

**REVISTA MEDICINA ORAL,
PATOLOGÍA ORAL Y CIRUGÍA
BUCAL ON LINE.
Julio – Diciembre 2006.**

M^a Vanesa Guerrero Arenillas.

Alumna del Master de Cirugía Bucal. Universidad de Sevilla.

Daniel Torres Lagares

Profesor del Master de Cirugía Bucal. Universidad de Sevilla.

José Luis Gutiérrez Pérez

Director del Master de Cirugía Bucal. Universidad de Sevilla.

Revista Medicina Oral, Patología Oral y Medicina Bucal on line.
Julio - Diciembre 2006
Guerrero MV, Torres D, Gutiérrez JL
Revista SECIB On Line 2008; 1: 29- 46

1. DESCRIPCIÓN DE LA REVISTA.

La revista Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal, en su edición española (ISSN: 1698-4447), emite un volumen por año natural con un total de cinco números por volumen. En nuestro caso, hemos realizado una revisión bibliográfica de los artículos publicados en esta revista en su edición ONLINE (ISSN: 1698-6946), la cual emite, igualmente, un volumen por año natural, pero seis números por volumen, con una periodicidad bimensual, siendo mayor el número de artículos que incluye esta edición que su análoga española.

Supone la publicación oficial de las siguientes sociedades:

- Sociedad Española de Medicina Oral.
- Sociedad Española de Odontostomatología para el Minusválido y Pacientes Especiales.
- Sociedad Española de Cirugía Bucal.
- Academia Iberoamericana de Patología y Medicina Bucal.
- Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral.

La Dirección Editorial corresponde a los profesores D. José V. Bagán Sebastián y D. Crispian Scully; a su vez, la revista está estructurada en una serie de secciones, de las cuales son subdirectores los siguientes profesores:

Sección Odontología Preventiva y Comunitaria	D. Manuel Bravo Pérez.
Sección Medicina y Patología Oral	D. Antonio Bascones Martínez.
Sección Odontología en pacientes especiales	D. F. Javier Silvestre Donat.
Sección Cirugía Bucal	D. Cosme Gay Escoda.
Iberoamérica	D. Adalberto Mosqueda Taylor, Dña. Yolanda Jiménez Soriano.

La dirección de correos de la revista es:

Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal.
C/ Daniel Balaciart, Nº 4, pta. 17. 46020 – Valencia (España).

Actualmente es posible el acceso a los textos completos a través de Internet suscribiéndose en la web: <http://www.medicinaoral.com/volu.htm>

Esta revista se encuentra indexada en Index Medicus/MEDLINE/Pubmed, EMBASE (Excerpta Medica – The Netherlands), Índice Médico Español e Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud (IBECS).

2. REVISIÓN NÚMEROS JULIO – DICIEMBRE 2006.

A continuación, en un primer apartado, expondremos las características generales de los números estudiados; en un segundo apartado, realizaremos una breve descripción de cada uno de los artículos publicados; y, en un tercer apartado, analizaremos, más detalladamente, aquellos artículos que, por su carácter científico o singularidad, consideramos de especial interés para el Cirujano Bucal.

2.1. Características Generales de los Números Revisados.

La presente revisión bibliográfica abarca los números 4, 5 y 6 del volumen 11, que corresponden a los meses de Julio, Agosto y Noviembre, respectivamente, del año 2006.

Comprenden un total de 48 artículos distribuidos en las siguientes secciones (Tabla 1):

- Medicina y Patología Oral.
- Odontología en Pacientes Especiales.
- Cirugía Bucal.
- Patología Cervical y Facial.
- Odontología Clínica.
- Odontología Preventiva y Comunitaria.

Tabla 1. Distribución del número de artículos publicados en las diversas secciones.

	Medicina y Patología Oral	Odontología en Pacientes Especiales	Cirugía Bucal	Patología Cervical y Facial	Odontología Clínica	Odontología Preventiva Comunitaria
Nº 4	7	-	6	-	2	2
Nº 5	8	-	5	1	-	1
Nº 6	7	2	4	2	1	-
Total	22	2	15	3	3	3

Los autores de los diferentes artículos son de diversos países (10 en total), siendo 31 artículos originarios de España; cinco de Brasil; tres de México; dos de Irán; dos de Turquía y un artículo de los siguientes países: Colombia, Portugal, Zimbawe, Australia e Israel.

El contenido de los artículos publicados en los diferentes números es muy variado, destacando el estudio de las manifestaciones orales de diversas enfermedades, presentación de patologías poco frecuentes, resultados de diferentes terapias, etc.

