

Outcomes of placing dental implants in patients taking oral bisphosphonates: A review of 115 cases

Grant B, Amenedo C, Freeman K y Kraut R.
J Oral Maxillofac Surg 2008;66:223-30

En los últimos años se han publicado numerosos casos de osteoradionecrosis de la mandíbula asociado a bifosfonatos tanto intraorales como por vía intravenosa. Está sobradamente aceptado por los científicos que es importante la diferenciación entre pacientes que han recibido tratamiento por vía oral o por vía intravenosa. Se ha querido determinar la tasa de éxito en los pacientes que han recibido tratamiento con bifosfonatos que se les haya colocado implantes dentales.

Se examinó a 1.319 mujeres mayores de 40 años de edad a las que se colocaron implantes dentales en un mismo centro médico entre los años 1998 y 2006. Un total de 115 pacientes reconocieron haber sido tratadas con bifosfonatos por vía oral. Ninguno de las pacientes consultadas había recibido tratamiento por vía intravenosa. A todas estas pacientes se les informó sobre el riesgo de osteoradionecrosis mandibular por bifosfonatos (OMB). De las 115 pacientes, 72 (el 63%) acudieron a la clínica para realizar un seguimiento clínico y radiológico. La duración media del tratamiento con bifosfonatos era de 38 meses. En 26 pacientes se empezó el tratamiento tras la colocación de los implantes, en cambio, en las 89 mujeres restantes se comenzó con el tratamiento antes de la colocación de los mismos. En las 115 pacientes, fueron colocados un total 468 implantes dentales en ambos maxilares, con una técnica quirúrgica estándar. No se encontró ningún caso de osteoradionecrosis mandibular entre los 115 pacientes investigados clínica y radiológicamente. De los 458 implantes revisados se detectaron solamente 2 implantes fracasados, por lo que se asume una tasa de éxito similar entre pacientes que toman bifosfonatos orales y los que no. En todo caso, recomendamos tenerlo en cuenta entre los antecedentes personales como un factor de riesgo moderado, la toma de bifosfonatos orales. También debemos reseñar que los pacientes con tratamiento con bifosfonatos por vía intravenosa deben ser considerados un diferente grupo de riesgo en relación a los que toman bifosfonatos por vía oral.

Craneal bone grafting and simultaneous implants: A submental technique to reconstruct atrophic mandible

Gutta R, Waite P. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2007; Dec. 29

Para los cirujanos maxilofaciales el tratamiento preprotésica de los pacientes con una atrofia mandibular severa es

un gran reto. En muchas ocasiones los resultados funcionales y estéticos dejan mucho que desear. Habitualmente, la atrofia de la cresta alveolar es aumentada con injertos óseos, distracción ósea, transposición del nervio, regeneración ósea guiada, etc. El aumento óseo mediante injertos corticales de calota dispone de menor reabsorción ósea que los injertos de cadera. Se propone una técnica de reconstrucción de una mandíbula atrófica mediante de injertos de calota a través de una incisión submental. Mujer de 60 años de edad con una atrofia vertical severa de la mandíbula, con menos de 8 mm. de altura ósea. Tras la extracción de 6 injertos de calota de manera estándar, se realiza una incisión submental con exposición de la zona anterior mandibular. No se realizan incisiones intraorales. Tras la identificación de los nervios mentonianos, se fijan mediante tornillos de titanio los injertos corticales de calota en el borde superior e inferior de la mandíbula. Inmediatamente, son colocados 4 implantes de 4,3 x 13 mm. obteniendo una estabilidad primaria óptima. Los implantes son colocados a través de la incisión submental sin realizar incisión en la mucosa de la cavidad oral. Tras 4 meses de postoperatorio se dispone a la colocación de una sobredentadura, obteniendo unos resultados estéticos y funcionales excelentes. Creemos que la ventaja principal de esta técnica radica principalmente que no se realizan incisiones introrales, disminuyendo considerablemente la tasa de exposición de los injertos óseos, que es de sobra conocido como la causa más frecuente de los fracasos quirúrgicos. Además, permite la colocación de los implantes de manera inmediata con unos resultados óptimos.

