ABORDAJE EXTERNO EN EXÉRESIS DE QUISTE MAXILAR INFLAMATORIO ODONTOGÉNICO. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS.

Autores:

Dr. J. L. Díaz Véliz (1), Dr. A.E. Camacho Reymón (2), Dr. H. Sarracent Pérez. (3), Dra. S. Estéfano Proenza (4)

(1)Especialista de primer grado en Cirugía maxilofacial, colaborador docente y J'servicio del Dpto.de cirugía maxilofacial del Hospital Salvador Allende.

(2)Especialista de primer grado en Cirugía maxilofacial y profesor instructor de la facultad.

(3)Especialista de segundo grado en Cirugía Maxilofacial Profesor titular, J'departamento de cirugía maxilofacial de la facultad de estomatología.

(4)Especialista de primer grado en Cirugía Maxilofacial, colaborador docente.

Hospital Quirúrgico Docente "Dr. Salvador Allende".

Calzada del Cerro y Piñera. Cerro.

Ciudad de la Habana. Cuba.

diazveliz@infomed.sld.cu

Resumen

Se trata de dos pacientes con procesos de origen odontógeno de gran magnitud que conllevaron a conductas quirúrgicas similares, de tipo invasivas. En ambos casos existía la presencia de restos radiculares relacionados con aumento de volumen en la región hemifacial derecha en un caso e izquierda en el otro, obstrucción nasal, abombamiento del surco vestibular y bóveda palatina, se les sumaba a ambos una rinolalia creciente y dificultad respiratoria. Existe un primer caso que se ubica en la hemicara derecha y el segundo en el lado izquierdo, con grados diferentes de destrucción ósea, ocupación y desplazamiento de los senos maxilares. En uno de los casos, el segundo, luego del abordaje weber-Ferguson para la exéresis del quiste, se realizó un abordaje hemicoronal para la reconstrucción del defecto intraoral y cierre de la comunicación oroantral con rotación de un colgajo del músculo temporal, por supuesto , del lado afectado, en este caso, el lado izquierdo.

Palabras clave: quiste, quiste odontogénico, Weber-Ferguson.

Introducción

Las lesiones quísticas del área buco maxilofacial han sido descritas y clasificadas por muchos investigadores a lo largo de decenios, han sido divididas en grupos según su histopatogenia, ubicación, manifestaciones clínicas y potencialidades destructiva (0), así como han sido discutidas sus variantes de tratamiento, las vías de abordaje, las técnicas quirúrgicas, los pronósticos y la posible rehabilitación. Entre dichas entidades se encuentran los quistes odontogénicos apicales, estos son quistes epiteliales inflamatorios que pueden llegar a causar grandes deformidades y dejar secuelas anatómicas que dan al traste en ocasiones con las técnicas quirúrgicas más conservadoras y que conllevan eventualmente a técnicas mas cruentas e invasivas, aunque con un pronóstico y resultados estético-funcionales aceptables según la envergadura del proceso y la técnica seleccionada para su exéresis, este quiste según investigaciones resulta destacado por ser la entidad más frecuente en grupos de población estudiados y este trabajo se propuso principalmente, dar a conocer el peligro que representan para la salud e integridad del hombre y la repercusión en las esferas física y psíquica del mismo, el desarrollo inusitado de los procesos patológicos odontogénicos, asimismo proponer una vía de abordaje factible para la exéresis de estas lesiones, restituir al paciente su estado de salud física y mental y la eliminación de toda posibilidad de extensión con el consiguiente agravamiento del cuadro clínico y por tanto disminuir en lo posible la agresividad de los procederes.

Material y Métodos

Ambos pacientes resultaron ser varones, negros, de edad comprendida entre 40 y 45 años y con antecedentes de salud. Ambos presentaban un estado dentario desfavorable con factores locales abundantes, restos radiculares del lado afectado, dientes con caries incurables y una historia de cuadros infecciosos dentarios a demás de tratamientos recibidos por celulitis facial odontogénica a repetición; odontalgias, hiperrinolalia, dolor ocular y obstrucción nasal eran el denominador común. Se diferenciaron en el lado de la cara uno derecho y el otro izquierdo con un grado mayor de destrucción en el segundo caso lo cual condujo a una técnica más compleja.

Se utilizaron los medios diagnósticos a nuestra disposición que fueron desde el examen físico minucioso intra y extraoral hasta las técnicas de imagenología RXS y TC, poniendo de manifiesto la gran extensión de la lesión y su grado de invasión a las estructuras vecinas; el BAAF en ambos casos reveló contenido quístico con células negativas de malignidad lo cual ayudó en la selección de la técnica quirúrgica y arrojó una perspectiva con respecto al pronóstico y al posoperatorio. Les fue solicitado su consentimiento para tomar las imágenes que mostramos en este artículo, con la debida confidencialidad. Ambos pacientes fueron llevados al quirófano e intervenidos con anestesia general e intubación endotraqueal.

Resultados

Se obtuvo un acto quirúrgico exitoso con exéresis total de ambas lesiones, una reconstrucción lo más anatómica posible y una excelente evolución de ambos pacientes así mismo se pudo reconstruir el paladar con músculo temporal en el segundo caso el cual al cabo de 30 días mostró signos de metaplasia exhibiendo el aspecto de la mucosa resecada mediante la operación, también hubo un saldo positivo en la calidad de vida y una cicatriz quirúrgica bastante estética, en ambos. Teniendo en cuenta que los objetivos trazados en ambos casos eran mejorar funcional y estéticamente el estado general de los pacientes, mejorar su calidad de vida y eliminar la posibilidad de extensión del proceso patológico, además de eliminar la afectación en la esfera psicológica que acarrean estas lesiones, se puede decir que estos fueron satisfactorios. Desaparecieron los síntomas que acusaban y se reincorporaron en breve tiempo a la vida social útil y productiva. Estos pacientes no sufrieron ninguna de las complicaciones que se describen en la literatura común en esta cirugía.

Discusión

Es conocido que los quistes de origen dentario son el resultado del atrapamiento de los restos epiteliales del aparato dentario ya sea en el hueso o en los tejidos periodontales o bien la necrosis pulpar y la invasión de los detritus hacia el ápice dentario, donde un granuloma epitelial puede degenerar en su interior y evolucionar hasta constituir una cavidad quística que crecerá por presión hidrostática desplazando y eventualmente erosionando las estructuras óseas vecinas y/o afectando los tejidos blandos próximos. La OMS emitió una clasificación para agrupar convenientemente estas lesiones odontogénicas, quistes y tumores, se encuentran los quistes (apicales) entre ellas que son de naturaleza inflamatoria y epitelial, son sacos de tejido conectivo revestidos internamente por un epitelio escamoso estratificado llenos de una sustancia líquida o semisólida a partir de los restos epiteliales de Malassez, ellos se destacan por su alta frecuencia. En ambos casos presentados se pusieron de manifiesto estas características clínicas.

Conclusiones

1. Los procesos odontogénicos benignos pueden causar tanto daño cuanto más tiempo permanezcan sin tratar adecuadamente y cuanto más tarde se establezca un diagnóstico al menos presuntivo, pudiendo por tanto poseer la misma capacidad destructiva que un proceso maligno de otra naturaleza, dejando a su paso, deformidades, mutilaciones y hasta disfunciones que pueden ser permanentes y de gran envergadura.

2. Es imperioso detectar tempranamente estos procesos, sospechar de su existencia ante signos o síntomas que acusen su posible aparición y diseñar con prontitud un plan de acción que minimice los daños lo más posible.

3. Resulta electiva útil de la técnica de Weber-Ferguson en tales procesos con respecto a otras opciones y propuestas dadas las dimensiones de las lesiones, asimismo para la reconstrucción del paladar y cierre de comunicación oroantral donde no existe tejido local útil para tales fines.

4. Aún tratándose de procesos benignos la técnica de Weber-Ferguson es la vía de elección pues brinda un abordaje bien irrigado, viable y distensible así como un mejor acceso y mayor visibilidad en el acto quirúrgico con un resultado estético y funcional aceptable.

5. El tratamiento de los quistes apicales tal como en los QQO es igualmente quirúrgico, sin embrago existe controversia con respecto a cuál es la técnica que brinda mejores resultados en el tratamiento de estas lesiones, debido a su alta recurrencia. Es decisivo para la elección e instauración de cualquier tratamiento, evaluar características como la localización, tamaño de la lesión, relación con raíces dentales y perforación de corticales óseas con o sin afectación de tejidos blandos[6].

Referencias bibliográficas

1. Kruger G. O., Caldwell J.B., MarshallK., Gregg J., Hale M.L., Hayward J.R., Gerard Reynolds D.R., "et al". Cirugía bucal y maxilofacial.5ta. ed. Científico técnica. Ciudad de La Habana. Cuba 1985.

2. Harry Archer W. Cirugía bucal. 2da.ed. Pueblo y educación. Ciudad de La Habana. Cuba. 1977

3. Departamento de Cirugía escuela de medicina Universidad de La Habana. Cirugía Tomo II .ed. Ciencia y técnica. Ciudad de La Habana. Cuba 1971

4. Licéaga Reyes R, Alatorre Pérez S., Mosqueda Taylor A., Cortés Castillo G. Quiste odontogénico glandular. Reporte de un caso. articulo en línea. http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-adm/e-od2008/e-od08-3/em-od083h 6/5/2010

5. Mosqueda A, Irigoyen ME, Díaz MA, Torres MA. Quistes odontogénicos. Análisis de 856 casos. Articulo en línea.http://www.medicinaoral.com/medoralfree/v7i2/medoralv7i2p89.pdf 6/5/2010

6. Pérez González E., López Labady J., Villarroel Dorrego M. Quiste odontogénico ortoqueratinizado Una nueva entidad derivada del queratoquiste odontogénico_ Revisión de la literatura. Articulo en línea. http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0001-63652006000300021&script=sci_arttext. 7/5/2010

7. Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac v.28 n.1 Madrid ene.-feb. 2006.+ ¿Cuál es su diagnóstico y abordaje quirúrgico? Articulo en línea. http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-05582006000100006&script=sci_arttext. 6/5/2010

Caso #1

Figura #1. Preoperatorio. Aumento de volumen de la región geniana derecha.

Figura #2. Restos radiculares en correspondencia con la región afectada. Abombamiento del fondo del surco vestibular.

Figura #3. Rxs. Vista waters. Imagen radiográfica con opacidad del seno maxilar derecho.

Figura #4. TC. Cortes coronales.

Figura # 4A. TAC. Imagen ecogénica, oclusión de la luz del seno maxilar derecho y ruptura de la cortical de la cara anterior del seno maxilar.

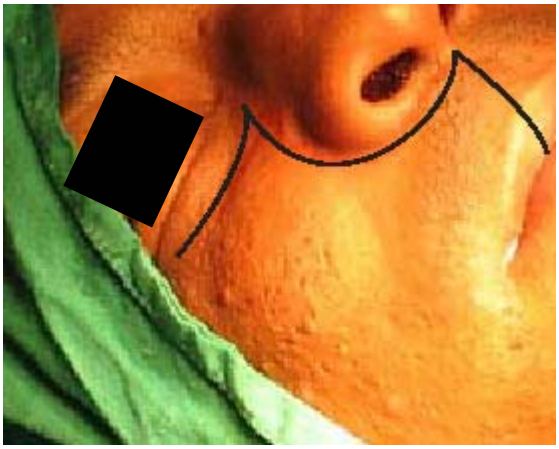


Figura #5. Diseño de la incisión de Weber -Ferguson (para latero nasal).

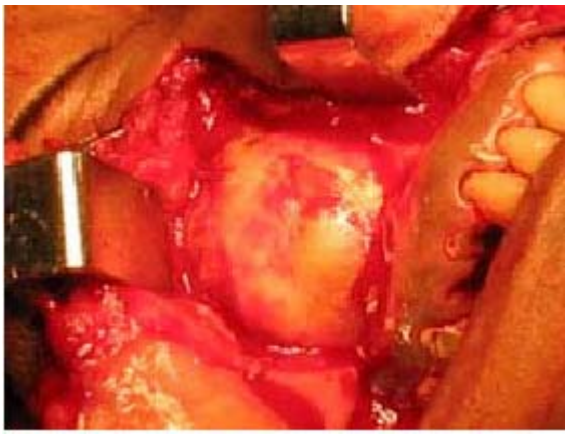


Figura #6. Elevación del colgajo hemifacial con exposición de la pared anterior del seno maxilar erosionada, se observa la cápsula quística

Figura #7. Defecto óseo post enucleación del proceso quístico.

Figura#8.Lesión quística resecada.

Posoperatorio

Figura #9.Paciente a los 15 días de operado y retirada la sutura.

Caso #2

Figura #1. Aumento de volumen de la región geniana izquierda.

Figura #2. Dientes con caries profundas y parodontósicos en correspondencia con la región afectada con abombamiento del fondo del surco vestibular

Figura #3. Abombamiento y reblandecimiento del paladar duro denotando destrucción ósea.

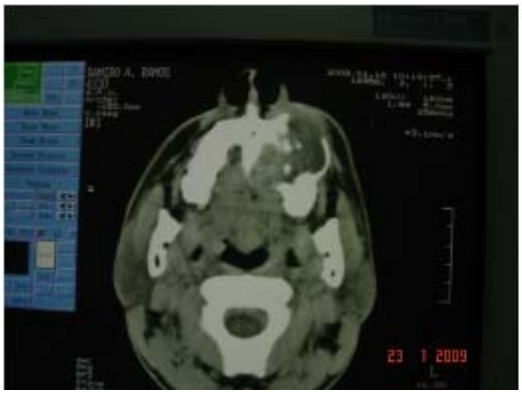
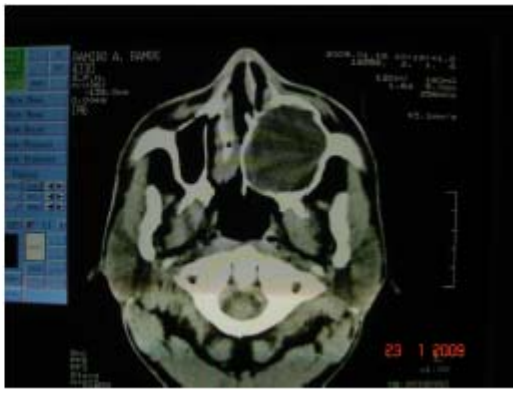


Figura #4. TAC. Imagen ecogénica en seno maxilar izquierdo, ruptura de la cortical anterior.



Figuras #4-A. Imagen ecogénica de gran extensión con oclusión parcial de la luz del seno maxilar izquierdo y abombamiento hacia la luz de las fosas nasales

Figuras#5,5-A. Defecto óseo post enucleación del proceso. Presencia de dientes incurables en el área (factores etiológicos) relación con ápices dentarios; una vez extraídos los dientes afectados con pérdida significativa de hueso maxilar y apófisis palatina.

Figura #6. Lesión quística resecada.

Figura#7. Incisión, decolado de piel del cuero cabelludo, sección de porción del musculo temporal para rotarlo por túnel en fosa infratemporal hacia la cavidad bucal, con osteotomía del arco cigomático y posterior osteosíntesis.

Figura#8.Cierre de comunicación oroantral por destrucción del reborde alveolar y hueso palatino con flap del músculo temporal

Figura #9y 9-A. Síntesis de los colgajos facial y craneal

Posoperatorio

Figura #10. Paciente a los dos meses de operado. Se observa metaplasia del músculo temporal en la cavidad bucal, con el aspecto propio de la mucosa oral.

Figura #11, 11A. Paciente a los dos meses de operado con buena evolución y cicatriz estética craneofacial.

ADENOMA MIXTO EN GLANDULA SALIVAL ACCESORIA. PRESENTACION DE DOS CASOS

Autores

Dr.J. L. Díaz Véliz (1), Dr. A.E. Camacho Reymón (2), Dr. H. Sarracent Pérez. (3), Dra. S. Estéfano Proenza (4)

(1)Especialista de primer grado en Cirugía maxilofacial, colaborador docente y J'servicio del Dpto.de cirugía maxilofacial del Hospital Salvador Allende.
(2)Especialista de primer grado en Cirugía maxilofacial y profesor instructor de la facultad.
(3)Especialista de segundo grado en Cirugía Maxilofacial Profesor titular, J'departamento de cirugía maxilofacial de la facultad de estomatología.
(4)Especialista de primer grado en Cirugía Maxilofacial, colaborador docente.

Hospital Quirúrgico Docente "Dr. Salvador Allende".
Calzada del Cerro y Piñera. Cerro.
Ciudad de la Habana. Cuba.
diazveliz@infomed.sld.cu

Resumen

En el presente trabajo se muestra uno de los tumores benignos mas frecuentes de las glándulas salivales en dos de sus localizaciones menos habituales, y su evolución post operatoria. Se presentan dos pacientes femeninas de 26 y 57 años respectivamente con antecedentes de salud que refirieron un aumento de volumen indoloro, de consistencia duroelástica, de escasa movilidad y con más de 7 años de evolución a nivel del tercer molar superior izquierdo en el paladar duro la una y la otra en el carrillo derecho con mas de 3.5cms de diámetro en ambos casos. Los objetivos propuestos fueron en primer lugar, eliminar la posibilidad de expansión o crecimiento desmesurado del proceso, también devolver la tranquilidad a las pacientes quienes comenzaban a sentir afectación en la esfera psicológica. Experiencias anteriores sugerían, basados en la consistencia, la ubicación y la incidencia demostrada en los adenomas benignos de glándulas salivales, que fueran una tumoración de otra naturaleza, hubo factores como la raza y las edades de las pacientes que nos condujeron clínicamente a un diagnóstico presuntivo dudoso. El examen histológico definió el diagnóstico y la conducta quirúrgica.

Palabras clave: Adenoma, adenoma pleomorfo, biopsia, glándulas salivales

Introducción

Los tumores de glándulas salivales representan solo el 5% de los tumores de cabeza y cuello, sin embargo existe un determinado grupo de tumores que se originan en estas glándulas y dicho sea de paso tampoco son muy frecuentes y es menos habitual encontrarlas en las glándulas salivales menores o accesorias, estas son acúmulos de tejido glandular en el espesor de la mucosa del paladar(duro y blando) , suelo de boca, carrillos, lengua, faringe, senos maxilares, labios, septum nasal, estos acúmulos son pequeños pero abundantes diseminados por toda la mucosa oral y estructuras anexas. (1-4) Los tumores que se presentan en este trabajo resultaron ser adenomas pleomorfos, estructuras que exhiben un cuadro histológico variado se encuentran estructuras de origen ectodérmico y mesodérmico, esto puede variar por región dentro del mismo tumor y lo podemos constatar según donde se realice el corte e incluso puede variar de un tumor a otro, pueden tener contenidos diferentes; en cualquiera de esas localizaciones puede asentarse un tumor tanto maligno como benigno presentando diferencias notables tanto en su origen , desarrollo y manifestaciones clínicas. De las glándulas salivales es la parótida la más afectada por esta entidad (5), seguida por las glándulas submandibulares, y teniendo mucha menos incidencia en las glándulas menores y según estudios realizados se plantea que cuando esto sucede son estas más propensas a desarrollar tumoraciones malignas, su tamaño y peso puede variar desde pocos centímetros hasta alcanzar un gran volumen.

Métodos

Se presentan dos pacientes femeninas de 26 y 57 años respectivamente con antecedentes de salud que refirieron un aumento de volumen indoloro, de consistencia duroelástica, de escasa movilidad y con más de 7 años de evolución a nivel del tercer molar superior izquierdo en el paladar duro la una y la otra en el carrillo derecho con mas de 3.5cms de diámetro en ambos casos. Los objetivos propuestos fueron en primer lugar, eliminar la posibilidad de expansión o crecimiento desmesurado del proceso, también devolver la tranquilidad a las pacientes quienes comenzaban a sentir afectación en la esfera psicológica. Experiencias anteriores sugerían, basados en la consistencia, la ubicación y la incidencia demostrada en los adenomas benignos de glándulas salivales, que fueran una tumoración de otra naturaleza, hubo factores como la raza y las edades de las pacientes que nos condujeron clínicamente a un diagnóstico presuntivo dudoso. El examen histológico definió el diagnóstico y la conducta quirúrgica. Los métodos y recursos materiales utilizados fueron, en lo concerniente al diagnóstico: la discusión colectiva con alto nivel analítico, los exámenes hematológicos, rx simple y BAAF. Con anestesia general y contando con el recurso humano necesario se realizó la exéresis total de ambas tumoraciones en el quirófano llevando las piezas-biopsias a Anatomía patológica.

Resultados

Se obtuvo en ambos casos un resultado positivo en cuanto a que no quedó limitación alguna del fisiologismo de las estructuras bucales ni secuelas anatómicas, se logró mostrar dos casos mas a los reportados hasta la fecha dado lo infrecuente de estos tumores en estas localizaciones lo cual demuestra una vez mas que no existe localización exenta de ser susceptible a tal afección.

Discusión

Los adenomas pleomorfos (Tumor Mixto) son tumores benignos, que afectan con mayor frecuencia a las glándulas parótidas que a cualquier otra localización, es mas frecuente en mujeres de de la c tercera década de vida, aumentando su incidencia con la edad(5) década de vida, aunque puede aparecer en otros grupos etarios en menor medida, en los casos que se presentan ; hay un primer caso donde la paciente es una joven de 26 años de edad cuyo tumor se presentó en la región posterior del paladar, factible de ser resecado con fácil acceso lo cual permitió una exéresis total del tumor con cicatrización por segunda intención, excelente evolución y rehabilitación no es menos cierto que de las localizaciones del adenoma pleomorfo de glándula menor es el paladar el mas frecuente seguido del labio superior pero la edad de la paciente era otro factor para que hiciera del caso algo mas interesante. El segundo caso fue intervenido por vía endobucal con anestesia local ambulatoriamente con la total resección del tumor y cierre adecuado de la herida, también magnífica evolución. Ninguna de las dos pacientes fue víctima de procesos infecciosos ni complicaciones. Vale hacer notar que este tumor en localizaciones poco frecuentes ha sido reportado interóseo, parafaríngeo y en el septum nasal.

Conclusiones

1. El adenoma pleomorfo benigno de glándula salival puede presentarse aisladamente en cualquier glándula de este tipo no quedando exentas las menores.

2. Clínicamente varias lesiones suelen hacer diagnostico diferencial con adenoma pleomórfico, como lipoma, quistes, neuroma y otros tumores de glándulas salivales

3. El BAAF es el medio diagnóstico mas efectivo para detectar tempranamente estas afecciones y tomar las medidas pertinentes a tiempo.

Referencias bibliográficas

1. Luengo M., Olinta González M., Mateus J.,Fernandez M. S.,Velazquez E.,Chirinos A. ADENOMA PLEOMORFO DE LÓBULO PROFUNDO DE PARÓTIDA.A Propósito de un Caso. *-Articulo en línea. http://www.infomediconline.com/biblioteca/Revistas/otorrino/oto131art4.pdf. 6 de mayo 2010

2. Ledesma-Montes C.,Garcés-Ortiz M., Gómez-martínez L.R.,Fernandez-López R.,Jacques-Medina N. Adenoma pleomorfo. Articulo en línea. http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2002/od022d.pdf. 6/5/2010

3. Aver de Araújo L. M. Adenoma pleomorfo intra óseo: presentación de un caso y revisión bibliográfica.Articulolínea.http://www.medicinaoral.com/medoralfree/v7i3/medoralv7i3p164.pdf.+-6/5/2010

4. Viguer J. M., Vicandi B.,López-Ferrer P.,Jimenez hefferman J. A. Citopatología del adenoma pleomorfo. Articulo en línea. http://www.conganat.org/iicongreso/conf/012/discus.htm.7/5/2010

5. Arozarena Fundora R., Ortega LamasM., Jacobo OrtizR.A., Reyes GarcíaJ.O., Venero CapoteP.Tumores y afecciones benignas de cabeza y cuello. Articulo en línea. http://www.hospitalameijeiras.sld.cu/hha/mpm/documentos/.4/5/2010

Caso #1

Figura #1.Mujer negra de 26 años de edad con lesión tumoral en el paladar duro, región posterior izquierda. Imagen preoperatoria.

Figura #2. Enucleación total de la lesión previa ligadura de la arteria palatina

Figura #3. Lecho quirúrgico cruento luego de retirar el empaquetamiento de gasa a los cinco días de operada.

Figura #4. Paciente con buena cicatrización.10 días de operada

Caso #2

Figura #1.Mujer negra de 57 años de edad, con aumento de volumen nodular en región próxima a la comisura labial derecha. Diseño del contorno externo del tumor. Vista lateral

Figura #2. Vista frontal. se trasluce una coloración azulosa

Figura #3. Protrusión del tumor hacia el carrillo derecho

Figura #4 Tumor resecado íntegramente

AMELOBLASTOMA DE LOCALIZACIÓN MAXILAR. A PROPÓSITO DE UN CASO.

AUTORES:

- MSc Dra. Denia Morales Navarro

Especialista de primer grado en Cirugía Maxilofacial

Instructora Facultad de Estomatología UCM-H

Hospital “Gral.Calixto García”

Dirección: Calle 3ra. #214 e/n Fomento y Albear. Cerro. Ciudad de La Habana.

Teléfono: 6 413009

Correo: deniamorales@infomed.sld.cu

- Dra. Liliana Rodríguez Lay

Especialista de primer grado en Cirugía Maxilofacial

Instructora Facultad de Estomatología ISCM-H

Hospital “Gral.Calixto García”

Calle 26 #211 apto 4 e/n 17 y 19. Plaza de la Revolución. Ciudad de La Habana

Teléfono: 8309087

Correo: liliana.rlay@infomed.sld.cu

Resumen

El ameloblastoma es una neoplasia benigna de agresividad local elevada y alta probabilidad de recidiva después del tratamiento quirúrgico poco frecuente en el maxilar, por lo que nos sentimos motivados a la presentación de este caso clínico de una paciente femenina de 17 años con diagnóstico de Amelobastoma acantomatoso maxilar, enfatizándose en lo importante del estudio imagenológico e histopatológico, que unido al comportamiento clínico, nos permitió realizar un plan de tratamiento encaminado a garantizar la exéresis total y la no recidiva de la lesión, más la rehabilitación funcional, estética y psicológica de este caso.

Palabras clave: Ameloblastoma, Tumores odontogénicos, Neoplasias maxilares

Introducción

Epidemiológicamente el ameloblastoma representa el 11% de los tumores odontógenos aproximadamente, y el 0.14% de todas las neoplasias [1,2]. Se manifiesta prevalentemente durante la tercera, cuarta y quinta década de vida, sin predilección por el sexo, con la mayoría de los pacientes entre los 40 y 50 años. Sin embargo la lesión se puede encontrar en cualquier grupo de edad, afectando hasta los niños. Se localiza con más frecuencia a nivel de la mandíbula con respecto al maxilar: el ángulo y la rama mandibulares junto al área de los terceros molares inferiores representan las localizaciones más afectadas. Los ameloblastomas son neoplasias odontógenas benignas de agresividad local elevada y probabilidad de recidiva [3,4].

