

Revisión Bibliográfica "Journal of oral and maxillofacial surgery" (julio - octubre de 2003)

Autores:

*Concepción Recio Lora
Master de Cirugía Bucal de la Universidad de Sevilla*

*Rafael Flores Ruiz
Alumno del Master de Cirugía Bucal de la Universidad de Sevilla*

*Daniel Torres Lagares
Profesor del Master de Cirugía Bucal de la Universidad de Sevilla
Profesor Ayudante de Cirugía Bucal de la Universidad de Sevilla*

*José Luis Gutiérrez Pérez
Director del Equipo Docente de Cirugía Bucal de la Universidad de Sevilla
Profesor Titular de Cirugía Bucal de la Universidad de Sevilla
Jefe del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario
Virgen del Rocío*



Realizamos una revisión de los artículos publicados de Julio a Septiembre de 2003 en la revista Journal of Oral and Maxillofacial Surgery y hemos elegido los diez mas implicados en el terreno de la patología quirúrgica bucal.

El primer artículo (1) valora la percepción de los pacientes en cuanto a los cambios en su calidad de vida relacionados con la salud oral en un período de 6 meses transcurridos después de la cirugía de un tercer molar. Un estudio que se realizó sobre 100 pacientes susceptibles de cirugía de extracción de un tercer molar con técnica anestésica y quirúrgica protocolizadas, medidas postoperatorias estándar y como tratamiento Paracetamol 500 mg/ Codeína 8 mg 1-2 /4-6 h, durante una semana se tomaron mediciones de control.

El paciente tenía la misión de realizar dos cuestionarios; el primero de ellos fue "OHIP-14", 14 item Oral Health Impact Profile, cada uno de ellos se valoró de 0 a 4, correspondiendo desde "nunca" hasta "frecuentemente". El segundo cuestionario "OHQoI-uk" 16 items Oral Health-Related Quality Of life measure, valorados de 1 a 5, desde muy "muy malos efectos" a "muy buenos efectos". La información fue recogida de forma diaria durante la primera semana de postoperatorio, al mes, a los tres y seis meses de la intervención. Se compararon los valores prequirúrgicos y posteriores a la misma, teniendo en cuenta los pacientes que estaban asintomáticos y los que habían sufrido sintomatología.

Como resultados presenta que el 88% de los pacientes completaron el estudio y los 12 restantes fueron excluidos del análisis. El grupo más predominante fueron mujeres de unos 26 años. Durante el postoperatorio inmediato hubo un gran incremento en los valores de OHIP-14 comparado con el estado preoperatorio ($P < .001$). Al mes se redujeron significativamente los



valores de OHIP-14 ($P=.011$) representando una gran reducción en la salud oral. A los tres meses los valores de OHIP-14 estaban en $P=.002$. A los seis meses aún se observaban cambios con respecto al estado inicial, lo cual indicaba una obvia reducción en la salud oral y, por tanto en la calidad de vida en este período. En cuanto a la medición OHQoI-UK-16 se observaron cambios similares y todo el postoperatorio fue peor en pacientes que habían sufrido pericoronaritis previa que en los que no habían tenido sintomatología.

La relativamente pequeña muestra utilizada y la naturaleza no randomizada del estudio limitan la generalización de los hallazgos. Además hay que tener en cuenta que se realizó en un escenario ideal, pacientes jóvenes y sanos.

Ambas mediciones mostraron variaciones estadísticamente significativas en la calidad de vida relacionada con la salud oral a lo largo de 6 meses después de una cirugía de extracción de un tercer molar, comparando con el estado previo, sin embargo a largo plazo, y sobre todo en aquellos pacientes que habían sufrido sintomatología previa, se producía una gran mejora, por tanto este estudio concluye que la cirugía del tercer molar se asocia con una mejora en la calidad de vida a largo plazo, pero con un deterioro de la misma a corto plazo.