FDG-PET in oral and oropharyngeal cancer. Value for confirmation of N0 neck and detection of occult metastases

Krabbe C, Dijkstra P, Pruim J y cols. *Oral Oncol* 2008 ;44: 31-36

La presencia de metástasis linfática cervical en el diagnóstico de un carcinoma epidermoide de cabeza y cuello, influye notablemente en el tratamiento y pronóstico de la enfermedad. Para el planning terapéutico es fundamental el estadiaje linfático (N). Entre las pruebas diagnósticas para dicho estadiaje se utilizan el examen clínico, la TC, la RM o la ecografía guiada con PAAF. Aun así, la prevalencia de una metástasis cervical oculta es del 12-50%, dependiendo del tamaño y de la localización tumoral. En los últimos años, la introducción del PET con 2-(F18)-flouro-2-desoxi-D-glucosa (FDG) ha sido una gran herramienta para el estadiaje de los cánceres de cabeza y cuello. En el estudio se incluyeron 38 pacientes con diagnóstico de carcinoma epidermoide de cavidad oral (CECO) sin signos de metástasis cervical (MC) en el examen clínico, a los que se realizó un PET

entre los años 1999 y 2003. En 36 pacientes el PET localizó el tumor primario (sensibilidad del 95%) y en los 2 casos restantes eran tumores muy superficiales (T1) del suelo de boca. A 30 pacientes se les realizó una disección cervical funcional y a los 8 pacientes restantes se les realizó un seguimiento medio de 3.8 años. Se evidenció en los estos 8 pacientes, metástasis cervicales durante el seguimiento, es decir una prevalencia de metástasis cervical oculta del 21% (8/38 pacientes). El FDG PET detectó MC en 5 casos de los cuales un paciente era falso positivo. Por lo tanto, se evidenciaron 4 casos de MC, reduciendo la prevalencia de MC ocultas del 21% al 11% (4/38). Las MC detectadas por el FDG PET variaban en tamaño entre 4 y 7 mm. La sensibilidad de la FDG PET en el diagnóstico de MC ocultas era del 50% y una especificidad del 97%, por lo que la aplicación clínica de la prueba en el paciente con N0 es limitada.

Experience with prefabricated free fibula flap for reconstruction of maxillary and mandibular defects

Nazerani S, Behnia H, Motamedi M. *J Oral Maxillofac Surg* 2008;66:260-64

En la actualidad, para la reconstrucción de los defectos óseos maxilares se utiliza con frecuencia el injerto libre microvascularizado de peroné. Aunque dicho injerto es sobradamente conocido por la mayoría de los cirujanos maxilofaciales, cierto es también, que presenta ciertos inconvenientes conocidos por todos, como: 1) el injerto de piel es de un grosor importante para la cavidad oral, 2) difícil modelado del peroné sobretodo, si se precisa de varias osteotomías, 3) El grosor del injerto de piel también dificulta la colocación de los implantes dentales en el peroné, 4) es difícil de mantener la dimensión vertical oclusal, importante para la colo-

cación de implantes a menos que se utilice la técnica de "doble barra" y 5) debido al grosor del injerto es difícil de mantener el surco vestibular que es de vital importancia para la estabilidad de la prótesis dental final. La utilización de injerto libre microvascularizado de peroné prefabricado (ILMPP) puede prevenir los inconvenientes antes mencionados. En este estudio 11 pacientes de edades entre los 17 y los 47 años con defectos en la mandíbula fueron reconstruidos mediante ILMPP entre los años 1994 y 2005. En todos los casos se procedió a la elevación del injerto de peroné de manera reglada, diseccionando el pedículo vascular sin cortar el mismo. El peroné diseccionado se entierra en la superficie de la herida quirúrgica recubriéndolo circunferencialmente con un injerto libre de piel, además se recubre el pedículo vascular con una lámina de silicona para mayor protección y fácil identificación posterior. A las 8-12 semanas posteriores, el injerto se puede transferir a la zona receptora definitiva. Tras la fácil identificación del pedículo vascular gracias a la silicona, se abre el injerto de piel y se remodela el peroné con osteotomías según las necesidades, antes de su fijación en la cavidad oral. El injerto con la piel libre se coloca sobre el defecto mandibular y no debajo de ella como suele ser habitual, consiguiendo así mantener una altura vertical suficiente y un surco vestibular óptimo. Debido al menor grosor de la piel sobre el injerto de peroné se produce menor efecto masa en la cavidad oral. Se colocaron los implantes dentales de forma reglada, a través de una piel más fina y de una mayor altura ósea, para posteriormente colocar una sobredentadura. No hubo ningún fracaso del injerto y los pacientes presentaban una evolución favorable con escasa morbi-mortalidad.

Farzin Falahat