Objetivo

Presentar un caso clínico con el diagnóstico de Ameloblastoma de ubicación maxilar, haciéndose énfasis en el cuadro clínico, estudios imagenológicos, diagnóstico histopatológico y plan de tratamiento.

Presentación del caso

Se presenta paciente femenina, de 17 años de edad con antecedentes de salud que hacía varios años presentaba molestias en zona de molares superiores izquierdos. Al examen clínico se constata movilidad de primer y segundo molar (26 y 27), así como ausencia clínica del 28. Radiográficamente se observa la presencia de una imagen radiolúcida bien definida que abarca seno maxilar izquierdo, tuberosidad y apófisis ascendente del maxilar, con imagen radiopaca en su interior que asemeja a un diente, además de reabsorción de las raíces de los molares de la zona **(Fig. 1)**. Se indica Angio TAC que informa la no captación de líquido de contraste, lo que excluye

diagnósticamente la presencia de un tumor de origen vascular, y se realiza biopsia incisional que informa Ameloblastoma acantomatoso con formación de numerosas perlas córneas, microcalcificaciones aisladas y área focal de necrosis. No se observa mitosis atípica. Una vez concluido el estudio se realiza maxilarectomía de infraestructura que incluye el tumor con amplio margen de seguridad **(Fig. 2)**. En estos momentos se encuentra en fase de rehabilitación protésica para restablecer la función, la estética así como el aspecto psicológico de la paciente **(Fig. 3)**.

Discusión

Considerando que el curso histológico de estas lesiones varía, se pueden diferenciar distintos subtipos, siendo el más común es el folicular. Los ameloblastomas se definen acantomatosos si el área central de los folículos se constituye por células escamosas o alargadas [5-7].

La relación con un elemento dental incluido, implica un diagnóstico diferencial con los quistes foliculares [8-10].

Los ameloblastomas maxilares se consideran más agresivos y con el pronóstico peor. Para las localizaciones maxilares, sobretodo inherentes los sectores latero-posteriores como en el caso presentado, se indican de entrada cirugías más agresivas, al considerar la capacidad de desarrollarse de forma asintomática y poder infiltrar el seno maxilar, la fosa pterigopalatina, la fosa temporal y la base del cráneo [11]. El tratamiento agresivo, es decir, una remoción con amplios márgenes de tejido sano, se indica para el ameloblastoma sólido-multiquístico o de localización maxilar. Los límites de la rehabilitación dental son imputables a la distorsión de la anatomía oral, a la presencia de tejido cicatricial, a la modificación de la topografía ósea y a la pérdida del vestíbulo. Es necesaria, por tanto, una colaboración válida entre patólogos, cirujanos y protesistas

para proveer el mejor tratamiento personalizado de cada caso y recomendar controles postoperatorios clínicos y radiográficos a largo plazo [12].

Conclusiones

El ameloblastoma es normalmente asintomático en sus fases iniciales y en las fases mas avanzadas aparece como una lesión de lento crecimiento capaz de determinar una progresiva tumefacción del segmento óseo interesado. Se trata de un tumor benigno con agresividad local, capaz de infiltrar las trabéculas óseas, que presenta particular comportamiento agresivo en la localización maxilar, como en el caso presentado; siendo importante el estudio imagenológico e histopatológico, que unido al comportamiento clínico, nos permita realizar un plan de tratamiento encaminado garantizar la exéresis total y la no recidiva de la lesión, más la rehabilitación funcional, estética y psicológica de cada caso.

Referencias bibliográficas

1. Herrera J, Carvallo E. Resección craneofacial de ameloblastoma recidivante. Reconstrucción con colgajo libre de recto abdominal. Revista venezolana de oncología 2007; 19(3).

2. Konouchi H, Asaumi J, Yanagi Y, Hisatomi M. Usefulness of contrast enhanced-MRI in the diagnosis of unicystic ameloblastoma. Oral Oncology. 2006; 42(5):481-6.

3. Yavagal C, Anegundi R, Shetty S. Unicystic plexiform ameloblastoma: An insight for pediatric dentists. J Indian Soc Pedod Prev Dent. 2009; 27:70-4.

4. Cunha EM, Fernandes AV, Versiani MA, Loyola AM. Unicystic ameloblastoma: a possible pitfall in periapical diagnosis. International Endodontic Journal. 2005; 38:334-40.

5. Gadner DG, Philipsen HP. Odontogenic tumors and allied lesions. Quintessence books. London, 2004.

6. Daura A, Palma A, Sánchez FJ. Ameloblastoma Del maxilar superior. Ver Eur Odont Estomat 1997; 9:88-94.

7. Shafer W, Hine M, Levy B. Tratado de patología bucal. 3ra Edición. México: Editorial Interamericana; 1977: 253-87.

8. Carini F. Ameloblastoma plexiforme del maxilar: Manejo quirúrgico y protético. A propósito de un caso. Revista Avances de odontoestomatología 2007; 23(1).

9. Barnes L, Evenson JW, Reichart P.Pathology &Genetics. Head and neck tumors. WHO classification of tumors. Lyon: IARC press; 2005: 284.

10. Sivapathasundharam B, Einstein A, Syed RI. Desmoplastic ameloblastoma in Indians: Report of five cases and review of literature. Indian J Dent Res. 2007; 18:218-21.

11. Kehinde E, Vincent I. Clinicopathological analysis of histological variants of ameloblastoma in a suburban Nigerian population. Head Face Med. 2006; 2:42.

12. Steven E, Smullin W. Peripheral desmoplastic ameloblastoma: report of a case and literature review. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontology. 2008; 105(1):37-40.

Anexos

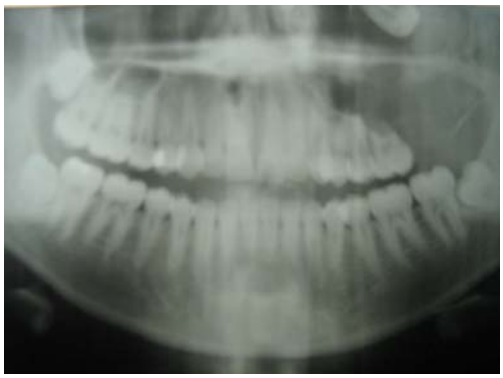


Fig 1. Ortopantomografía preoperatoria

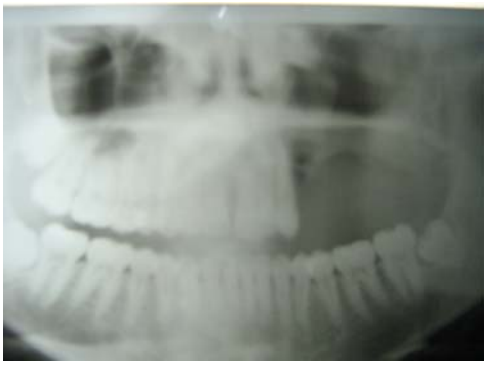


Fig. 2 Ortopantomografía postoperatoria

Fig. 3

Aspecto intraoral y extraoral a los 10 días de postoperatorio

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN CIRUGÍA DE TERCEROS MOLARES RETENIDOS. SERVICIO DE CIRUGIA. FACULTAD DE ESTOMATOLOGIA. 2009.

Autores: Naydit Martinez Gómez

Especialista de primer grado en Cirugía Máxilo Facial.

Cuba. Hospital Naval. Edif. B31 zona 11 Alamar.

Coautores: D Díaz Díaz, L Hernandez Pedroso, O Pérez Pérez, H Sarracent Pérez.

Resumen

Se realizó un estudio prospectivo descriptivo, transversal, en 1000 pacientes, que constituyeron nuestro universo de trabajo, de los que se seleccionó una muestra de 100 pacientes, que acudieron a la consulta de Cirugía Máxilo- Facial de la Facultad de Estomatología, para cirugía de los terceros molares mandibulares retenidos. Con el propósito de determinar las complicaciones postoperatorias de los terceros molares retenidos en pacientes atendidos en el servicio de Cirugía Máxilo Facial de La Facultad de Estomatología en el periodo comprendido de enero a diciembre del 2006. A todos los pacientes se les realizó la excéresis del tercer molar inferior de forma ambulatoria y se continuó su seguimiento, con el objetivo de estudiar las posibles complicaciones postoperatorias y relacionarlas, con factores como la edad, el sexo, el tipo de retención, la técnica quirúrgica empleada y el tiempo operatorio. Del total de pacientes operados solo algunos presentaron complicaciones, siendo el dolor intenso, la limitación marcada de la apertura bucal y el edema difuso los tipos de complicaciones más frecuentes. El porciento de complicaciones postoperatorias, se incrementó con la edad, en los casos de retenciones más profundas, en las técnicas quirúrgicas más complejas y cuando fue mayor el tiempo operatorio.

Palabras claves: Terceros molares retenidos, complicaciones postoperatorias.

Modalidad: Póster

Introducción

Entre las cirugías que con mayor frecuencia se realizan en la práctica diaria, se encuentran las exodoncias simples y quirúrgicas de los terceros molares, indicados por causas como, falta de espacio, infecciones, pericoronaritis, mala posición, autotrasplante, periodontitis, caries y, en algunos casos por estar relacionadas con quistes o tumores, entre otras (1).

La extracción del tercer molar, como cualquier procedimiento quirúrgico, tiene riesgos que han sido evaluados en diversos estudios (1). Entre estos riesgos se encuentran la alveolitis, el trismo, el daño a la articulación temporomandibular, la lesión neural, la hemorragia, la fractura de la tabla ósea y el daño al diente adyacente, pudiendo cada una de las anteriores representar una alteración temporal o permanente y en ocasiones comprometer la vida del paciente.

La frecuencia de estas complicaciones aumenta, si la posición del diente representa mayor dificultad quirúrgica, como en los pacientes mayores de veinticinco años, cuando la realización del procedimiento toma mayor tiempo quirúrgico y si se requiere hacer un colgajo muy amplio (2).

El tercer molar es, sin duda, el diente que provoca mayor patología adyacente locoregional de diferente naturaleza, fundamentalmente impactaciones. El síntoma que provoca más frecuentemente suele ser el dolor, se hace habitual que sean los terceros molares parcialmente erupcionados los que causen más sintomatología, mayor incluso que los que están totalmente incluidos (3).

Cuando se decide la excéresis de un diente retenido, este debe ser minuciosamente estudiado, se debe analizar el tipo de retención y la relación del mismo con las estructuras adyacentes, cada paso tiene que ser planificado con precisión y exactitud, ya que dientes retenidos que al examen radiográfico parecen ser de fácil extracción presentan complejidades que hacen difícil su remoción (4).

Dentro de las complicaciones postoperatorias en la cirugía de los terceros molares mandibulares retenidos se destacan el dolor, el edema, el trismo, la hemorragia, la

infección y las complicaciones nerviosas como las más frecuentes. Estas han sido estudiadas por diferentes autores y relacionadas con factores que parecen influir en la aparición de las mismas (5).

En el departamento de Cirugía Máxilo Facial de La Facultad de Estomatología, no se han realizado investigaciones que caractericen las complicaciones postoperatorias de los terceros molares inferiores retenidos, debido a que la retención dentaria es una de las cirugías más comunes, que a diario se presentan sin ser infrecuentes sus complicaciones, su comportamiento en nuestro centro es lo que motiva la realización de este trabajo, en aras de optimizar la atención a nuestros pacientes y brindarles mejores condiciones en el postoperatorio.

Objetivos

Objetivo general:

Caracterizar las complicaciones postoperatorias de los terceros molares mandibulares retenidos en pacientes atendidos en el servicio de cirugía máxilo facial de la Facultad de Estomatología en el período comprendido de enero a diciembre del 2006.

- Objetivos específicos:

1. Identificar las complicaciones en la cirugía de los terceros molares mandibulares retenidos según edad.
2. Relacionar las complicaciones postoperatorias con las variables tipo de retención y técnica quirúrgica empleada.
3. Establecer la relación entre tiempo quirúrgico y la presencia de complicaciones postoperatorias.
4. Precisar los tipos de complicaciones más frecuentes.

Método

Entre los meses de enero a diciembre del 2006 se llevó a cabo un estudio prospectivo, descriptivo, transversal en la consulta de cirugía máxilo facial, de la facultad de estomatología “Raúl González Sánchez”, en Ciudad de La Habana.

El universo de trabajo estuvo constituido por todos los pacientes que acudieron al servicio de cirugía máxilo facial, (1000 pacientes). La muestra quedó constituida por todos los pacientes con diagnóstico de retención dentaria del tercer molar inferior y que aceptaron participar en el estudio.

Criterios de inclusión: Se incluyeron en el estudio los pacientes con diagnóstico clínico y radiográfico de tercer molar inferior retenido sin distinción de raza ni sexo, que estuvieron de acuerdo con formar parte de la investigación.

Criterios de exclusión: Se excluyeron del estudio los pacientes con enfermedades sistémicas u otras alteraciones patológicas que pudieran afectar el proceso de cicatrización, pacientes que para su intervención no fue necesario realizar colgajo mucoperióstico, pacientes cuya apertura bucal preoperatoria era inferior a 35 mm, y sin diagnóstico de retención.

Criterios de salida: Se dio salida del estudio a los pacientes que no asistieron a las consultas programadas.

Operacionalización de variables

Variables:

Edad: según años cumplidos, se distribuyó en menores de 20, de 21 a 25, de 26 a 29 y de 30 y más.

Tipo de retención:

Tipo 1: El espacio entre el borde anterior de la rama ascendente y la cara distal del segundo molar inferior es igual o mayor al diámetro mesiodistal de la corona del tercer

molar inferior retenido y la porción más alta del tercer molar inferior, se encuentra por encima de la línea cervical del segundo molar inferior.

Tipo 2: El espacio que existe entre el borde anterior de la rama ascendente de la mandíbula y la cara distal del segundo molar no es suficiente para acomodar el diámetro del tercer molar ,cuya cara oclusal se encuentra por encima de la línea cervical del segundo molar.

Tipo 3: Todo o casi todo el tercer molar inferior está incluido en la rama ascendente y/o la porción más alta del tercero se encuentra por debajo de la línea cervical del segundo molar o a nivel de este.

Técnica quirúrgica

Variante 1: Excéresis del tercer molar con el uso de fórceps o elevadores.

Variante 2: Odontosección + variante 1.

Variante 3. Osteotomía + variante 1.

Variante4: La suma de todas las anteriores.

Tiempo quirúrgico: Se constató a partir de realizada la antisepsia hasta que se terminó la operación y se colocó la torunda de gasa sobre el alvéolo. Se midió por reloj

Menos de 30 minutos

De 30-60 minutos

Más de 60 minutos

Consideraciones éticas.

Los pacientes examinados fueron informados del objetivo del estudio, las características del mismo y su importancia para así lograr su compromiso con nuestra investigación, los que estuvieron de acuerdo firmaron el modelo del consentimiento informado.

Técnicas y procedimientos.

A los pacientes se les realizó la historia clínica ambulatoria y los exámenes complementarios correspondientes, se midió la apertura bucal máxima desde el borde

inferior del incisivo central superior derecho hasta el borde superior del incisivo central inferior derecho, para lo que se utilizó una regla milimetrada.

El examen clínico y radiográfico permitió planear adecuadamente la técnica quirúrgica a emplear.

Los pacientes se citaron a consulta a los tres, siete y catorce días de operado para estudiar su evolución. En cada consulta se les interrogó sobre los síntomas presentados y se les realizó el examen físico intrabucal y extrabucal, midiendo la apertura bucal máxima. Cuando se presentaron complicaciones postoperatorias estas se trataron y se continuó el seguimiento del paciente hasta la resolución de las mismas.

Los datos obtenidos se procesaron a través de medios automatizados, primero, se creó una base de datos, para la cual utilizamos la hoja de cálculo Excel, esta base permitió conciliar la información proveniente de la planilla de recolección de datos, y el procesamiento estadístico de la información.

Se efectuó una descripción de cada tabla y se comparó con los resultados de otros autores.

Análisis de los resultados

Tabla 1. Distribución de pacientes según grupos de edades y presencia o no de complicaciones postoperatorias.

Grupos de edades (años)	Complicaciones postoperatorias				Total	
	Presentes		Ausentes			
	No	%	No	%	No	%
< 20	3	7.7	36	92.3	39	100
21 – 25	4	11.8	30	88.2	34	100
26 – 29	3	15.0	17	85.0	20	100
>30	3	42.9	4	57.1	7	100

En la tabla #1 se muestra el porciento de pacientes según grupos de edades y presencia o no de complicaciones postoperatorias. Los grupos más afectados fueron de 26 a 29, y los mayores de 30, con 3 pacientes para un 15 y 42.9 % respectivamente.

Tabla 2. Porciento de pacientes según tipo de retención y presencia o no de complicaciones postoperatorias.

Tipo de retención	Complicaciones				Total	
	Presentes		Ausentes			
	No	%	No	%	No	%
Tipo 1	4	8.3	44	91.7	48	100
Tipo 2	5	11.6	38	88.4	43	100
Tipo 3	4	44.4	5	55.6	9	100

En la tabla #2 se observa el porciento de pacientes según el tipo de retención y presencia o no de complicaciones postoperatorias, con el tipo 1 de retención se operaron 48 pacientes y de estos 4 presentaron complicaciones postoperatorias lo que representó un 8.3%, siendo el dolor y la alveolitis las complicaciones más frecuentes, con el tipo 2 de retención se operaron 43 pacientes de los cuales 5 presentaron complicaciones, lo cual se correspondió con el 11.6% y las complicaciones más frecuentes fueron el dolor, la limitación de apertura bucal y el edema postoperatorio, por último para el tipo 3 de retención, de 9 pacientes, 4 presentaron complicaciones postoperatorias para un 44.4%, se repitió para este tipo de retención el dolor, el edema y la limitación de la apertura bucal como complicaciones más frecuentes.

Tabla 3. Porciento de pacientes según variantes de la técnica quirúrgica y presencia o no de complicaciones. Enero – diciembre del 2006.

Técnica quirúrgica	Complicaciones				Total	
	Presentes		Ausentes			
	No	%	No	%	No	%

Variante 1	2	8.7	21	91.3	23	100
Variante 2	1	7.1	13	92.9	14	100
Variante 3	4	13.8	25	86.2	29	100
Variante 4	6	17.6	28	82.4	34	100

En la tabla #3 se muestra el porciento de pacientes según técnicas quirúrgicas y presencia o no de complicaciones postoperatorias. Las variantes 3 y 4 fueron las que mayor porciento de complicaciones aportaron, 4 y 6 pacientes para un 13.8 y 17.6 porciento respectivamente.

Tabla 4. Porciento de pacientes según tiempo quirúrgico y presencia o no de complicaciones.

Tiempo quirúrgico (Minutos)	Complicaciones				Total	
	Presentes		Ausentes			
	No	%	No	%	No	%
<30	5	6.9	67	93.1	72	100
30 – 60	6	23.1	20	76.9	26	100
>60	2	100	0	0	2	100

La tabla #4 representa el porciento de pacientes según tiempo quirúrgico y presencia o no de complicaciones postoperatorias, de 2 pacientes que se demoraron más de 60 minutos en su operación, ambos se complicaron para un 100% de complicaciones postoperatorias.

Tabla 5. Distribución de pacientes según tipo de complicación postoperatoria.

Tipo de Complicación	No	%
Dolor Intenso	11	11
Limitación de la apertura bucal	8	8
Edema difuso	6	6
Hemorragia	2	2

Dehiscencia de la herida	4	4
Alveolitis	3	3
Parestesia	2	2

La tabla #5 muestra la distribución de pacientes según el tipo de complicación postoperatoria, se destacan el dolor intenso con 11 pacientes para un 11%, seguido de la limitación de la apertura bucal con 8 pacientes para un 8% y el edema difuso con 6 pacientes para un 6%, en menor cantidad de pacientes se presentaron la hemorragia, dehiscencia de la herida, alveolitis y la parestesia.

Discusión de los resultados

Como puede apreciarse en la tabla #1 el porciento de complicaciones postoperatorias aumentó con la edad, debido a que con la edad aumenta la mineralización de los huesos, los cuales se hacen más compactos y por tanto la excéresis de los dientes retenidos se hace más laboriosa, y eleva el riesgo de complicaciones, resultados que coincidieron con Sáez (6), y otros autores (3-7), los cuales presentaron un aumento de las complicaciones en los pacientes de mayor edad.

Al analizar los resultados de la tabla #2, se observó un incremento de las complicaciones a medida que la retención dentaria se hizo más profunda, similares resultados obtuvieron Mohonen (8) y otros autores (4,5), ellos argumentan que una mayor retención requiere mayor complejidad en la técnica quirúrgica, las incisiones serán más extensas, la osteotomía más amplia y mayor el tiempo quirúrgico, por lo que se incrementará la susceptibilidad a las complicaciones trans y postoperatorias.

En la tabla #3 se observa que las variantes 3 y 4 fueron las que mayor porciento de complicaciones aportaron, lo cual se explica porque a mayor complejidad de la técnica quirúrgica mayor porciento de complicaciones postoperatorias, lo que coincide con lo planteado por la mayoría de los investigadores (9-13).

Con los resultados de la tabla #4 no cabe dudas de que generalmente el porciento de complicaciones postoperatorias se hace mayor a medida que aumenta el tiempo quirúrgico, lo cual coincide con Martín (14) y Conrad (15); es necesario señalar que la dehiscencia de la herida y la alveolitis se presentaron en pacientes donde la técnica quirúrgica fue sencilla y el tiempo quirúrgico bastante breve, por lo que en particular para estos tipos de complicaciones no existió una relación directa con el tiempo quirúrgico.

En la tabla #5 se muestran los porcientos de pacientes según el tipo de complicación postoperatoria, el dolor intenso, la limitación marcada de la apertura bucal y el edema difuso, fueron las más frecuentes, estos resultados coinciden con los de Martín (14), pero difieren con los de Hernández Pedroso (16), quien obtuvo que el trismo, la infección y la dehiscencia de la herida fueron los más frecuentes.

En nuestra investigación el porciento de pacientes con dolor (11%) fue discretamente superior al (8%) referido por López (13), pero es mucho menor que el reportado por Mohonen (8) quien obtuvo un 49.2% de dolor postoperatorio, en cuanto al edema, solamente los casos de edema difuso como complicación postoperatoria, fue superior a los resultados obtenidos por Martín (14), quien solo presentó 6 casos de edema postoperatorio de un total de 2390 dientes operados, por su parte la limitación marcada de la apertura bucal (8%), fue inferior a la referida por varios autores (14-18).

Conclusiones

Del total de pacientes operados solo un 13% presentó complicaciones postoperatorias.

El porciento de complicaciones postoperatorias se incrementó con la edad.

Se presentó un mayor porciento de complicaciones post-operatorias para el tipo de retención más profunda.

Las técnicas quirúrgicas más complejas presentaron un mayor porciento de complicaciones.

En los pacientes con mayor tiempo quirúrgico se presentó un mayor porciento de complicaciones.

Las complicaciones más frecuentes fueron: el dolor intenso, la limitación marcada de la apertura bucal y el edema difuso.

Referencias bibliográficas

1. Gay-Escoda C, Piñera-Penalva M, Velasco-Vivancos V, Berini-Aytés L. Cordales incluidos. Patología, clínica y tratamiento del tercer molar. En: Tratado de Cirugía Bucal. Tomo I. Gay- Escoda C, Berini-Aytés L. eds. Madrid: Ergon; 2004. p. 355-85.

2. Gay-Escoda C, Piñera-Penalva M, Valmaseda-Castellón E. Cordales incluidos. Exodoncia quirúrgica. Complicaciones. En: Tratado de Cirugía Bucal. Tomo I. Gay-Escoda C, Berini- Aytés L. eds. Madrid: Ergon; 2004. p. 387-457.

3. Morejón Álvarez F, López Benítez H, Morejón Álvarez T, Corbo Rodríguez MT. Presentación de un estudio en 680 pacientes operados de terceros molares retenidos. Rev ADM 2000; 46(1):7-10.

4. Alfonso P, Muñoz D S. Alveolitis después de extracciones de terceros molares retenidos mandibulares. Rev CES Odontol 2004; 6(2): 127-132.

5. Moreno García JM. Complications of impacted third molar surgery. Rev Fed Odont Colombia 2002; (202):5-9.

6. Sáez Cuesta U, Peña Rocha D, Miguel Sánchez J M, Gay Escoda C. Estudio del postoperatorio de 100 terceros molares en relación a la edad, el sexo, el tabaco y la higiene bucal. RCOE 2004; 4(5): 471 - 5.

7. Pérez López Y, Cárdenas Pérez E, Morales Pardo M, Cepero Franco F, Quintero HerreríaY. Intervenciones quirúrgicas por dientes retenidos.http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol13_01_07/articulos/a11_v13_0107.htm.

8. Mohonen A, Venta I, Ylipaavalniemi P. Factors predisposing to postoperative complications related to wisdom tooth surgery among university students. J Am Coll Health 2002; 46 (1): 39 - 42.

9. Richerdson M. E. Orthodontics implications of lower third development. Dent up Date 2006; 23 (3): 96 - 102

10. Jones C M, Obrien K. Dentist agreement on treatment of asymptomatic impacted third molar teeth. Interview study. B M J 2004; 315 (7117): 1204.

11. Litounga L S. Pericononaritis, deep Facial Space infections and the impacted third molar. J Phillip Dent Assoc 2006; 47 (4): 43 - 7.

12. Socarráz Díaz L. Incidencia de pericoronaritis en pacientes atendidos en la consulta estomatológica. Cojimar. Abril 2006-2007. [Trabajo para optar por el titulo de master en urgencias estomatologicas] Ciudad de la Habana: ISCMH; 2008.

13. López V, Mumenya R, Feirman C, Harris M. Third Molar Surgery: An Audit of Indication for Surgery, Post-Operative complaints and patients satisfaction. British J Oral Maxilofac Surg 2005; 33:33-5.

14. Martín P J, Gerry M R, Boudewijn S, Pieter J S, Geert B. Complications after mandibular third molar extraction. Quintessence Int 2002; 26: 779 - 784.

15. Conrad S M, Bakley G H, Shugars D A, Marciani R D, Phillips C, White R P. Patient's perception of recovery after third molar surgery. Oral Maxillofac Sur 2002; 57 (11): 1288 - 94.

16. Hernández Pedroso L, Raymundo Padrón E. Intervenciones quirúrgicas realizadas en dientes retenidos.http: //www.portales médicos.com/publicaciones/articles/1154/1

17. Vara de la Fuente JC. Complicaciones post-quirúrgicas de los cordales incluidos. Gac Dent 2004; 146:102-10.

18. Shepherd J P, Brickley M. Activity analysis: Measurement of the effectives surgical training and operating technique. Ann R Coll Surg Engl 2005; 74: 417 - 420.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PROGNATISMO MANDIBULAR CON RETROGNATISMO MAXILAR. PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Dr. Angel Soto Fernández *

Dra. Elina Muñiz Manzano *

* MsC. Esp.II en Cirugía Maxilo Facial, Profesor Asistente.