2.2. Revisión de los artículos publicados.

A continuación se detallan, por orden de frecuencia, los temas analizados en los 48 artículos junto con un breve resumen de los mismos:

Diez artículos presentan casos clínicos de las siguientes patologías poco frecuentes debido a la propia patología o a sus características morfológicas:

1. **Tumor odontogénico adenomatoide** (Nº 4, Pág. 305-308). Vera y cols. presentan el estudio inmunohistoquímico de un caso clínico de esta entidad caracterizada por ser una lesión odontogénica benigna, infrecuente, radiotransparente, de aspecto unicístico, asociada a un diente. Histológicamente se identifica por su apariencia basaloide con estructuras glanduliformes, calcificaciones esferulares y presencia de material amiloide.

2. **Bursitis hamular** (Nº 4, Pág. 329-333). Ramírez y cols. exponen dos casos de esta patología caracterizada por una inflamación de la bursa que recubre el tendón del músculo periestafilino externo o tensor del velo del paladar. Este músculo es responsable de dolor craneofacial por lo que es importante el diagnóstico diferencial con el síndrome dolor-disfunción. El tratamiento realizado consiste, previa anestesia local en la región hamular, en la infiltración, una o varias veces, de 1ml de cortisona sintética (4mg de betametasona) junto con AINES vía oral. El tratamiento quirúrgico es infrecuente y se realizará para eliminar osteofitos, fibrosis o procesos hamulares elongados.

3. **Granuloma piógeno** (Nº 4, Pág. 351). Ramos y cols. presentan la extirpación de un granuloma piógeno de 8x7x5cm de tamaño, localizado en maxilar posterior que causaba dificultades respiratorias y deglutivas.

4. **Lipoma con metalasia condrocítica** (Nº 5, Pág. 401-403). Coimbra y cols. estudian un caso de lipoma con metaplasia condrocítica lateral al conducto de Warthon.

5. **Carcinoma adenoideo quístico** (Nº 5, Pág. 417-420). Carrasco y cols. presentan un caso de esta patología localizado en dorso de lengua. Se trata de la neoplasia maligna de glándulas salivales menores más frecuente. Su localización más habitual es el paladar duro. El tratamiento de elección es la excisión quirúrgica con márgenes de seguridad y cuando existe metástasis a nódulos linfáticos está indicada la radioterapia postquirúrgica.

6. **Tumor de células granulares** (Nº 5, Pág. 425-428). Eguía y cols. muestran ocho casos con localización intraoral. Se trata de un proceso infrecuente, benigno en la mayor parte de los casos aunque a veces puede presentar agresividad local e incluso malignidad. El 75% se localizaron en la lengua.

7. **Lipoma en lengua** (Nº 5, Pág. 437-439). El lipoma es uno de los tumores más frecuentes en el humano, aunque su localización en la cavidad oral es rara. Se caracteriza por un crecimiento lento, color amarillento, indoloro y sin recurrencia tras la exéresis. Chidzonga y cols. presentan un caso de lipoma en lengua que, debido a su gran tamaño, causaba dificultades masticatorias y fonatorias. La extirpación-biopsia restauró la normalidad funcional del paciente.

8. **Adenoma sebáceo parotídeo** (Nº 5, Pág. 446-448). Las neoplasias malignas de las glándulas salivales suponen un 15-32 % del total de las neoplasias salivales. El 80% de los casos asientan en la glándula parótida. Si bien la presencia de glándulas sebáceas en la glándula parótida es frecuente, las neoplasias exclusivamente formadas por las mismas son muy infrecuentes. De Vicente y cols. exponen un caso de esta lesión constituyendo, este artículo, el séptimo publicado de esta entidad.

9. **Cementoblastoma benigno** (Nº 6, Pág. 483-485). Se trata de una neoplasia benigna asociada, más frecuentemente, a dientes erupcionados, sobre todo primeros molares inferiores. Sumer y cols. presentan un caso de cementoblastoma asociado a un tercer molar inferior incluido.

10. **Mucocele frontal** (Nº 6, Pág. 527-530). Los mucoceles del seno frontal con frecuencia son silentes durante mucho tiempo y a menudo afectan a la órbita y a la fosa craneal anterior. Son benignos y tratables mediante un abordaje externo o puramente endoscópico. Su diagnóstico y tratamiento precoz son de vital importancia. Peral y cols. muestran un caso de mucocele del seno frontal de grandes dimensiones.

