

**REVISTA ORAL SURGERY,
ORAL MEDICINE,
ORAL PATHOLOGY,
ORAL RADIOLOGY
AND ENDODONTICS
(FEBRERO-MARZO DE 2003)**

Autores:

*M Carmen González Fernández
Alumna del Master de Cirugía Bucal. 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*

*Pedro Infante Cossío
Profesor Asociado de Cirugía Bucal de la Universidad de Sevilla
Facultativo Especialista del Área del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial
del Hospital Universitario Virgen del Rocío*

*Daniel Torres Lagares
Profesor del Master de Cirugía Bucal de la Universidad de Sevilla
Becario de Docencia e Investigación de la Universidad de Sevilla*

*Dirección de contacto:
Facultad de Odontología de la Universidad de Sevilla
C/ Avicena s/n Sevilla 41009
Tlfno - Fax 954481129*

Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontics
(Febrero-Marzo de 2003)
González MC, Gutiérrez JL, Infante P, Torres D
Revista Secib On Line 2004;4:16-27
ISSN 1697-7181



I.- DESCRIPCIÓN DE LA REVISTA:

Esta revista se publica mensualmente en Estados Unidos por Mosby, editándose seis números por volumen y dos volúmenes por año, siendo las Sociedades que usan esta revista como medio de comunicación oficial las siguientes:

- American Academy of Oral and Maxillofacial Radiology, con sede en Jackson.
- American Academy of Oral Medicine, con sede en New York.
- American Academy of Oral and Maxillofacial Pathology, con sede en Naperville.
- American College of Oral and Maxillofacial Surgeons, con sede en San Antonio.
- Organization of Teachers of Oral Diagnosis, con sede en Indianapolis.

El editor en jefe provisional es Peter E. Larsen (Columbus, Ohio), siendo los editores de las diferentes sesiones los siguientes:

- | | |
|-----------------------------------|----------------------|
| - Cirugía Oral y Maxilofacial: | Peter E. Larsen. |
| - Medicina Oral: | Martín S. Greenberg. |
| - Patología Oral y Maxilofacial: | Alan R. Gould. |
| - Endodoncia: | Larz S.W. Spångberg. |
| - Radiología Oral y Maxilofacial: | Stephen R. Matteson. |

La dirección de correos de la revista es: Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontics, Mosby, Periodicals Department, 6277 Sea Harbor Dr, Orlando, FL 32877-4800 y actualmente es posible el acceso a los textos completos a través de internet, suscribiéndose en la web: <http://www.mosby.com/tripleo>.



II.- REVISIÓN NÚMEROS FEBRERO-MARZO 2003.

II.1.- Características Generales de los Números Revisados:

La presente revisión bibliográfica abarca los números 2 y 3 del volumen 95, que corresponde a los meses de Febrero y Marzo, respectivamente, del año 2003. Los contenidos de la revista son los siguientes:

1. Editorial.
2. Cartas al editor.
3. Puesta la día del manejo clínico (nº 2), o en su lugar, Artículo de revisión (nº 3)
4. Notas clínicas.
5. Cirugía Oral y Maxilofacial (tres artículos en el nº 2 y dos en el nº 3).
6. Medicina Oral (cuatro artículos en el nº 2 y cuatro en el nº 3).
7. Patología Oral y Maxilofacial (cinco artículos en el nº 2 y cuatro en el nº 3).
8. Endodoncia (tres artículos en el nº 2 y cuatro en el nº 3).
9. Radiología Oral y Maxilofacial (tres artículos en el nº 2 y dos en el nº 3)
10. Noticias y Anuncios.
11. Servicios al lector, que incluye:
 - Información para los autores.
 - Información para los lectores.
 - Cambio de dirección.

Los autores de los diferentes artículos, incluyendo los apartados 3 y 4 de la revista, son de muy diversos países (18 en total), siendo originarios de USA seis artículos; de Canadá dos; de Europa diez (destacando Reino Unido con cuatro, no



habiendo ninguno de España); Japón seis; otros países asiáticos dos; Israel tres; países árabes cuatro; Sudamérica (Brasil) cuatro y Sudáfrica uno.