INTRODUCCIÓN. La Cirugía Ortognática es aquella parte de la Cirugía Maxilofacial que se ocupa del estudio, diagnóstico y tratamiento de las diferentes desarmonías dento-maxilo-mandibulo-faciales(.1,2,3,4,5,6) Estas pueden ser de origen congénito o adquirido (7,8) . En l970 se crea el primer equipo multidisciplinario de Cirugía Ortognática en nuestro Hospital Universitario “Cmdte. Manuel Fajardo” integrado por cirujanos maxilo-faciales, ortodoncista, protesista y psicólogo (ocasionalmente) del cual somos continuadores.Las primeras intervenciones quirurgicas pàra corregir las deformidades dento-máxilo-faciales fueron en la mandíbula (9,10,11,12). Hullihen en 1848 realizó la primera segmentaria anterior en la mandíbula para corregir una adaquia .En el maxilar cirujanos destacados como Wasmound en l927 realiza la primera osteotomia en el maxilar pero el auge de esta cirugía en el maxilar se produce en la decada del setenta (13,14,15)

Palabras clave: cirugía ortognática, retrogantismo maxilar, prognatismo mandibular

OBJETIVO. Mostrar el resultado del diagnóstico, tratamiento de un paciente con prognatismo mandibular y retrognatismo maxilar.

MATERIAL Y MÉTODO. Se realiza un estudio en un paciente masculino de 28 años de edad que concurre a nuestro Servicio de Cirugía Maxilo Facial por presentar desarmonía dento-maxilo-facial. Presentación de un caso. Paciente masculino de 28 años de edad que concurre a nuestro servicio por presentar desarmonía maxilo mandibular. Los diagnóstico diagnósticos clínico cefalométricos fueron; prognatismo mandibular, retrognatismo maxilar, promentonismo, aumento de la altura inciso mentoneana, oclusión clase III de Angle, resalte invertido de 12mm. Se ingresó al paciente, se realizó consentimiento informado y se procedió al tratamiento quirúrgico bajo anestesia general buco traqueal se realizó Osteotomía Lefort de avance. Técnica

Sagital de Epker para retroponer la mandíbula, mentonoplastia para ascender y retroponer el mentón. La osteosíntesis fue mediante alambre y la fijación intermaxilar con ligas y placa oclusal.

RESULTADO. Un paciente masculino de 28 años de edad con diagnóstico de retrognatismo maxilar y prognatismo mandibular fue diagnosticado y tratado en nuestro servicio de cirugía máxilofacial mediante anestesia general buco-traqueal en el se logro mediante la osteotomia Lefor I avanzaer el maxilar 6mm, en la mandibula se empleó la técnica sagital de Epker para retroponer la mandibula 6 mm y una mentonoplastia para ascender el menton y retroponerlo 4mm con ello se lograron loables resultados.esteticos y funcionales en el componente bucomaxilo facial

DISCUCIÓN.

Nuestro paciente presentó una anomalía del desarrollo dento-máxilo –facial que involucraba maxilar y mandíbula. Se le realizó técnica sagital de Epker para corregir prognatismo mandibular de de 6 mm y mentonolplastia para retropner el menton 4 mm y elevar 3mm, seguidamente realizamos Lefort para adelan tar el maxilar 6mm. Despues de haber realizado ambas osteotomias se realizo la fijación máxilo mandibular mediante aparatología ortodontica ligas y placa oclusal seguidamente se procedió a colocar el bloque en posición correcta se realiza la osteosintes ósea y la fijación esqueletica intern craneo –máxilo-mandibular,los resultadoas fueron satisfactorPodemos decir que en los primeros tiempos las anomalias maxilo-mandibulares eran tratadas en la mayoria de los casos con intervenciones en la mandibula (1-3)

Ya en la decad de los 70 se produce un auge en la cirugía del maxilar, esto fue influido por varios factores:Los cirujanos toman las observaciones de Blair en la mandibula y la aplican a los maxilares (4-6)) Los estudios de Tessier en Francia (fisuras craneo-faciales (6-8). Los estudios de William H. Bell (1971) en monos sobre la vascularizacion después de la osteotomia maxilar.(8-13). En nuestro hospital se desarrolla en la década del ochenta. Hoy en la actualidad en la mayoria de los paises incluyendo el nuestro cuando estáqn involuc4radas maxilar y mandíbula se tratan en ambos (14-16), con ello se obtienen muy buenos resultados (17-18).

CONCLUSIONES: Mediante la cirugía ortognática en un paciente masculino de 28 años de edad con diagnóstico cl.inico-cefalométrico de retrognatismo maxilar y prognatismo mandibular se logró buenos resultados en la estética facial y función masticatoria mejorando así su esfera psíquica y su vida de relación..

BIBLIOGRAFIA.

1-Arnett G W. La exploración clínica In: ArnettG W. Planificación facial y dental para dentistas y cirujanos orales. Madrid: Elsevier; 2005. p. 47-91.

2- Araújo AM, Araujo A, Araujo MM. The patientïs guide to Oerthognatic surgery: the Orthodontistïs point of view. Rev Clín Ortodon Dental Press. 2005 Out-Nov; 4(5): 99-105.

3-Arnett G W. La exploración clínica In: ArnettG W. Planificación facial y dental para dentistas y cirujanos orales. Madrid: Elsevier; 2005. p. 47-91.

4-Arpornmaeklong P, Shand JM, Heggie AA.: Stability of combined Le Fort I maxillary advancement and mandibular reduction. Aust Orthod J. 2003 Nov; 19(2): 57-66.

5-Bill JS, Wurzler K, Reinhart E, Bohm H, Eulert S, Reuther JF.: Bimaxillary osteotomy with and without condylar positioning--a 1981-2002 long-term study. Mund Kiefer Gesichtschir. 2003 Nov; 7(6): 345-50.

6-Bell WH, Levy BM. Revascularization and bone healing after posterior maxcillary osteotomy. J Oral Surg 1971 May; 29: 313.

7-Bell WH, Dallas DDS, Fonseca RJ, Kennedy JW, Dallas Levy BM, Houston D. Bone healing and revascularization after total maxillary osteotomy.Oral Surg. 1975. April;33 (4): (253-260)

8-Bell WH, Turvey TA. Surgical correction of posterior crossbite. J Oral Surg; 1974 Nov; 32: 811.

9-Bencini Cal, Bencini AC, Bencini LE. Cirugía ortognática: cirugía de la personalidad. Rev Soc Odontol Plata. 2004 Sept; 17(34): 28-3.

10-Bill JS, Wurzler K, Reinhart E, Bohm H, Eulert S, Reuther JF.: Bimaxillary osteotomy with and without condylar positioning--a 1981-2002 long-term study. Mund Kiefer Gesichtschir. 2003 Nov; 7(6): 345-50.

11-Cardoso M de A, Bertoz FA, Capelozza Filho L, Reis Sílvia AB. Características cefalométricas do padrão face longa. Rev Dent Press Ortodon Ortoped Facial . 2005 Mar-Abr; 10(2):29-43.

12-Costa L, Suguino, R. Aparelho de protração mandibular: uma nova abordagem na confecção do aparelho. Rev Clín Ortodon. Dental Press dez. 2005- jan 2006; 4(6):16-28.

13-Caldas S, Godeiro Fernandes R, Ribeiro A A, Souza TMS de, Simplício H, Cunha Â C, Aparelho de Bass modificado: uma alternativa de tratamento da Classe II combinada Rev Clín. Ortodon. Dental Press. 2007 Fev-Mar; 6(1): 52-9.

14-Caldas S, Godeiro Fernandes R, Ribeiro A A, Souza TMS de, Simplício H, Cunha Â C, Aparelho de Bass modificado: uma alternativa de tratamento da Classe II combinada Rev Clín. Ortodon. Dental Press. 2007 Fev-Mar; 6(1): 52-9.

15-Faber J, Salles F. Tratamento ortodôntico-cirúrgico de deformidade dentofacial de Classe II: relato de un caso. Rev Clín Ortodon Dental Press. 2006 Abr-Maio; 5(2): 59-69.

EL HÁBITO DE MASTICAR KHAT Y LAS ALTERACIONES EN LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR EN JÒVENES YEMENITAS.

AUTORES: Msc. L. Hernández Pedroso.
Especialista de 2do grado en Cirugía Maxilofacial.
Profesor Auxiliar, Dpto. de Cirugía.
Facultad de Estomatología.
Universidad de Ciencias Médicas.
e-mail: luis.hernandez@infomed.sld.cu

Dra. E. Raimundo Padròn
Especialista de 1er Grado en EGI.
Profesor Auxiliar, Dpto. de EGI.
Facultad de Estomatología.
Universidad de Ciencias Médicas.
e-mail: eraimundo@infomed.sld.cu

RESUMEN:

El consumo de khat es un hábito social muy arraigado en la población yemenita y en muchos casos está relacionado a una serie de alteraciones en la salud bucal. La articulación temporomandibular es una de las áreas afectadas y por ese motivo, decidimos hacer esta investigación cuyo objetivo es determinar la prevalencia de las alteraciones de la articulación temporomandibular en jóvenes de la ciudad de Ibb, República de Yemen, que practican el hábito de masticar khat caracterizándolas también por sexo, grupos de edades y síntomas predominantes. Para cumplir nuestro objetivo, hicimos un estudio descriptivo transversal en 1106 estudiantes masticadores de Khat de ambos sexos cuyas edades oscilaban entre 12 y 24 años de edad en un periodo entre Marzo del 2006 a Marzo del 2008. Para la recolección de datos se elaboró un cuestionario que incluía datos generales del paciente, hábitos y examen clínico. Para este último se utilizó el espejo bucal y se siguieron los criterios formulados por la OMS. Posteriormente, los datos recogidos fueron vaciados en tablas de porcentaje. Al concluir el estudio, encontramos que de los 1106 jóvenes masticadores de khat examinados, 102 presentaban desordenes en la ATM, siendo todos del sexo masculino. Por grupos de edades, el de 20-24 años fue el más afectado. El dolor en la ATM y los ruidos articulares fueron los signos y síntomas que predominaron en la muestra estudiada.

Palabras claves: khat, articulación temporomandibular.

INTRODUCCION:

Las hojas del khat provienen de una planta que es cultivada ampliamente en países del noreste Africano y en la península arábiga. Las hojas de esta planta contienen alcaloides del tipo anfetaminas y son masticadas diariamente por la población por su mediano poder estimulante entre otros poderes atribuidos a su consumo (1).

En la República de Yemen su uso está ampliamente difundido y se estima que un 61 % de su población lo consume regularmente; un 81 % de la población adulta masculina realiza este hábito y un 43% de la población femenina también practica la masticación de las hojas del khat (2, 3).

Dentro de las propiedades atribuibles al khat que incitan a su consumo por gran parte de la población están el aumento de la capacidad de trabajo al disminuir la fatiga, el aumento de la concentración en horas de estudio, además producen insomnio lo que permite trabajar o estudiar hasta altas horas de la noche sin mostrar signos de agotamiento, también ocasiona falta de apetito con la consiguiente pérdida de peso y su efecto eufórico entre otras lo hacen muy popular en un país con grandes limitaciones de toda índole cuya población ve en el uso del khat un aliciente para su dura vida (4, 5, 6).

El aparato masticatorio es una unidad muy sofisticada constituida por un conjunto de estructuras como los huesos, articulaciones, ligamentos, dientes y músculos, integradas de tal modo que permiten realizar diversas actividades funcionales bajo un intrincado sistema de control neurológico (7,8). Así pues, su supervivencia y permanencia depende de la integridad de cada una de sus partes, aunque de producirse una alteración puede llevar a una situación tan complicada como el sistema mismo (9,10).

Los efectos producidos en la cavidad bucal por el consumo de khat han sido estudiados por diversos autores a lo largo de más de 50 años (11).

Entre las alteraciones más frecuentes están las lesiones a las estructuras de sostén y protección del diente, gingivitis, periodontitis que pueden llevar a la mortalidad dentaria. También se han reportado alteraciones en la articulación temporomandibular como dolor y chasquido entre otras alteraciones. Los dientes pueden mostrar atrición, manchas extrínsecas de color carmelita y caries dentales en las superficies cervicales particularmente en los países que consumen el khat asociado a azúcar y otros

edulcorantes. Otros estudios muestran la asociación del hábito de masticar las hojas del khat y distintos tipos de cáncer bucal fundamentalmente en la mandíbula, mucosa del carrillo y bordes laterales de la lengua. (12).

Según Okeson, los trastornos temporomandibulares (TTM) son la serie de signos y síntomas, como el dolor en el área bucofacial (de origen no dental, ni periodontal) y las alteraciones funcionales, fundamentalmente las relacionadas con los ruidos articulares y las limitaciones a los movimientos mandibulares (7,13).

Investigaciones actuales demuestran que no son únicamente un trastorno degenerativo y geriátrico pues estos signos y síntomas pueden originarse tempranamente en el desarrollo aunque con menor frecuencia y severidad dado el enorme potencial de adaptación que experimentan las estructuras durante el proceso de crecimiento, sin embargo esta capacidad va disminuyendo conforme avanza la edad pudiendo desencadenar en el adulto un proceso patológico con lesión orgánica o alteración funcional (8,14,15).

Resulta muy complejo comprender su etiología de carácter multifactorial (7,16). Okeson sostiene que la función normal se puede ver perturbada por sucesos como la colocación de una restauración, traumatismos, hábitos, alteraciones sistémicas como el estrés que rebasan la tolerancia fisiológica individual influida por factores locales como la estabilidad ortopédica articular determinada por las relaciones de oclusión, articulares o ambas así como elementos genéticos, el sexo, la dieta, enfermedades agudas o crónicas.

Se puede afirmar que una buena relación dentaria garantiza una adecuada salud y función del aparato estomatognático, el estado oclusal es de capital importancia para la función muscular correcta durante la masticación, la deglución, la fonación y la postura mandibular (7,17).

Estudios epidemiológicos sobre estos trastornos realizados a nivel mundial en población general, reportan una prevalencia alta, que en la mayoría de los casos supera el 40 %, estudios en nuestro país revelan por cientos superiores al 50 % (18).

Teniendo en cuenta que en la República de Yemen la mayoría de la población, incluyendo niños y adolescentes mastica el Khat a diario y durante varias horas, nos motivamos a hacer esta investigación con el objetivo de determinar la prevalencia de

las alteraciones de la articulación temporomandibular en jóvenes yemenitas de la ciudad de Ibb, caracterizándolas también por sexo, grupos de edades y síntomas predominantes.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se realizó un estudio descriptivo transversal en un grupo de 1106 jóvenes estudiantes yemenitas de la ciudad de IBB, masticadores de Khat, cuyas edades oscilaban entre 12 y 24 años de edad, de ambos sexos, en un periodo entre Marzo del 2006 a Marzo del 2008. Para la recolección de datos se elaboró un cuestionario que incluía datos generales del paciente, hábitos y examen clínico. Para este último se utilizó el espejo bucal y se siguieron los criterios formulados por la OMS y su tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

Dentición permanente sin ausencias dentarias.

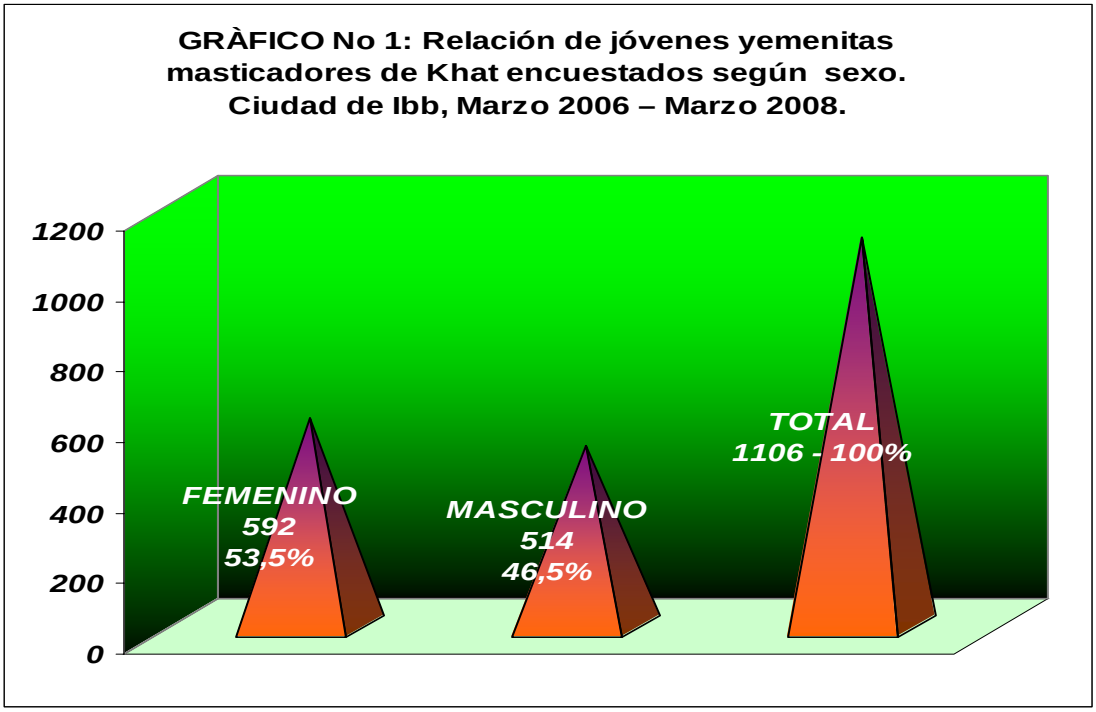
Ausencia de periodontopatías.

Consentimiento para participar en el estudio.

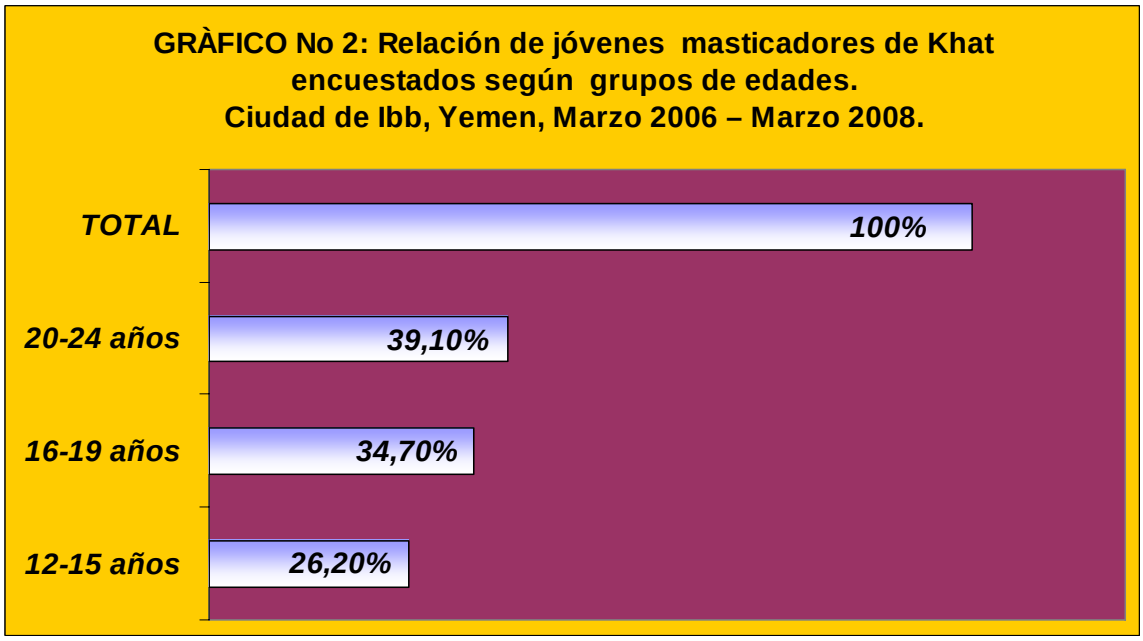
Quedaron excluidos los estudiantes que no cumplieron con los requisitos anteriores y los que no cooperaron con la investigación.

Posteriormente, los datos recogidos según el cuestionario fueron vaciados en tablas de porcentaje estudiándose las variables sexo, grupo de edades y síntomas predominantes en los trastornos de la articulación temporomandibular.

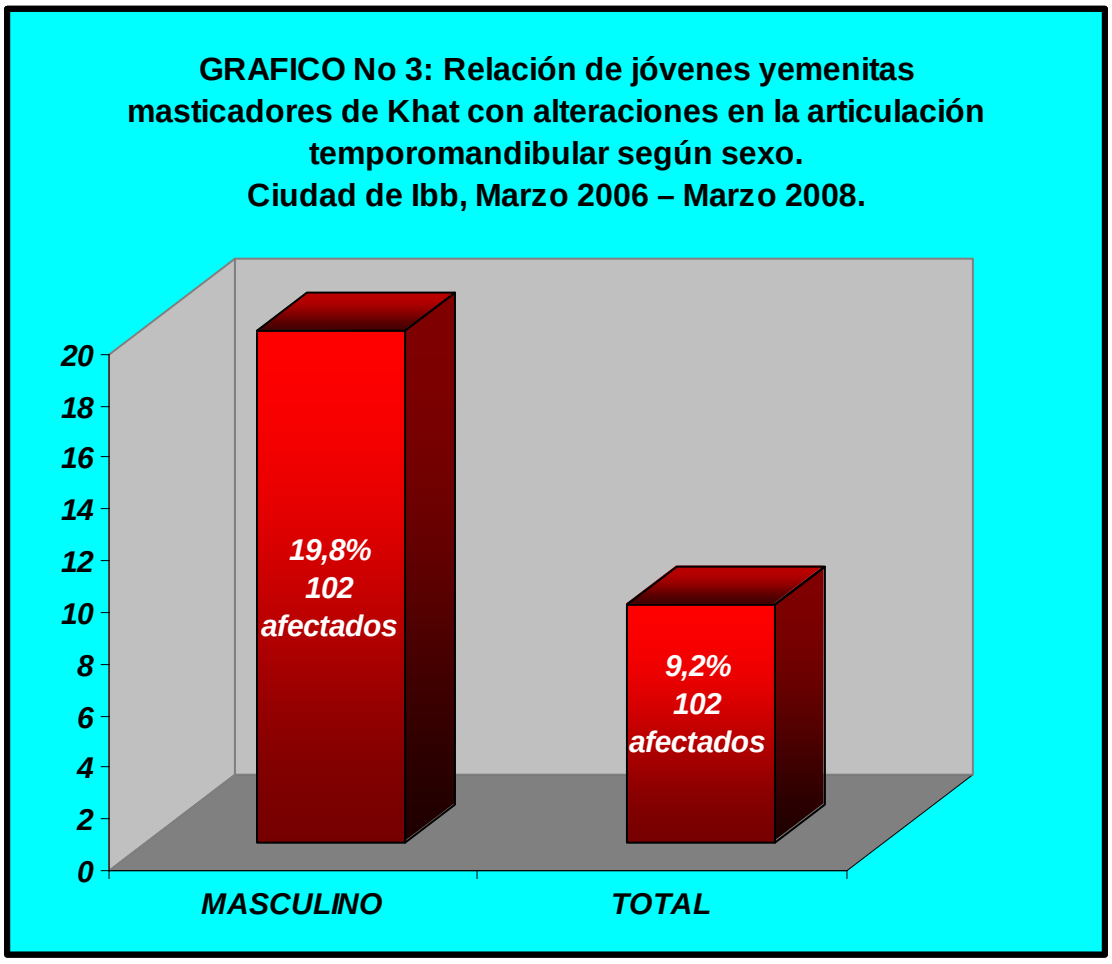
RESULTADOS:



En el gráfico No. 1 observamos la distribución de la muestra estudiada por sexo. En el mismo, se puede observar que las hembras fueron ligeramente superiores a los varones con un 53,5 % del universo estudiado.



En el gráfico No. 2 se aprecia que de los 1106 jóvenes encuestados, el 26, 2% se encontraban en el grupo de 12-15 años, el 34,7 % en el grupo de 16-19 años y el 39,1% en el de 20-24 años que fue el predominante.



El gráfico No. 3 muestra la cantidad de masticadores de Khat que presentaron alteraciones en la ATM. En el sexo femenino no se reportaron afectaciones en la ATM entre las examinadas, mientras que en el masculino se encontraron 102 jóvenes afectados que representaron el 19,8% de todos los varones. El por ciento de afectados en relación al total general de 1106 jóvenes fue de 9,2%.

TABLA No.1 Relación de jóvenes masticadores de Khat con alteraciones en la articulación temporomandibular según grupos de edades y sexo. Ciudad de Ibb, Yemen, Marzo 2006 – Marzo 2008.

GRUPOS EDADES	FEMENINO			MASCULINO			TOTAL		
	No.	Alt. ATM	%	No.	Alt. ATM	%	No.	Alt. ATM	%
12-15 años	56	0	0.0	234	0	0.0	290	0	0.0
16-19 años	196	0	0.0	188	34	18,8	284	34	12
20-24 años	340	0	0.0	92	68	73.9	432	68	15.8
TOTAL	592	0	0.0	514	102	19,8	1106	102	9,2

Fuente: Cuestionario

En la tabla No.1 podemos observar que sólo en el sexo masculino se encontraron alteraciones de la articulación temporomandibular (19,8%) siendo el grupo de edades de 20-24 años el que prevaleció con un 73,9% de afectación del total de varones examinados. En relación al total general de hembras y varones, el propio grupo de edades de 20-24 años fue el más afectado con un 15,8%.

TABLA No.2: Signos y síntomas encontrados en jóvenes masticadores de Khat con alteraciones en la ATM. Ciudad de Ibb, Yemen, Marzo 2006 – Marzo 2008.

SINTOMAS Y SIGNOS	No	%
Dolor en la articulación temporomandibular.	72	70.7
Ruidos articulares.	60	60.2
Dolor muscular.	55	54.1
Trastornos en el movimiento de apertura y cierre.	44	42.9
Restricción en la apertura bucal.	38	37.6

Fuente: Cuestionario

Si apreciamos la frecuencia de signos y síntomas (Tabla No. 2), vemos que del total de 102 jóvenes examinados con trastornos en la ATM, 72 presentaban dolor en la

articulación temporomandibular lo cual representa un 70,7% y fue el más prevalente de todos, seguido por los ruidos articulares con un 60,2% y el dolor muscular con 54,1%.