Ocho artículos analizan las manifestaciones orales de los siguientes síndromes y enfermedades:

1. **Síndrome de Cowden** (Nº 4, Pág. 319-324). Capitán y cols. presentan un caso de esta infrecuente enfermedad hereditaria englobada dentro de las poliposis gastrointestinales que cursa con lesiones papilomatosas cutáneomucosas, fibropapilomatosis oral múltiple y alta incidencia de neoplasias malignas, por ello es relevante una actuación precoz del cirujano bucal para su diagnóstico.

2. **Enfermedad de Behçet** (Nº 5, Pág. 393-395). En el apartado *Cartas al editor*, el Dr. Everkloglu expone, mediante diferentes argumentos históricos, que la enfermedad de Behçet comentada en un artículo escrito por el Dr. Eguia, debería llamarse enfermedad de Hipócrates. El Dr. Eguia responde que han encontrado más de 80 artículos en PUBMED que denominan esta patología como enfermedad de Behçet.

3. **Enfermedad de Darier** (Nº 5, Pág. 404-406). Lopes y cols. exponen un caso de esta infrecuente enfermedad dermatológica autosómica dominante caracterizada por pápulas hiperqueratósicas en áreas sebáceas de cabeza, cuello y tórax y, menos frecuentemente, en la cavidad oral (principalmente en mucosa palatina y alveolar). El tratamiento es sintomático; en casos graves se tratará con retinoides, esteroides sistémicos o locales y antibióticos en caso de sobreinfección. La terapia quirúrgica incluye la exéresis, abrasión y el láser de dióxido de carbono. La biopsia oral es fundamental.

4. **Síndrome de Cowden** (Nº 5, Pág. 421-424). Segura y cols. analizan, en un caso clínico, las manifestaciones de esta enfermedad tales como múltiples hamartomas cutáneos, fibromas orales y queratosis acras benignas. El diagnóstico precoz a través de biopsias orales es esencial.

5. **Diabetes asociada o no a insuficiencia renal** (Nº 6, Pág. 467-473). De la Rosa y cols. estudian los signos y síntomas orales en diabéticos con y sin insuficiencia renal crónica. Encuentran que una mayor frecuencia de aparición de aliento urémico, xerostomía, lengua saburral y candidosis en pacientes diabéticos con insuficiencia renal (creatinina sérica >2.0 mg/dl), puede suponer una señal de alerta sobre la existencia de enfermedad renal avanzada en pacientes diabéticos.

6. **Lepra lepromatosa** (Nº 6, Pág. 474-479). Chimenos y cols. presentan un caso de lepra lepromatosa la cual se caracteriza por la aparición (en el 20- 60% de los casos) de nódulos orales múltiples (lepromas) que progresan a necrosis y ulceración. La localización más frecuente es el paladar duro y blando, úvula, dorso de la lengua, labios y encías. El diagnóstico se realizará a través de biopsias con examen bacteriológico (*Mycobacterium leprae*) e histopatológico. El tratamiento es farmacológico por medio de dapsona, rifampicina, clofazimina, quinolonas y macrólidos.

7. **Enfermedad de injerto contra huésped** (Nº 6, Pág. 486-492). De la Rosa y cols. exponen ocho casos de este síndrome y analizan las manifestaciones bucales agudas o crónicas (lesiones reticulares liquenoides, eritema, úlceras, xerostomía, mucocelos, granulomas piógenos, candidiasis, herpes simple bucal) derivadas del tratamiento inmunosupresor en 8 pacientes transplantados de médula ósea.

8. **Enfermedades hemetológicas tratadas con quimioterapia** (Nº 6, Pág. 497-502). Sabater y cols. realizan un estudio clínico en pacientes con enfermedades hematológicas que requieren quimioterapia para su tratamiento. Encuentran una menor incidencia y gravedad de la mucositis en pacientes sometidos a quimioterapia si las condiciones higiénicas durante el tratamiento son correctas.

Cuatro artículos analizan la composición de la saliva o la placa dental en relación a las siguientes patologías o estados fisiológicos:

1. **Diabetes tipo 2** (Nº 4, Pág. 309-314). A través de la recogida de muestras de saliva en 33 pacientes, 17 de ellos diabéticos tipo 2, Carda y cols. encuentran un incremento de la urea y proteínas totales así como una disminución de la microalbúmina; la glucosa salival estaba sólo aumentada en los diabéticos con mal control metabólico.