Los temas fundamentalmente abordados en las diferentes secciones son los siguientes, de mayor a menor frecuencia:

- Ocho artículos de:
 - Quistes y Tumores.
- Tres artículos de:
 - Patología glandular.
 - ATM.
 - Pacientes médicamente comprometidos.
 - Instrumentación en endodoncia.
- Dos artículos de:
 - Lesiones ulceradas.
 - Lesiones blancas.
 - Diagnóstico por la imagen.
 - Materiales de obturación retrograda.
- Un artículo de:
 - Inclusiones del tercer molar.
 - Infecciones.
 - Cirugía ortognática.
 - Injertos óseos.
 - Osteorradionecrosis.
 - Autotransplante dental.
 - Empleo de corticoides tópicos.
 - Tejido pulpar (receptores estrogénicos).
 - Tabaco.
 - Piercing.

Del total de los treinta y ocho artículos, doce presentan casos clínicos (la mayoría un solo caso); diez hacen estudios estadísticos descriptivos transversales; seis hacen estudios de investigación in vitro (endodondia); cuatro, estudios estadísticos descriptivos prospectivos; tres, estudios estadísticos descriptivos



retrospectivos; un artículo muestra un ensayo clínico; uno hace una descripción de una nueva técnica quirúrgica y en uno se lleva a cabo una revisión bibliográfica.

II.2.- Revisión de los artículos publicados referidos a Cirugía Bucal y Maxilofacial

En cuanto a los artículos de Cirugía Oral y Maxilofacial (cinco en total), predominan los de cirugía maxilofacial frente a los de cirugía oral (3/2), publicándose sobre: cirugía ortognática, injertos óseos, tumores, inclusión de terceros molares e infecciones. Vamos a exponer seguidamente un resumen de los cinco artículos de esta sesión de cirugía oral y maxilofacial:

El primer artículo (1) se trata de un estudio en el que se hace un ensayo clínico para comparar la eficacia preventiva de la infección postquirúrgica en osteotomías sagitales bilaterales de rama, de dos protocolos de profilaxis antibiótica: uno dando una dosis única preoperatoria de 600 mgr de clindamicina intravenosa y el otro empleando 600 mgr de clindamicina en 24 horas. Setenta pacientes fueron asignados aleatoriamente a los dos grupos de protocolos antibióticos. En todos se realizó una osteotomía sagital de rama bilateral sin colocación de injerto óseo autólogo y con fijación de los fragmentos mediante tornillos de osteosíntesis y miniplacas. El tiempo medio de intervención fue de dos horas y treinta minutos (1h y 30' - 4h y 30'). En tres pacientes se desarrolló una infección después del sexto día, en todos ellos la cirugía se realizó dentro de un intervalo de dos horas, correspondiendo dos de ellos, al protocolo de dosis única, y uno al grupo de profilaxis de 24 horas; resolviéndose en todos los casos el proceso con la administración de amoxicilina 500 mgr / 4 veces al día, cinco días. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la incidencia de infecciones postoperatorias, entre los dos protocolos de profilaxis antibiótica, por



lo que una dosis única de clindamicina intravenosa preoperatoria, parece ser suficiente, en pacientes inmunocompetentes, en las osteotomías sagitales de rama.

Un segundo estudio (2) muestra un estudio prospectivo en el que se compara la morbilidad asociada con la recogida de bloques de hueso corticoesponjoso mediante cirugía convencional, con la obtención de hueso medular mediante trefina motorizada. Setenta y seis pacientes que necesitaban 30 ml o menos de hueso medular para la reconstrucción maxilofacial, fueron divididos en dos grupos. En un grupo se obtuvieron bloques corticoesponjosos de injerto mediante abordaje abierto medial tradicional del hueso iliaco en su porción anterior, mientras en el segundo grupo se obtuvo el material de injerto a través de una incisión de 0,5 a 1 cm, con una trefina motorizada (desarrollada para la obtención de biopsias óseas en la investigación de alteraciones óseas, hematológicas y metabólicas). Para valorar la morbilidad postoperatoria se tuvieron en cuenta los siguientes parámetros: número de días necesarios para andar sin ayuda, días de permanencia en el hospital y valoración del dolor en la zona donante y receptora. Se encontraron diferencias significativas en el número de días necesarios para andar sin ayuda, días de permanencia en el hospital y grado de dolor en la zona donante (cadera), entre los dos grupos; siendo en todos los casos mayor para el grupo de obtención de injerto mediante abordaje abierto medial tradicional, no obteniéndose diferencias significativas en cuanto a la valoración del dolor en la zona receptora. Se presentaron alteraciones en la deambulación en un 68% de los casos de obtención del injerto por abordaje tradicional y en un 1,9% de los casos en los que se obtuvo con trefina, no apreciándose otras complicaciones. Cuando son cantidades moderadas de hueso las requeridas como injertos maxilofaciales, la obtención del mismo en el hueso iliaco mediante trefina motorizada presenta una menor morbilidad (estadísticamente significativa) que otros métodos abiertos



tradicionales; probablemente como resultado de una mínima reflexión de la musculatura y de la exposición del hueso iliaco anterior.