DISCUSIÓN:

Al analizar la presencia de trastornos temporomandibulares según la edad se ha detectado un incremento gradual de estos trastornos conforme esta avanza tal y como se observa en la Tabla No. 1. Estudios realizados por Machado Martínez (19), Matos y Kataoka (20) así lo reflejan. En cuanto al sexo, sus resultados no coinciden con el nuestro pues en sus investigaciones se encontró el sexo femenino mayormente afectado en todas las edades y no existen diferencias notables respecto al sexo masculino. En nuestro estudio solo se encontraron alteraciones en la ATM en el sexo masculino y en relación a este indicador consideramos que hay una diferencia muy importante entre ambos sexos y el hábito de masticar el khat y es que, sobre todo en edades muy tempranas, las hembras solo lo practican en actividades muy señaladas y especificas como fiestas, bodas y reuniones sociales mientras que los varones, aún en edades tempranas, lo hacen casi a diario.

La etiología multifactorial de estos trastornos, en nuestro caso la presencia de un traumatismo constante, prolongado y unilateral que puede alterar la actividad funcional del sistema, constituye de hecho un factor predisponente de importancia, lo que explica su alta prevalencia, no obstante, obtuvimos resultados inferiores a los de otros estudios, quizás por los grupos etáreos en el cual fue aplicada, donde el propio proceso de crecimiento determina un enorme potencial de adaptación. La disminución de la capacidad adaptativa del individuo a medida que envejece explica el por qué de este fenómeno.

Similares consideraciones hacemos cuando analizamos el comportamiento de los 102 varones que presentaron trastornos en la ATM por grupo de edades. Se aprecia que a medida que avanzan las edades, aumentan la cantidad de jóvenes con algún tipo de afectación en la ATM a pesar de que en la muestra examinada el número de varones fue disminuyendo según se incrementaba la edad. El incremento de afectados se debe a que a medida que aumenta la edad de los encuestados, el problema se agrava con la cronicidad del hábito.

Armijo Olivo (21) reportó un aumento de los porcentajes de prevalencia con la edad, pero a diferencia nuestra, encontró signos de estos trastornos en todos los grupos de edades. Otros estudios similares de prevalencia de trastornos de la ATM realizados por Machado Martínez (19) y Salomón Barrios (18) reportaron cifras superiores al nuestro con 81%, 60.8% y 65.93% respectivamente.

Como se observa en la Tabla No. 2, el dolor en la articulación fue el síntoma mas prevalente en nuestro estudio y se explica por la hiperactividad muscular que ocurre por la masticación constante de khat durante largos periodos de tiempo y de forma unilateral; los dientes del lado afectado se abrasionan provocando alteraciones oclusales que pueden a su vez provocar disfunción en la ATM lo que lleva al aumento del tono muscular con diversos grados de compromiso que van aparejados al dolor por la vasoconstricción de las correspondientes arterias nutrientes y el acúmulo de productos de degradación metabólica como la bradicinina y prostaglandinas (7).

En cuanto a los signos y síntomas de mayor frecuencia, nuestro estudio no coincidió con el de Machado Martínez (19) quien detecta el dolor muscular como el más prevalente.

Diferente fue el resultado también de Salomón Barrios (18) pues encontró en elevado por ciento la posición de primer contacto dentario distinta de la posición de máxima intercuspidación y en menor medida el dolor muscular. Similar al nuestro resultaron los trabajos de Frías Garrido (22) y Rodríguez Carracedo (23). En el primero, prevalecieron los ruidos y el dolor en la articulación temporomandibular, la diferencia estriba en que en nuestra investigación el orden fue inverso. En relación a la investigación de Rodríguez Cariacedo realizada en un grupo de adolescentes holguineros si coincidimos con los signos y síntomas de mayor frecuencia.

CONCLUSIONES:

- La prevalencia de los trastornos de la ATM en jóvenes de la ciudad de Ibb, Yemen fue de baja.
- El sexo masculino fue el único afectado.
- El grupo de edades de 20-24 años exhibió el por ciento más alto.
- El dolor en la ATM y los ruidos articulares fueron los signos y síntomas mas frecuentes en la muestra estudiada.

BIBLIOGRAFIA:

1. Hassan NAGM; Gunaid AA; El Khally FMY; Murray-Lyon IM. The subjective effects of chewing Qat leaves in human volunteers. *Annals of Saudi Medicine* 22(1-2): 34-37, 2002.
2. Numan N. Exploration of adverse psychological symptoms in Yemeni khat users by the Symptoms Checklist-90 (SCL-90). Addiction. 2004;99:61-65.
3. Ali AA, Al-Sharabi AK, Aguirre JM, Nahas R. A study of 342 oral keratotic white lesions induced by qat chewing among 2500 Yemeni. J Oral Pathol Med. 2004;33:368-372.
4. Ai-Dubai W; Al-Habori M; Al-Geiry A. Human khat (Catha edulis) chewers have elevated plasma leptin and nonesterified fatty acids. *Nutrition Research* 26(12): 632-636, 2006.
5. Alem A; Kebede D; Kullgren G. The prevalence and socio-demographic correlates of khat chewing in Butajira, Ethiopia. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 100(Supplement 7): 84-91, 1999.
6. Al-Motarreb A; Baker K; Broadley KJ. Khat: Pharmacological and medical aspects and its social use in Yemen. (review). *Phytotherapy* 16(5): 403-413, 2002.
7. Okeson JP. Oclusión y afecciones temporomandibulares. 3ra ed. Madrid: Mosby; 1995.
8. Arias de Luxan S. Patología de la articulación temporomandibular.En: Canut Brusola JA. Ortodoncia clínica y terapéutica. 2da ed. Barcelona: Masson; 2000 .p. 157-164.
9. Abjean J. Oclusión. La Habana: ed. Científico Técnica; 1982.
10. Canut Brusola JA. Aparato estomatognático: diseño biomecánico. En: Canut Brusola JA. Ortodoncia clínica y terapéutica. 2da ed. Barcelona: Masson; 2000. p. 17.
11. Gunaid AA, Sumairi AA, Shidrawi RG, Al-Hanaki A, Al-Haimi M, Al-Absi S, Al-Huribi MA, Qirbi AA, Al-Awlagi S, El-Guneid AM, Shousha S, Murray-Lyon IM. Oesophageal and gastric carcinoma in the Republic of Yemen . British Journal of Cancer 1995; 71: 409–410.
12. Ghanem S, Zindani J, Zindani Z. Yemen observer. Feb 2008. Qat: the plague of Yemen. Posted in: Sports, Health & Lifestyle.

13. Ashutosh Kacker MD. Trastornos de la articulación temporomandibular [monografía en línea] En: Enciclopedia Médica. New York: Adams 2001. <http://www.n/m.nih.gov/medlineplus/Spanish/ency/article/001227.htm> [consultada: 23 Julio 2004].
14. Soto L. Hernández JA, Villavicencio JE. Trastornos de la articulación temporomandibular en escolares de 5 a 14 años de un Centro Educativo de Cali [documento en línea] Colomb Med 2001; 32:100 -103.
15. <http//odontologíaiztacalvham.mx/memorias15col/contenido/cartel/ATMcartel58.htm [consultada: 27 Enero 2005].
16. Carlsson GE, Johansson A, Wendel A. Manejo clínico de niños con patología disfuncional de ATM y discusión sobre la relación entre ortodoncia y la disfunción craneomandibular. Rev Ortodoncia Clínica 2001; 4 (4):198, 199.
17. Matsumoto Ma, Matsumoto W, Bolognese AM. Study of The sign and symptoms of temporomandibular dysfunction individuals with normal occlusion and malocclusion. Cranio 2002; 20(4):274-81.
18. Salomón Barrios OB, Oclusión y trastornos temporomandibulares en Estudiantes de Estomatología [(Trabajo para optar por el título de Especialista de Primer Grado en Prótesis Estomatológica)]. 2003. FCM"Mariana Grajales Coello", Holguín.
19. Machado Martínez M, Quintana Pérez S, Caravia Martín F, Grau Abalo R. Disfunción craneomandibular y su relación con factores morfológicos de la oclusión. Rev. Cubana Ortod 1995; 10(1):24-32.
20. Matos DAD, Kataoka da Silva MS. Classificacao da DCM em pacientes do Servico de Disfuncao Craneomandibular do Curso de Odontología da Universidade Federal do Pará. Rev. Odontoe. UNICID 2000; 12(2):109-119.

21. Armijo Olivo S, Frugone Zambra R, García Barriga D, Armijo Olivo L. Prevalencia de signos y síntomas temporomandibulares en pacientes que consultan al odontólogo en los consultorios de Talca. [en línea] <htto://www.colegiodekinesiologos.cl/revista/artic60.htm> [consulta: 5 jul 2005].

22. Frías Garrillo F, Iglesias Prais M, Moreno Rodríguez D. Guardia L. de la, González Cepero N. Prevalencia de pacientes con disfunción de ATM en la provincia Granma. Rev. Cubana Estomatol 2000; 37(1):15-35.
23. Rodríguez Carracedo EM, Díaz Morell JE, Carmona Vidal E, Segura Sardiñas O, Pellitero Reyes B, Carracedo Ruiz P. Prevalencia de los trastornos temporomandibulares en adolescentes con maloclusiones. ESBU Juan José Fornet. Holguín 2005. Correo Científico Médico de Holguín 2007;11(1)

FRACASOS EN PACIENTES QUE RECIBIERON TRATAMIENTO CON IMPLANTES DENTALES. FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA. 2004- 2010.

Autor: Dra. Dayana Díaz Díaz.
Especialista de primer grado en Cirugía Máxilo Facial.
Cuba. Facultad de Estomatología
Bruzón 168 entre Montoro y Pozos Dulces.
dayanadiaz@infomed.sld.cu

Coautores: N Martinez Gómez, O Pérez Pérez, A Granados Martínez, S Almagro Urrutia.

Resumen:

Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo, transversal, en una muestra de 20 pacientes, atendidos en la consulta de implantología de la Facultad de Estomatología Raúl González Sánchez, todos los casos fueron operados en el servicio de cirugía Máxilo facial, los datos fueron obtenidos de las historias clínicas del departamento de implantología de nuestro centro, todos los pacientes operados presentaron fracasos de uno o varios implantes, ubicados en el maxilar o mandíbula, en una o varias intervenciones. Para determinar las posibles causas del fracaso del tratamiento en la cirugía de implantes dentales en pacientes atendidos en la facultad, nos propusimos realizar esta investigación. Los resultados obtenidos indican que el porciento de fracasos en nuestra facultad es muy bajo con relación al total de pacientes que han recibido tratamiento de implantes, las causas que más incidieron en la pérdida de los implantes fueron la sobrecarga y la higiene bucal deficiente, afectando más a los pacientes de 35 a 59 años, seguido del grupo de edad de 19 a 34, no se encontró diferencia significativa en los sexos, aunque se presentó una pequeña diferencia en las féminas afectadas por la sobrecarga, en la fase de osteointegración se produjo el mayor porciento de fracasos, y la zona que mayor afectación presentó fue la región incisiva del hueso maxilar.

Palabras claves: implantes dentales, higiene bucal deficiente, sobrecarga

Introducción

Un implante dental es una estructura artificial con forma de tornillo, fabricada en titanio prácticamente puro, y que se inserta directamente en los huesos maxilares, sobre este implante se crea después la prótesis dental más apropiada a cada necesidad; porque nunca debemos olvidar que el objetivo de la implantología no es fijar implantes, sino reponer dientes perdidos (1).

La historia de la implantología moderna se remonta a principios de los años 60, cuando Per-Ingvar Branemark sienta las bases de la osteointegración, y describe los primeros implantes de titanio con forma de tornillo. Desde entonces, hasta nuestros días la implantología ha demostrado ser una técnica eficaz y segura para reponer dientes perdidos (2).

Las características especiales del titanio y la capa de óxido que se forma en su superficie conducen a la osteointegración, no conociéndose la naturaleza específica de la relación entre biomoléculas y la capa de óxido de titanio (3).

La osteointegración u oseointegración se define como una conexión directa estructural y funcional entre el hueso vivo, ordenado y la superficie de un implante sometido a carga funcional. La creación y mantenimiento de la osteointegración, por lo tanto, depende del conocimiento de las capacidades de cicatrización, reparación y remodelado de los tejidos (1-4).

La validez universal de los principios y métodos físicos permite su aplicación a los sistemas biológicos. La totalidad de los métodos de análisis y determinación de las cargas y deformaciones del hueso se suele denominar biomecánica (5).

La biomecánica tiene una especial importancia en implantología, porque los dientes y los implantes se fijan de manera diferente al hueso. El objetivo de los estudios y consideraciones biomecánicas radica fundamentalmente en la valoración de las cargas de los dientes, implantes y hueso alrededor del mismo, por las restauraciones

protésicas, con la intención de calificar y mejorar los métodos de tratamiento implantológico (1-5).

Cuando se inserta un implante intraóseo, se crean unas relaciones definitivas de emplazamiento, eje y profundidad de la fijación ósea. Antes de introducir el implante, es necesario planear y considerar bien la construcción de la prótesis posterior, por razones biomecánicas (2-6).

La colocación de implantes requiere prestar una adecuada atención tanto a los dientes remanentes como a los sitios potenciales para realizar los implantes. El estado de los dientes remanentes en un paciente en quien se practica un tratamiento con implantes debe ser cuidadosamente evaluado para realizar la terapia necesaria antes de iniciar la implantación. No diagnosticar ni tratar los procesos patológicos en los dientes remanentes o cerca de ellos, puede comprometer seriamente los resultados de la terapia implantológica tanto a corto como a largo plazo (5).

Los pacientes deben ser sometidos a un examen clínico y radiológico detallado de los dientes y del hueso alveolar circundante. El examen debe incluir los sitios potenciales para implantes, para determinar la presencia de patologías óseas, restos radiculares, cuerpos extraños y otros factores que podrían requerir una intervención quirúrgica y un periodo de cicatrización subsiguiente antes de poder tomar una decisión para poder insertar el implante (6).

Antes de seleccionar a un paciente para colocarle implantes osteointegrados se deben tener en cuenta una serie de factores. En primer lugar el paciente tiene que tener buena salud general, probablemente estos implantes no deberían colocarse a pacientes con enfermedades crónicas, como diabetes y osteoporosis por ejemplo, hasta que se realicen estudios clínicos y de laboratorio adecuados. En segundo lugar el paciente sano debe tener suficiente hueso sano en donde se van a colocar los implantes, el hueso de esa zona debe ser suficientemente denso para que el anclaje inicial del implante sea adecuado. En tercer lugar es conveniente que esté cubierto de tejido adherido queratinizado (3-7).

La selección del paciente atendiendo principalmente a la ausencia de contraindicaciones locales o sistémicas, la correcta ubicación, longitud, diámetro y número de implantes, cantidad y calidad de hueso, relaciones intermaxilares adecuadas, relaciones oclusales y ausencia de hábitos nocivos entre otros, tienen relación trascendental en la supervivencia de las implantaciones y de las rehabilitaciones. Sin dudas el adecuado dominio de la técnica quirúrgica y su exitosa ejecución en cada caso y muy especialmente el perfecto desarrollo de los procederes clínicos y de laboratorio en la rehabilitación protésica deciden la longevidad del tratamiento (8).

Según Tolstunov (5), hay dos tipos de fracasos relacionados con el periodo de colocación del implante: fallas tempranas o producidas durante el periodo de oseointegración, usualmente en el primer año luego de colocado el implante, periodo de cicatrización o carga inicial y las fallas ocurridas después de un año de inserción del implante, cuando el proceso de oseointegración está completo y la función del implante es estable.

Entre las principales causas de fracaso del tratamiento de implantes se encuentran: el calentamiento óseo, la contaminación durante la colocación del implante dental, la sobrecarga durante la osteointegración, el tabaco, la irradiación, lo que conduce a la pérdida temprana del implante durante el periodo de oseointegración. Tampoco son infrecuentes los fracasos tardíos (después de la osteointegración), causados principalmente por sobrecarga, infección, tabaco,
e irradiación (9-10).

Los fracasos de los implantes dentales son debidos a mala selección del paciente, falta de explicación del tratamiento, malas condiciones higiénicas, calentamiento del hueso durante la preparación ósea, presión excesiva del implante contra el hueso, defectos de vascularización, problemas periodontales e infección preoperatoria no tratada, diseño protésico inadecuado y poca colaboración del paciente. Sus signos y síntomas

más frecuentes son: movilidad patológica, radiolucidez periimplantaria, inflamación, supuración y dolor (8).

En nuestro centro han recibido el beneficio de la implantología dental una gran cantidad de pacientes, en su mayoría este ha resultado exitoso, pero todavía queda mucho camino por recorrer para lograr que la totalidad de los casos no fracasen en el tratamiento.

Con el interés de perfeccionar el desarrollo de la implantología en La Facultad de Estomatología Raúl González Sánchez, se decidió realizar este estudio de los pacientes que han sido tratados en la consulta de implantología dental para determinar que un tratamiento no ha sido exitoso y constituye un fracaso.

Objetivos

- Objetivo General:

Determinar las posibles causas del fracaso de implantes dentales en pacientes atendidos en La Facultad de Estomatología.

- Objetivos Específicos:

1. Identificar las posibles causas del fracaso de implantes dentales según edad y sexo.

2. Relacionar las posibles causas del fracaso de implantes dentales con la fase de la pérdida de los implantes

3. Establecer la relación entre las posibles causas del fracaso de implantes dentales y la localización anatómica de los implantes.

Material y método

Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo y transversal en la consulta de Implantología, de la Facultad de Estomatología “Raúl González Sánchez”, en Ciudad de La Habana.

El universo de trabajo (1000) estuvo constituido por todos los pacientes que han sido tratados por implantes en dicha consulta. La muestra quedó constituida por 20 pacientes con antecedentes de fracaso en el tratamiento.

Criterios de inclusión: Se incluyeron en el estudio los pacientes con historia clínica de implante atendidos en la Facultad de Estomatología

Criterios de exclusión: Se excluyeron del estudio los pacientes con historias clínicas incompletas que no aportaron los datos necesarios para la investigación.

Las variables utilizadas fueron las siguientes:

Operacionalización de variables

Edad: de 19 a 34, de 35 a 59, de 60 y más; según años cumplidos, los datos fueron obtenidos de la historia clínica de implante.

Sexo: masculino y femenino, según sexo biológico.

Fase de fracaso: Osteointegración o rehabilitación, de acuerdo a la etapa en que se perdieron 1 o varios implantes.

Hueso afectado: Puede ser el maxilar y o la mandíbula, según ubicación anatómica del implante o los implantes fracasados, puede localizarse en la región de incisivos, premolar o molar de estos huesos.

Posibles causas de fracasos en el tratamiento de implantes dentales.

Bruxismo: se consideró en aquellos pacientes con facetas de desgaste marcada en el sector posterior, con retracción gingival y refuerzos óseos.

Tabaquismo: Pacientes que fumaron antes y después del tratamiento, puede ser tabaco o cigarro, incluye uno o varios al día.

Sobrecarga: Se refiere a la prótesis de uso del paciente que provoca mayor carga sobre el implante.

Higiene bucal deficiente: Cuando no se realiza un cepillado correcto en frecuencia y eficacia.

Asociadas al tratamiento quirúrgico: Incluye la realización de una técnica quirúrgica inadecuada, con sobrecalentamiento del hueso y presión excesiva del implante contra el hueso.

Técnicas y procedimientos.

De recolección de la información

Se hizo una exhaustiva revisión bibliográfica en la biblioteca de La Facultad de Estomatología, en Ciudad de la Habana, donde la búsqueda se efectuó en documentos convencionales y electrónicos.

Los datos de cada paciente se recogieron en un formulario

1- Datos generales del paciente
2- Cantidad de implantes fracasados: maxilar o mandíbula.
3- Fase de fracaso: Osteointegración, rehabilitación.
4- Localización anatómica del o los implantes fracasados: región incisiva, premolar, molar del maxilar, la mandíbula o de ambos.

De procesamiento y análisis

Los datos obtenidos se procesaron a través de medios automatizados. Primero, se creó una base de datos, para la cual se utilizó la hoja de cálculo Excel, que permitió conciliar la información, así como realizar el procesamiento estadístico.

De discusión y síntesis de los resultados.

Se efectuó una descripción de cada tabla y se comparó con los resultados de otros autores para dar salida a los objetivos propuestos, y emitir las conclusiones.

Resultados y discusión

Tabla 1. Distribución de pacientes tratados por implantología

Distribución de pacientes tratados por implantes.	**No.**	**%**
Fracaso	20	2
Éxito	980	98
Total	1000	100

La tabla 1 muestra la distribución de pacientes implantados, donde del total de casos, solo 20 constituyeron los fracasos hasta este momento para un 2 %. El porciento de fracasos en nuestro estudio es inferior a los reportes de López-Jiménez J y cols (9), quienes publicaron un 5.58 %, los que son similares a los señalados por Brocard y cols (7), quienes presentaron un éxito del 95.4 % en 1022 implantes colocados en 440 pacientes sin patología y Weber y cols. un 5.5%, a los cinco años tras la colocación de 112 implantes. Nuestros resultados son similares al estudio realizado por Romero-Domínguez y cols (10) quienes reportaron un 3.77%.

La mayoría de los autores plantea que es imprescindible la valoración individual de las características específicas de cada caso: higiene oral, ausencia de determinados hábitos o parafunciones y que no existan contraindicaciones de tipo médico o anatómico, para lograr el éxito del tratamiento, aspectos que se tienen en cuenta de forma minuciosa en la consulta multidisciplinaria de implantes de nuestro centro a la hora de incluir los pacientes para ser tratados, lo que considero ha posibilitado estos bajos porcientos de fracasos.

Tabla 2. Distribución por grupos de edades de las posibles causas de fracasos en implantes dentales.

Posibles causas de fracasos de implantes dentales	Grupos de edades							
	19 – 34		35 – 59		60 y más		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Bruxismo	1	5	2	10	-	-	3	15
Tabaquismo	2	10	-	-	-	-	2	10
Sobrecarga	4	20	2	10	-	-	6	30
Higiene bucal deficiente	1	5	4	20	1	5	6	30
Asociadas al tratamiento quirúrgico	-	-	2	10	1	5	3	15
TOTAL	8	40	10	50	2	10	20	100

La tabla 2 presenta las posibles causas de fracasos con relación a los grupos de edades, de ellos los más afectados fueron de 19 a 34 años con 8 pacientes, para un 40%, y de 35 a 59 años con 10 pacientes para un 50 %, las causas que más incidieron fueron la sobrecarga y la higiene bucal deficiente con 6 pacientes para un 30% respectivamente. Esto se debe a que en el presente Cuba cuenta con una gran cantidad de pacientes jóvenes, debido al aumento de la natalidad que tuvo lugar entre 1960 y 1974 cuando nacieron en conjunto mas de 3,6 millones de niños. Nuestros resultados difieren de los estudios de otros autores que refieren que los adultos jóvenes se preocupan cada vez más por cuidar su salud bucal (2-6).

Es importante tener en cuenta que la mayoría de los pacientes atendidos en la consulta de implantes son menores de 60 años, y están integrados socialmente, muchos de ellos se encuentran afectados por el estrés, provocado por las tensiones del trabajo, no cumpliendo con una higiene adecuada, razones que considero sean las responsables de que el porciento de fracasos sea mayor en los pacientes de 35 a 59 años.

Tabla 3. Distribución de las posibles causas de fracasos en implantes dentales según el sexo.

Posibles causas de fracasos de implantes dentales	Sexos					
	Femenino		Masculino		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Bruxismo	3	15	-	-	3	15
Tabaquismo	-	-	2	10	2	10
Sobrecarga	4	20	2	10	6	30
Higiene bucal deficiente	3	15	3	15	6	30
Asociadas al tratamiento quirúrgico	-	-	3	15	3	15
TOTAL	10	50	10	50	20	100

Al observar la distribución de los sexos con relación a las posibles causas de los fracasos que se muestran en la tabla 3, vemos que el comportamiento fue similar para ambos, con un 50% de fracasos para cada uno.

Algunos autores como Romero-Domínguez y cols (10), señalan en su estudio al sexo masculino como el más afectado, debido a que los índices de higiene bucal y el seguimiento de las indicaciones postoperatorias son más bajos en los hombres. Otros estudios realizados por varios autores señalan un predominio del sexo femenino sobre el masculino, y lo asocian a cambios hormonales ligados a la menopausia (4,11).

Tabla 4. Relación de las fases de fracasos con sus posibles causas

Posibles causas de fracasos de implantes dentales	Fases de fracasos de implantes dentales					
	Oseointegración		Rehabilitación		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Bruxismo	2	10	1	5	3	15
Tabaquismo	2	10	-	-	2	10
Sobrecarga	6	30	-	-	6	30
Higiene bucal deficiente	5	25	1	5	6	30
Asociadas al tratamiento quirúrgico	3	15	-	-	3	15
TOTAL	18	90	2	10	20	100

En la tabla 4 se aprecia la distribución de las posibles causas de fracasos de implantes dentales con relación a las fases de perdida del o los implantes donde se observa que la mayoría de los fracasos se produjo en la fase de osteointegración, con un total de 18 pacientes para un 90%. Del total de 6 pacientes afectados por sobrecarga, todos fracasaron durante la fase de osteointegración para un 30%, la higiene bucal deficiente afectó a 5 pacientes para un 25%, en igual fase, y solo 1 fracasó en la rehabilitación para un 5%. Resultados que son similares a los reportados por López-Jiménez J. y cols (9), quienes de 67 implantes, perdieron 4 en la fase de osteointegración.

Es imprescindible para conseguir la osteointegración entre el hueso y la fijación, que se prepare cuidadosamente el sitio donde se va a colocar el implante. Si durante la operación el hueso alcanza temperaturas superiores a los 47 grados, la cicatrización no será buena y habrá posibilidades de que se forme una interfase de tejido conectivo entre el implante y el hueso.

La mayoría de los estudios reportan que si se aplica carga a un implante prematuramente este podría quedar móvil, lo que desencadenaría los mecanismos de

reparación ósea en la interfase hueso implante y resultaría en la formación de una capa de tejido conectivo fibrosos alrededor del implante (7-11).

Las sobrecargas prolongadas provocan la reabsorción ósea y la sustitución del hueso por tejido fibroconectivo, esto a su vez se traduce en micromovimientos que van en aumento hasta la pérdida total de la osteointegración y el consecuente fracaso.

Tabla 5. Distribución según localización anatómica del implante de las posibles causas de fracasos

Posibles causas de fracasos de implantes dentales	**Localización anatómica del implante**					
	Maxilar		**Mandíbula**		**TOTAL**	
	No.	**%**	**No.**	**%**	**No.**	**%**
Bruxismo	3	15	-	-	3	15
Tabaquismo	1	5	1	5	2	10
Sobrecarga	4	20	2	10	6	30
Higiene bucal deficiente	5	25	1	5	6	30
Asociadas al tratamiento quirúrgico	2	10	1	5	3	15
TOTAL	15	75	2	25	20	100

Los resultados de la tabla 5, permiten analizar el comportamiento de las posibles causas de fracasos en el hueso maxilar y la mandíbula, donde del total de los 20 pacientes, 15 fracasos corresponden al maxilar lo que representó el 75% y 2 a la mandíbula para un 25%. Igual comportamiento se observa en la principales causas de fracasos presentes en nuestro estudio, donde de 6 pacientes afectados por sobrecarga, 4 presentaron fracasos de implantes localizados en el maxilar para un 20%, y de 6 con higiene bucal deficiente 5 fracasos corresponden al maxilar para un 25%. Reportes similares se encuentran en la literatura donde la mayoría de los autores plantean que el

porciento de fracasos es mayor en el maxilar, debido a las características de este hueso (5-8).