2. **Infección gástrica** (Nº 4, Pág. 325-328). Chitsazi y cols. estudian 88 pacientes con dispepsia divididos en dos grupos: infectados o no por *Helicobacter Piloni*. Recogieron muestras de placa supragingival y las analizaron por el Test de Ureasa Rápida. No encontraron diferencias estadísticamente significativas en la placa de ambos grupos.

3. **Menopausia** (Nº 5, Pág. 407-412). Rivera y cols. valoran las cifras de flujo salival no estimulado en relación a los niveles de cortisol salival (determinado mediante la técnica ELISA) en 30 mujeres menopáusicas. Concluyen que no existe relación entre las tasas de flujo salival no estimulado y los valores de cortisol salival correspondientes.

4. **Caries** (Nº 5, Pág. 449-454). Llena Puy analiza los diferentes componentes de la saliva, su función en la prevención de las caries y su valía para monitorizar la evolución de determinadas patologías.

Cuatro artículos analizan la reconstrucción quirúrgica y/o rehabilitación protésica de pacientes con patología maxilofacial:

1. **Manejo de lesiones por mordedura de perro** (Nº 4, Pág. 348-50). Abuabara revisa el manejo de estas lesiones, la instauración de terapia antibiótica y el uso de inmunización frente al tétanos.

2. **Rehabilitación protésica en un paciente con fisura labiopalatina** (Nº 4, Pág. 358-362). Mañes y cols. muestran un caso de labio leporino unilateral total con fisura palatina que rehabilitan por medio de coronas telescópicas.

3. **Rehabilitación protésica en un paciente con fisura labiopalatina** (Nº 6, Pág. 493-496). Sala y cols. exponen la rehabilitación protésica mediante un puente Maryland y un obturador de silicona de un paciente con comunicación oronasal.

4. **Resección y reconstrucción quirúrgica de un mixoma odontogénico** (Nº 6, Pág. 531-535). El mixoma odontogénico constituye una entidad rara. Debido a su agresividad local se hace necesaria la resección quirúrgica con márgenes amplios. Para la reconstrucción mandibular, el colgajo microvascularizado de peroné, frente a otros colgajos, aporta mayor longitud de hueso y permite la selección del lugar de osteotomía. González y cols. sugieren el preformado in situ del peroné, conformando el contorno mandibular mientras el pedículo vascular del injerto sigue unido a la pierna, disminuyendo, de este modo, el tiempo de isquemia del colgajo.

Tres artículos estudian la influencia de diversos tratamientos farmacológicos frente a lesiones de la mucosa oral:

1. **Lesiones pseudomembranosas de la mucosa oral tratadas con Propolis tópico** (Nº 4, Pág. 303-304). Brailo y cols. presentan un caso con presencia de lesiones ulceradas pseudomembranosas en labio y mucosa yugal tratadas con éxito con propolis tópico.

2. **Liquen plano tratado con Tacrólimus tópico** (Nº 6, Pág. 462-466). La alta prevalencia del liquen plano (0,5-2%), su carácter recurrente y el potencial riesgo de transformación maligna explican el gran número de opciones terapéuticas, sobre todo corticoideas. Riaño y cols. señalan la indicación novedosa, presentando un caso de liquen plano oral resistente a corticoides, de tacrolimus tópico al 0,1%.

3. **Influencia del Amlodipino en la aparición de hiperplasia gingival** (Nº 6, Pág. 480-482). Lafzi y cols. analizan un caso de hiperplasia gingival inducida por amlodipino (10mg/día) como antihipertensivo.

Tres artículos estudian diversos aspectos de odontología conservadora:

1. **Selección del color en odontología estética** (Nº 4, Pág. 363-368). La toma de color en odontología se ve modulada por de factores ambientales e individuales que pueden inducir a error de apreciación. Pascual y cols. estudian una serie de instrumentos de medición del color que intentan corregir los defectos de la técnica convencional.

2. **Prevalencia de caries en una población juvenil de Valencia (Nº 4, Pág. 369-381).** Almerich y cols. encuentran que a los 6 y 12 años los índices de caries se mantienen estables, mientras que a los 15-16 años descienden.

3. **Influencia en el diseño de la cavidad en la contracción de polimerización de composites (Nº 6, Pág. 536-540).** González y cols. demuestran que la contracción de polimerización de los composites es mayor en cavidades de mayor tamaño.

