

## Revisión Bibliográfica

### Five years of experience using palatal mini-implants for orthodontic anchorage

Arcuri C, Muzzi F, Santini F, Barlattani A, y cols.  
*J Oral Maxillofac Surg* 2007;65:2492-97

El tratamiento de las maloclusiones mediante ortodoncia fija en muchas ocasiones requiere de un anclaje que garantice un sistema de fijación estable. Los mini-implantes (MI) son los únicos dispositivos que no sufren las fuerzas indeseables y permanecen inmóviles con una fuerza ortodóncica menor de 5 Nw/cm cuando son cargados. En este estudio se revisa la experiencia clínica en 5 años, con MI palatinos de Straumann para el anclaje ortodóncico. El estudio incluye a 14 pacientes adultos con una maloclusión clase II que requerían un dispositivo de anclaje para la aplicación de la ortodoncia fija. En todos los casos se realizó un planing diagnóstico con un cefalograma lateral. Se utilizaron los siguientes MI: 9 eran de 6,0 mm y 7 eran de 4,0 mm. Todos los MI se colocaron a nivel del centro paladar y bajo anestesia local. Mediante una trefina de 4,2 mm de grosor se levanta la mucosa del paladar, se realiza una perforación cuidadosa mediante la broca y posteriormente la colocación del MI. La exposición de la cabeza del MI es de 2 mm y es cubierta por el tapón de cierre hasta conseguir la osteointegración deseada. En 2 pacientes se fabricó un protector acrílico para prevenir las fuerzas de carga producidas por la lengua sobre el MI. La fase ortodóncica se comenzó a las 13 semanas de la inserción de los MI para permitir su correcta osteointegración, verificándolo clínica y radiológicamente. Solo en un caso no se consiguió la osteointegración adecuada debido a la mala higiene bucal del paciente siendo necesaria la posterior retirada del MI. Durante la colocación de los MI no se reveló ninguna incidencia a reseñar y tampoco se evidenciaron complicaciones postoperatorias. Al terminar la ortodoncia se retira el MI sin suturar el lecho quirúrgico. Gracias a la introducción de los MI muchas de las maloclusiones se pueden corregir de manera ortodóncica sin tener que recurrir a tratamientos más agresivos.

### HIV infection and tooth loss

Engeland C, Jang P, Alves M, y cols.  
*Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2008;105:321-6

En la actualidad, la infección por el VIH afecta a más de 33,2 millones de personas en todo el mundo y es el responsable de más de 20 millones de muertes hasta la fecha. Además de las numerosas patologías asociadas al VIH, a nivel de la salud bucodental puede causar gingivitis o periodontitis que no suelen responder a la terapia antiretroviral con-

vencional y que además tienen una rápida progresión. La periodontitis asociada al VIH (VIH-P) se caracteriza por una rápida destrucción del soporte periodontal y de una severa necrosis del tejido blando circundante. En muchas ocasiones, la VIH-P puede causar un daño de más del 90% de tejido, llevando a la pérdida de los dientes en menos de 6 meses. La terapia antiretroviral activa (TARA) ha disminuido la tasa de las lesiones intraorales asociadas al VIH, aunque ha aumentado la tasa de patología de las glándulas salivares y de la xerostomía, lo que conlleva inevitablemente a un mayor riesgo de aparición de caries dental. Múltiples estudios previos han demostrado los resultados de la relación entre la infección por VIH con la gingivitis y la enfermedad periodontal. Si está clara la relación entre la periodontitis y la infección VIH, además de la relación entre un mayor riesgo de caries dental en pacientes VIH con TARA, está clara la hipótesis de mayor riesgo de pérdida de dientes en comparación con pacientes sanos. Se realizó un estudio retrospectivo incluyendo a 193 pacientes entre 20-70 años de edad, con infección VIH a los que se les realizó un seguimiento clínico de 2 años, y un grupo control de 192 pacientes. Las variables en estudio del grupo de pacientes con infección VIH eran la edad, raza, sexo, el hábito de fumar, la carga viral y el recuento de los CD4+. Aunque estas variables en el estudio se mostraron como un factor de riesgo para la pérdida dentaria, en ningún momento del estudio la pérdida dentaria entre ambos grupos fue estadísticamente diferente.