En esta revista también se describe una nueva técnica de abordaje de tumores extensos en la fosa pterigomaxilar y base del cráneo (3). La primera incisión divide el labio superior en la línea media, pasa bajo la pirámide nasal y se extiende lateralmente alcanzando el nivel de la ATM, a partir de donde parte una incisión vertical preauricular/coronal. Una segunda y tercera incisión se realiza a lo largo del pliegue bucogingival maxilar y mandibular, desde la línea media (nivel del canino en la mandíbula) al área retromolar. El colgajo de la mejilla se refleja hacia abajo al nivel del ángulo de la mandíbula, después de desprenderse el periostio maxilar y mandibular y la fascia masetérica, mientras el colgajo frontotemporal es reflejado hacia la línea media. Después de completar las osteotomías del esqueleto orbitomaxilar y la osteotomía subperiosteal horizontal en el ángulo de la mandíbula, se realiza una craneotomía frontotemporal, exponiéndose el tumor en el campo quirúrgico. Tras reseca el tumor, el esqueleto orbitomaxilar y la rama mandibular, removidos durante el abordaje, son recolocados y fijados con miniplacas. Esta técnica de abordaje está indicada para lesiones benignas y malignas que involucren dos o más de las siguientes áreas anatómicas: fosa pterigopalatina, seno esfenoidal, nasofaringe, fosa infratemporal, seno cavernoso y/o piso de la fosa media y clivus.

Como ventajas presenta que el nervio facial se protege en el colgajo de la mejilla, excepto en su rama frontal; proporciona un mejor acceso a los tumores de la fosa pterigopalatina extendidos a la base craneal media que las técnicas de abordaje medio y lateral; el músculo temporal es completamente desplazado inferiormente y usado para la reconstrucción y la arteria maxilar interna es fácilmente controlada lateralmente antes de la manipulación del tumor. Como inconvenientes podemos citar la presencia de la cicatriz horizontal a través de la



sien; la función de la rama frontal del facial no puede ser recuperada; la existencia de una deformidad cóncava de la región bucofacial.

Un cuarto artículo comunica un estudio transversal en el que se evalúa la respuesta histológica en la pericoronaritis crónica asintomática (4). Se obtuvo tejido gingival de la mucosa gingival (n=20) y del folículo dental (n=20), alrededor del tercer molar de pacientes con pericoronaritis libre de síntomas pero con signos de inflamación. Como control se obtuvieron muestras de la zona de terceros molares retenidos de pacientes sanos sin síntomas ni signos de inflamación, estudiándose la presencia de macrófagos (CD68), células Killers (CD56), células T (CD2), células T Helpers (CD4), células T supresoras/citotóxicas (CD8) y neutrófilos. Los macrófagos fueron las células más numerosas encontradas en la pericoronaritis, estando también algo incrementadas las CD2 + linfocitos T (con una proporción normal CD4/CD8). Con respecto a los casos control, los neutrófilos no estaban aumentados ni mostraban signos de activación.

Una infección crónica (aumento característico de macrófagos) es potencialmente dañina, pudiendo llevar a complicaciones que hagan necesario la toma de antibióticos y la extracción dental, aunque las potenciales complicaciones y la probabilidad de extensión de la infección a lo largo de la vida del paciente no está aclarado, siendo necesarios futuros estudios que delimiten las situaciones en los que la extracción sea necesaria

El quinto y último artículo sobre cirugía bucal o maxilofacial aborda la fascitis necrotizante de cabeza y cuello, una poco común y potencialmente fatal infección de los tejidos blandos, de etiología polimicrobiana, y caracterizada por una extensa necrosis y formación de gas en el tejido subcutáneo y la fascia superficial, siendo su origen más común las infecciones dentales (5). En este



artículo se muestra un análisis retrospectivo que pretende describir las condiciones de esta rara enfermedad, y los principales factores que favorecen la mortalidad. Para ello se revisaron nueve nuevos casos y 125 recogidos en la literatura de lengua inglesa.