Para el éxito a largo plazo de los implantes dentales es importante mantener sanos los tejidos circundantes. Existe una relación causa-efecto entre la acumulación de placa bacteriana y el desarrollo de cambios inflamatorios en los tejidos blandos que rodean a los implantes dentales, ya que puede conducir a la destrucción progresiva de los tejidos que lo sostienen, y finalmente fracasar, lo que es más frecuente en el maxilar, por estar disminuida la función de la saliva y la lengua (2).

Con relación al hábito de fumar, no obtuvimos diferencias, entre ambos huesos, lo que difiere de otros estudios que señalan, que los pacientes fumadores poseen mayor predisposición al sangrado de la encía, bolsas periodontales más profundas, inflamación de la mucosa periimplantaria y reabsorción ósea radiográfica mesial y distal al implante, factores que parecen ser los responsables de la periimplantitis en fumadores, sobretodo a nivel del maxilar, ya que en la mandíbula la lengua actúa como barrera protectora (10,12).

Tabla 6. Distribución de los fracasos según localización anatómica

Localización anatómica	Implantes dentales fracasados	
	No.	**%**
Región incisiva maxilar	10	50
Región premolar maxilar	4	20
Región molar maxilar	1	5
Región incisiva mandíbula	1	5
Región premolar mandíbula	2	10
Región molar mandíbula	2	10
TOTAL	20	100

En la tabla 6, se hace notar, que en la región incisiva del maxilar se produjo el mayor número de fracasos con 10 pacientes para un 50%, seguida de la región premolar con 4 pacientes para un 20%.

Resultado que difiere de otros estudios realizados, donde la mayoría de los autores plantean que el mayor porciento de fracasos se produce en la región molar maxilar, lo que se atribuye a que la calidad ósea de esta zona es inferior (7-11).

Conclusiones

1. Del total de pacientes tratados en la consulta de implantología de la Facultad de Estomatología solo un 2% fracasó en el tratamiento.
2. Las posibles causas de fracasos de los implantes dentales más frecuentes, fueron la sobrecarga y la higiene bucal deficiente.
3. El porciento de fracasos fue mayor en los grupos de edades de 19 a 34 y de 35 a 59 años.
4. No se encontraron diferencias significativas entre ambos sexos.
5. El mayor porciento de fracasos se produjo durante la fase de osteointegración.
6. El maxilar, específicamente la región incisiva, fue el hueso que mayor porciento de fracasos aportó.

Referencias bibliográficas

1. Papanau O, Lindhej S. Considerations on the contribution of aging to loss of periodontal tissue support. J Clin periodontal 2005; 18: 611-615.
2. Covani U, Marconcini S, Crespi R, Barone A. Implant Surfaces. Implant Dent. 2006; 15(3): 298-304
3. Hwang D, Wang H. Medical contraindications to implant therapy: Part II: Relative contraindications. Implant Dent. 2007; 16(1): 13-23.
4. Hwang D, Wang H. Medical contraindications to implant therapy: Part I: Absolute contraindications. Implant Dent. 2006; 15(4): 353-360
5. Tostunov L. Dental implant success-failure analysis: a concept of implant vulnerability. Implant Dent. 2006; 15(4): 341-346.
6. Ribeiro FS, Pontes AE, Marcantonio E, Piattelli A, Neto RJ, Marcantonio E Jr. Succes rate of immediate nonfunctional loaded single-tooth implants: Immediate versus delayed implantation. Implant Dent.2008; 17(1): 109-17
7. Brocard D, Barthet P, Baysse E, Duffort JF, Eller P. A multicenter report on 1022 consecutively placed ITI implants a 7-year longitudinal study. Int J Oral Maxillofac Implants 2000; 15:691-700.
8. Weber HP, Crohin CC, Fiorellini JP. A 5-year prospective clinical and radiographic study of non-submerged dental implants. Clin Oral Implants Res 2000; 11:144-53.
9. López-Jiménez J, Romero-Domínguez A, Giménez-Prats MJ. Implantes en pacientes discapacitados. Med Oral 2003; 8:288-93.

10. Romero-Domínguez A, Lopez-Jiménez J, Giménez-Prats MJ. Influencia del tabaco en el éxito de los implantes dentales. Revista española odontoestomatológica de implantes 2001; 3 (9): 157-162.

11. Chantís Chamorro I, Herrera Tuñón I, Puello del Rio E. Fracaso en los implantes dentales: Fibrointegración. Reporte de caso clínico. Duazary 2008; 5 (2): 115-120.

12. Levin L, Schwartz- Arad D. The effect of cigarette smoking on dental implants and related surgery. Implant dent. 2005; 14 (4): 357-361

FRACTURAS FACIALES ASOCIADAS A LA INGESTIÓN DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS. HOSPITAL MIGUEL ENRÍQUEZ 2008.

Autor(es): PA PeñónVivas, Y Vega Rodríguez, L Agüero García.

Centro de procedencia: Hospital Universitario "Dr. Miguel Enríquez¨. Ciudad de la Habana. E-mail: pedropv@infomed.sld..cu

Palabras clave: Fracturas faciales/trauma facial/alcoholismo

Resumen:
El objetivo de nuestro estudio es identificar el comportamiento de las fracturas faciales asociadas a la ingestión de bebidas alcohólicas en pacientes hospitalizados en el Hospital Universitario ¨Dr. Miguel Enríquez¨ durante el año 2008. Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo. Para lo cual se analizó un universo de 85 pacientes que habían sido hospitalizados tras haber sufrido traumatismos que causaron fracturas del macizo maxilofacial. De los 85 pacientes que fueron evaluados 54 (63.5%) no ingirieron bebidas alcohólicas las horas previas al trauma, mientras que el 36.5% restante había presentado antecedentes de ingestión de bebidas alcohólicas (IBA). El grupo de edad con mayor frecuencia tanto para aquellos con antecedentes de IBA como sin ellos, fue el de 31-45 años (45.16% y 42.59% respectivamente). En el caso de aquellos sin IBA, el sexo femenino representó solo el 12.97%, mientras que en el grupo con IBA el mismo no se vio representado. Los traumatismos de etiología por violencia predominaron con un 44.71%, seguidos por los accidentes viales (27.07%). Las fracturas faciales que más se presentaron fueron las mandibulares (47.05%) seguidas por las fracturas orbitomalares de grado III (34.11%). Podemos concluir que el grupo de edad con mayor representación fue el de 31-45 años y el sexo masculino el más afectado tanto para los que habían ingerido bebidas alcohólicas como en aquellos que no lo hicieron. Predominaron los traumatismos causados por violencia, seguidos por los accidentes viales. Las fracturas más frecuentes fueron las mandibulares. El número de pacientes con fracturas faciales que ingirieron bebidas alcohólicas fue considerable, constituyendo poco más de un tercio del total de pacientes estudiados.

Introducción

La ingestión de alcohol etílico constituye un problema social histórico que ha estado presente en casi todas las culturas. Nuestros antepasados producían brebajes alcohólicos de las frutas silvestres mediante técnicas rudimentarias. (1)

Aunque el abuso del alcohol fue reconocido desde épocas pretéritas como un problema de índole social, por su repercusión nociva sobre los colectivos humanos, la instauración de la categoría alcoholismo con la consiguiente inclusión de dicha toxicomanía en el ámbito médico, no ocurrió hasta 1849, en que Magnus Huss acuñó el término cuando Suecia era el país de mayor consumo de bebidas alcohólicas en todo el mundo. (1)

El consumo elevado de bebidas alcohólicas puede provocar graves consecuencias que se traducen en un alto costo económico y social. La violencia, los accidentes, los homicidios, las lesiones autoinfligidas, son algunos de los problemas asociados con el consumo de alcohol. (2)

En nuestros días es bien conocido mundialmente que la ingestión de alcohol y la intoxicación aguda son factores importantes en la causa de accidentes. Esta intoxicación puede crear diversos tipos de conducta que aumentan el peligro de accidentes, entre los que se incluyen juicios comprometidos, aumento de la labilidad emocional e incapacidad para suprimir la expresión de agresión. Es evidente que el alcohol puede influir en el trauma:

- Provocándolo al aumentar la irritabilidad del sujeto.
- Disminuyendo la percepción al dolor.
- Agravándolo al predisponer a la hemorragia, el shock y deprimir el sistema nervioso central. (3)

Las fracturas son consideradas como enfermedades traumáticas de los huesos, generalmente causadas por agentes externos cuya fuerza rebasa los límites de elasticidad de la arquitectura ósea. Las lesiones traumáticas se encuentran relacionadas con los patrones y niveles de vida, la evolución de la civilización y del hombre mismo, y las fracturas maxilofaciales no son la excepción. (4)

El trauma es definido como lesión orgánica y psíquica causada por situaciones de alteración del entorno de un individuo. En general, ocurre cuando hay una disrupción súbita de la relación estable entre ese individuo y su medio; en él intervienen fuerzas violentas de índole físico, químico o psíquico y todas estas intervenciones tienen como consecuencia efectos tanto físicos como psíquicos. (5)

Entre las causas más comunes de traumatismos maxilofaciales están las agresiones físicas, los accidentes de tráfico (automovilísticos, motociclísticos, ciclísticos y atropellamientos) lesiones por proyectil de arma de fuego, accidentes deportivos y caídas, entre otras; siendo que cada situación esta relacionada a los diversos factores sociales, culturales y ambientales de cada región específica, por lo que la etiología puede diferir según las costumbres de cada región. [6,7]

Actualmente la asociación de alcohol, drogas, conducción de vehículos y el incremento de violencia urbana, son más presentes como factores causales del trauma facial. [8]

Algunos autores consideran que las manifestaciones clínicas de la ingestión de bebidas alcohólicas aparecen con alcoholemia de 50 mg %. Ellas consisten en estado de euforia con pérdida de inhibición y aparente confianza en sí mismo, inestabilidad emocional y retardo de los reflejos en 1/3 de las personas. Entre 100 y 200 mg % la memoria y la comprensión se tornan deficientes, existe incoordinación, confusiones e incapacidad para dar juicios críticos. A partir de 150 mg, la Legislación Americana establece que existe incapacidad para conducir un vehículo y considera que la persona está bajo la influencia del alcohol. La mayoría de los países establecen fronteras de embriaguez en los 100 mg %. Entre 200 y 250 mg %, se presenta en el individuo mala respuesta motora, dificultad para percibir el color, forma, movimientos y dimensiones de un objeto, existe inclinación a las riñas, sentimentalismo y situaciones irrazonables. A partir de este nivel una persona no puede reaccionar adecuadamente ante un peligro inminente como puede ser por el peatón la proximidad de un vehículo. [9, 10]

Los accidentes de tráfico, inexistentes como problema de salud a principios del pasado siglo, constituyen hoy una de las principales causas de muerte e invalidez en el mundo. [11] En Cuba constituyen la quinta causa de muerte con tasa de 46,2 defunciones por 100 000 habitantes, en el año 2000. [12]

Debido al importante papel del alcohol en los accidentes de tráfico y su peligrosidad, las regulaciones acerca de las concentraciones permisibles están conduciendo a la reducción paulatina de los límites, hasta establecer el límite cero para conductores profesionales, lo cual ya se ha establecido en la Ley cubana. [13]

Se estima que anualmente a nivel mundial de 10 a 20 millones de personas son víctimas de ataques por violencia, de ellos un elevado número asociados a la ingestión de bebidas alcohólicas. Aquellos individuos que han ingerido bebidas alcohólicas son más propensos a convertirse lo mismo en víctimas que en perpetradores de violencia. [2, 14]

El trauma facial es una enfermedad que cambia potencialmente la vida de sus víctimas, aunque muchos tienen una buena recuperación, su morbilidad incluye desfiguración permanente o temporal, pérdida de función y problemas psicológicos. [15-17]

El conocimiento y actualización de nuestros especialistas en los servicios de traumatología, en la recepción, atención, conducción y tratamiento del paciente alcohólico, favorece el respeto por la vida humana, por la dignidad del hombre, así como la gratitud, composición, justicia y humanidad de un profesional de salud. [18]

Cualquier personalidad puede sucumbir en la ingestión de bebidas alcohólicas, siempre que por algún mecanismo se viabilice el contacto frecuente con el tóxico. A nuestro cuerpo de guardia acuden con mucha frecuencia los pacientes con traumatismos craneomaxilofaciales, en un gran número de ellos la causa que motivó o propició el daño fue la ingestión de bebidas alcohólicas. Por lo anterior relacionado nos motivamos a realizar la presente investigación, con el objetivo de identificar el comportamiento de las fracturas faciales asociadas a la ingestión de bebidas alcohólicas en pacientes hospitalizados en nuestro servicio.

Objetivos

General:

Identificar el comportamiento de las fracturas faciales asociadas a la ingestión de bebidas alcohólicas en pacientes hospitalizados en el Hospital Universitario ¨Dr Miguel Enríquez¨ en el año 2008.

Específicos:

1.-Describir el efecto de variables sociográficas como edad, sexo y color de la piel en los pacientes con fracturas faciales y su relación con la ingestión de bebidas alcohólicas.

2.- Determinar en estos pacientes la etiología y diagnóstico clínico-radiográfico.

Material y método

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo en el Hospital Universitario ¨Dr. Miguel Enríquez. La población objeto de estudio estuvo constituida por los 85 pacientes que fueron hospitalizados tras haber sufrido algún traumatismo que causó fracturas del macizo maxilofacial durante el año 2008. Teniendo en cuenta variables tales como: edad, sexo, color de la piel, etiología del traumatismo, diagnóstico clínico-radiográfico, así como antecedentes de haber

ingerido bebidas alcohólicas las horas previas al momento del trauma (referido por el propio paciente, familiar o acompañante, lo cual se corroboró en todos los casos por la presencia de aliento etílico). Los datos fueron obtenidos de las historias clínicas realizadas a cada paciente. Para el análisis de los resultados, los datos fueron procesados con la ayuda de una computadora Pentium 4, se realizaron los análisis estadísticos de la información mediante valores porcentuales de todas las variables, los resultados obtenidos se representaron en tablas creadas al efecto y acorde a los objetivos establecidos. Para llevar a cabo esta investigación se tuvo en cuenta la aprobación del Comité Científico y de Ética de la institución.

Resultados.

Tabla No.1 Pacientes con fracturas faciales según la ingestión de bebidas alcohólicas.

No ingestión de bebidas alcohólicas		Ingestión de bebidas alcohólicas		Total	
No	%	No	%	No	%
54	63.5	31	36.5	85	100

La tabla No. 1 muestra a los pacientes con fracturas faciales según la ingestión de bebidas alcohólicas. Observándose como el 36.5 % de los mismos, habían ingerido bebidas alcohólicas las horas previas al trauma.

Tabla No.2 Ingestión de bebidas alcohólicas en pacientes con fracturas faciales según grupos de edad y sexo.

Grupos de edad	No ingestión de bebidas alcohólicas						Ingestión de bebidas alcohólicas						Total	
	Sexo				Subtotal		Sexo				Subtotal			
	Masculino		Femenino				Masculino		Femenino					
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
16-30	17	31.48	3	5,56	20	37.04	7	22,58	-	-	7	22,58	27	31.76
31-45	20	37.04	3	5.56	23	42.59	14	45,16	-	-	14	45,16	37	43,53
46-60	7	12,96	1	1.85	8	14.82	8	25.81	-	-	8	25.81	16	18.82
61-75	2	3.70	-	-	2	3.70	2	6.45	-	-	2	6.45	4	4,71
75 ó más	1	1.85	-	-	1	1.85	-	-	-	-	-	-	1	1,18
Total	47	87.03	7	12,97	54	100	31	100	-	-	31	100	85	100

En la tabla No. 2 se expresa la ingestión de bebidas alcohólicas en pacientes con fracturas faciales según grupos de edad y sexo. En ella podemos apreciar como el grupo de edad más afectado por el trauma, tanto para aquellos con antecedentes de IBA como sin ellos, fue el de 31-45 años (45.16% y 42.59% respectivamente). En el caso de aquellos sin IBA, el sexo femenino representó solo el 12.97%, mientras que en el grupo con IBA el mismo no se vio representado. En sentido general en nuestro estudio se presenta una mayor incidencia de fracturas faciales en pacientes masculinos (91.76%) que femeninos.

Después del grupo de 31-45 años, en el caso de los pacientes que no IBA, le siguió el grupo de 16 a 30 años; no comportándose del mismo modo para aquellos que habían IBA en los cuales el segundo grupo de edad más representado fue el de 46-60 años.

Tabla No.3 Ingestión de bebidas alcohólicas en pacientes con fracturas faciales según etiología del trauma y color de la piel.

Etiología	No ingestión de bebidas alcohólicas									Ingestión de bebidas alcohólicas								Total	
	Color de la piel						Subtotal			Color de la piel						Subtotal			
	B		M		N					B		M		N					
	No	%	No	%	No	%	No	%		No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Accidente vial	8	14.81	6	11,11	1	1.85	15	27.78		4	12.90	1	3.23	3	9.68	8	25,81	23	27.06
Violencia	7	12.96	7	12.97	9	16,68	23	42,60		9	29.03	3	9.68	3	9.68	15	48.38	38	44.71
Caída de sus pies	4	7.41	2	3,70	-	-	6	11,11		3	9.68	2	6.44	2	6.44	7	22.58	13	15.29
Accidente deportivo	3	5.56	2	3,70	-	-	5	9,26		-	-	-	-	-	-	-	-	5	5.88
Accidente doméstico	-	-	1	1.85	-	-	1	1.85		-	-	-	-	-	-	-	-	1	1.18
Accidente laboral	1	1.85	1	1.85	-	-	2	3,70		-	-	-	-	-	-	-	-	2	2.35
Caída de altura	2	3,70	-	-	-	-	2	3,70		-	-	1	3.23	-	-	1	3.23	3	3.53
Total	25	46,29	19	35,18	10	18,53	54	100		16	51.61	7	22.58	8	25,80	31	100	85	100

La tabla No. 3 muestra la ingestión de bebidas alcohólicas en pacientes con fracturas faciales según etiología del trauma y color de la piel. Observándose como la etiología del trauma predominante fue la violencia, en la cual se incluyeron las riñas y asaltos, con un 44.71%, seguida de los accidentes viales (27.07%), comportándose de la misma forma tanto para los pacientes con IBA, como sin ella.

Tabla No.4 Ingestión de bebidas alcohólicas en pacientes con fracturas faciales según diagnóstico clínico-radiográfico.

Diagnóstico clínico-radiológico	No ingestión de bebidas alcohólicas		Ingestión de bebidas alcohólicas		Total	
	No	%	No	%	No	%
Fractura mandibular	24	28.23	16	18.81	40	47.05
Fractura orbitomalar II	3	3.52	1	1.18	4	4.70
Fractura orbitomalar III	20	23.52	9	10.58	29	34.11
Fractura orbitomalar IV	1	1.18	2	2.36	3	3.52
Fractura mandibular y Fractura orbitomalar III	2	2.36	-	-	2	2.36
Fractura Lefort I	1	1.18	1	1.18	2	2.36
Fractura Lefort II	1	1.18	-	-	1	1.18
Fractura Lefort III	-	-	-	-	-	
Fractura Lefort I y Fractura mandibuar	1	1.18	-	-	1	1.18
Fractura Fronto-orbitonasoetmoidal	1	1.18	-	-	1	1.18
Fractura panfacial	-	-	2	2.36	2	2.36
Total	54	63.53	31	36.47	85	100

En la Tabla No.4 donde se expresa la ingestión de bebidas alcohólicas en pacientes con fracturas faciales según diagnóstico clínico-radiográfico. Las fracturas mandibulares (47.05%) fueron las más frecuentes seguidas por las fracturas orbitomalares de grado III (34.11%). Este comportamiento se mantiene tanto para los pacientes que ingirieron bebidas alcohólicas como para aquellos que no.

Discusión.

En la tabla No. 1 donde se muestran los pacientes con fracturas faciales según la ingestión de bebidas alcohólicas, se obtiene como un 36.5 % de los mismos habían ingerido bebidas alcohólicas las horas previas al trauma. Lo cual resulta una cifra alta y demuestra a nuestro juicio una relación directa entre la ingestión de bebidas alcohólicas con la incidencia de fracturas del macizo facial.

La asociación de consumo de alcohol y fracturas faciales ha sido bien documentada. [8] Resultado similar al nuestro, obtienen Shapiro y col [19], los cuales describen una relación que se aproxima al 45% del total de casos afectados.

Bejarano y Rendón [20], en estudio realizado en Colombia, señalan que en el interrogatorio inicial de los pacientes, el 20.7 había ingerido bebidas alcohólicas.

Chen SC y col [21] reportan resultados similares, con concentraciones de alcohol detectables en sangre en el 21% del total estudiado. Así mismo refieren mayor compromiso en las áreas craneal y facial en comparación con otras regiones anatómicas en pacientes que habían IBA; no pareciendo tener influencia en la región del cuerpo afectado, el nivel de alcoholemia.

En estudio sobre trauma facial por accidentes ciclísticos Pérez A y col [22] encuentra que la ingestión de alcohol se presenta en el 28,4 % de los conductores.

En numerosos trabajos se registra la repercusión de las bebidas alcohólicas en los accidentes ciclísticos, pues los conductores de bicicletas con concentraciones de alcohol en sangre del 10 % o más, tienen 10 veces más posibilidades de sufrir lesiones maxilofaciales que los ciclistas sobrios. [23, 24]

En EE.UU. el 40 % de las defunciones y el 46 % de los costos totales relacionadas con accidentes de tráfico estuvieron relacionadas con el consumo de alcohol. [25] Múltiples estudios epidemiológicos han demostrado que este explica entre el 30-50 % de los accidentes con víctimas, el 15-35 % de los accidentes con lesiones graves, y el 10 % de los accidentes sin lesiones. [26, 27]

En estudio realizado por González M y col [28] en la provincia de las Tunas se determinó que de los pacientes que sufrieron traumas 268 fueron del sexo masculino; el grupo etáreo más representado fue el comprendido entre 29-38 años, encontrándose similitud con los resultados de este estudio en cuanto a edad y sexo.

En investigación realizada por Naranjo RF y col [29] sobre trauma ocasionado por armas de fuego en el macizo craneofacial, el grupo de edad más frecuente, fue el de 21 a 30 años de edad; así mismo el sexo masculino fue comprometido en el 89% de los casos.

Es ampliamente aceptado y reconocido en la literatura nacional e internacional, la mayor frecuencia de trauma facial en el sexo masculino con relación al femenino. [29-31]

Algunos autores mencionan que no hay preferencia de sexo en los traumatismos que ocurren en los pacientes menores de 5 años, pero se puede observar un aumento a partir de esta edad a favor del sexo masculino, que llega a ser marcadamente elevado a partir de los 10 años. [32]

Flores y Vásquez [33] en investigación sobre fracturas de mandíbula en 100 pacientes adultos, reportan que la media de edad fue de 38 años y el sexo predominante el masculino con una representación del 80%.

Los accidentes de tránsito fueron la principal causa etiológica en las fracturas mandibulares según lo reportado por Serena y Passeri [30], sin embargo en cuanto al grupo que desarrolló complicación post-operatoria, la violencia había sido la principal causa etiológica, con 19 agresiones (35,1%), 14 de ellas agresiones físicas y cinco agresiones con armas de fuego.

En nuestra investigación el trauma por armas de fuego, no se incluyó dentro de la etiología, porque en el período de tiempo estudiado, no se recibieron pacientes con estas características en el servicio de Cirugía maxilofacial.

Luce y col. [34] señalan los accidentes automovilísticos como la causa principal de las fracturas faciales. Estudios subsecuentes soportan dicha información [35], pero la tendencia de los estudios más recientes, muestra un incremento en la incidencia de la violencia y sugiere que la misma es el principal agente etiológico en los traumas faciales. [36, 37]

Se plantea que el uso del cinturón de seguridad en los conductores de automóviles y del casco en los motociclistas reduce la frecuencia y severidad de las lesiones faciales causadas por accidentes de tránsito. [35, 38-40]

Mac Dade y col. [8] encuentran que el incremento de la violencia se debe a las características psicosociales de la sociedad actual. La influencia que existe entre etiopatogénesis y características de la población, si se trata de lugares urbanos o rurales, el nivel socioeconómico o educacional [41, 42]. En 1967 Shultz [43] verifica que en lugares de bajo nivel económico, los casos más frecuentes son por agresión física (35.1%), seguidos por accidentes de tránsito (26.3%) y deportes (12.2%).

No obstante otros autores son del criterio que a pesar de que son múltiples los factores implicados en la causa de los traumas faciales, el alcohol y la violencia interpersonal han emergido como dos de los principales agentes etiológicos en el mundo desarrollado. [11, 44, 45]

En muchos países desarrollados, la violencia interpersonal es la causa más común de trauma facial con una tendencia a lesiones aisladas como las fracturas mandibulares. [45]

Los pacientes de raza blanca fueron los más afectados por fracturas faciales tanto en el grupo con IBA como en el que no lo hizo. Este predominio de la raza blanca se mantuvo en todas las etiologías. En la bibliografía revisada no encontramos ningún estudio que relacionara estas variables.

Los resultados de nuestro estudio se corresponden con lo planteado por Flores y Vásquez [33], según el cual, el grado de ingestión alcohólica no tiene relación directa con el diagnóstico de

fractura mandibular, como localización anatómica, pues el mismo está alta e igualmente representado tanto en pacientes con IBA, como sin ella.

No obstante de manera general, la mandíbula por ser un hueso sobresaliente dentro de la anatomía facial y por ser punto objetivo de contacto en las agresiones físicas, es el hueso facial con mayor índice de fracturas faciales según lo describen algunos autores en la literatura. [6, 7, 45]

Serena y Passeri [30], en un estudio que comprendió un periodo de cinco años, en el que fueron atendidos 1.024 pacientes con fracturas faciales, 472 (46%) presentaron fractura mandibular. Lo cual coincide con lo hallado en nuestro trabajo.

En investigación realizada por Naranjo RF y col [29] sobre trauma ocasionado por armas de fuego en el macizo craneofacial se reportan hallazgos similares a nuestro estudio; siendo las áreas anatómicas más afectadas el hueso malar y la mandíbula.

Conclusiones.

