

## Revisión Bibliográfica

### Preliminary study of fibrin blue combined with pingyangmycin for the treatment of venous malformations in the oral and maxillofacial region

Yang Y, sun M, Hou R, Yan Z, Wang L, Cheng X, Lei D, Liu Y. *J Oral Maxillofac Surg* 2008; 66: 2219-25

Los hemangiomas y las malformaciones vasculares son los tumores más frecuentes de la infancia y de la juventud temprana. Un 40% de las lesiones vasculares se localizan en cabeza y cuello. La terminología para describir anomalías vasculares era confusa, hasta que Mulliken y Glowacki definieron la clasificación fundamental en base a las características patológicas y biológicas en el año 1982. Describieron dos entidades, hemangioma y malformaciones vasculares. La malformación venosa es un tipo de malformación vascular formalmente referido como hemangioma cavernoso, la mayor parte de ellos están presentes desde el nacimiento y crecen proporcionalmente con la edad, en contraste con los hemangiomas que no proliferan o involucionan. Las malformaciones venosas en el área maxilofacial suelen involucrar múltiples áreas anatómicas. Pueden tener frecuentemente flebolitos. Presentan altas tasas de recurrencia.

Los autores presentan sus resultados en 7 pacientes con malformaciones venosas en el área oral y maxilofacial. Fueron tratados en cuatro hospitales militares médicos, afiliados a la universidad, entre Enero del 2005 y Enero del 2006. Cuatro de ellos eran hombres y tres mujeres, las edades oscilaban entre los 10 y 62 años. Las técnicas de imagen que empleaban en el diagnóstico eran el doppler ultrasonográfico, y la RM. Dos de las lesiones se encontraban en al área de la lengua y el resto comprometía dos zonas anatómicas. El pegamento de fibrina (pf) viene envasado en un kit con dos agujas. La A contiene por ml, de 50 a 75 mg de fibrinógeno, de 10 a 70 unidades de factor XIII de la coagulación sanguínea, y una solución tampón que contiene 6,8 mg. de dihidrógeno fosfato de potasio. La otra jeringa (B) lleva 400 UI trombina y clorato de calcio.

La pingyangmicina es la sustancia esclerosante más empleada en China. Su principal elemento es el hidrocloreto de la bleomicina A5. La dosis que se emplea es de 8 mg. El polvo de pingyangmicina se disuelve en una solución de 2 ml que contiene dexametasona (5 mg en 1 ml) y 2% de lidocaína en otro ml. También se utiliza en dos jeringas, en cada una de ellas se pone 1 ml. Las jeringas se inyectan simultáneamente. Usualmente la inyección es aplicada en tres/cuatro lugares por sesión de tratamiento. El procedimiento requiere de una estancia hospitalaria de al menos 2-3 días para observación. Todos los casos reciben pf y pingyangmicina, pero solo en el primer tratamiento. En las sesiones subsiguientes, solo se aplica la pingyangmicina con un intervalo terapéutico de dos-tres semanas. En todos los pacientes se registran los signos vitales y síntomas. Examinan la función sanguínea, hepática y renal y realizan rayos X de tórax. El resultado terapéutico se valora mediante ultrasonografía doppler. El seguimiento fue de uno a dos años. De los siete pacientes, cuatro recuperaron una apariencia cercana a la normalidad, sin corriente sanguínea detectable en la lesión. Otros dos casos mostraban una ligera asimetría pero sin evidencia tampoco de corriente sanguínea. Uno de los dos casos sufrió excisión quirúrgica de la inflamación residual. Dos de los siete casos tuvieron fiebre, en uno de ellos se vieron obligados a cesar el tratamiento por fiebre continua. No aparecieron reacciones alérgicas, embolismos pulmonares, ni otras complicaciones.

Los autores concluyen que sus resultados preliminares muestran que la inyección intralesional de pf y pingyangmicina es muestra como un método terapéutico prometedor para el tratamiento de las malformaciones venosas y, si la lesión es pequeña, es suficiente con una inyección de pingyangmicina. Para las lesiones de mediano y gran tamaño es mejor la combinación pf y pingyangmicina. A veces puede ser necesaria la excisión quirúrgica tras la escleroterapia.