### Panfacial fractures: Analysis of 33 cases treated late

He D, Zhang Y, Ellis E  
*J Oral Maxillofac Surg* 2007;65:2459-65

Las fracturas panfaciales son las que incluyen los huesos de la mandíbula, maxilar y malar y en muchas ocasiones se extienden al hueso frontal o al complejo naso-órbito-etmoidal. Normalmente, se asocian con lesiones de tejidos blandos faciales con evidentes deformidades faciales, enoftalmos, maloclusión, etc. Debido a que habitualmente estos pacientes sufren un politraumatismo severo en diferentes órganos que hacen peligrar su vida, naturalmente, el tratamiento de las fracturas faciales se retrasa con cierta frecuencia. Se realizó un estudio retrospectivo para analizar las características del retraso de la cirugía así como evaluar los resultados del tratamiento. Se incluyeron 33 pacientes con fracturas panfaciales entre los años 1998 y 2004, que se les difiere el tratamiento quirúrgico de las mismas. Se les realizaron diferentes pruebas de imagen como TC o TC tridimensional previa a la cirugía. Todos fueron tratados entre 4 semanas y 1 año del traumatismo. En todos los casos eran evidentes la maloclusión y la deformidad facial. La secuencia del tratamiento quirúrgico se basaba en restablecer la

## Revisión Bibliográfica

continuidad mandibular y después la reconstrucción maxilar mediante una osteotomía tipo Le Fort I. Posteriormente se restablecía el tercio medio y superior mediante un abordaje coronal estándar y, en los casos necesarios, se utilizaban injertos óseos para una mejor proyección facial. Los resultados funcionales y estéticos fueron en 21 casos óptimos (63,64), en 7 pacientes eran buenos (21,21) y en 5 casos eran malos (15,15). Se recomienda comenzar la reconstrucción facial mediante una osteotomía de Le Fort I y para completar una oclusión óptima para el paciente, puede ser necesario previamente la toma de impresiones para obtener férulas quirúrgicas que faciliten el trabajo, siempre que el paciente no presente una limitación de la apertura oral. También se cree que es muy importante contar con un TC tridimensional para obtener una mejor orientación espacial. En todo caso, se vio que las laceraciones y asimetrías eran con diferencia los factores de mal pronóstico que comúnmente llevaban a los peores resultados estéticos.

### Oral squamous cell carcinoma margin discrepancy after resection and pathologic processing

Cheng A, Cox D, Schmidt B  
*J Oral Maxillofac Surg* 2008;66:523-29

La tasa de la supervivencia a los 5 años del carcinoma epidermoide de la cavidad oral (CECO) está alrededor del 40% y no ha sufrido grandes variaciones en los últimos 40 años. La primera causa del fracaso del tratamiento es la recurrencia locoregional que habitualmente está en íntima relación con los márgenes quirúrgicos positivos tras la resección tumoral. Está sobradamente demostrado que la proximidad del tumor a los márgenes quirúrgicos (MQ) es un factor de mal pronóstico para la supervivencia del paciente y que desafortunadamente no suele variar aun con tratamientos

codayudvantes como la quimio o la radioterapia. Se admite que los MQ macroscópicamente libres de tumor no coinciden con exactitud con los márgenes microscópicos. Groseramente, se cree que una resección tumoral con un MQ de seguridad de 1 cm predispone a un margen de 5 mm libre de células tumorales microscópicas. La discrepancia entre los MQ "in situ" con los márgenes histopatológicos creemos que varía enormemente según la localización o el estadiaje tumoral. En el estudio se incluyeron a 41 pacientes a los que se les realizaron una cirugía ablativa de un CECO con un MQ de seguridad de 1 cm por un único cirujano. Las piezas quirúrgicas eran estudiadas histopatológicamente y medidos los MQ de seguridad. Los MQ microscópicos eran comparados con los márgenes macroscópicos (1 cm) para valorar dicha discrepancia. Los pacientes eran valorados según la localización de la lesión en 3 diferentes grupos; grupo I: mucosa bucal, mucosa alveolar mandibular y trígono retromolar; grupo II: mucosa alveolar maxilar y palatina; grupo III: lengua. Según el estadiaje tumoral, grupo A: T1 /T2 y grupo B: T2/T3. Las mayores discrepancias entre los MQ de seguridad "in situ" con los MQ microscópicos eran del grupo I (71,90%), grupo II (53,33%) y grupo III (42,14%) y en cuanto a la localización tumoral la discrepancia en el grupo A del 51,48% y en el grupo B del 75%. Globalmente, la discrepancia entre los MQ para todos los pacientes era estadísticamente significativa 59,02% ( $p < 0,0001$ ). Podemos concluir que es común la discrepancia entre los MQ in situ con el análisis histológico, que puede aumentar según la localización del tumor como su estadio. Conclusión a tener en cuenta por los cirujanos, durante la resección del tumor, para asegurar siempre que se pueda unos márgenes quirúrgicos seguros tanto macro como microscópicamente.

**Farzin Falahat**