El segundo artículo que revisamos (2) es un estudio en el que se han realizado extracciones de uno o mas terceros molares entre 1985-2000 en el OSI (Oral Surgical Institute), con el objetivo de comparar las complicaciones postoperatorias después de la extracción de terceros molares incluidos con dos estrategias de evaluación y manejo (EyM) quirúrgico diferentes: Cirugía en el mismo día (same-day surgery SDS) y Consulta previa a la cirugía (consult prior to surgery CPS). El objetivo principal de éste, es desarrollar un óptimo



protocolo de manejo de los terceros molares, que incluiría minimizar el número de visitas del paciente, minimizar los recursos para maximizar la eficacia, minimizar las complicaciones postoperatorias. Los criterios de inclusión fueron que existieran los datos de un completo estudio preoperatorio, intraoperatorio y de un seguimiento postoperatorio. Los pacientes que se sometieron a consulta y cirugía en el mismo día fueron incluidos en el grupo SDS y los que demoraron el procedimiento al menos 24 horas se incluyeron en el grupo CPS. Las complicaciones postoperatorias se clasificaron en mayores (daño del nervio y osteomielitis) y menores (hemorragia, infección y alveolitis localizada) y además, se tuvieron en cuenta otras variables en el estudio: factores demográficos (edad, fuente referidora), estado de salud general (enfermedades sistémicas, tabaquismo o alcoholismo), factores relacionados con la intervención (número de extracciones, tipo de anestesia, duración de la cirugía, número de visitas postoperatorias).

Tras analizar estadísticamente los datos de todas las variables se observó que no se hallaban diferencias significativas entre el grupo SDS y el CPS en términos de riesgo de complicaciones postoperatorias, por lo que sugiere un protocolo SDS. El desarrollo de los servicios y la práctica eficiente implica que hay que minimizar el número de visitas de los pacientes, maximizar la eficiencia del operador y minimizar las complicaciones. La técnica estándar consiste en visitar al paciente e intervenir en un tiempo posterior a 24 horas (CPS), y la alternativa consiste en completar la evaluación y el tratamiento en el mismo día (SDS), lo cual supone una disminución en las visitas sin aumentar el riesgo de complicaciones.

El tercer artículo (3) presenta dos casos clínicos de parálisis facial periférica tras una exodoncia dental. Este tipo de patología durante un



tratamiento dental no es frecuente. Si ocurriera, comienza inmediatamente tras la inyección del anestésico local en la región el agujero dentario inferior.

El primero de los casos, es un varón de 40 años al que se le realizó la extracción del tercer molar inferior derecho, la cual se realizó sin dificultad. A la semana, el postoperatorio había sido satisfactorio, pero al día 20 el paciente acude con una parálisis facial derecha, que había comenzado con debilidad en la musculatura facial de la zona, sin dolor retroauricular, sordera ni hiperacusia. Los estudios electromiográficos diagnosticaron una parálisis facial periférica incompleta con ausencia de denervación. El paciente se trató con corticoides orales (Prednisolona 1mg/kg) durante 5 días. La recuperación completa no se produjo hasta los 5 meses.

En el segundo caso, es un varón de 42 años de edad que presentó una parálisis facial en el lado derecho 24 horas después de la extracción de un primer molar superior derecho, la cual se desarrolló con normalidad. Los síntomas habían empezado con alteración del gusto e hiperacusia. El examen físico mostró signo de Bell positivo en el lado derecho. No se trató con corticoides porque el paciente fue visto una semana después de presentarse la parálisis. A los 6 meses presentaba una significativa mejoría pero no una curación total.

En los dos casos que se presentan, parece que el factor precipitante de la parálisis es la extracción dental. Aproximadamente el 20% de los pacientes con parálisis facial incompleta progresarán a una forma completa en 5 días, es por esta razón que el protocolo terapéutico aconseja el tratamiento de todos los pacientes con parálisis facial bajo corticoides a menos que estén contraindicados.



La causa más frecuente de parálisis facial periférica después de un procedimiento dental es la solución anestésica, sin embargo la etiología de las parálisis que demoran en el tiempo no está clara, aunque Gray considere que una infección viral ascendente a través del nervio lingual pueda causarla.

El virus herpes severo se ha visto implicado como un patógeno potencial en la aparición de parálisis. El Síndrome de Ramsay-Hunt, causado por una reactivación del virus Varicela Zoster (VZV) se caracteriza por la aparición de vesículas alrededor de la oreja y de una parálisis facial periférica aguda. Precedido de estrés, fiebre, menstruación, exposición al frío o al calor e incluso una extracción dental, se puede reactivar un VHS-1 latente.

