

## Revisión Bibliográfica

### Retrospective analysis of 736 implants inserted without antibiotic therapy

Mazzocchi A, Passi L, Moretti R.  
*Am Assoc J Oral Maxillofac Surg* 2007;65:2321-23.

La utilización rutinaria de profilaxis antibiótica en la implantología está bastante extendida entre los profesionales. La profilaxis antibiótica previa a cualquier cirugía oral en los pacientes con riesgo de endocarditis o en inmunodeprimidos está universalmente aceptada. En la cirugía implantológica está demostrado que la tasa de infecciones es menos del 5% y, en muchas ocasiones, sin consecuencias importantes para el paciente. Además, otros estudios han revelado que el uso de antibióticos profilácticos proporciona poco o nada de beneficio para el paciente además producir distintos efectos adversos propios de los mismos. Por ello, muchos autores creen que la profilaxis antibiótica de rutina en implantología no es tan beneficiosa como uno cree. En este estudio entre los años 2000 al 2005 en 437 pacientes se colocaron 736 implantes por un mismo cirujano maxilofacial, 311 en el hueso maxilar y 425 en la mandíbula. No fueron tratados con antibióticos, aunque sí con un antiinflamatorio durante los 3 primeros días postoperatorios. La inflamación y el edema postoperatorio a los 3-4 días se consideró dentro de la normalidad. En 5 implantes (0.68%) se observó una infección precoz (antes de la 1ª semana postoperatoria) y en 3 implantes (0.41%) una infección tardía, todos ellos en distintos pacientes. Esos implantes fueron retirados al comprobar su no osteointegración, antes de colocar la prótesis. En total fallaron 20 implantes, por distintos motivos, al no conseguir una osteointegración adecuada, de los cuales 15 fueron remplazados por nuevos implantes con mejores resultados. Se considera que el riesgo de infección en la implantología depende de muchos factores como el manejo intraoperatorio, los principios básicos de asepsia durante la cirugía, etc. Asimismo, una buena higiene bucal por parte del paciente, disminuye la concentración de los microorganismos antes de comenzar los procedimientos quirúrgicos. Algunos autores afirman que el uso de clorhexidina oral mantiene un control sobre las bacterias gram + y gram - previa a la cirugía. En cambio el uso de tabaco y alcohol, en otros estudios, revelan un aumento en la tasa de infecciones postoperatorias. También es importante el manejo de los tejidos periimplantarios durante la colocación del implante por parte del cirujano. Por lo que, con las precauciones adecuadas tomadas por parte del cirujano y del paciente, se cree que el uso de antibióticos profilácticos puede ser innecesario. Tampoco, el uso de antibióticos debería ser una excusa para una inadecuada técnica quirúrgica. Una de las principales desventajas del uso de antibioterapia profiláctica indiscriminada, además de los propios efectos adversos medicamentosos, es el aumento de la tasa de resistencia bacteriana. En conclusión, en este estudio

no se encontraron mayores tasa de infecciones ni fracasos en los implantes que en otros estudios donde se utilizaron diferentes regímenes de antibioterapia profiláctica. No se ha demostrado ningún beneficio para el paciente por el uso indiscriminado de antibióticos en pacientes que van a ser intervenidos de implantes, pero sí de beneficios, como disminuir los efectos adversos medicamentosos, los efectos alérgicos propios y un aumento de la resistencia bacteriana en la sociedad actual.

### Pain and swelling after periapical surgery related to oral hygiene and smoking

García B, Peñarrocha M, Martí E, y cols.  
*Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2007, 104: 271-6

En la cirugía periapical, como en cualquier otra cirugía de la cavidad oral, los efectos secundarios como el dolor y la inflamación pueden ocurrir con relativa frecuencia. En este estudio se pretende relacionar los síntomas como el dolor e inflamación en los primeros 7 días postoperatorios tras una cirugía apical, con la edad, el sexo, la higiene bucal o el hábito de fumar. Un total de 110 pacientes fueron intervenidos de una cirugía apical entre los años 2002 al 2004 por un mismo cirujano. La técnica quirúrgica constaba de una ostectomía apical y una obturación a retro con amalgama de plata libre de Zinc. En todos los casos se prescribió Amoxicilina, Ibuprofeno y Metimazol en el periodo postoperatorio. Se les recomendó no fumar en la primera semana postoperatoria y un cepillado dental a partir del segundo día postoperatorio; 102 pacientes (31 varones y 71 mujeres) fueron incluidos en el estudio, con una edad media de 40,2 años. Antes de la cirugía, 5 pacientes tenían una pobre higiene oral, 34 pacientes moderada y 63 tenían buena higiene oral; asimismo, 76 pacientes eran no fumadores y 26 fumaban, mientras que en el periodo postoperatorio solamente 16 pacientes fumaron desoyendo las recomendaciones médicas. Un total de 197 raíces dentarias fueron tratadas en ambos maxilares. El grado de dolor era más intenso en las primeras 48 horas con un pico máximo de dolor en el segundo día. También la inflamación iba en aumento tras la cirugía, alcanzando su máxima intensidad en el segundo día (23,7% leve y 44,7% moderada). Se reveló que ni la edad ni el sexo guardaban relación alguna con la intensidad ni con la duración del dolor ni la inflamación. Asimismo, los pacientes con una higiene oral pobre mostraron una mayor intensidad de dolor e inflamación, igual que los pacientes que eran fumadores. Esto es debido fundamentalmente a que la nicotina produce una vasoconstricción en la circulación periférica y disminuye la irrigación del lecho quirúrgico, aumentando el dolor y el periodo de cicatrización necesaria. Además el tabaco disminuye la inmunidad afectando al ecosistema oral

## Revisión Bibliográfica

aumentando la concentración de las bacterias anaerobias en la microflora bucal. También hay que afirmar que ni la higiene oral ni el hábito de fumar después de la cirugía tienen influencia en el dolor ni en la inflamación, seguramente porque los pacientes se cepillan mejor los dientes y disminuyen el número de cigarrillos.