- El grupo de edad con mayor representatividad, tanto para aquellos con antecedentes de ingestión de bebidas alcohólicas como sin ellos, fue el de 31-45 años.
- El sexo masculino fue el más afectado tanto en el grupo que había ingerido bebidas alcohólicas como en aquellos que no lo hicieron, constituyendo mayoría en este último.
- Predominaron los traumatismos de etiología por violencia, seguidos por los accidentes viales.
- Las fracturas más frecuentes fueron las mandibulares y en segundo lugar las orbitomalares de grado III.
- El número de pacientes con fracturas faciales que ingirieron bebidas alcohólicas fue considerable, constituyendo poco más de un tercio del total de pacientes estudiados.

Bibliografía

1. Fredman AM, Kopler H.J, Sedack. Tratado de psiquiatría. La Habana: Ediciones Revolucionarias;1982, t 2, p 1481-82.
2. Borges G, Mondragón L,Casanoval L. Substance and alcohol use and dependence in a sample of patients fron an emergency departamnet in Mexico City. Salud Mental2003; 26(1):23-31.
3. Vargas E. Medicina Legal. Costa Rica:3ra ed, p 113, 143-144.

4. Carvajal-Bello L, Remus-González F. Informe retrospectivo de 10 años de fracturas maxilofaciales. Rev ADM 1994;51(3):173-79.
5. Cueto A, Parellada J, Hernández W, Gómez A. Comportamiento de los índices pronósticos y la mortalidad por accidentes de tránsito en el ISMM en el período 2004 – 2005. Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias 2008;7(1).
6. Tanaka N, Tomitsuka K, Shionoya K, Kimijima Y, Tashiro T, Amagasa T. Aetiology of maxillofacial fracture. Br J Oral Maxillofac Surg 1994;32:19-23.
7. Brasileiro BF, Passeri LA. Epidemiological analysis of maxillofacial fractures in Brazil: A 5-year prospective study. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2006;102:28-34.
8. MacDade AM, McNicol RD, Ward-Booth P, Chesworth J, Moos KF. The aetiology of maxillofac injuries, With special reference to the abuse alcohol. Int J Oral Maxilofac Surg. 1982, 11:152-5.
9. Koye S. The pediatrian and the drunk driver in Puerto Rico, 1970. Bol of Sant 1972.
10. Fealkow M. J., Alcoholic and emergency wad. Part J. Clinical caracteristc. S. Afr. Med J 1997;52(15):163.
11. Russell J, Sleet DA, Johnson VR. Prevention of motor vehicle-related injuries. A compendium of articles from the MMWR 1985-1996. Atlanta, Georgia: National Center for Injury Prevention and Control; 2002.
12. MINSAP. Anuario Estadístico 2000. Habana, República de Cuba, 2001. www.sld.cu.
13. Guanche H, Suárez T, Gutiérrez F, Martínez C, Mendoza R. Ingestión de bebidas alcohólicas en conductores profesionales en la carretera de Vía Blanca (Cuba*).* Gac Sanit 2006;20:407-9.
14. WHO Facts on Alcohol and Violence. Youth Violence and Alcohol. Geneva:World Health Organisation, 2006.
15. De Souza M, Oeltjen JC, Panthaki ZJ, Thaller SR. Posttraumatic mandibular deformities. J Craniofac Surg 2007;18:912–6.
16. Ellis E III. Complications of mandibular condyle fractures. Int J Oral Maxillofac Surg 1998;27: 255–7.
17. Glynn SM, Shetty V, Elliot-Brown K, Leathers R, Belin TR,Wang J. Chronic posttraumatic stress disorder after facial injury: a 1-year prospective cohort study. J Trauma 2007;62:410–8.
18. Rodríguez OL, Rodríguez AE. Consumo social y anormal de alcohol en los traumatismos maxilofaciales. Revista de Ciencias Medicas La Habana 2002; 8(1)

19. Shapiro AJ, Johnson RM, Miller SF, McCarthy MC. Facial fractures in a level I trauma centre: the importance of protective devices and alcohol abuse. Injury. 2001; 32:353-6.
20. Bejarano M, Rendón lF. Caracterización de los pacientes con lesiones de causa externa mediante un sistema de vigilancia epidemiológica. Rev Colombiana de Cirugía 2006;4.
21. Chen SC, Lin FY, Chang KJ. Alcohol-Related Traffic Injuries.Body Region Prevalence of Injury in Alcohol- and Non-AThe Journal of Trauma: Injury, Infection, and Critical Care 1999;47(5):881
22. Pérez A, Gámez MF, Díaz JM, Robert J. Epidemiología del trauma maxilofacial por accidente ciclístico. Rev Cubana Estomatol 2004;41(3).
23. Olkkonens S, Honkaner R. The role of alcohol in non fatal bicycle injuries. Accid An Prev 1998;30:89-96.
24. Le Bescoud G, Leeam J, Delgove L, Sadek H. Mountain sports: Their roll in 2200 facial injuries occurring over 4 years at the University Hospital Center in green bett. Rev Stomatol Chir Maxillofac 1996;97(3):185-8.
25. Solomon R, Ablett J, Kindree M. Alcohol, trauma and impaired driving. Canada: Mothers Against Drunk Driving and Centre for Addiction and Mental Health:2003.
26. Zador PL, Krawchuk SA, Voas RB. Alcohol, realtive risk of drivers fatalities and driver involvement in fatal crashes in relation to driver age gender: an update using 1999 data. J Stud Alcohol. 2000;61:387-92.
27. Moskowitz H. Driver characteristics and impairment at various BACs. Washington: National Highway Traffic Safety Adminsitration;2000.
28. González M, Piñedo AM, Pérez S, Buján M. Accidentes mortales del tránsito en la provincia de las Tunas. 2000 – 2005. Rev Electrónica Zoilo Marinello Vidaurreta 2008; 33(2).
29. Naranjo RF, Duque FL,Álvarez E. Experiencia en el diagnóstico y tratamiento del paciente con trauma maxilofacial por arma de fuego, en el servicio de cirugía maxilofacial del Hospital Universitario San Vicente Paúl de Medellín entre 1998 y 2003. Rev. Fac. Odontol. Univ. Antioquia 2005;16(1/2):33-41.
30. Serena E, Passeri *LA.* Factores relevantes en complicaciones de fracturas mandibulares. Relato de 5 años. Rev Esp Cir Oral y Maxilofac 2009; 31,2:109-117.
31. Fallan WF. Seizure disorders and trauma. South Med J 1999;(19):1093-5.

32. Pérez-Rivera F, Sala H, Gaglio P. Análisis epidemiológico y terapéutico del trauma Maxilofacial pediátrico. Disponible en la dirección electrónica: www.hospitalitaliano. com.ar/pages/deptos/t_especial1 consultado abril de 2000.
33. Flores CA, Vásquez JR. Jaw fractures in adults patients at Hospital Escuela estudies of 1oo cases. Revista Médica de los Post Grados de Medicina UNAH 2006;9(2).
34. Luce EA, Tubb TD, Moore AM. Review of 1000 major facial fractures and associated injuries. Plast Reconstr Surg. 1979, 63:26-30.
35. Huelke DF, Compton CP. Facial injuries in automobile crashes. J Oral Maxillofac Surg. 1983, 41:241-4.
36. Haug RH, Prather J, Indresano AT. An epidemiologic survey of facial fractures and concomitant injuries. J Oral Maxillofac Surg. 1990, 48:926-32.
37. Beck RA, Blakeslee DB. The changing picture of facial fractures. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 1989, 115:826-9.
38. Prince JD. Facial fracture and seat belts. Brit Dent J. 1983, 155-12.
39. Johnson RM, McMarthy MC, Miller SF, Peoples JB.Craniofacial trauma in injured motorcyclists:the impact of helmet usage. J Trauma. 1995, 38:876-8.
40. Bachulis BL, Sangster W, Gorrell GW, Long WB. Patterns of injury in helmeted and nonhelmeted motorcyclists. Am J Surg. 1988, 155:708-11.
41. Larsen OD, Nielsen A. Mandibular Fractures: 1- An analysis of their etiology and location in 286 patients. Scand J Plast Reconstr Surg. 1976, 10:213.
42. Sherer M, Sullivan WG, Smith DJ et al. An analysis of 1423 facial fractures in 788 patients at an urban trauma center. J Trauma. 1989, 29:388-90.
43. Shultz RC. Facial injuries from automobile accidents: study of 400 consecutives cases. Plat & Reconstr Surg. 1967, 40:415.
44. Goodall CA, Ayoub AF, Crawford A, Smith I, Bowman A, Koppel D, *et al*. Nurse-delivered brief interventions for hazardous drinkers with alcohol-related facial trauma: a prospective randomised controlled trial. Br J Oral Maxillofac Surg 2008;46:96–101.
45. Lee KH, Snape L, Steenberg LJ,Worthington J. Comparison between interpersonal violence and motor vehicle accidents in the aetiology of maxillofacial fractures. ANZ J Surg 2007;77:695–8.

GRAN AMELOBLASTOMA MANDIBULAR. A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores:

- Dr. Alberto James Pita

Especialista de segundo grado en Cirugía Maxilofacial
Asistente de la Facultad de Estomatología de la USCM-H
Clínica Central “Cira García”

- MSc Dra. Denia Morales Navarro

Especialista de primer grado en Cirugía Maxilofacial
Instructor de la Facultad de Estomatología de la USCM-H
Aspirante a investigador
Hospital Universitario “Gral. Calixto García”.
Colaboradora de la Clínica Central “Cira García”
Correo: deniamorales@infomed.sld.cu

Resumen

El Ameloblastoma es una neoplasia benigna polimórfica localmente invasiva que representa entre el 11% y 13% de todos los tumores odontogénicos. Constituye un tumor de difícil manejo, por lo que nos sentimos motivados a presentar un caso clínico de un paciente masculino de 34 años de edad, de la raza negra, procedente de la Isla Santa Lucía, que fue operado de un “quiste” mandibular y que a partir de lo cual presentó aumento de volumen mandibular, que fue en aumento, por lo que acudió a la Clínica Central “Cira García”, decidiéndose el estudio y tratamiento del caso. El manejo de los pacientes con este tipo de patologías constituye todo un reto para nuestra Especialidad y es indiscutiblemente multidisciplinario, donde el trabajo en equipo es la piedra angular para la evolución satisfactoria y una completa rehabilitación funcional, estética y psicológica del paciente.

Palabras clave: Ameloblastoma, Tumor odontogénico

Introducción

El Ameloblastoma es una neoplasia benigna localmente invasiva, polimórfica, que consiste en una proliferación epitelial odontogénica que generalmente tiene un padrón folicular (epitelio en islotes) o plexiforme (epitelio como cordones), sobre un estroma fibroso [1].

Esta neoplasia fue descrita inicialmente por Falkson en 1879. Posteriormente, en 1885 Malassez en introduce el término adamantimoma-epitelioma. La denominación de ameloblastoma se la da Ivy y Churchill en 1930. Actualmente se clasifican dentro de los tumores benignos de epitelio odontogénico con estroma fibroso maduro sin ectomesénquima odontogénico [2,3].

La edad de aparición es en la cuarta década de la vida, sin predominio entre sexos o razas.

En base a su localización y morfología se pueden clasificar en sólido o quístico, que a su vez puede ser multiquístico o uniquístico; extraóseo o tipo periférico y desmoplástico [4,5].

El Ameloblastoma constituye un tumor de difícil manejo terapéutico y en nuestro medio no es frecuente su presentación en formas avanzadas, por lo que nos sentimos motivados a presentar un caso clínico en que el paciente presentaba un Ameloblastoma mandibular de grandes dimensiones y difícil reconstrucción.

Presentación del caso

Paciente masculino de 34 años de edad, de la raza negra, antecedentes de salud y procedente de la Isla Santa Lucía, que refiere haber sido operado hace 5 años atrás de un “quiste” mandibular, no precisando el tipo histológico, y que a partir de lo cual presentó aumento de volumen mandibular, que fue en aumento y que le produjo afección estética, por lo que acude a la Clínica Central “Cira García”, decidiéndose el estudio del caso.

Al examen físico facial se detectó un aumento del tercio facial inferior y asimetría facial dada por aumento de volumen de la hemicara derecha en su porción mandibular, de consistencia duro pétrea con zonas de consistencia renitente, no doloroso a la palpación. Piel de recubrimiento normocoloreada. (**Fig. 1 y 2**)

La exploración intraoral demostró que se trataba de un paciente bien dentado, con una higiene bucal deficiente, con la ausencia clínica del 46, diastemas interincisivos inferiores, expansión de las corticales vestibular y lingual mandibulares, de consistencia duro pétrea, alternadas con zonas renitentes, con borramiento del surco vestibular más marcado en la región antero inferior, con la mucosa de recubrimiento normocoloreada con áreas de tono más pálido.

Como parte de la metodología diagnóstica, además de la anamnesis y el examen físico, se indicaron estudios imagenológicos extaorales, como ortopantomografía y lateral oblicua mandibular (**Fig.3**), observándose la presencia de una imagen radiolúcida mandibular tabicada en forma de pompas de jabón o panal de abejas, que afectaba a región media mandibular extendiéndose a ambos cuerpos mandibulares, con predominio de afección del lado derecho; además de reabsorción radicular de varios dientes involucrados. En el estudio tomográfico simple del macizo facial se utilizó un espiral de 5mm de espesor y 7mm de movimiento de la mesa, más reconstrucción multiplanar. Se confirma la presencia de extensa tumoración cuyos diámetros extremos alcanzan 114mm transversalmente y 52mm en proyección antero posterior, partiendo del interior del mentón, involucrando ambos cuerpos mandibulares, con predominio derecho. Presenta cápsula cuyo contenido tiene una densidad que oscila entre 5 y 22 UH.

Se practicó una biopsia incisional, que informó la presencia de un Ameloblastoma, sin precisar la variante histológica.

Con los datos mencionados se decide establecer y ejecutar el plan de tratamiento, realizándose la exéresis tumoral con margen de seguridad (**Fig.4**) y la colocación de una placa de reconstrucción mandibular (**Fig.5**), con el objetivo de servir como mantenedor de espacio (**Fig.6**) y realizar, en un tiempo quirúrgico posterior, la reconstrucción con un injerto microvascularizado de peroné y ulterior rehabilitación protésica implanto soportada.

Discusión

El ameloblastoma multiquístico es un tumor odontogénico benigno, localmente agresivo. Desde el punto de vista embriológico se origina del esmalte dental, capa basal de la mucosa oral o del epitelio de quistes odontogénicos.

La variedad multiquística es la más frecuente, invade tejido local y destruye el hueso. El porcentaje de recidiva es hasta 90 % si se tratan sólo con curetaje [6,7].

Los signos y síntomas más frecuentes de presentación son la tumefacción (75%), y dolor (33%). El diagnóstico es anatomopatológico. Sin embargo, el hallazgo de una imagen multiloculada, con numerosos espacios quísticos bien definidos, con invasión local sin signos de invasión perineural, puede sugerir su presencia. El tratamiento de elección es quirúrgico. Debido a la alta tasa de recidiva local e invasión a estructuras vecinas y la relación entre estas y el riesgo de malignización, la literatura recomienda exéresis en bloque de la lesión con un margen de seguridad de al menos 1 cm aunado a su invasión más allá del límite radiológico (hasta 8 mm) [8].

La necesidad de la resección en bloque de estas lesiones plantea el reto de la reconstrucción posoperatoria, motivado al impacto estético en estos pacientes, por el considerable tamaño del defecto.

El desarrollo de técnicas microquirúrgicas ha ampliado ostensiblemente los horizontes de la cirugía tradicional, transformándose en la actualidad, en uno de los pilares de la cirugía reconstructiva moderna [9].

Por microcirugía entendemos “la rama de la cirugía que se sirve de la magnificación del campo operatorio por encima de la agudeza visual normal” Es decir, allá donde el ojo humano no llega, llega la microcirugía y con ella el desarrollo constante de nuevas técnicas y procedimientos para trabajar con material microscópico [10].

La Microcirugía reconstructiva o reparadora, está enfocada en disimular y reconstruir los efectos destructivos de un accidente o trauma o las secuelas de un tratamiento oncológico, mediante el uso de técnicas de osteosíntesis, traslado de tejidos mediante colgajos y trasplantes autólogos de partes del cuerpo sanas a las afectadas, con pedículo neurovascular propio, que se transfieren y anastomosan a las estructuras neurovasculares de la zona receptora [11].

Las técnicas microquirúrgicas permiten reconstrucciones de estructuras complejas con mejores resultados estéticos y funcionales que otras técnicas convencionales, y mejor calidad de vida para el paciente [12].

Conclusiones

En nuestro medio el diagnóstico de un Ameloblastoma generalmente es temprano, por el amplio acceso a los servicios de salud a nivel nacional. El manejo de los pacientes con este tipo de patologías constituye todo un reto para nuestra Especialidad y es indiscutiblemente multidisciplinario, donde el trabajo en equipo es la piedra angular para la evolución satisfactoria y una completa rehabilitación funcional, estética y psicológica del paciente.

Referencias bibliográficas

1. Bologna-Molina R, Mosqueda-Taylor A, López-Corella E. Syndecan-1 (CD138) and Ki-67 expression in different subtypes of ameloblastomas. Oral Oncology. 2008; 44(8):805-11.
2. Abiko Y, Nagayasu H. Ameloblastic carcinoma: report of a case-possible involvement of CpG island hypermethylation of the p16 gene in malignant transformation. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology 2007; 103(1):72-6.
3. Yi-Ping W, Bu-Yuan L. Expression of osteopontin and its receptors in ameloblastomas. Oral Oncology. 2009; 45(6):538-42.
4. Reid-Nicholson M, Teague D, White B. Fine needle aspiration findings in malignant ameloblastoma: A case report and differential diagnosis. Diagnostic Cytopathology. 2009; 37(8).
5. Carini F, Riazzoli G, Vignoletti F. Ameloblastoma plexiforme del maxilar: manejo quirúrgico y protético. A propósito de un caso. Av Odontoestomatol 2007; 23 (1).
6. Morales Navarro D. Ameloblastoma. Revisión de la literatura. Rev. Cubana de Estomatología 2009; 46(3): Disponible en : http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol46_3_09/est06309.htm

7. Ogunsalu C. Nueva clasificación radiológica del ameloblastoma basada en el análisis de 19 casos. West Indian Med Journal. 2006; 55(6):36-41.
8. Migaldi M, Sartori G, Rossi G, Cittadini A, Sgambato A. Tumor cell proliferation and microsatellite alterations in human ameloblastoma. Oral Oncology. 2008; 44(1):50-60.
9. Ogunsalu C. Nueva clasificación radiológica del ameloblastoma basada en el análisis de 19 casos. West Indian Med Journal. 2006; 55(6):36-41.
10. Sivapathasundharam B, Einstein A, Syed RI. Desmoplastic ameloblastoma in Indians: Report of five cases and review of literature. Indian J Dent Res. 2007; 18:218-21.
11. Konouchi H, Asaumi J, Yanagi Y, Hisatomi M. Usefulness of contrast enhanced-MRI in the diagnosis of unicystic ameloblastoma. Oral Oncology. 2006;42(5):481-6
12. Yavagal C, Anegundi R, Shetty S. Unicystic plexiform ameloblastoma: An insight for pediatric dentists. J Indian Soc Pedod Prev Dent. 2009; 27:70-4.

Anexos

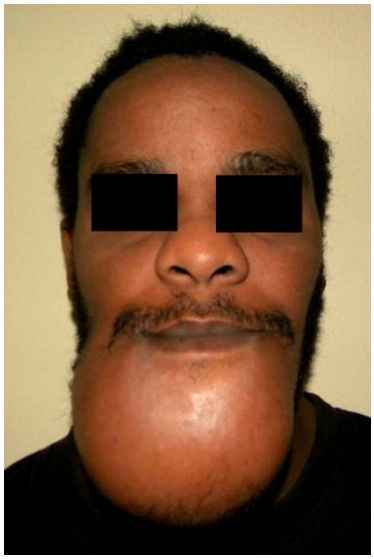


Fig 1 y 2. Aspecto extraoral de frente y de perfil

Fig 3. Vista radiográfica preoperatoria

Fig 4. Pieza quirúrgica

Fig 5. Reconstrucción con placa mandibular

Fig.6. Aspecto extraoral postquirúrgico inmediato

Facultad de Estomatología

INCIDENCIA DEL SÍNDROME DE BOCA ARDIENTE EN PACIENTES DEL HOSPITAL "FREYRE DE ANDRADE".

AUTOR: * Dra. Yamina Sarracent Valdés

*Msc Especialista en Cirugía Máxilo Facial

Profesora Asistente de la facultad de Estomatología

Hospital General Docente "Freyre de Andrade"

Ciudad de la Habana, Cuba.

E-mail: yaminasar@infomed.sld.cu

Resumen

El dolor buco- facial, siempre ha resultado un tema de considerable interés y el diagnóstico del mismo, una difícil situación. El Síndrome de Boca Ardiente (SBA), constituye una de sus frecuentes modalidades. Con la realización de este estudio nos propusimos determinar la incidencia de SBA en pacientes que acudieron a consulta de CMF del Hospital Freyre de Andrade, identificar los factores etiológicos en los pacientes afectados, determinar los síntomas y el subtipo clínico de presentación mayormente referidos, así como identificar los sitios de la cavidad bucal de mayor afectación. Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y transversal, con 21 pacientes que acudieron con síntomas y signos compatibles con dicho diagnóstico en el período comprendido entre febrero del 2006 y febrero del 2008. Se propusieron para estudio las siguientes variables: edad, sexo, factores etiológicos sistémicos, factores etiológicos locales, síntomas y subtipo clínico de presentación sintomática. Se obtuvo que, el mayor porciento de afectación correspondía al sexo femenino y al grupo de edad de 60 años y más; que los tres factores etiológicos asociados con mayor frecuencia fueron, el uso de medicamentos xerostomizantes, la presencia de trastornos psicológicos y edad posmenopáusica. Se confirmó además que el síntoma ardor bucal fue el más referido, la lengua el sitio de la cavidad bucal mas afectado y que más de la mitad de los pacientes pertenecía al subtipo II según el comportamiento de sus síntomas.

Palabras claves: síndrome de boca ardiente, xerostomía

INTRODUCCIÓN

El dolor buco- facial, siempre ha resultado un tema de considerable interés en Cirugía Maxilo Facial y el diagnóstico del mismo, una difícil situación, debido a que en muchos casos se presentan diversas enfermedades que de forma conjunta, pueden contribuir a su padecimiento. El Síndrome de Boca Ardiente (SBA), constituye una de las modalidades de este y se define como la manifestación compleja de síntomas de quemazón, escozor, ardor, picor o dolor en la cavidad bucal y labios, estando la mucosa clínicamente normal [1,2]. Y constituye una entidad clínica que con relativa frecuencia se presenta en nuestros pacientes.

Los pacientes lo describen como quemazón o escozor, que en muchas ocasiones se acompaña de otras "sensaciones anormales" en la boca, como la sensación de tener arena, alteraciones del gusto, tensión lingual y sensación de boca seca [2].Se describen estas molestias en la boca como inaguantables, variables a lo largo de la jornada y persistentes estando en ocasiones presentes durante años [2,3]

Se han reconocido en la evolución del termino de SBA diferentes denominaciones como: Glosodinia o Glosopirosis, refiriéndose a la localización lingual preferiblemente, Estomatodinia, Estomatopirosis, dolor bucolingual, Disestesia bucal. En la actualidad se prefiere la denominación que usamos (SBA), al considerar que más que una enfermedad es un conjunto de de síntomas que confluyen formando parte de un síndrome en su manifestación bucal [4,5].

Desde el punto de vista clínico los síntomas se presentan en los pacientes siguiendo generalmente, determinados patrones de comportamiento, teniendo en cuenta lo anterior Lamey y Lewis [2], han clasificado el síndrome en tres categorías, donde tipo I es aquél en el que el paciente no sufre los síntomas al despertar, pero que surgen y aumentan de intensidad progresivamente a lo largo del día, o sea, los síntomas son progresivos. En el tipo II, los síntomas están presentes al despertar y persisten durante todo el día, de forma continua. Y en el tipo III, los síntomas son intermitentes, no diarios, habiendo días en el que el paciente se encuentra libre de cualquier síntoma.

Los síntomas presentes en el SBA no son exclusivos de este padecimiento, por tanto el mismo debe distinguirse de entidades patológicas como el liquen plano oral erosivo, la candidiasis y la lengua geográfica.

Hasta el momento, a pesar de los esfuerzos de los investigadores, su etiología y patogenia permanecen desconocidas, siendo la sensación de ardor en la mucosa bucal, de este síndrome, considerada por muchos como multicausal, aunque algunos factores de riesgo se han sugerido, y se han agrupado bajo tres categorías principales: locales, sistémicos y psicológicos [5, 7]. A menudo se afirma que la interacción de estos factores es compleja y no se sabe si son éstos los que originan los síntomas, o bien son los síntomas los que determinan el perfil característico de los pacientes con este tipo de trastornos.

Debemos, por todo lo anterior, reconocer en el paciente con SBA, a un ser que sufre y considerablemente, que puede acudir a nuestras consultas, en ocasiones alterado psíquicamente, no solo por su padecimiento, sino además por la desestimación con que suele ser valorado luego de algún tiempo, por su entorno social.

Estamos en presencia de una entidad donde no se ha logrado establecer aun relación estable de causa - efecto entre los factores etiológicos y la enfermedad propiamente dicha y por ende de difícil manejo terapéutico. Por todo lo anterior nos sentimos motivados a la realización del siguiente trabajo.

OBJETIVOS

- ✓ Determinar incidencia de Síndrome de Boca Ardiente en pacientes que acuden a consulta de CMF del Hospital Freyre de Andrade.
- ✓ Describir comportamiento del SBA según grupos de edad y sexo.
- ✓ Identificar la presencia de factores etiológicos en los pacientes afectados.
- ✓ Determinar síntomas mayormente referidos.
- ✓ Identificar sitios de la cavidad bucal de mayor afectación.
- ✓ Determinar el subtipo clínico de presentación de los síntomas.

MATERIAL Y METODO

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y transversal, utilizando como universo de trabajo a todos los pacientes que acudieron al servicio de Cirugía Máxilo Facial del Hospital Freyre de Andrade, con síntomas y signos compatibles con el diagnóstico de Síndrome de Boca Ardiente, en el periodo comprendido desde febrero del año 2006 y febrero del 2008. La muestra fue de 21 pacientes, seleccionados teniendo en cuenta los siguientes criterios

Criterios de Inclusión

- Pacientes con síntomas y signos compatibles con el diagnóstico de Síndrome de Boca Ardiente

Criterios de exclusión

- Pacientes en los que al examen físico se constaten lesiones de la mucosa bucal que justifiquen su sintomatología.
- Pacientes que se negaron a participar.