La asociación entre el VZV y el VHS-1 con la parálisis facial sugiere que la terapia antiviral puede ser beneficiosa en su tratamiento y existen artículos que recomiendan el uso de Aciclovir, pero existen controversias en cuanto a que realmente este fármaco solucione el problema. Sin embargo, la combinación de la terapia antiherpética con la prednisolona sí parece ser efectiva, aunque la opinión de los más expertos se inclina al uso de corticoides tan pronto como sea posible.

El cuarto artículo (4) presentamos un caso clínico de una fibromatosis agresiva, en función de su rápido crecimiento y características histológicas. La extirpación quirúrgica es el tratamiento de elección.

Las fibromatosis representan un grupo de lesiones benignas del tejido fibroso, cuya etiología está poco definida, que muestran similar comportamiento clínico e histológico y que suelen invadir tejidos blandos y duros. Suelen darse en pacientes jóvenes y cursan con una alta recidiva.



La fibromatosis infantil agresiva (FIA) es una lesión fibromatosa de la infancia caracterizada por invasión tanto de tejidos blandos como duros. Se presenta como una masa dolorosa que afecta a la región submandibular, incluyendo el mentón y la rama de la mandíbula.

Se presenta una niña de 16 meses de edad referida en 1991 a la unidad de cirugía maxilofacial para evaluación de un abultamiento en la zona mandibular y submandibular izquierdas de 3 a 4 meses de evolución. El rápido crecimiento de la lesión conllevó la realización de una biopsia que dio el diagnóstico de FIA o de fibrosarcoma. El tamaño de la lesión era prácticamente igual que el de la cabeza de la niña, lo que dificultaba el soporte de la misma. Los hallazgos clinicopatológicos hicieron decantarse más claramente por el diagnóstico de FIA. Se procedió a la intervención quirúrgica con anestesia general, realizándose una hemimandibulectomía que incluía la masa. La paciente tuvo una recuperación sin recurrencias en un seguimiento de 8 años.

La lesión de este caso fue diagnosticada en un inicio como fibrosarcoma basándose en su agresivo comportamiento clínico y fue necesario recurrir a las características histológicas para el diagnóstico real.

De acuerdo con Koury y cols. el tratamiento de las lesiones fibromatosas debe basarse en el comportamiento biológico que presente. Las fibromatosis se consideran localmente invasivas y tienden a recurrir después de la cirugía, aunque en este caso no hubo evidencia clínica de recurrencia en 8 años.

El quinto artículo (5) que seleccionamos, presenta un estudio que pretende comparar el volumen inicial y la regresión de nódulos cervicales



metastásicos con su respuesta histológica siguiendo radio o radioquimioterapia preoperatoria.

En los pacientes con carcinoma primario de células escamosas en la región oral y maxilofacial, las metástasis cervicales son un importante factor a la hora de determinar el pronóstico y elegir la estrategia terapéutica. Normalmente se realiza una disección de cuello para eliminar los nódulos cervicales que se acompaña de radio y/o quimioterapia para control de la progresión de las metástasis. Sin embargo parece que la radioterapia, la quimioterapia o la combinación de ambas preoperatoriamnete son efectivas en el tratamiento de los nódulos linfáticos cervicales. Existen estudios que indican que la reducción en el tamaño de los nódulos, durante o después del tratamiento, refleja la respuesta histológica, pero la correlación entre ambos hallazgos aún está poco clara.

Se presenta un trabajo sobre 292 pacientes con cáncer en la región oral y maxilofacial examinados entre Septiembre de 1990 y Agosto de 2000. 32 pacientes recibieron radio o radioquimioterapia preoperatoria. De estos, 22 eran hombres y 10 mujeres, todos diagnosticados de carcinoma de células escamosas, Ninguno tenía metástasis a distancia y, La disección del cuello se realizó 4 semanas después de la terapia preoperatoria. Todos los nódulos de la disección fueron examinados para comparar si estaban igual o habían sufrido cambios en su tamaño con respecto a los estudios preliminares. La respuesta histopatológica se midió en diferentes grados, desde pobre hasta completa (1-4).La correlación entre el volumen inicial, la regresión y la respuesta histológica se analizó estadísticamente.