Dos artículos analizan diversos aspectos estadísticos en cirugía bucal:

1. **Estudio retrospectivo de dientes supernumerarios (Nº 4, Pág. 339-44).** Fernández y cols. en 145 dientes supernumerarios de 102 pacientes encuentran una mayor proporción de mesiodens (46,9%). La localización más frecuente fue el maxilar superior (74,5%). La morfología heteromórfica conoide fue la más común.

2. **Incidencia de perforación de guantes en cirugía bucal (Nº 5, Pág. 433-6).** Lopes de Freitas y cols., en 200 pares de guantes usados, encuentran un 8% de perforaciones. La localización más frecuente fue la mano izquierda y el dedo índice.

Dos artículos analizan las características radiológicas de diferentes patologías:

1. **Resonancia magnética en la cavidad de Stafne (Nº 4, Pág. 345-347).** Segev y cols. presentan un caso con presencia de cavidad de Stafne donde a través de RM demuestran que el contenido de la cavidad es de iguales características que la glándula submaxilar, información que no indica ni la ortopantomografía ni la tomografía computarizada.

2. **Tomografía computarizada en la anquilosis de la articulación temporomandibular (Nº 5, Pág. 413-416).** Casanova y cols. presentan dos casos clínicos donde describen imágenes tomográficas de la anquilosis utilizando planos y reconstrucciones en 3D.

Dos artículos estudian la respuesta endógena fisiológica ante determinadas situaciones:

1. **Expresión de la metalotianina (MT) ante la exposición a 4NQO (Nº 4, Pág. 315-318).** Ferreira y cols. evalúan la inmunoexpresión de la MT (agente preventivo contra el cáncer) en células palatales de 24 ratones sometidos a 4NQO (agente con potencial carcinogénico) frente a 24 ratones sometidos a propilengicol (grupo control). Encontraron una actividad aumentada de la MT en las células del epitelio

palatino de ratones sometidos a 4 NQO que en el grupo control, por lo que los resultados sugieren que la MT es un factor defensivo endógeno frente al 4NQO en fases tempranas de la carcinogénesis.

2. Variaciones de la Interleuquina-6 tras la extracción del tercer molar (Nº 6, Pág. 520-526). López y cols., realizan un estudio prospectivo sobre 73 pacientes divididos en dos grupos: aquellos que tomaron AINES tras la cirugía y aquellos que tomaron glucocorticoides. Recogieron muestras del fluido crevicular antes y después de la extracción. Los niveles de IL-6 en el fluido crevicular permanecieron elevados al séptimo día del postoperatorio en todos los grupos, aunque, fue mayor a las 24 horas en el grupo de diclofenaco, siendo esta diferencia estadísticamente significativa.

Un artículo analiza la eficacia de nuevos métodos diagnósticos:

1. Valoración del sistema PFA-100 para la determinación del tiempo de hemorragia en cirugía oral (Nº 6, Pág. 514-519). Para el diagnóstico de la hemostasia primaria, Arrieta y cols., en 33 pacientes, comparan el tiempo de hemorragia medio medido a través de dos sistemas de detección: el método tradicional Ivy y el analizador de función plaquetaria PFA-100, encontrando una mayor especificidad en el uso de éste último.

2.3. Revisión de los artículos publicados de interés especial para el Cirujano Bucal.

A continuación, analizaremos aquellos artículos que, por su carácter científico, singularidad y diversidad temática, consideramos de especial interés para el Cirujano Bucal.

Incidencia de comunicación bucosinusal tras la extracción del cordal superior ⁽¹⁾.

Del Rey y cols. pretenden identificar la incidencia y factores asociados a la aparición de comunicaciones bucosinuales (CBS) tras la extracción de 389 terceros molares superiores.

Se detectaron 20 CBS mediante la realización de maniobra de Valsalva (sensibilidad del 52% frente a la penetración de sonda de Bowman con sensibilidad del 98%). Esto representa un riesgo de CBS del 5,1% debida, en la mayoría de los casos (18 de 20), a maniobras de luxación del diente en el alveolo. El riesgo de aparición de CBS fue 2,4 veces mayor en mujeres y no varió de forma significativa según la edad del paciente. Se observó un aumento del riesgo de CBS a medida que aumentaba la complejidad quirúrgica.

La utilización de antibióticos profilácticos ante una posible CBS es controvertida. En caso de CBS, el cierre primario de la herida es fundamental; los autores rellenan el alveolo con material hemostático y, si no ha suficiente tejido gingival, efectúan una alveoloplastia para reducir la altura ósea y poder suturar los bordes de la encía.