Dos de los nueve nuevos pacientes tenían alguna forma de alteración sistémica, del tipo de diabetes, insuficiencia cardiaca, fallo renal o infarto cerebral, mientras que los otros siete no tenían complicaciones generales. Todos estos pacientes recibieron desbridamientos extensos dentro de las primeras 24 horas, obteniéndose buenos resultados. En contraste, 24 de los 125 pacientes revisados murieron a pesar del tratamiento. Los factores que afectaron a la mortalidad fueron asociados a alteraciones tales como diabetes, abuso de alcohol, demora en la cirugía y la presentación de mediastinitis. La fascitis necrotizante es todavía una enfermedad potencialmente fatal, pudiendo reducir la mortalidad un temprano y agresivo desbridamiento.

II.3.- Otros artículos interesantes

Del resto de los artículos, no pertenecientes a la sesión de Cirugía Oral y Maxilofacial, podríamos destacar los siguientes:

Un artículo que presenta un estudio prospectivo cuyo objetivo fue valorar la relación entre restauraciones con amalgama de plata y el liquen plano oral (6). Para ello se estudiaron ochenta y un paciente con lesiones liquenoides orales a los que se practicó test cutáneos de hipersensibilidad a la amalgama o al mercurio. Treinta y tres de estos pacientes tenían obturaciones de amalgama en contacto con las lesiones orales, se reemplazaron por otro tipo de restauración y se les hizo un seguimiento para determinar el resultado. Como conclusiones de este estudio se



señala que el liquen plano oral es una condición heterogénea, dentro de la cual puede ser un subgrupo de pacientes con lesiones de hipersensibilidad por contacto a la amalgama, en cuyo caso se obtiene una respuesta favorable al reemplazo de la amalgama. Esto no ocurre en otras lesiones de liquen plano oral.

Otro artículo (7) busca describir un método simple para construir un espaciador y evaluar, con el uso de tomografía computarizada, la eficacia del mismo en la prevención de osteorradionecrosis de la mandíbula. Para ello se incluyeron en el estudio 53 pacientes con cánceres orales de lengua, los cuales fueron tratados por medio de braquiterapia intersticial. A los pacientes se les realizó un examen por tomografía computarizada, inmediatamente después de la implantación de las fuentes radiactivas con el espaciador colocado, midiéndose con ella la distancia entre la fuente radiactiva y las superficies linguales de la mandíbula, evaluándose en el tiempo el desarrollo de osteorradionecrosis. Como conclusión establecen que un espaciador debe tener un grosor mínimo de 5 mm en su reborde lingual para prevenir el desarrollo de osteorradionecrosis de la mandíbula.



BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Lindeboom J.A.H., Baas E.M., Kroon F.H.M.: Prophylactic single-dose administration of 600 mgr. Clindamycin versus 4-time administration of 600 mgr. Clindamycin in Orthognatic surgery: a prospective randomized study in bilateral mandibular sagittal ramus osteotomies, Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol, Oral Radiol and Endod. 2003; vol 95, nº 2: 145-9. (Amsterdam; Holanda)
- 2.- Sándor g.K.B., Nish I.A., Carmichael R.P.: Comparison of convencional surgery with motorized trephine in bone harvest from the anterior iliac crest, Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol, Oral Radiol and Endod. 2003; vol 95, nº 2: 150-5. (Toronto, Ontario, Canadá).
- 3.- Jian x., Liu J.: A new surgical approach to extensive tumors in the pterygomaxillary fossa and the skull base, Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol, Oral Radiol and Endod. 2003; vol 95, nº 2: 156-62. (China).
- 4.- Laine M., Ventä I., Hyrkäs T., Ma J., Konttinen Y.T.: Chronic inflammation around painless partially erupted tirad molars. Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol, Oral Radiol and Endod. 2003; vol 95, nº 3: 277-82. (Helsinki, Finlandia).
- 5.- Umeda M., Minamikawa T.,m Komatsubara H., Shibuya Y., YoKoo S., Komori T.: Necrotizing fasciitis caused by dental infection: A restrospective anlyisi of 9 cases and a review of the literature. Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol, Oral Radiol and Endod. 2003; vol 95, nº 3: 283-90. (Japón)
- 6.- Thornhill M.H., Pemberton M.N., Simmons R.K., Theaker E.D.: Amalgam-contact hypersensitivity lesions and oral lichen planus. Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol,



Oral Radiol and Endod. 2003; vol 95, nº 3: 291-9. (San Antonio, Tex and Manchester, Inglaterra).

- 7.- Obinata K., Ohmori K., Tuchiya K., Nishioka T., Shirato H., Nakamura M: Clinical study of a spacer to help prevent osteoradionecrosis resulting from brachytherapy for tongue cancer. Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol, Oral Radiol and Endod. 2003; vol 95, nº 2: 246-50. (Japón).