En los resultados presentados se observó que no había correlación significativa entre el volumen inicial del nódulo y el tipo de respuesta



histológica, sin embargo en los grupos de respuesta histológica buena o completa la regresión fue significativamente más alta que en el de respuesta pobre. Todos los nódulos con regresión negativa se incluyeron en el grupo de pobre respuesta. Tampoco se encontró relación entre la dosis de radiación y la respuesta histológica de los grupos. Se usan untrasonidos para medir el volumen de los nódulos. Existen estudios que demuestran que nódulos cervicales metastásicos de pequeño tamaño se controlan mejor con radioterapia que los de gran tamaño, de hecho en este estudio algunos nódulos de pequeño tamaño llegaron a desaparecer tras la terapia preoperatoria. Sin embargo, salvo en estos pequeños nódulos, no se encontraron diferencias significativas entre el tamaño inicial del nódulo y la respuesta histológica, por lo que el tamaño no es un buen indicador de la respuesta a la radio o quimioterapia.

La respuesta histológica parece estar más fuertemente asociada con el cambio volumétrico del nódulo, ya que se muestra que una respuesta buena o completa iba acompañada de una reducción en el volumen, por tanto un índice de regresión de más del 90% debe ser considerado como predictor para evitar una disección de cuello innecesaria.

El sexto artículo (6) presenta un caso clínico de un paciente que con patología de osteolisis masiva (OM), lesión extremadamente rara caracterizada por una destrucción progresiva y espontánea de uno o más huesos. Este hueso destruido no se regenera sino que es sustituido por tejido fibroso denso. La etiología es incierta aunque se ha encontrado un aumento de la actividad osteoclástica y elevados niveles de interleukina-6 (IL-6). En la mayoría de los casos aparece a consecuencia de un trauma.



Se trata de un paciente varón de 19 años, que refiere inflamación en el cuerpo mandibular derecho, unos meses antes el segundo molar presentó movilidad tipo III y se realizó su exodoncia.. La mitad derecha de la cara estaba inflamada, caliente y ligeramente dolorida. No había parestesia, alteraciones motoras ni nódulos palpables. La mucosa de la zona de la extracción no había cicatrizado a pesar de que habían transcurrido tres meses. Como antecedentes personales, reseñó un accidente de moto múltiples heridas en la hemicara derecha sin fracturas. El examen radiológico mostraba rarefacción en la zona mandibular derecha con pérdida de hueso y ensanchamiento del ligamento periodontal del primer molar y segundo premolar. Se detectó un alto nivel de fosfatasa alcalina en suero. Se realizó una biopsia poco precisa que dio el diagnóstico de inflamación inespecífica. Varios meses después, el paciente volvió con aumento en la movilidad del 1M y del 3M y se vio un aumento en la pérdida de hueso con respecto a las radiografías iniciales. Se extrajeron los dientes y se tomó una nueva biopsia que volvió a ser poco concluyente. El paciente volvió a los pocos meses con una importante pérdida ósea en el segundo premolar y con dolor a la presión. El primer premolar tenía una gran movilidad y sólo estaba sujeto por la encía. Se extrajo y se volvió a tomar una biopsia, la cual tampoco fue acertada a pesar de ser analizada por expertos en patología oral. A los 11 meses más tarde el paciente volvió con una clara deformidad facial. El examen radiológico y de TC mostró una destrucción total de la hemimandíbula derecha afectando a coronoides y cóndilo. El canino y los incisivos presentaban una enorme movilidad. Entonces la MO fue clínicamente evidente. Se decidió la resección de la mandíbula por una zona aún no afectada para evitar la progresión. Sólo se conservaron el 2M y 3M inferior izquierdos. El paciente era candidato a radioterapia, a la cual se negó. Afortunadamente, el volumen óseo se mantuvo estable. Después de 4 años se procedió a su reconstrucción.