Las recomendaciones postoperatorias son: tomar una dieta líquida, seguir un tratamiento farmacológico adecuado, evitar maniobras de Valsalva y suprimir el hábito tabáquico. En todos los casos, la CBS producida introperatoriamente, cursó favorablemente.

Profilaxis antibiótica en odontología infantil ⁽²⁾.

Planells y cols. estudian los procedimientos odontológicos que requieren profilaxis antibiótica (Tabla 2) así como las pautas recomendadas (Tabla 3) en niños.

Tabla 2. Recomendación de profilaxis antibiótica en odontología infantil.

Procedimiento	Paciente de riesgo	Paciente sano
Uso de grapas para aislamiento	SI	NO
Anestesia intraligamentosa	SI	SI
Anestesia troncular	SI	NO
Extracciones	SI	SI
Reconstrucción dentaria con sangrado	SI	NO
Colocación de bandas de ortodoncia	SI	NO
Tratamientos pulpares	SI	SI
Tallados con sangrado: stripping, coronas	SI	NO

Tabla 3. Pautas de profilaxis antibiótica en odontología infantil.

No alérgicos a penicilina	Amoxicilina 50 mgrs/kg + ácido clavulánico 6,25 mgr/kg (máximo 2gr) vía oral 1 hora antes al tratamiento dental.
No alérgicos a penicilina e intolerancia oral	Amoxicilina 50 mgrs/kg + ácido clavulánico 5 mgr/kg (máximo 2gr) IV o IM, 30 min. antes del tratamiento dental.
Alérgicos a penicilina	Clindamicina 20 mgrs/kg (Máximo 600mgr) vía oral 1 hora antes del tratamiento dental.
Alérgicos a penicilina e intolerancia oral	Clindamicina 15 mgrs/kg (Máximo 600mgr) IV o IM, 30 minutos antes del tratamiento dental.

Regeneración periodontal en la práctica clínica⁽³⁾.

Alpiste y cols. ofrecen una perspectiva general de la regeneración periodontal revisando los distintos enfoques terapéuticos, su pronóstico y sus indicaciones.

Las *técnicas periodontales convencionales* (Fase Higiénica, Fase Reconstructiva y Fase de Mantenimiento) demuestran mayores posibilidades de regeneración en bolsas periodontales infraóseas, también denominadas defectos verticales. Incluyen procedimientos de raspado y alisado radicular con un seguimiento muy estricto de la higiene, desbridamientos a colgajo, colgajos de reposición apical y técnicas de denudación integral.

El *acondicionamiento radicular* (con ácido cítrico, EDTA, tetraciclinas) no mejora significativamente la reducción de la profundidad de sondaje o ganancia clínica de inserción.

Los *injertos y sustitutos óseos* mejoran el relleno óseo respecto al tratamiento convencional; los autoinjertos de cresta ilíaca o intraorales poseen propiedades osteogénicas; los aloinjertos osteoinductores; los xenoinjertos e injertos aloplásticos osteoconductoras.

La *regeneración tisular guiada* pretende, por medio de membranas, conseguir una exclusión celular (epitelio, conectivo y periostio) para favorecer que sean las células del ligamento periodontal las que repueblen el coágulo de sangre. Las membranas irreabsorbibles de politetrafluoetileno expandido han mostrado ser más eficaces que la técnica convencional en defectos intraóseos y lesiones de furca I y II, pero precisan cirugía de extracción y existe riesgo de exposición e infección. Las membranas reabsorbibles evitan estos inconvenientes.

La *técnicas mixtas* (regeneración tisular guiada con injertos óseos) mejoran los resultados en defectos de furca, pero en el resto de defectos óseos los resultados son similares que con el uso exclusivo de membranas.

Los *nuevos enfoques* en la regeneración periodontal se centran en el uso de factores de crecimiento (PDGF, IGF), factores de diferenciación tisular (BMP) y proteínas derivadas de la matriz del esmalte que seleccionan y mejoran la repoblación celular durante la curación. El uso de estos materiales sugiere mejores resultados que la técnica periodontal convencional.

En general, la evidencia disponible acerca de la efectividad de las técnicas regenerativas parece indicar que el éxito está más determinado por el paciente (defectos verticales, buena higiene, colaborador) que por el procedimiento empleado.

Bifosfonatos y patología oral ^(4,5).

En un primer artículo, Ponte y cols. analizan las características generales de estos medicamentos, su mecanismo de actuación, y los efectos adversos descritos.