Técnicas y procedimientos

A cada paciente seleccionado para estudio le fue solicitado su consentimiento, se le realizó una entrevista y examen bucal en un sillón dental con buena iluminación y utilizando espejo bucal plano No. 5. El diagnóstico de SBA fue establecido cuando los pacientes referían sensación urente, picante o de dolor en la mucosa bucal y esta a su vez era clínicamente normal. Se les llenó un modelo de recolección de datos (anexo 2), donde se recogieron las siguientes variables (Edad por grupos establecidos, sexo, factores sistémicos y locales presentes, síntomas y su localización por regiones en la boca, subtipo clínico de presentación). Se indicó a la vez a cada paciente del estudio un hemograma con diferencial para conocer el valor de la hemoglobina en el momento del estudio. Los datos obtenidos se volcaron en una planilla recopiladora de datos, se creó una base de datos (Bash.xls), cuyos datos fueron importados programa estadístico SPSS.11.5 para su análisis. Se obtuvieron valores absolutos y relativos (razones y porcentajes).

La información obtenida se presentó en tablas y gráficos que facilitan su comprensión.

3. RESULTADOS

Tabla 1. Distribución de pacientes según sexo y grupos de edad

Grupos de edad	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
30-44 años	1	4,8	0	0	1	4,8
45-59 años	6	28,6	1	4,8	7	33,3
60 y más	10	47,6	3	14,3	13	61,9
Total	17	81	4	19	21	100

Gráfico 2.Distribución de pacientes según síntomas

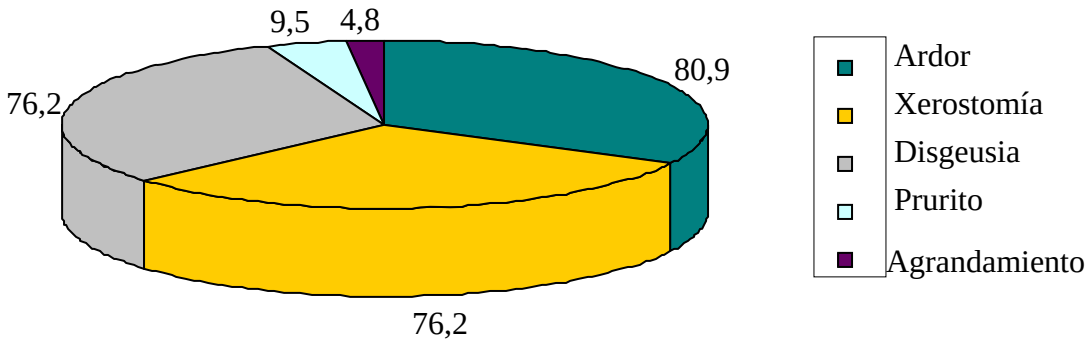


Gráfico3. Distribución de pacientes según factores sistémicos

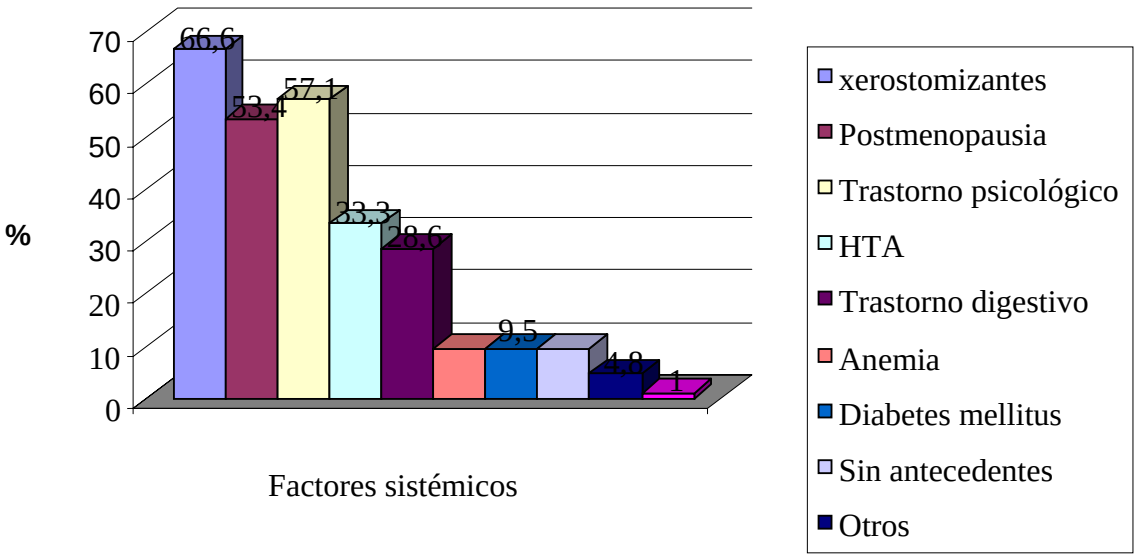


Gráfico4. Distribución de pacientes según presencia de factores locales

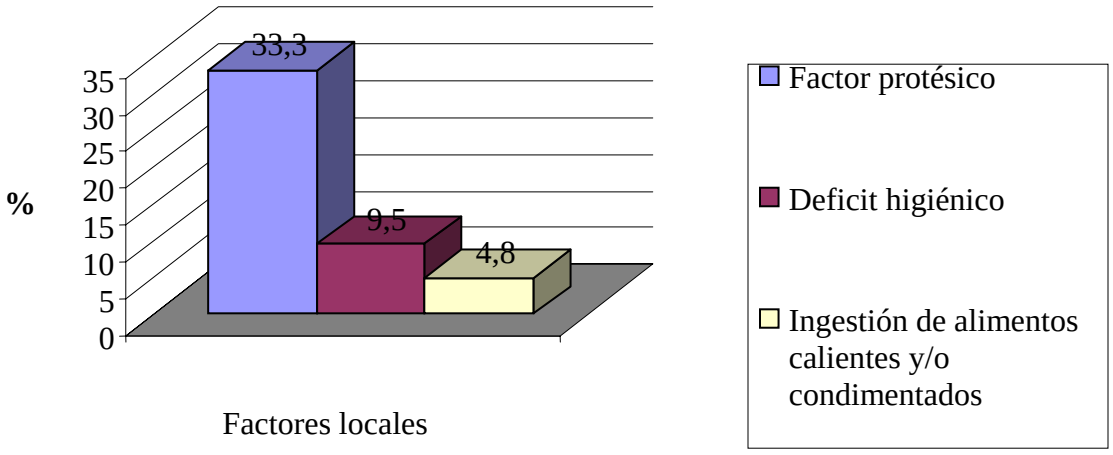


Gráfico 5.Distribución de pacientes según sitios de localización de los síntomas

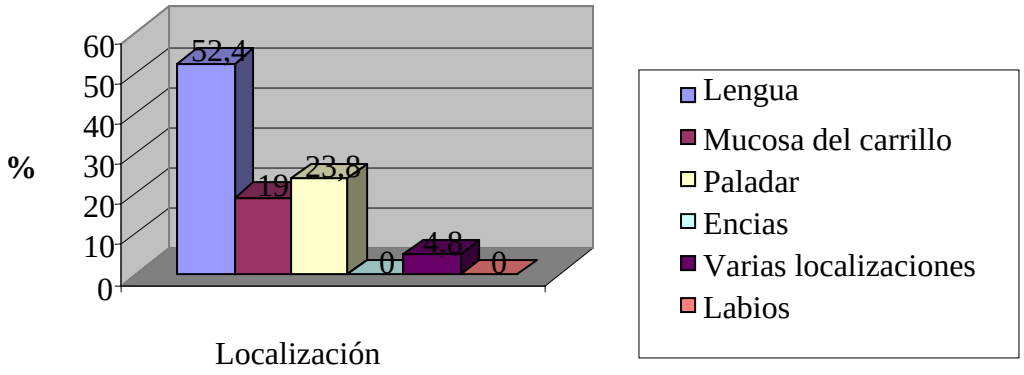
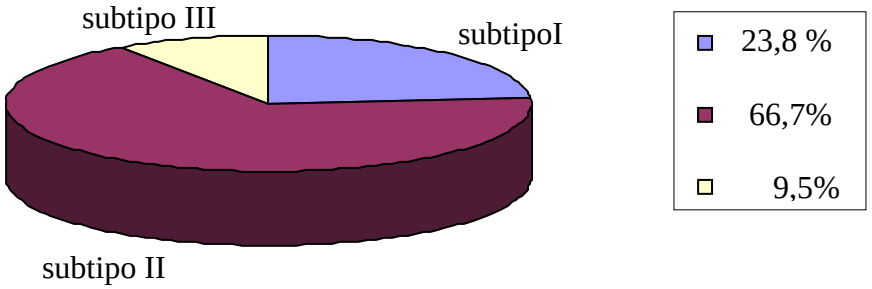


Gráfico 6. Distribución de pacientes según subtipo clínico



DISCUSIÓN

En el estudio se observo que la mayoría de los pacientes afectados por SBA pertenecen al sexo femenino (81%). Este dato corresponde con lo obtenido en gran parte de los estudios realizados, que recogen que la prevalencia de este síndrome, es alta en las mujeres y que el grado de afectación en los hombres, con relación a estas disminuye considerablemente [2, 8, 9,11].

Con relación a los grupos de edades obtuvimos que en el grupo de edad de 60 años y más, se hallaba el mayor porciento de afectación. Haciéndose evidente un incremento del número de pacientes con la edad, en ambos sexos. Lo anterior coincide con lo aportado por otros autores [2, 8, 9,11]. A pesar de esto, hasta el momento, no se ha podido demostrar que la enfermedad resulte del proceso de envejecimiento.

Con respecto a la variable Síntomas, vemos que en nuestro estudio el SBA se encuentra más relacionado con el ardor (80,9%), con la xerostomia subjetiva (76,2%) y con la disgeusia, que se presentó en igual porcentaje de pacientes. Nuestros resultados coinciden con los de otros autores, que sitúan a estas manifestaciones dentro de las más frecuentes en el SBA, por ejemplo Bergdahl y Bergdah, en una muestra de 53 pacientes, encontraron afectados de xerostomía al 66% de los casos y consideran la relación entre ardor bucal y presencia de xerostomía [5]. Asimismo, este porcentaje es similar al obtenido por Hakeberg y cols; Somacarrera y cols y Grushka, quienes también informan sobre prevalencias de xerostomia superiores al 60% [6, 12,17]. Lo expuesto por los estudios realizados, se refiere a que cuando un paciente manifiesta concomitantemente xerostomía e hiposalivación, generalmente se considera un signo de afectaciones de las glándulas salivales o de trastornos sistémicos, mientras que cuando el síntoma xerostomía no se asocia a reducción de flujo salival, su causa es desconocida y se considera más relevante la participación de factores psicológicos.

Las alteraciones del gusto presentes en un elevado número de los pacientes de nuestro estudio, coinciden con lo descrito por Grushka, en un estudio con 49 personas con SBA, donde informó que el 69% refería alteración en la percepción del sabor o un sabor persistente, mientras que sólo 11% de los sujetos del grupo control tenía estos síntomas [12]. No coincidimos en nuestros resultados con lo obtenido por Bergdahl y

Bergdahl, en un estudio epidemiológico representativo de la población sueca, donde identifican sólo 11% de alteraciones gustativas entre aquellos pacientes que padecían el SBA [5].

Al analizar los factores etiológicos sistémicos que en nuestro estudio fueron valorados vemos que los tres que se encontraron asociados en mayor porciento fueron la ingestión de medicamentos xerostomizantes (66,6%), los trastornos psicológicos (57,1%) y las mujeres en edad de postmenopausia (53,4%).

Estamos en correspondencia con lo planteado por varios autores [4, 12, 14, 15, 16, 20], que consideran que el consumo de fármacos productores de sequedad, es uno de los factores que modifica la secreción de las glándulas salivales y es de suma importancia en la etiología del SBA. Algunos estudios arrojan que solo encuentran asociación entre la ingestión de medicamentos antihipertensivos y diuréticos [11].

Los datos en relación con la presencia de trastornos psicológicos son semejantes a los obtenidos por varios autores [8, 11,15, 17,18]. Podemos decir que la importancia de estos en una patología psicosomática como es el SBA, es unánimemente aceptada, sin embargo existe controversia acerca de si actúan como factores primarios en la etiología de la enfermedad o si como algunos sugieren, son el resultado, y no la causa del trastorno [18].

Lo registrado en nuestro estudio con relación a la prevalencia del SBA en mujeres en edad posmenopáusica queda corroborado con multitud de estudios realizados [6, 7,9]. A diferencia de esto, Ferguson y cols [9] informaron que sólo el 17,9% de las mujeres ooforectomizadas se quejaban de ardor bucal. Más recientemente Tarkkila y cols observaron resultados similares en su estudio [4].

Otras patologías como la Anemia y la Diabetes Mellitus únicamente fueron apreciadas en dos pacientes respectivamente (9,5%). Los resultados aportados por otros estudios con relación a las enfermedades sistémicas en pacientes con SBA, muestran resultados muy disímiles () y por tanto no permiten definir la importancia de estos factores en la etiología del SBA. Consideramos que a pesar de ello, siempre deben ser estudiados y que la coincidencia de varias entidades patológicas es una de las condiciones que mas análisis requiere.

Fueron valorados los factores etiológicos locales y a pesar de que pocos fueron los pacientes donde se hallaron, la mayor cantidad se concentró en los factores protésicos, presentes en 7 pacientes (33,3%). Pudieran estos datos estar relacionados con las medidas para el control sintomático tomadas por los pacientes en aras de dar solución a este padecimiento, aunque es mera suposición del autor ya que en nuestro estudio, no fueron estudiados los tratamientos y/o medidas terapéuticas recibidas por los pacientes.

Nuestros resultados difieren de los de otros estudios [6].

La localización más habitual de los síntomas fue la lengua, lo que coincide con algunos de los estudios revisados [4, 9]. Solo 4,8% refirió sus síntomas de forma difusa en la mucosa bucal. Según lo obtenido por Eguia Del Valle A y cols [11], en su estudio de 30 pacientes con SBA, en 10 pacientes (33,3 %), los síntomas eran difusos por toda la boca. Nuestro estudio a semejanza del anterior obtuvo como segunda zona de afectación el paladar con un 23,8%. No encontramos en la literatura datos que relacionen esta frecuencia de ubicación de los síntomas con los factores etiológicos asociados al SBA.

Por último al analizar la forma de comportamiento de los síntomas en los pacientes estudiados comprobamos que los resultados obtenidos en nuestro estudio coinciden con los expresados por Lamey et al y Eguia Del Valle A y cols [11,18], al existir un predominio de los pacientes del subtipo II (66,7%), en los que los síntomas están presentes al despertar y se mantienen a lo largo de todo el dia de manera continua.

CONCLUSIONES

- ✓ El mayor porciento de los pacientes afectados correspondieron al sexo femenino y al grupo de edad de 60 años y más.
- ✓ Los tres factores etiológicos asociados con mayor frecuencia a los pacientes afectados por el SBA fueron: Uso de medicamentos xerostomizantes, la presencia de trastornos psicológicos y la postmenopausia.
- ✓ El síntoma de ardor bucal fue el más referido por los pacientes y la lengua el sitio de la cavidad bucal mas afectado
- ✓ Más del 60% de los pacientes correspondieron al subtipo II

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Burket, L: Medicina Bucal. Diagnóstico y tratamiento. 6ta edición Interamericana. México. 1971; 38- 43.
2. Bullón Fernández Pedro. Odontoestomatología Geriátrica. La atención odontológica integral del paciente de edad avanzada. Madrid; editorial Smilhkline & Beecham, 1996; 275-79
3. Rhodus NL, Myers S, Bowls W, Schwartz B, Parsons H et al. Burning mouth syndrome: diagnostic and treatment. Northwest Dentistry 2000; 3:21-8.
4. Marques-Soares Ms, Chimenos-Kustner E, Subira-Pifarre C, Rodriguez de Rivera-Campillo ME, Lopez-Lopez J.Association of burning mouth syndrome whith xerostomia and medicines. 2005. Disponible en http://www.tesisenxarxa.net/TESIS_UB/AVAILABLE/TDX-0205103-124344//TESIS_Marques_Soares.pdf.
5. Bergdahl M, Bergdahl J. Burning mouth syndrome: prevalence and associated factors. J Oral Pathol Med 1999; 28:350-4.
6. Hakeberg M, Hallberg LR-M, Berggren U. Burning mouth syndrome: experiences from the perspective of female patients. Eur J Oral Sci 2003; 111:305-11.
7. Pajukoski H, Meurman JH, Halonen P, Sulkava R. Prevalence of subjective dry mouth and burning mouth in hospitalized elderly patients and outptients in relation to saliva, medication, and systemic diseases. Oral Surg Oral Med Oral Patol Oral Radiol Endod 2001; 92: 641-9.
8. Silvestre J. Síndrome de boca ardiente. En: Bullón P, Velasco E, (editores).Odontoestomatología Geriátrica. Madrid. Smilhkline & Beecham, 1996.271-80.

9. Palacios-Sánchez MF, Jordana-Comín X, García-Sívoli CE. Burning mouth syndrome: A retrospective study of 140 cases in a sample of catalan population. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2005; 10: 388-93.

10. Woda A, Pionchon P. A unified concept of idiopathic orofacial pain: clinical features. J Oral Pain 1999; 13:173-95.

11. Eguia Del Valle A, Aguirre-Urizar J M, Martinez-Conde R, Echevarria-Goikouria MA, Sagasta- Pujana O. Síndrome de Boca Ardiente en el País Vasco: estudio preliminar de 30 casos. Disponible en http://www.medicinaoral.com/medoralfree/v8i2/medoralv8i2p84.pdf. 2003.

12. Gruskha M, Bartoshuk LM. Burning mouth syndrome and oral dysesthesias. Oral Health 2001; 91:27-31.

13. Llanio Navarro Raymundo. Propedéutica Clínica y Fisiopatología. Editorial Pueblo y educación. Cuba. 1982; 500-1.

14. Duarte Jiménez, Javier. Aspectos clínicos y tratamiento de la xerostomia. Disponible en http://www.acorl.org.co/miembros/documentos/revista_marz_2005/XEROSTOMIA.pdf 2005.

15. Xerostomía. Wikipedia Enciclopedia libre. Disponible en: http://www.odontoweb.net.2006.

16. Llop A, Valdés- Dapena MM. Zuazo JL. Microbiología y Parasitología médica. La Habana: Ciencias Médicas; 2001: 36- 40.

17. Somacarrera ML, Pinos HP, Hernández G, Lucas ML. Síndrome de boca ardiente. Aspectos clínicos y perfil psicológico asociado. Arch Odontoestomatol 1998; 14: 299-306.

18. Lamey PJ. Manejo terapéutico del síndrome de boca ardiente. Gaceta Médica de Bilbao 2001; 98:29-30.

19. F. Formiga, J. Mascaró, A. Vidaller, R. Pujol Xerostomía en el paciente anciano. Disponible en http://www.nexusediciones.com/pdf/gero2003_1/g-13-1-004.pdf

20. Culhane N, Hodle AD. Burning mouth syndrome after taking clonazepam. Ann Pharmacother 2001; 35:874-6.

21. http://www.actaodontologica.com.mx/noticias/viiencuentro/p23

MORBILIDAD POR URGENCIAS EN LA CLINICA DE CIRUGIA. FACULTAD DE ESTOMATOLOGÌA DE IBB. REPÚBLICA DE YEMEN.

AUTORES: Msc. L. Hernández Pedroso.
Especialista de 2do grado en Cirugía Maxilofacial.
Profesor Auxiliar, Dpto. de Cirugía.
Facultad de Estomatología.
Universidad de Ciencias Médicas.
e-mail: luis.hernandez@infomed.sld.cu

Msc. D. Díaz Díaz
Especialista de 1er Grado en Cirugía Maxilofacial.
Profesor Asistente, Dpto. de Cirugía.
Facultad de Estomatología.
Universidad de Ciencias Médicas.
e-mail: dayanadiaz@infomed.sld.cu

RESUMEN:

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y observacional para determinar la morbilidad de las urgencias en la clínica de Cirugía de la Facultad de Estomatología de la Universidad de Ibb, en el período comprendido entre Marzo del 2006 a Marzo del 2008. El universo de la investigación fue de 240 pacientes. Se evaluaron las variables edad, sexo, nivel educacional y tipo de urgencias. Para la recolección de datos se utilizó la historia clínica. El diagnóstico se realizó mediante el examen clínico empleando para el mismo el espejo bucal. En algunos casos utilizamos como medio auxiliar de diagnóstico la radiografía periapical. La información se transcribió a un registro primario de datos y fueron procesados en tablas de porcentaje. En el estudio, el sexo femenino fue el más afectado con 55,0%; el grupo de edades predominante fue el de 19 – 34 años (41,3%); los pacientes con nivel educacional de primaria fueron los más afectados con 49,6%. De acuerdo al tipo de urgencias, las más comunes fueron: El síndrome de dolor disfunción de la ATM (31,3%), la Pericoronitis (23,3%) y la Alveolitis (18,8%).

Palabras claves: urgencias, disfunción ATM, pericoronaritis, alveolitis

INTRODUCCIÓN:

A la Facultad de Estomatología de la Universidad de Ibb, República de Yemen, acuden a diario un gran número de individuos de todas las edades y de ambos sexos solicitando atención estomatológica de diverso tipo. En algunos casos, asisten allí para recibir atención directa o indirecta de Profesores universitarios y en otras, en su gran mayoría, porque resulta muy barato cualquier tratamiento en comparación con los otros servicios estomatológicos de la localidad que son privados y lógicamente mucho más costosos.

Por los motivos antes expuestos, a partir de su inauguración en el año 2000, la institución antes mencionada ha constituido desde entonces una opción viable de tratamiento estomatológico para la población de Ibb que hasta ese instante solo tenía la posibilidad de acudir a los servicios particulares y al Hospital Público Al Thaura, único en la localidad pero que solo realizan extracciones en el horario de la mañana.

Es precisamente el aspecto relativo a los bajos ingresos de la población uno de los elementos más importantes en la aparición de algunos factores favorecedores o condicionantes de enfermedades, sobre todo aquellas relacionadas con la salud bucal ya que como mencionamos antes, muchos individuos carecen de recursos económicos suficientes para adquirir productos esenciales o básicos y tener un buen desarrollo de todas las capacidades psico-biológica. Este precedente económico social, unido a deficientes hábitos de higiene bucal, al desconocimiento sobre los posibles factores que incrementan el riesgo de sufrir enfermedades bucales, determina el aumento de las afecciones estomatológicas, por tanto la mayoría de los casos, acuden a la consulta porque presentan una urgencia, generalmente al referir el paciente como manifestación clínica de la misma el dolor, síntoma que ocasiona el mayor número de afecciones estomatognáticas en el quehacer diario de atención estomatológica.

El dolor es probablemente el principal motivo de consulta en las urgencias estomatológicas, en las mismas el estomatólogo se enfrenta a diario principalmente con dolores agudos provenientes de estructuras dentarias o de sus tejidos adyacentes (1).

En la República de Yemen existe un hábito casi generalizado que afecta a una gran parte de la población y que incrementa las potencialidades de aparición de enfermedades, nos referimos al hábito de masticar Khat.

El khat es un arbusto que se cultiva ampliamente en la península arábiga y en el noreste africano (2,3). Las hojas y tallos de esta planta contienen alcaloides del tipo anfetaminas y son masticadas diariamente por la población por su mediano poder estimulante entre otros poderes atribuidos a su consumo (4).

Se estima que un 61% de su población lo consume regularmente, un 81% de la población adulta masculina lo mastica y un 43% de la población femenina también práctica este hábito (5).

Sus usos sociales son muy variados dentro de los cuales están la bienvenida a huéspedes, recién nacidos, ceremonias matrimoniales, ceremonias mortuorias, trabajo colectivo, sesiones de estudio, entre otros. Su consumo se asocia a rituales particulares como el consumo de cigarrillos, refrescos, agua, tabaco en pipa, etc (6). El uso del khat tiene un efecto adictivo y tiene una connotación negativa en la esfera económica, social y física de los individuos que lo realizan (7).

Los efectos producidos por este hábito sobre los diferentes órganos y tejidos de nuestra economía han sido documentados por diferentes estudios a lo largo de más de 50 años. Específicamente la asociación de este hábito al incremento en la incidencia de enfermedades de la mucosa bucal, articulación temporomandibular y dientes es bien conocida.

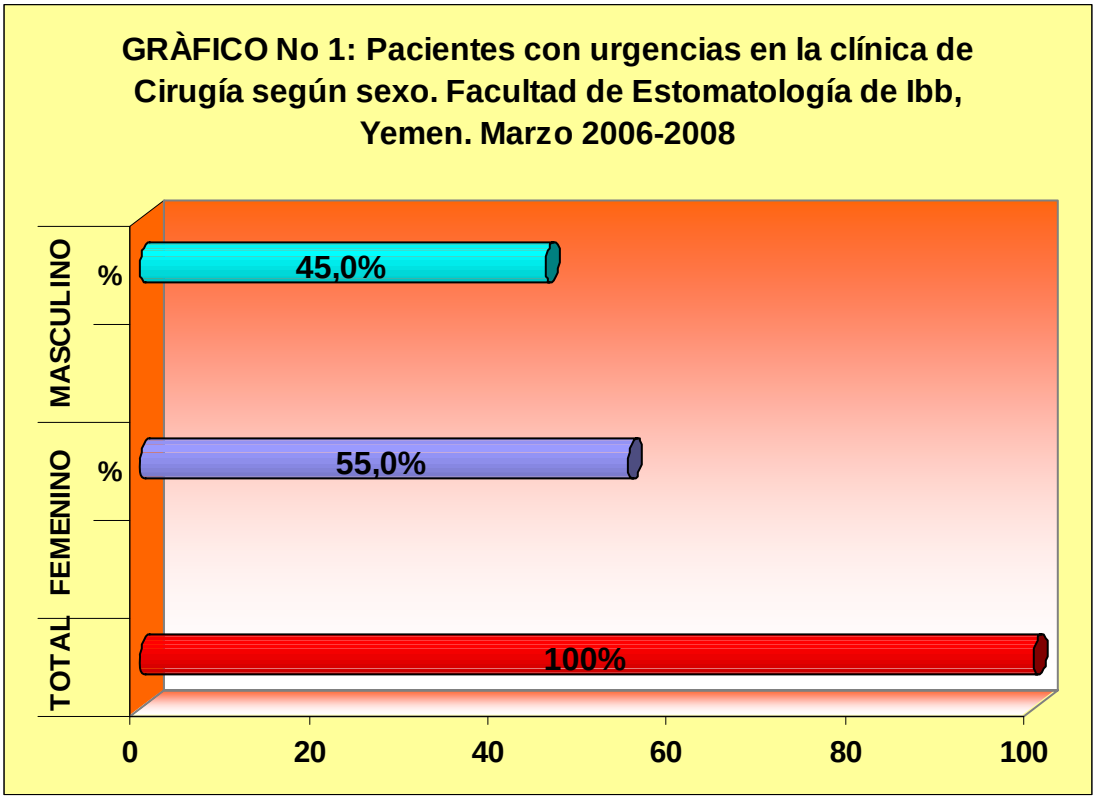
Entre las alteraciones más frecuentes están las lesiones a las estructuras de sostén y protección del diente (gingivitis y periodontitis) que pueden llevar a la mortalidad dentaria. También se han reportado alteraciones en la articulación temporomandibular como dolor y chasquido entre otras alteraciones. Los dientes pueden mostrar atrición, manchas extrínsecas de color carmelita y caries dentales en las superficies cervicales particularmente en los países que consumen el khat asociado a azúcar y otros edulcorantes como es el caso de Yemen. Otras alteraciones encontradas fueron: inflamación de las glándulas salivares, disminución de la secreción salival y asimetría facial a expensas del lado donde se mastica (8,9).

