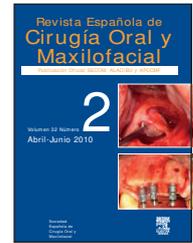


Revista Española de
**Cirugía Oral y
 Maxilofacial**

www.elsevier.es/recom



Revisión bibliográfica

Implant survival in maxillary and mandibular osseous onlay grafts and native bone: A 3 year clinical and computerized tomographic follow up

Sbordone L, Toti P, Menchini G, Sbordone C, Guidetti F
 Int J Oral Maxillofac Implants. 2009;24:695-703

El tratamiento mediante implantes dentales (ID) para reemplazar la ausencia de las piezas dentarias es hoy el método de elección entre los cirujanos orales y maxilofaciales. En un artículo reciente, la tasa de supervivencia de los ID a los 5 años es aproximadamente del 96%. Para la colocación de los ID es imprescindible disponer de un volumen óseo suficiente para asegurar la estabilidad primaria, así como resultados óptimos de osteointegración. En pacientes con un volumen óseo escaso o insuficiente se recurre a los injertos de hueso autólogo (IHA) como primera opción. En muchas ocasiones la colocación de los ID tiene lugar al mismo tiempo que se realiza el injerto óseo, y otras veces se hace en los 3 a 6 meses posteriores al injerto óseo. En contraposición al aumento del volumen óseo mediante injertos, existe la posibilidad de utilizar ID cortos o implantes cigomáticos. El objetivo del presente estudio es valorar la supervivencia de los ID colocados en un maxilar y una mandíbula atroficos reforzados mediante bloques de IHA, comparados con ID colocados en posiciones similares y en huesos sin injertar. Se realiza un estudio retrospectivo entre los años 2000-2002 que incluye a 40 pacientes con atrofia maxilomandibular intensa que requerían rehabilitación protésica y posteriormente la colo-

cación de ID. A todos los pacientes se les realizó una tomografía computarizada (TC) denta-scan preoperatoria para analizar y medir rigurosamente la cresta alveolar residual. Se realizaron IHA en las crestas alveolares menores de 6 mm de anchura y 7 mm de altura ósea. Estos injertos eran obtenidos de la cresta ilíaca y la sínfisis mandibular y diseñados en bloques de injertos óseos "onlay" tanto en vertical como en horizontal sobre la cresta alveolar, fijados con tornillos de titanio. Los espacios entre los bloques óseos eran rellenados también con chips de hueso autólogo. Se colocaron en total 197 ID, de los cuales 109 lo fueron sobre injertos óseos (56 en el maxilar y 53 en la mandíbula). Tras 3 a 5 meses del postoperatorio se colocaron los ID en el hueso alveolar injertado y no injertado, y pasados 6 meses se realizó la prótesis dental final. El seguimiento clínico-radiológico se realizó anualmente mediante un examen clínico y un denta-scan durante 3 años consecutivos. De los 88 implantes sobre el hueso sin IHA, solamente se observó el fracaso de un implante; es decir, la supervivencia fue del 98,9%. En cuanto a los 109 ID en el hueso injertado, también se observó un único fracaso; es decir, el 99,1% de tasa de éxito. La medición de la reabsorción ósea se realizó por el denta-scan. La media de reabsorción ósea en el hueso maxilar fue de 4,6 mm en la zona vestibular y de 3,8 mm en la zona palatina en los IHA sinfisarios; de 3,4 mm en vestibular y de 2,6 mm en palatino en los IHA de cresta ilíaca, y finalmente de 3,2 mm en vestibular y de 2,1 mm en palatino en el hueso no injertado. Por lo tanto, existe una tasa de supervivencia de los ID en el hueso injertado similar al hueso no injertado, y la reabsorción ósea es mayor en los injertos sinfisarios que en los injertos de cresta ilíaca y hueso no injertado.