Los bisfosfonatos (BF) constituyen un grupo de fármacos capaces de modular el recambio óseo e inhibir su reabsorción, además, se les atribuye un efecto antiangiogénico. Están indicados en osteoporosis postmenopáusica o inducida por corticoesteroides, enfermedad de Paget, hipercalcemia por enfermedad, osteolisis asociada a procesos tumorales o en mieloma múltiple. En los últimos años y a raíz de su utilización masiva se han publicado numerosos casos de complicaciones asociadas a su uso.

Respecto a los efectos adversos asociados a su uso, fundamentalmente digestivos, se han descrito una serie de complicaciones orales como son ulceraciones crónicas en la mucosa oral y, especialmente, osteonecrosis de los maxilares.

Las medidas para prevenir la aparición de una osteonecrosis maxilar antes de iniciar el tratamiento con BF serían la realización de una terapia bucodental urgente realizando los procedimientos invasivos al menos un mes antes de la instauración de la terapia con BF; la colocación de implantes no está indicada al suponer un factor de riesgo en estos pacientes.

Las medidas profilácticas durante el tratamiento con BF serían extremar la higiene dental, realización de tartrectomías periódicas, uso preventivo de flúor y clorhexidina y práctica de endodoncias en lugar de extracciones siempre que fuese posible. La cirugía estaría contraindicada, no obstante, si fuese necesaria, se instauraría un tratamiento antibiótico adecuado, la técnica sería estrictamente aséptica y atraumática y el cierre de la herida sería, si fuese posible, por primera intención. La retirada de BF estaría recomendada aunque, debido a la larga vida media de estos fármacos, su práctica es controvertida.

En un segundo artículo, los autores revisan la literatura indexada desde 2003 hasta 2005.

En 246 casos publicados encuentran una mayor proporción de osteonecrosis asociada a BF en mujeres a partir de la sexta década de la vida, si bien, los BF son más utilizados en este intervalo de la población. La patología más comúnmente asociada era el mieloma múltiple y el cáncer de mama. Los BF parenterales de mayor actividad eran los más frecuentemente asociados a osteonecrosis. El antecedente oral más frecuente fue la extracción aunque en esta situación anormal cualquier laceración tisular puede ser el punto de partida de la osteonecrosis. La localización mandibular fue la más encontrada.

El tratamiento instaurado ante la aparición de osteonecrosis fue antibióticos de amplio espectro durante periodos prolongados como: amoxicilina con o sin clavulánico, cefalosporinas, meronidazol, macrólidos, etc, solos o combinados. La alternativa más habitual a la amoxicilina fue la clindamicina. El desbridamiento de la lesión fue controvertido debido al riesgo de agravamiento de los síntomas. El uso de oxígeno hiperbárico no mejoró el pronóstico. La instauración de medidas preventivas fue fundamental.

Actualización en cirugía periapical en los implantes dentales ⁽⁶⁾.

Peñarrocha y cols. revisan la etiología y el tratamiento de lesiones periapicales implantológicas. Estas lesiones pueden estar ocasionadas por: sobrecalentamiento del hueso durante el fresado, contaminación de la superficie del implante, patología ósea preexistente, presencia de restos radiculares o colocación próxima a un seno maxilar infectado. Es importante el diagnóstico diferencial con una sobreinstrumentación apical en el fresado.

Clasifican estas lesiones, según su momento evolutivo, como: lesión aguda no supurada y supurada (presencia de dolor que no aumenta a la percusión, sonido timpánico, imagen radiotransparente en zona periapical del implante) y lesión crónica o absceso periapical (sintomatología sorda, percusión mate, involucra a toda la superficie ósea en contacto con el implante, existe movilidad y supuración alrededor del implante ya que la formación de fístulas sólo se produce en infecciones dentarias).

Los autores proponen la cirugía periapical del implante (curetaje y desbridamiento de la zona apical y/o regeneración ósea y/o sección del ápice del implante) en lesiones agudas y la extracción del implante en lesiones crónicas.

Uso de metilprednisolona versus diclofenaco en el tratamiento de la inflamación y el trismo tras la extracción de terceros molares inferiores ⁽⁷⁾.

En un estudio prospectivo López y cols. comparan el efecto sobre la inflamación y el trismo de la metilprednisolona (corticoide) versus diclofenaco (AINE) en 73 pacientes sometidos a la extracción de terceros molares inferiores.

A las 24 horas el grupo tratado con diclofenaco presentaba mayor inflamación. El trismo se comportó de forma similar en ambos grupos. Las diferencias no eran significativas como para justificar el uso de corticoides tras la cirugía.

