínicamente en tejidos blandos.

Patología	No.	%	Patología	No.	%
Fibroma	23	5.2	Queilitis actínica	1	0.2
Papiloma	11	2.4	Incrustación de amalgama	1	0.2
Mucocele	10	2.3	Mancha melánica	4	0.9
Lóbulo auricular fisurado	6	1.3	Eritroplasia	2	0.4
Úlcera traumática	5	1.1	Quiste dermoides	6	1.3
Leucoplasia	12	2.7	Dermatitis	1	0.2
Quiste traumático facial	1	0.2	Retirada de Piercing lingual	1	0.2
Granuloma piógeno	1	0.2	Metástasis cervical	3	0.7
Nevus	91	20.6	Fibromatosis de la tuberosidad	2	0.4
Épulis Fisurado	7	1.6	Fístula facial	1	0.2
Queloides	1	0.2	Blefarocalasia	1	0.2
Queratosis	7	1.6	Orejas en asa	7	1.6
Carcinoma basocelular	147	33.2	Cuerpo extraño	1	0.2
Hemangioma	4	0.9	Condroma	1	0.2
Lipoma	8	1.8	Fístula retroauricular	1	0.2
Quiste sebáceo	37	8.4	Xantelasma	2	0.4
Cicatriz Hipertrófica	2	0.4	Queratoacantoma	1	0.2
Frenillo lingual corto	7	1.6	Cresta alveolar hipomóvil	1	0.2
Neuroma	2	0.4	Tumor de Warthin	4	0.9
Deformidad labial	1	0.2	Adenopatías	1	0.2
Deformidad nasal	1	0.2	Litiasis canalicular Subm.	1	0.2
Deformidad Facial	1	0.2	Cresta alveolar hipermóvil	3	0.7
Épulis	4	0.9	Carcinoma epidermoide	6	1.3

Fuente: Informe operatorio. 442 pacientes

Tabla No. 6. Frecuencia de patologías diagnosticadas clínicamente en tejidos duros.

Patología	No.	%	Patología	No.	%
Tercer mola retenido	167	53.3	Exóstosis	8	2.5
Reborde irregular	25	7.9	Fractura de le Fort II	1	0.3
Fractura mandibular	7	2.2	Canino retenido	8	2.5
Comunicación bucosinusal	9	2.8	Bicúspide retenido	2	0.6
Paladar fisurado	3	0.95	Mesiodens	11	3.5
Torus mandibular	13	4.1	Absceso dentoalveolar crónico	7	2.2
Fractura nasal	10	3.2	Resto radicular	1	0.3
Torus palatino	4	1.3	Fractura Máxilo malar	6	1.9
Quiste dentífero	2	0.6	Rinoescoliosis	1	0.3
Dientes incurables	18	5.7	Sinusitis maxilar	1	0.3
Fractura techo órbita	2	0.6	Quiste residual mandibular	2	0.6
Retirada tornillo implante	1	0.3	Granuloma periapical	2	0.6
Quiste periapical	2	0.6	Tumor de Pindborg	1	0.3

Fuente: Informe operatorio. 313 pacientes.