Retrospective study of 68 implants placed in pterygomaxillary region using drills and osteotomes

Peñarrocha M, Carrillo C, Boronat A, Peñarrocha M
 Int J Oral Maxillofac Surg. 2009;24:720-6

La anatomía ósea posterior del hueso maxilar presenta múltiples limitaciones para la colocación de los implantes dentales (ID): limitaciones anatómicas tales como la pobre calidad y cantidad óseas, la presencia del seno maxilar y la dificultad del abordaje quirúrgico a la región pterygomaxilar (PM). Por lo tanto, en pacientes con atrofia grave del maxilar existen diferentes modalidades de tratamiento, como la colocación de injertos óseos, la elevación del seno maxilar o la colocación

de los ID en la región cigomática o pterigomaxilar. Dichas zonas suponen una dificultad añadida y, por tanto, mayor riesgo de fracaso de los ID. En la región PM es común el uso de osteotomos para minimizar el fresado, lo que permite una mayor conservación ósea y una disminución de los riesgos potenciales, como la hemorragia. El objetivo del presente estudio era la valoración de la tasa de éxito de 68 ID colocados en la región PM con un seguimiento de 1 año postoperatorio. Se realizó un estudio retrospectivo entre los años 2000-2006 que incluía a 45 pacientes con atrofia maxilar posterior intensa con uno o dos implantes en la región PM. A todos los pacientes se les realizaron radiografías panorámicas y dentascan para la comprobación del hueso alveolar remanente. Todos los ID fueron colocados por el mismo cirujano, realizando un mínimo fresado seguido de la utilización de

osteotomos cilíndricos para aumentar lentamente el diámetro. Todos los implantes eran de 4×16 mm y se realizaron las pruebas de imagen en el postoperatorio inmediato, tras la colocación de la prótesis y al año de la misma. Se produjo el fracaso de 2 implantes antes de la carga de la prótesis debido a la falta de osteointegración adecuada, sin signos clínicos ni radiológicos aparentes. Ningún paciente mostró signos de complicaciones clínicas, como sinusitis o parestesias. La tasa de éxito de los ID en la PM tras 1 año fue del 97,05%. Todas las prótesis implantosoportadas estaban estables y efectivas al final del estudio. La media de reabsorción ósea alrededor de los ID fue del 0,71 mm (0,78 mm en mesial y 0,64 mm en distal). Para los pacientes, los resultados estéticos y funcionales al final del estudio eran de 9 sobre 10 en una escala visual analógica (EVA).

Frontal mucocele presenting with forehead subcutaneous mass: an unusual presentation

Borkar S, Tripathi A, Satyarthee G, Sharma BS, Mahapatra AK
Turkish Neurosurgery. 2008;18:200-3

El mucocele frontal es un quiste de naturaleza benigna que contiene moco en su interior y que generalmente se desarrolla tras un proceso obstructivo crónico del ostium de los senos paranasales. Las obstrucciones pueden originarse como consecuencia de la inflamación, procesos alérgicos, pólipos, tumores óseos e incluso después de cirugía, aunque este último caso es muy raro. Estas lesiones crecen de manera progresiva y se expanden en la cavidad en la que se encuentran, sustituyendo y destruyendo lentamente el hueso que encuentran a su paso. La clínica con la que cursa el mucocele puede concretarse en alteraciones visuales, diplopía, disminución del campo visual, ptosis, hinchazón orbitaria, dolor retroorbitario y proptosis. En casos muy extraños puede estar presente una inflamación subcutánea. El diagnóstico se establece mediante tomografía computarizada (TC), aunque en casos de infección la resonancia magnética (RM) es muy útil para determinar la extensión intracraneal y

realizar un correcto diagnóstico diferencial. El tratamiento de esta afección es quirúrgico. La técnica puede ser un procedimiento endoscópico mínimamente invasivo que reduce enormemente las complicaciones o puede ser una craneotomía con cirugía craneofacial en la que se extrae el mucocele y su membrana, además de obliterar el seno con gel, músculo, grasa o algún tipo de pegamento biológico. En este artículo se presenta a una mujer de 53 años que acude con cefalea leve y una ligera inflamación subcutánea en la frente. Durante la exploración se aprecia dificultad en el movimiento ocular izquierdo, con el ojo ligeramente desviado hacia abajo. En la TC se podía identificar una lesión en el seno frontal izquierdo que se extendía a la órbita izquierda y hacia la fosa craneal anterior, y además se observaba la destrucción del techo de la órbita izquierda y de la pared posterior del seno frontal ipsilateral. Se realizó una incisión coronal y una craneotomía frontal izquierda extirpando por completo el mucocele, incluyendo la mucosa engrosada e inflamada del seno etmoidal. El seno frontal fue rellenado mediante hueso sintético y recubierto por el colgajo pericraneal. Los resultados estéticos fueron óptimos y sin ninguna complicación postoperatoria.

Farzin Falahat
Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España.