La MO se caracteriza por una espontánea o postraumática destrucción de hueso que parece estar relacionada con una hiperemia activa del mismo. Debe diferenciarse de la osteolisis asociada con infección, como la osteomielitis o la artritis reumatoide infectada y de las osteolisis relacionadas con trastornos del SNC como la mielodisplasia. Normalmente no cursa con dolor a menos que se produzcan fracturas y deformidad importante. Comienza de repente y avanza rápidamente hasta la completa destrucción del hueso o hasta que el proceso se detiene de forma espontánea. En este caso los signos radiológicos más tempranos fueron de rarefacción, pérdida de hueso crestal y movilidad dental. El curso clínico es variable e imposible de predecir y el pronóstico varía desde una ligera hasta muy severa afectación. El único tratamiento que existe es la resección de la lesión siempre con márgenes de seguridad siendo difícil evaluar los resultados de la terapia porque existen casos en los que se detiene por sí sola. De todas formas la reconstrucción es conveniente hacerla al menos cuando hayan pasado de 12 a 18 meses. En algunos casos la radioterapia ha sido beneficiosa cuando la resección quirúrgica no ha conseguido detener el proceso. El diagnóstico precoz es difícil.

En el séptimo artículo (7) presenta un estudio que analiza la relación entre los niveles de PGE2 y TXB2 y el efecto antiinflamatorio de los glucocorticoides, siendo el nivel de PGE2 indicativo de la actividad de COX-1 y COX-2 mientras que el TXB2 sirve como indicador de la actividad de la COX-1. La inflamación aguda se da como respuesta al daño tisular generando edema y dolor. El mantenimiento de la hiperalgesia requiere una continua producción de prostaglandinas (PG). Los glucocorticoides son unos potentes agentes en el control de la inflamación. Para el estudio se diseñaron tres grupos de pacientes a los que se le aplicó diferente tipo de tratamiento; al primero de



ello, se le administró dexametasona (DXT) 4 mg en el preoperatorio y un fármaco-placebo a la aparición del dolor; el segundo grupo, se administró DXT en el preoperatorio y Ketorolaco a la aparición del dolor; al tercer grupo, se le administró fármaco placebo tanto en el preoperatorio como en el momento de la aparición del dolor. Los pacientes fueron sometidos a dos extracciones de terceros molares incluidos después de una completa historia y de firmar el consentimiento. El mismo cirujano realizó las dos extracciones a un mismo paciente y después de las mismas se colocó una sonda de microdiálisis en la zona bucal de la mandíbula para medir los niveles de PGE2 y TXB2. Se dio a cada paciente una escala visual analógica (EVA) para evaluación del dolor.

Los resultados que presenta son, PGE2 se detectó en el postoperatorio inicial, disminuyendo en la siguiente hora y aumentando de forma que lo hacía el dolor. La administración de DXT suprimió los niveles de PGE2 al comienzo del dolor en comparación con el grupo placebo y también los niveles de TXB2 pero sin ningún efecto sobre el dolor. No hubo diferencias en el tiempo de aparición del dolor entre los sujetos tratados con DXT y los placebo. La administración de ketorolaco intravenoso consiguió una analgesia muy rápida.

Como conclusiones aporta una ausencia ausencia de efecto analgésico de la DXT, aunque se reduzcan los niveles de PGE2 y TXB2 en el lugar de la cirugía, en comparación con el efecto del ketorolaco, que produce una gran analgesia acompañada de una gran reducción en los niveles de estos prostanoideos, indica que los corticoides, a estas dosis, no reducen la PGE2 de forma realmente suficiente como para evitar el dolor.

El octavo artículo (8) nos permite valorar un caso de carcinoma odontogénico de células claras (COCC), comparar sus características clínicas y



radiológicas así como su comportamiento biológico con el ameloblastoma de células claras (AMCC).

Se presenta un caso de una paciente mujer de 72 años de edad que llega con dolor e inflamación en la zona anterior de la mandíbula. Como antecedentes personales, fue tratada hace siete años de una lesión quística que se extirpo y que reapareció a los seis meses, la cual no se trató porque la paciente así lo deseo. La exploración radiológica mostró una lesión radiolúcida y unilocular con un borde festoneado y bien delimitado. El informe anatomopatológico de la biopsia informa de una lesión con islotes epiteliales sólidos y células claras separadas por tejido conectivo. No se hallaron metástasis. La intervención se realizó bajo anestesia general, extirpándose el tumor y reconstruyendo la zona con injerto de cresta iliaca. El diagnóstico definitivo fue COCC. Tras dos años de evolución, no ha manifestado ningún signo, ni síntoma de recidiva. Dos años después no había aparecido muestra de recidiva. El diagnóstico final fue de.