### An extraoral parapharyngeal space approach via vertical ramus osteotomy

Zitsch R, Patenaude B, Tidmore T.  
*Am J Otolaryngol* 2007; 28:330-3

Los tumores grandes localizados en el espacio parafaríngeo (EP) son considerados de gran dificultad en cuanto a la vía de abordaje para los cirujanos. El acceso al EP está limitado por el ángulo de la mandíbula y el hueso temporal. Los abordajes quirúrgicos más utilizados son la vía transparotídea, transcervical y transmandibular. Todas estas vías ofrecen una exposición del campo quirúrgico limitado además de que la vía transparotídea conlleva el riesgo añadido de la lesión del nervio facial. Una exposición óptima del EP es crucial para no lesionar las estructuras neurovasculares vitales (arteria carotídea, vena yugular interna, VII, IX, X, XI, XII pares craneales...), asimismo un sangrado casual a nivel de la base del cráneo precisa de una buena visualización de la zona para detener la hemorragia. En este estudio, se propone una vía de abordaje transmandibular lateral mediante una osteotomía vertical de la rama ascendente de la mandíbula. Mediante una incisión preauricular con extensión submandibular se accede al ángulo de la mandíbula. Tras preformar una placa de fractura en la línea de la futura osteotomía, se realiza la misma desde el ángulo de la mandíbula hasta la escotadura, protegiendo los tejidos blandos de la cara interna mandibular. Al traccionar el fragmento proximal mandibular del distal, se ofrece una exposición del campo quirúrgico para la resección del tumor del EP. Finalmente, mediante la placa de osteosíntesis previamente preformada se fijan los extremos mandibulares sin que se produzca ninguna alteración de la oclusión dental, ni necesidad de comunicación con la microflora de la cavidad oral. Se recomienda este tipo de abordaje para tumores de más de 5 cm. que se encuentran muy altos en el EP. Se lleva utilizando esta vía desde hace 5 años para los tumores de cabeza y cuello aunque ya ha sido utilizada anteriormente por los cirujanos vasculares para acceder a la arteria carótida interna a nivel de la base del cráneo. A diferencia de la vía transparotídea no se identifica en ningún momento el nervio facial ya que nos situamos en un plano más profundo. Proporciona un campo quirúrgico más amplio que la vía transcervical pura y por lo tanto una resección completa del tumor. A diferencia de la vía transmandibular estándar, el EP y cervical no se comunican en ningún momento con la cavidad oral, disminu-

yendo la tasa de infecciones; asimismo, si se ha procedido al adecuado remodelado de la placa de osteosíntesis no se producirán problemas de maloclusión para el paciente. También ofrece menor tasa de morbilidad que la vía transmandibular estándar. Creemos que este tipo de acceso a la EP es útil para tumores de gran tamaño permitiendo al cirujano un campo de exposición suficiente para la extirpación completa del tumor con un control eficiente sobre las estructuras vitales vecinas.

### Using Botox to treat a Mohs defect repair complicated by a parotid fistula

Hatzis G, Finn R.  
*J Oral Maxillofac Surg* 2007;65:2357-60

Cualquier intervención cerca de la glándula parotídea puede lesionar el parénquima o el conducto de Stenon y conllevar una fístula salivar o sialoceles. También es sabido que las fístulas salivares tienen un difícil manejo por parte del cirujano, produciendo una disminución clara de la calidad de vida del paciente. Diferentes modalidades de tratamientos como el vendaje compresivo o el uso tópico de anticolinérgicos, así como una parotidectomía superficial, se han sugerido para el tratamiento de las fístulas sin los resultados esperados. En este estudio se trata una fístula salivar con la toxina botulínica A (TXA) con resultados excelentes. El uso de dicha sustancia es sobradamente conocida por parte del cirujano oral y maxilofacial para fines cosméticos así como en el tratamiento de la hipertrofia maseterina, espasmos musculares, distonía oromandibular, Sd. de Frey, etc. Paciente de 58 años con diagnóstico de carcinoma epidermoide en la piel del ángulo de la mandíbula, que se le realiza resección local de la misma, y se produce en el postoperatorio una secreción salivar a través de la herida quirúrgica como claro signo de una fístula salivar. Se realiza un vendaje compresivo y tratamiento tópico con fármacos anticolinérgicos tres veces al día, sin observar beneficio alguno. Se inyectan 100 unidades de Botox directamente en el lóbulo superficial de la parótida (sin necesidad del uso de la ecografía para dirigir la aguja) y otras 100 unidades en el tejido celular subcutáneo. A los 5 días del tratamiento el paciente refiere una clara disminución del contenido salivar y cierre de 2/3 de la fístula, aunque se cree que la TXA tiene un periodo de latencia de casi una semana. A las 3 semanas se observa un cierre completo de la fístula salivar con unos resultados excelentes. Consideramos que intentar el cierre de la fístula mediante inyecciones de TXA es más recomendable que realizar una parotidectomía superficial reglada con las posibles complicaciones que ello conlleva.