### Metastatic ameloblastoma to the cervical lymph nodes: A case report and review of literature

Cardoso A, Lazow S, Solomon M, Berger J, Rock A. *J Oral Maxillofac Surg* 2009; 67:1163-6

Los ameloblastomas (AMB) representan el 1% de todos los tumores de la cavidad oral. Son considerados tumores benignos pero de comportamiento muy agresivo localmente. El 80% se asientan en la mandíbula y un 20% en el maxilar superior. Tienen una alta tasa de recurrencia entre 50-72%, según diferentes estudios, dependiendo de la modalidad de tratamiento. Los AMB malignos son considerados histológicamente benignos pero con metástasis a distancia. Las localizaciones más frecuentes son el pulmón (75-88%) y las ganglionares (15-27%), también se pueden ver en el hígado, riño, cerebro y hueso. Se cree que la diseminación metastásica ocurre por vía hematogena, linfática y por aspiración.

Caso clínico: en el año 2006 un paciente de 27 años presentaba una gran masa submandibular izquierda de 6 meses de evolución. Había sido operado de una AMB mandibular hacia 3 años, donde se realizó una gran resección de la mandíbula más reconstrucción con injertos de cresta iliaca bilateral y posteriormente colocación de implantes dentales osteointegrados. Se realizó una PAAF de la masa con un resultado histopatológico de células ameloblásticas. Se le reseccó la masa incluyendo la glándula submaxilar que confirmó el diagnóstico. El paciente rechazó otras modalidades de tratamiento coadyuvante como la quimio o la radioterapia. Se le realizó un control estricto mediante inspección y pruebas imagen y el paciente se encuentra libre de enfermedad en la actualidad. La histología del tumor primario mostraba las características típicas de un AMB, hebras de células con estroma de fibroblastos y densa disposición de colágeno, ameloblastosis plexiforme con elementos císticos. En el nódulo ganglionar se apreciaba una sustitución de la arquitectura ganglionar de tumor.

En la literatura anglosajona se han encontrado publicados 14 casos de metástasis ganglionar por AMB. Se cree que tienen un índice de metastatización del 2%. No tienen una predisposición racial ni de edad. Se acepta que la histología o subtipo de AMB no refiere un factor de riesgo de metástasis, aunque se ve más frecuentemente en los subtipos plexiforme o foliular. Las metástasis ganglionares pueden preceder a las metástasis a distancia en 3-5 años aproximadamente. Otros factores como la masa tumoral, retardo en el tratamiento primario, recidiva tumoral si influyen en la incidencia de metástasis a distancia. En 6 de los 14 casos en el momento de diagnóstico de metástasis ganglionar coexistían metástasis en otros órganos. El tratamiento definitivo de la enfermedad es quirúrgico, si existe metástasis ganglionar en el momento inicial se debe realizar una resección mandibular amplia de 2-3 cm de margen. Aunque el manejo cervical está en controversia, muchos abogan

## Revisión Bibliográfica

por una linfadenectomía cervical reglada. Aun tras un tratamiento agresivo, la tasa de recurrencia tumoral está alrededor del 60% con una supervivencia a los 5 años de menos del 40%. El tratamiento coadyuvante con radio y quimioterapia es impredecible y se cree que los AMB son radioresistentes. Diferentes combinaciones de quimioterapia se han utilizado con resultados variables, como cisplatino, adriamicina, ciclofosfámidas, vinblastina o bleomicina. Es muy importante revelar que no existe correlación entre la aparición de metástasis a distancia y el tipo histológico del AMB.

### Comparison of corticocancellous block and particulate bone grafts in maxillary sinus floor augmentation for bone healing around dental implants

Lee S, Choi B, Li J, Jeong S, et. al.  
*Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*  
2007;104:324-8

En la zona posterior del hueso maxilar puede ser muy problemático la colocación de implantes, debido a que con la edad el proceso alveolar tiende a la reabsorción y el seno maxilar se alarga. La elevación del suelo del seno maxilar es un proceso quirúrgico fundamental para mejorar dicha situación. Aunque existen diversos materiales para injertar en el seno maxilar, se considera que el injerto óseo autólogo es la mejor opción por su potencial osteoinductor, compatibilidad y resultados clínicos óptimos. En la actualidad no existen estudios que comparen la eficacia de osteointegración entre injertos óseos autólogos en bloque o en partículas. Se considera que el injerto óseo en bloque tiene mayor rigidez y permite una mayor estabilidad primaria del implante en el momento de la colocación del mismo en ella. Se cree que el grado de reabsorción postoperatorio también es menor en el injerto en bloque que en el particulado. También se cree que es menos traumático preparar un injerto en bloque sin afectar demasiado la vascularización, al contrario que en el injerto en partículas. El estudio de Sennerby et al. indica que hay un mayor grado de retención implantaria si existe un mayor superficie de contacto entre el injerto óseo y el implante, que sería el caso de los injertos óseos en bloque. El objetivo de este estudio consiste en medir la osteointegración de los implantes dentales y la altura de la neo-osificación cuando los implantes son colocados simultáneamente en bloques de hueso cortical o en partículas óseas utilizadas en las elevaciones de senos maxilares.