Se realizó una búsqueda en la literatura inglesa de todos los casos publicados de COCC desde 1985 hasta 2001 y de los casos publicados de AMCC (tipos plexiforme y folicular) para analizar las características histológicas y su comportamiento biológico y clínico. Se encontraron 27 casos de COCC y 8 de AMCC. Los pacientes con COCC eran mujeres con una proporción de 1:2'4, edad media de 59 años. La proporción mayor de pacientes con AMCC fue de varones 1'7:1, edad media de 44 años.

Ambos tumores predominan en localización mandibular, presentan una alta tasa de recidiva y metástasis. Algunos pacientes con COCC ya tenían metástasis en el momento del diagnóstico, mientras que en los casos de AMCC en los que aparecieron metástasis, lo hicieron tras varias recurrencias.



El presente estudio muestra las diferencias histológicas entre el COCC y el carcinoma ameloblástico de células claras (CaACC), mejor denominación del AMCC. Del mismo modo parecen una continuación clinicopatológica de una misma entidad. Radiológicamente ambas lesiones son bastante similares. No existe un único protocolo de tratamiento en la literatura para estas lesiones, ya que ambas fueron tratadas con varios procedimientos, desde curetajes hasta grandes resecciones, sin embargo las recurrencias aparecieron a pesar de las grandes cirugías. De esto se deduce que estas lesiones deben extirparse quirúrgicamente con un margen de seguridad de al menos 1 cm, ya que tanto el COCC como el CaACC deben considerarse como lesiones con un alto grado de malignidad.

En el noveno artículo elegido (9) presenta estudio que pretende comparar la eficacia analgésica de dosis únicas de parecoxib sódico intravenoso, ketorolaco intravenoso y un placebo en el postoperatorio de cirugía oral. En la actualidad los fármacos inhibidores selectivos de la COX-2 sólo se presentan para administración oral, siendo la administración parenteral ventajosa en algunas circunstancias. El ketorolaco es el único AINE inyectable en EEUU pero se asocia con numerosos efectos secundarios. El parecoxib sódico, precursor del valdecoxib, es el primer inhibidor selectivo de la COX-2 que se presenta como inyectable, para uso intramuscular o intravenoso.

El estudio se realizó sobre pacientes 18 años con buen estado de salud general sometidos a la extracción de dos o más terceros molares incluidos. El estudio compara la eficacia analgésica y la seguridad de dosis intravenosas únicas de parecoxib sódico (1,2,5,10,50 y 100 mg) con ketorolaco 30 mg y placebo. En el momento de la administración del fármaco en estudio se le



dieron a cada paciente dos cronómetros. Cuando comenzaba el alivio del dolor debían parar un reloj y el segundo cuando sintieran que el alivio estaba disminuyendo, determinándose así el tiempo de analgesia.

Los resultados fueron, las dosis de parecoxib sódico, especialmente las de 50 y 100 mg, conseguían una analgesia más rápida (unos 11 minutos). La eficacia analgésica de parecoxib sódico de 20 a 100 mg fue similar que la del ketorolaco 30 mg, mientras que las dosis inferiores a 20 mg no conseguían analgesia óptima. Las dosis de 50 y 100 mg de parecoxib sódico conseguían una duración de la analgesia significativamente más alta que el ketorolaco 30 mg. Todas las dosis fueron bien toleradas.

El parecoxib sódico ha sido aprobado para el tratamiento a corto plazo del dolor postoperatorio en Europa a dosis de 40 mg IM o IV porque se ha demostrado que es un efectivo analgésico en el manejo del dolor postquirúrgico agudo. Los resultados sugieren que este fármaco es al menos tan efectivo como 30 mg de ketorolaco, siendo además seguro y bien tolerado por los pacientes, por lo que parece una atractiva alternativa a los AINES no selectivos en el manejo del dolor postoperatorio.

En el décimo artículo elegido (10) presenta un estudio cuyo propósito es usar la experiencia del Memorial Sloan-Kettering Cancer Center (MSKCC) para evaluar las secuelas y complicaciones que se presentaron tras extracciones dentarias en pacientes irradiados en cabeza y cuello; quién desarrolló ORN y la eficacia del oxígeno hiperbárico en su prevención. Los pacientes irradiados son susceptibles de padecer secuelas del tratamiento, apareciendo más complicaciones cuando se les realiza una extracción dentaria, sobre todo osteorradionecrosis (ORN).