Actualización en cirugía periapical⁽⁸⁾.

Mediante revisión bibliográfica de los artículos publicados desde 1996 hasta 2002, Martí y cols. analizan las nuevas aportaciones técnicas dentro del ámbito de la cirugía periapical.

Respecto al diagnóstico por imagen, la radiología digitalizada y la TC han demostrado mayor resolución de imagen que la radiografía convencional. Las complicaciones más frecuentemente asociadas a la técnica fueron las comunicaciones sinusales. El estudio anatomopatológico de la lesión debe realizarse de forma sistemática.

La utilización de microespejos, fibra óptica, microscopio quirúrgico, lentes de aumento o endoscopios han mejorado la visibilidad del campo operatorio. El uso de los ultrasonidos para la realización de la caja retrógrada ha mejorado, ostensiblemente, las tasas de éxito, si bien la utilización de una potencia máxima provoca fisuras en el extremo apical de la raíz. La eficacia de puntas ultrasónicas diamantadas, con mayor capacidad de corte, muestra resultados controvertidos respecto a puntas ultrasónicas convencionales. El uso del láser CO2 mejora la hemostasia y produce, posiblemente, una esterilización del campo operatorio. El láser ERBIUM-YAG aminora el daño térmico producido en los tejidos adyacentes.

Se han utilizado diversos materiales de obturación retrógrada como los ionómeros de vidrio, la amalgama, el IRM, las aleaciones de galio, el oro o las resinas compuestas, dentro de ellos el MTA (Mineral Trioxide Aggregate) muestra una excelente adaptación marginal e induce la formación de tejido periapical sano con más frecuencia que otros materiales. La regeneración tisular guiada se utiliza cada vez más en el campo de la cirugía periapical.

Fracasos de la anestesia locorreional en Odontología ⁽⁹⁾.

Boronat y cols. revisan las causas más frecuentes de fracasos en la anestesia dental.

Ante un nervio dentario inferior bífido es aconsejable utilizar una técnica anestésica alta, como la de Gow-Gates. En caso de agujeros retromolares se debe depositar unas gotas en el área retromolar anómala o utilizar un bloqueo mandibular alto. Cuando existe inervación accesoria debemos reforzar el bloqueo del nervio dentario inferior con anestesia por lingual del primer molar (por el nervio milohioideo) y por vestibular del diente a tratar (para las ramas cervicales). En maxilar, si no se consigue una buena anestesia, sobre todo de incisivos, se debe pensar en la posibilidad de anastomosis nerviosa y depositar anestésico en el lado contralateral. Otras causas de fracaso anestésico serían la inactividad ante la inflamación tisular, soluciones anestésicas inactivas, una técnica incorrecta y la subjetividad de los pacientes muy ansiosos.

3. BIBLIOGRAFÍA

1. Del Rey-Santamaría M, Balmaceda-Castellón E, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. Incidence of oral sinus communications in 389 upper thirmolar extraction. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 2006;11:E344-8.
2. Planells-del Pozo P, Barra-Soto MJ, Santa Eulalia-Troisfontaines E. Antibiotic prophylaxis in pediatric odontology. An update. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 2006;11:E352-7.
3. Alpiste-Illueca FM, Buitrago-Vera P, de Grado-Cabanilles P, Fuenmayor-Fernández V, Gil-Loscos FJ. Periodontal regeneration in clinical practice. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 2006;11:E382-92.
4. Ponte-Fernández N, Estefanía-Fresco R, Aguirre-Urizar JM. Bisphosphonates and oral pathology I. General and preventive aspects. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 2006;11:E396-400.
5. Estefanía-Fresco R, Ponte-Fernández N, Aguirre-Urizar JM. Bisphosphonates and oral pathology II. Osteonecrosis of the jaws: Review of the literature before 2005. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 2006;11:E456-61.
6. Peñarrocha-Diago M, Boronat-López A, Lamas-Pelayo J. Update in dental implant periapical surgery. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 2006;11:E429-32.
7. López-Carriches C, Martínez-González JM, Donado-Rodríguez M. The use of methylprednisolone versus diclofenac in the treatment of inflammation and trismus after surgical removal of lower third molars. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 2006;11:E440-5.
8. Martí-Bowen E, Peñarrocha M. An update in periapical surgery. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 2006;11:E503-9.
9. Boronat-López A, Peñarrocha-Diago M. Failure of locoregional anesthesia in dental practice. Review of the literature. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 2006;11:E510-3.