El estudio se realizó en seis perros y bajo anestesia general se hizo en cada perro una elevación de ambos senos maxilares de forma reglada. Tras extraer el injerto óseo de la cresta iliaca, en un lado se rellenó con partículas óseas y en el lado contralateral se rellenó con un bloque de cortical ósea. Se colocaron 2 implantes dentales, enterrados completamente, en la zona injertada de ambos lados. Los animales fueron sacrificados a los 6 meses y las zonas injertadas eran resecaadas en bloque para su estudio. Se realizó un microtomografía (MicroCT) para valorar la calidad ósea alrededor de los implantes. Se valoró la calidad y cantidad de la osteointegración así como la altura del hueso perimplantario midiendo la distancia entre la cresta alveolar y la superficie del implante. No se encontró ningún caso de infecciones o complicaciones, la membrana del seno maxilar intacta y se apreció que el volumen original de injerto había disminuido considerablemente. La cantidad de la

osteointegración en los senos rellenos con hueso en bloque (56,7%) fue superior a los senos rellenos con partículas óseas (32,1%). La neo-osificación era también mayor en el primer grupo (12,3 mm) que en el segundo grupo (9,7 mm). Por lo tanto, los rellenos de los senos maxilares en hueso en bloque dan mejores resultados en la osteointegración y un mayor neo-osificación.

### Detection of locoregional recurrent head and neck cancer after radiotherapy using modern imaging

De Bree R, Van der Putten L, Brouwer J et. al.  
*Oral Oncology* 2009: 45:386-93

Los pacientes con diagnóstico de cáncer de cavidad oral (CCO) son tratados generalmente con cirugía, radioterapia (RT) y/o quimioterapia. La recidivas locoregionales (RL) tras cualquiera de las modalidades de tratamiento son frecuentes. Las recidivas locales en CCO en estadios precoces tras el tratamiento con RT es del 10-25% y en estadios avanzados es del 25-50%. Para el clínico puede llegar a ser dificultosa la diferenciación clínica y radiológica entre las RL y las secuelas por RT. Los cambios post-RT incluyen fibrosis, edema y necrosis de los tejidos blandos y duros. Aproximadamente, la mitad de los pacientes con gran edema y necrosis post RT van a tener una RL en el mismo periodo. La necesidad de realizar una PAAF llega a ser un dilema para el profesional ya que puede exacerbar las secuelas post-RT, con infecciones y deterioro de los tejidos circundantes. Por lo tanto, se recomienda un control estricto sobre estas secuelas, mediante antibioterapia, corticoides o la cámara hiperbárica. Existe además, el riesgo de que dichas secuelas enmascaren una posible RL potencialmente curable. Por lo tanto, el diagnóstico precoz de las RL en pacientes post-RT es de gran importancia, ya que aumenta considerablemente la posibilidad de curación. En este aspecto toman especial protagonismo las pruebas de imagen. La TC y la RM convencional se quedan ligeramente cortos en el diagnóstico de las RL y cada vez toma más protagonismo la utilización del PET. Existen muchos estudios que confirman la validez del PET en el diagnóstico precoz de las RL a nivel de cabeza y cuello. También es cierto que la realización de una PET en estadios precoces post RT tiene un riesgo de obtener falsos positivos, confundiendo la lesión tumoral con las secuelas comunes post RT, o por el contrario obtener falsos negativos debido a que la enfermedad tumoral es demasiado pequeña para ser detectada por la PET. Para Greven et al. la realización de la PET al mes del tratamiento con RT es inadecuado para una detección precoz de las RL, en cambio, es más fiable a los 4 meses post-RT. Tras la publicación de este estudio la petición del control con PET se suele realizar a los 3-4 meses post-RT. Van de Broek et. al. en 82 pacientes con diagnóstico de CCO en estadios avanzados y tratados con RT, se les realizó una RM para la detección precoz de una RL. La sensibilidad fue del 48%, especificidad del 85%, valor predictivo positivo del 55% y valor predictivo negativo del 81%. En el mismo grupo de pacientes se realizó una PET con una cifras del 50%, 89%, 50%, y 89% respectivamente. En conclusión podemos decir para la detección precoz de las RL en los CCO avanzados la PET es de gran utilidad, aunque también creemos que es importante la confirmación histológica.