Sobre un grupo de 1194 pacientes con historia de radioterapia en cabeza y cuello, evaluados y tratados desde el 1 de Enero de 1998 hasta el 31 de Octubre de 2001, 187 pacientes (15,66%) necesitaron extracciones y se analizaron datos demográficos, localización del tumor, estado e histopatología, dosis de radiación.

De los 187 pacientes, a 30 de Octubre de 2001 28 habían fallecido. La gran mayoría de los tumores analizados fueron carcinomas de células escamosas. aproximadamente el 50% necesitaron extracciones después de la radioterapia, la mayoría fueron en el sector posterior. De los 951 dientes extraídos, la mayoría no se repuso con prótesis, sólo 33 pacientes rehabilitaron la zona edentula con una rehabilitación protésica, 4 pacientes tuvieron secuestros óseos después de la extracción y desarrollaron ORN en la mandíbula, tratada con antibióticos intravenosos, dos de estos pacientes tuvieron fractura de mandíbula y uno de los cuales requirió mandibulectomía segmentaria. Los 4 tenían como tumor original un Carcinoma de células escamosas en base de lengua, dorso de lengua y suelo de boca. Ninguno de estos pacientes había recibido terapia con oxígeno hiperbárico.

A 7 pacientes se les administró oxígeno hiperbárico y ninguno de ellos desarrolló ORN.

En la experiencia de los autores, el pronóstico y la sintomatología de los pacientes dictan el momento y la necesidad de la extracción. Ni realizar las extracciones antes de la radioterapia, ni el tratamiento con oxígeno hiperbárico tuvieron un impacto significativo en el desarrollo de ORN. Un procedimiento atraumático contribuye enormemente a disminuir el riesgo de complicaciones, así como la comunicación multidisciplinaria y un meticuloso seguimiento.



BIBLIOGRAFÍA

1. McGrath C, Margaret B; Edward CM; Luo Y. "Can third molar surgery improve quality of life? A 6-month cohort study" *J Oral Maxillofac Surg* 61: 759-763, 2003
2. Halpern LR, Jeffrey B. C ; Chuang S, Dodson TB. "A comparison of 2 consultation and treatment strategies to manage impacted third molar" *J Oral Maxillofac Surg* 61: 779-784,2003.
3. Tazi M, Soichot P, Perrin D. « Facial palsy following dental extraction: report of 2 cases" .*J Oral Maxillofac Surg* 61: 840-844,2003.
4. Shuker ST, Jabro MH. "A case report of submandibular aggressive fibromatosis in a 16-month-old infant with 8-year postsurgical follow up" *J Oral Maxillofac Surg* 61: 951-954,2003
5. Yusa H, Yoshida H, Noguchi M, Ohara K. "Volumetric and histologic responses to radiotherapy or radiochemotherapy of metastatic cervical lymph nodes of oral squamous cell carcinoma" *J Oral Maxillofac Surg* 61: 904-908,2003.
6. Motamedi MHK, Homauni SM, Behnia H. "Massive osteolysis of the mandible: a case report" *J Oral Maxillofac Surg* 61: 957-963,2003.
7. Dionne RA, Gordon SM; Rowan J, Kent A, Brahim JS. "Dexamethasone suppresses peripheral prostanooids levels without analgesia in a clinical model of acute inflammation" *J Oral Maxillofac Surg* 61: 997-1003,2003.



8. Braunshtein E, Vered M, Taicher S, Buchner A. "Clear Cell Odontogenic Carcinoma and Clear Cell Ameloblastoma: a single clinicopathologic entity? a new case and comparative analysis of the literature"

J Oral Maxillofac Surg 61: 1004-1010,2003.

9. Mehlisch DR; Desjardins PJ, Daniels S, Hubbard RC. "Single Doses of Parecoxib sodium intravenously are as effective as Ketorolac in reducing pain after oral surgery" J Oral Maxillofac Surg 61: 1030-1037,2003.

10. Sulaiman F, Huryn JM, Zlotolow IM. "Dental extractions in the irradiated head and neck patient: a retrospective analysis of memorial sloan-kettering cancer center protocols, criteria and end results" J Oral Maxillofac Surg 61: 1123-1131,2003.