Motivados por determinar la morbilidad por urgencias quirúrgicas en pacientes atendidos en Facultad de Estomatología de la Universidad de Ibb en el período comprendido de Marzo del 2006 a Marzo del 2008, decidimos hacer esta investigación caracterizándola además por sexo, grupo de edades, nivel educacional y tipo de urgencias.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se realizó una investigación descriptiva, transversal y observacional para describir algunos aspectos relacionados con la morbilidad de las afecciones bucales que constituyeron urgencias en la clínica de Cirugía de la Facultad de Estomatología de la Universidad de Ibb, en el período comprendido entre Marzo del 2006 a Marzo del 2008. El universo de la investigación fue de 240 pacientes. Se evaluaron las variables edad, sexo, nivel educacional y tipo de urgencias. Para la recolección de datos se utilizó la historia clínica. El diagnóstico se realizó mediante el examen clínico empleando para el mismo el espejo bucal. En algunos casos utilizamos como medio auxiliar de diagnóstico la radiografía periapical. La información se transcribió a un registro primario de datos y fueron procesados en tablas de porcentaje.

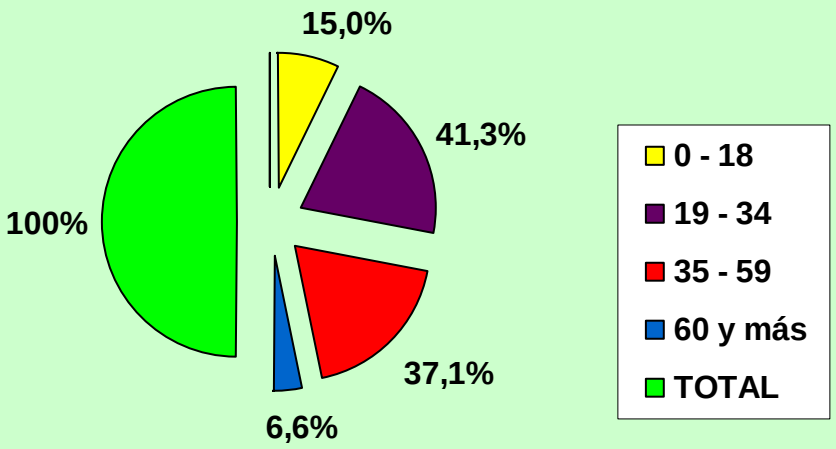
RESULTADOS:



En el gráfico No. 1 podemos observar el ligero predominio del sexo femenino en la muestra de nuestra investigación. Estos resultados pudieran estar determinados por el hecho de que las mujeres tienen más preocupación por la estética y en el caso específico de Yemen, tienen más tiempo para acudir a la consulta porque la inmensa mayoría son amas de casa o estudiantes. Otra posible explicación a que sean las féminas las más afectadas pudiera estar condicionado por ser las mujeres las que con mayor prontitud necesitan atención médica - estomatológica independientemente de los cambios hormonales sistemáticos que en ella se producen como factor coadyuvante de la caries dental además que en ellas se inicia más tempranamente el brote dentario, lo que coincide con la literatura revisada (10,11).

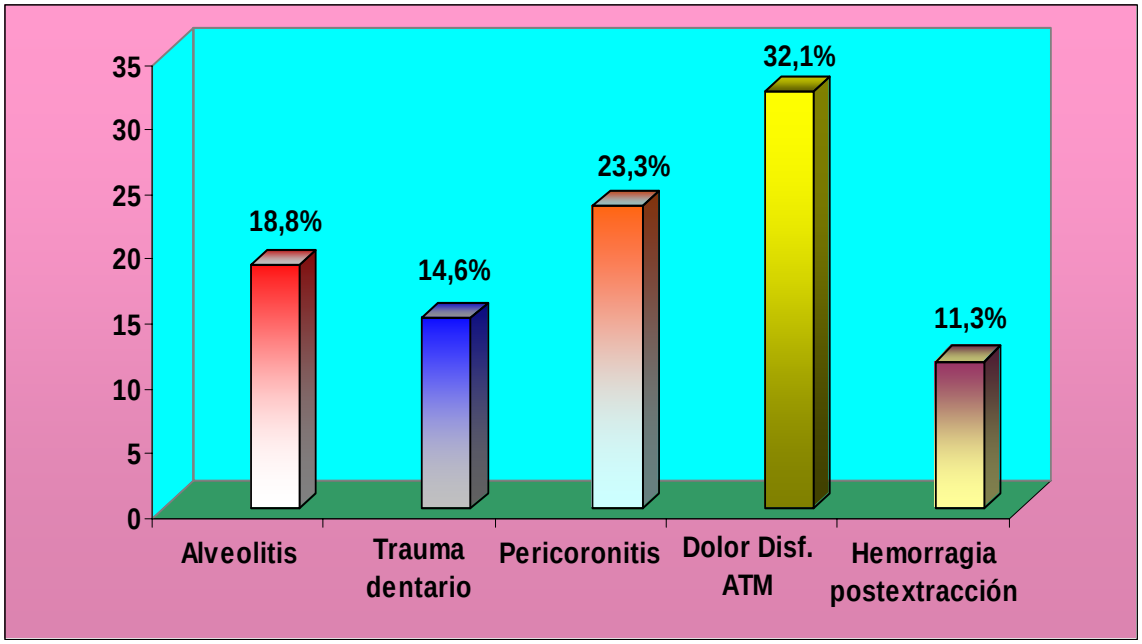
Estudios realizados en la Universidad del Nordeste de los Estados Unidos coinciden con estos resultados al plantear que las enfermedades bucales son tan frecuentes en las mujeres que los hombres, pero que las mujeres asisten con más frecuencia a los consultorios odontológicos para su atención por motivos estéticos (12).

GRÀFICO No. 2: Pacientes con urgencias en la clínica de Cirugía según grupos de edad. Facultad de Estomatología de Ibb, Yemen. Marzo 2006-2008.



El gráfico No. 2 nos muestra la relación de pacientes con urgencias en la clínica de Cirugía según los grupos de edad. En este sentido, predominaron en nuestra investigación los grupos de 19 – 34 años (41,3%) y el de 35 – 59 años (37,1%). Consideramos que esto puede deberse a que es en estos grupos de edades donde se produce un alza en la aparición de enfermedades bucales, entre ellas la que causa mayor número de complicaciones que es la caries dental y que si no se realiza un correcto tratamiento de las mismas de forma oportuna, pueden traer consecuencias fatales para los dientes hasta su pérdida y con ello la posibilidad de aparecer urgencias por complicaciones de la extracción dentaria o posterior a ellas por maloclusiones.

GRÀFICO No. 3: Tipos de urgencias en la clínica de Cirugía.
Facultad de Estomatología de Ibb, Yemen. Marzo 2006-2008.



En el gráfico No. 3 se relacionan los tipos de urgencias encontradas en nuestro estudio predominando en el mismo el síndrome de dolor disfunción de la ATM con un 32,1%. La etiología de esta entidad es de carácter multifactorial (13,14). Se plantea que la función normal se puede ver perturbada por sucesos como la colocación de una restauración, traumatismos, hábitos, alteraciones sistémicas como el estrés que rebasan la tolerancia fisiológica individual influida por factores locales como la estabilidad ortopédica articular determinada por las relaciones de oclusión, articulares o ambas así como elementos genéticos, el sexo, la dieta, enfermedades agudas o crónicas. En nuestro caso, sin dudas el hábito de masticar khat ha sido un elemento importante en la aparición de esta urgencia estomatològica. Sin embargo, estudios epidemiológicos sobre estos trastornos realizados a nivel mundial en población general, reportan una prevalencia alta, que en la mayoría de los casos supera el 40% mientras que en nuestro país revelan por cientos superiores al 50% (15).

La Pericoronitis con un 23,3% fue la urgencia que más se presento después del síndrome de dolor disfunción de la ATM.

TABLA No 1: Tipos de urgencias en la clínica de Cirugía según grupos de edad. Facultad de estomatología de Ibb, Yemen. Marzo 2006-2008.

TIPO DE URGENCIAS	GRUPOS DE EDAD									
	0 - 18		19 – 34		35 - 59		60 y más		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Alveolitis	0	0,0	24	10,0	20	8,3	1	0,4	45	18,7
Trauma dentoalveolar	22	9,2	10	4,2	3	1,3	0	0,0	35	14,6
Pericoronitis	13	5,4	42	17,5	1	0,4	0	0,0	56	23,3
Disfunción y Dolor ATM	0	0,0	17	7,1	48	20,0	12	5,0	77	32,1
Hemorragia postextracción	1	0,4	6	2,5	17	7,1	3	1,3	27	11,3
TOTAL	36	15,0	99	41,3	89	37,1	16	6,6	240	100

En la tabla No. 1 podemos apreciar que el síndrome de disfunción y dolor de la ATM predominó en las edades de 35 – 59 años con un 20,0% lo que se debe a que ya en estas edades, muchos pacientes tenían dientes perdidos por lo que desarrollaron maloclusiones que es una de las causas importantes de esta enfermedad y ocurre como consecuencia de que esta población no ha recibido una atención adecuada durante su vida y por ello desde edades muy tempranas edades comienzan a tener perdidas dentarias. La Pericoronitis fue más prevalente como era de esperar en el grupo de edades de 19 – 34 años con un 17,5%. Eso se explica por el hecho de que es en estas edades cuando ocurre el brote de los terceros molares y es en ellos donde con mayor frecuencia ocurre esta afección, coincidiendo con lo planteado por Peltroche-Llacdsahuanca, Reichhart, Schmitt y Lutticken (16), que este proceso infeccioso es propio de la segunda y tercera década de la vida y ocasionalmente aparece en otras etapas.

TABLA No 2: Tipos de urgencias en la clínica de Cirugía según sexo.
Facultad de estomatología de Ibb, Yemen. Marzo 2006-2008.

TIPO DE URGENCIAS	SEXO					
	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%
Alveolitis	17	7,1	28	11,7	45	18,8
Trauma dentario	25	10,4	10	4,2	35	14,6
Pericoronitis	24	10,0	32	13,3	56	23,3
Disfunción y Dolor ATM	32	13,3	45	18,8	77	32,1
Hemorragia postextracción	10	4,2	17	7,1	27	11,3
TOTAL	108	45,0	132	55,0	240	100

En la tabla No. 2 presentamos los tipos de urgencias estomatológicas según sexo. En ella se observa que el sexo femenino fue predominante en todos los tipos de urgencias excepto el trauma dentario, que fue mas frecuente entre los hombres. Estos resultados se deben a que, como habíamos señalado antes, el sexo femenino fue el que predominó en nuestro estudio, además de que por los cambios hormonales que ocurren en su cuerpo, son más susceptibles a las enfermedades como la caries dental, fundamentalmente durante el embarazo y la lactancia donde hay un aumento de secreción de muchas hormonas como la tiroxina, las suprarrenales, sexuales y la paratormona, esta última especialmente por las implicaciones que tiene en el metabolismo del calcio y el fosfato; la demanda creciente de estos elementos por el feto, hacen que esta hormona extraiga calcio de estructuras óseas y dentarias, si a esto se añade un insuficiente aporte con la dieta provoca mayor descalcificación de las estructuras óseas, lo que unido a una higiene inadecuada aumenta el riesgo para que se produzcan caries dentales.

Los traumas dentales fueron más frecuentes en el sexo masculino (10,4%) en relación al femenino (4,2%). Estos resultados pueden deberse a que los varones están más sometidos que las hembras a factores de riesgo como juegos, peleas y acrobacias que hacen en su cotidianidad aún en las edades más tempranas de la vida.

La Pericoronitis predominó ligeramente en el sexo femenino (13,3%) sobre el sexo masculino (10,0%). Esta diferencia aunque no es muy significativa puede deberse a que los hombres tienen mayor desarrollo Maxilar que las mujeres y por tanto más espacio para el brote de los dientes, fundamentalmente los terceros molares, que es donde más frecuente se observa esta enfermedad, lo que coincide con los estudios realizados por el profesor de Cirugía de Buenos Aires, Ríes Centeno (17) y con el trabajo de tesis de la MsC. Socarrás Díaz (18) pero difieren con el del Dr. Carlos Cabrejas que da un ligero predominio para el sexo masculino (19).

La disfunción y dolor de la ATM afectó más el sexo femenino (18,8%) que el masculino (13,3%) resultado que puede deberse a que son las mujeres las más afectadas por las enfermedades bucales y por ende las que peores consecuencias tienen, como restos radiculares, dientes perdidos, maloclusiones, que son algunas de las causas mas importantes de estos trastornos. Según otros autores, las afecciones de la ATM afectan con mayor frecuencia al sexo femenino, en una relación de 4:1 y de 2:1 (20).

Otros estudios precisan que las mujeres de edades comprendidas entre los 25 y los 35 años presentan disfunción cráneo – mandibular con más asiduidad. Al parecer la condición estrogénica de las mujeres hace que este grupo de población sea uno de los más afectados, aunque deben darse otros factores de oclusión y parafunción mandibular. Estos resultados son similares a los obtenidos por los Dres Jiménez y Matsumoto en relación al sexo más afectado (21, 22).

TABLA No 3: Tipos de urgencias en la clínica de Cirugía según nivel educacional. Facultad de estomatología de Ibb, Yemen. Marzo 2006-2008.

TIPO DE URGENCIAS	NIVEL EDUCACIONAL									
	Primaria		Secundaria		Medio Sup		Universitario		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Alveolitis	28	11,7	10	4,2	5	2,1	2	0,8	45	18,8
Trauma dentario	17	7,1	9	3,7	6	2,5	3	1,3	35	14,6
Pericoronitis	24	10,0	10	4,2	13	5,4	9	3,7	56	23,3
Disfunción y Dolor ATM	41	17,1	17	7,1	18	7,5	1	0,4	77	32,1
Hemorragia postextracción	9	3,7	8	3,3	9	3,7	1	0,4	27	11,3
TOTAL	119	49,6	54	22,5	51	21,2	16	6,7	240	100

En la tabla No. 3 evaluamos los pacientes que acudieron con urgencias a la clínica de Cirugía según nivel educacional, donde pudimos observar que predominó el nivel educacional de primaria con un 49,6%, casi la mitad de la muestra examinada. En el estudio, sólo 75 pacientes eran universitarios (6,7%). Estos resultados pueden estar dados por el sistema imperante en este país donde la educación no está entre los programas priorizados del estado y tampoco es una prioridad de la familia donde habitualmente, por ser bastante numerosa, desde edades tempranas los padres estimulan a sus hijos varones a trabajar y a las hembras a contraer matrimonio. El bajo nivel de escolaridad no determina en la aparición de una enfermedad, sin embargo el escaso nivel intelectual si influye de forma negativa ya que estos pacientes serán pocos receptivos ante las actividades orientadas para mantener una adecuada salud bucodental.

En nuestra investigación, los pacientes con menor nivel de instrucción estaban más afectados que los que tenían un alto nivel de instrucción. El hecho de que el grupo universitario fuese el menos afectado, demuestra que mientras más alto sea el nivel de instrucción de las personas, serán más capaces de interpretar, entender y concienciar

los mensajes de orientación sobre promoción y prevención de salud pudiendo influir en el mantenimiento de una buena salud bucal, por tanto estará menos expuesto a factores de riesgo y por ende a padecer enfermedades. La Dra. Aldereguía plantea que una baja escolaridad puede exponer al individuo a la enfermedad, mientras que la alta escolaridad lo protege de riesgos específicos para su salud, permitiéndole una vida más higiénica, disciplinada y sistemática, ya que amplia los aspectos cognoscitivos de la imagen del mundo y por consiguiente de la salud y la enfermedad, así como una mayor capacidad para poder orientarse y autorregular su comportamiento (23, 24).

CONCLUSIONES:

1. En la clínica de cirugía fue predominante el sexo femenino y el grupo de edad de 19 – 34 años.
2. Los tipos de urgencias que predominaron fueron:
    - El síndrome de dolor disfunción de la ATM.
    - La Pericoronitis.
    - La alveolitis.
3. El nivel escolar de primaria fue predominante.

BIBLIOGRAFIA:

1. Pérez Andrés O. Nuevo enfoque de la interpretación del dolor en una pulpitis aguda. Revista Cubana de Estomatología.2000.37 (1): 62-66.

2. Hassan NAGM; Gunaid AA; El Khally FMY; Murray-Lyon IM. The subjective effects of chewing Qat leaves in human volunteers. Annals of Saudi Medicine 22(1-2):34-37, 2002.

3. Numan N. Exploration of adverse psychological symptoms in Yemeni khat users by the Symptoms Checklist-90 (SCL-90). Addiction. 2004;99:61-65.

4. Ali AA, Al-Sharabi AK, Aguirre JM, Nahas R. A study of 342 oral keratotic white lesions induced by qat chewing among 2500 Yemeni. J Oral Pathol Med. 2004;33:368-372.

5. Ai-Dubai W; Al-Habori M; Al-Geiry A. Human khat (Catha edulis) chewers have elevated plasma leptin and nonesterified fatty acids. Nutrition Research 26(12): 632-

636, 2006.
6. Al-Motarreb A; Baker K; Broadley KJ. Khat: Pharmacological and medical aspects and its social use in Yemen. (review). Phytotherapy 16(5): 403-413, 2002.
7. Pantelis C, Hindler ChG, Taylor JC. Use and abuse of khat (Catha edulis): a review of the distribution, pharmacology, side effects and a description of psychosis attributed to khat chewing. Psychological Medicine,2000 v19: 657-668.
8. Cox G, Rampes H. Adverse effects of khat: a review. Advances in Psychiatric Treatment (2003), vol. 9, 456–463.
9. Ghanem S, Zindani J, Zindani Z. Yemen observer. Feb 2008. Qat: the plague of Yemen. Posted in: Sports, Health & Lifestyle.
10. Rodríguez Calzadilla A, Valiente Zaldívar C. Vigilancia epidemiológica del estado de salud bucal. *Rev. Cubana Estomatol* Mayo – Ago 1999, vol. 36, No. 2, p.158 -170. ISSN 0034 – 7507.
11. Colectivo de autores. Guías prácticas clínicas de caries dental. Guías practicas de Estomatología. Editorial Ciencias Médicas. La Habana. 2003.
12. Magnusson T., Egermark J., Carlsson GE. A longitudinal epidemiological study of signs and symptoms of temporomandibular disorders from 15 to 35 years of age. J Orofacial Pain 2000;14(4):310.
13. Okeson JP. Oclusión y afecciones temporomandibulares. 3ra ed. Madrid: Mosby; 1995.
14. Carlsson GE, Johansson A, Wendel A. Manejo clínico de niños con patología disfuncional de ATM y discusión sobre la relación entre ortodoncia y la disfunción craneomandibular. Rev Ortodoncia Clínica 2001; 4 (4):198, 199.
15. Salomón Barrios OB, Oclusión y trastornos temporomandibulares en Estudiantes de Estomatología [(Trabajo para optar por el título de Especialista de Primer Grado en Prótesis Estomatológica)]. 2003. FCM ”Mariana Grajales Coello”, Holguín.
16. Peltroche-Llacsahuanga H, Reichhart E, Schmitt W, Lutticken R, Haase G. Investigation of infectious organisms causing pericoronitis of the mandibular third molars. J Oral Maxillofac Surg 2000; 58(6);611-6
17. Ries Centeno GA. Cirugía Bucal. Buenos Aires: El ateneo, 1987.

18. Socarrás Díaz, L. Incidencia de la Pericoronaritis en pacientes atendidos en la consulta estomatológica. Cojimar.Abril 2006 – 2007. Trabajo para optar por el título de Master en Urgencia estomatológicas. 2008.
19. Cabreja Hernández C, Díaz Valladares I, Fernández Medina O. Prevalencia de los terceros molares retenidos en alumnos de la Facultad de Estomatología del Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana. Rev Cubana Estomatol 2003;27(3):313-21
20. Martínez B, Bagan JV, Fons A, Poveda R. Osteoarthrosis of the temporomandibular joint. A clinical an radiological study of 16 patients. Med Oral. 2004 Mar- Apr;9(2):110-15, 106-10
21. Jiménez Castellanos BE, López LM. La prótesis dental en Gerontología geriátrica. La atención Odontológica integral de edad avanzada. Madrid, editorial IM&C, 2000 353-360.
22. Matsumoto Ma, . Matsumoto W, Bolognese AM. Study of the signs and symptoms of temporomandibular dysfunctions individuals with normal occlusion and malocclusion. Cranio 2002;20(4):274-81
23. Nancy RD, Aldereguía HJ. Medicina Social Salud Pública en Cuba. La Habana. Editorial Pueblo y Educación. 2000.
24. Colectivo de autores. Lecturas de Filosofía, Salud y Sociedad. La Habana: Ed. Ciencias Médicas; 2000.p.32-43, 294-332.

OSTEOMIELITIS MANDIBULAR COMO COMPLICACIÓN DE LA ENFERMEDAD DE ALBERS-SCHÖNBERG. A PROPÓSITO DE UN CASO.

AUTORES:

- Dra. Denia Morales Navarro
  Especialista de primer grado en Cirugía Maxilofacial
  Instructora Facultad de Estomatología ISCM-H
  Hospital “Gral.Calixto García”
  Dirección: Calle 3ra. #214 e/n Fomento y Albear. Cerro. Ciudad de La Habana.
  Teléfono: 6 413009
  Correo: deniamorales@infomed.sld.cu
- Dr. Juan Carlos Lazo
  Especialista de primer grado en Cirugía Maxilofacial
  Diplomado en oncología de cabeza y cuello
  Hospital “Gral.Calixto García”
- Dra. Liliana Rodríguez Lay
  Especialista de primer grado en Cirugía Maxilofacial
  Instructora Facultad de Estomatología ISCM-H
  Hospital “Gral.Calixto García”
  Calle 26 #211 apto 4 e/n 17 y 19. Plaza de la Revolución. Ciudad de La Habana
  Teléfono: 8309087
  Correo: liliana.rlay@infomed.sld.cu

Resumen

La Enfermedad de Albers-Schönberg u osteopetrosis es un raro padecimiento óseo. La osteomielitis mandibular es una infrecuente complicación de esta enfermedad. Presentamos un caso clínico de osteopetrosis complicada con osteomielitis mandibular posterior a una extracción dentaria. El paciente fue tratado con terapia antimicrobiana, exéresis del hueso necrótico y oxígeno hiperbárico observándose una buena recuperación postoperatoria.

Palabras clave: Enfermedad de Albers-Schönberg, Osteopetrosis, osteomielitis, mandíbula

Abstract

Albers-Schönberg disease, or autosomal dominant osteopetrosis, is the most common form of the rare disease, osteopetrosis. Mandibular osteomyelitis is a rare complication of the disease. We report a case of osteopetrosis, complicated by osteomyelitis of the jaws. The patient developed osteomyelitis after dental extraction. The case was treated with intravenous antibiotic therapy, debridement of necrotic bone and hyperbaric oxygen therapy.

Keywords: Albers-Schönberg disease, Osteopetrosis, osteomyelitis, mandibular bone.

Introducción

La Osteopetrosis fue descrita por primera vez por el radiólogo Albers- Schönberg, in 1904. El nombre de hueso pétreo fue dado por Karshner en 1926. Esta condición es también conocida como “la enfermedad de los huesos marmóleos” o “osteosclerosis fragilis generalisata”. La prevalencia está estimada en alrededor de 0.005% de la población [1].

La osteopetrosis (OP) es un raro desorden genético causado por una reabsorción ósea aberrante mediada por los osteoclastos. Existe una formación ósea normal con un fallo en la reabsorción fisiológica, derivándose en una esclerosis ósea generalizada y una reducción del hueso esponjoso. Esta enfermedad exhibe un vasto espectro de expresiones clínicas, fisiológicas y genotípicas. La incidencia de la osteopetrosis se encuentra en el rango de 1 en 100,000 a 1 en 500,000. El hueso en estos pacientes tiende a presentar un compromiso del aporte vascular y, por tanto, la infección local es más propensa a desarrollar osteomielitis, una conocida complicación que presenta un 10% de los casos [2].

La osteopetrosis es dividida generalmente en 3 tipos: (1) la forma severa maligna infantil autosómica recesiva; (2) forma intermedia autosómica recesiva; y (3) autosómica dominante (adulta benigna) [3].

Por lo infrecuente e interesante de la presentación clínica actual de una osteomielitis, más aún en un hueso osteopetrósico; el reto que constituye su diagnóstico y el complejo manejo terapéutico, nos sentimos motivados a presentar este caso clínico.

Presentación del caso

Se trata de un paciente masculino de 30 años de edad con diagnóstico previo de Enfermedad de Albers- Schönberg de tipo adulta benigna. El paciente acude a consulta refiriendo haberse realizado la exodoncia del 46 once meses atrás, a partir de lo cual presentó aumento de volumen facial y dolor de intensidad variable con períodos de agudización, que le motivaron acudir a otros centros médicos de atención, donde se le indicó tratamiento con antimicrobianos de diferente tipo y al no resolver el cuadro clínico acude al nuestro, donde se decide el estudio del caso.

El examen físico facial reveló la presencia de asimetría facial por aumento de volumen de la región mandibular derecha (**Fig.1**), con hipertermia local y dolor a la palpación. Igualmente se detectó una fístula cutánea activa en la región submandibular de ese lado (**Fig.2**).

Al examen físico bucal se observó que se trataba de un paciente desdentado parcial, con ausencia clínica de varios dientes, detectándose en la zona de exodoncia del 46 la presencia de secreciones purulentas abundantes y fétidas (**Fig.3**).

Se decide realizar cultivo y antibiograma de las secreciones, describiéndose la presencia de un estafilococo cuagulasa positivo e instaurándose tratamiento con antimicrobianos.

El examen imagenológico mostró un aumento de la radiopacidad tanto de la mandíbula como del maxilar, con la presencia de múltiples retenciones dentarias, a predominio de la región molar. A nivel del alveolo del 46 se visualizó la presencia de un área radiolúcida irregular con zonas radiopacas que se extendía hasta distal del 43 (**Fig.4**).

El estudio imagenológico de las extremidades confirmó el aumento de la radiopacidad en los huesos largos del esqueleto (**Fig.5**).

La asociación de los datos recogidos a través de la anamnesis, examen físico y medios auxiliares de diagnóstico, nos permitió establecer el diagnóstico de osteomielitis mandibular de origen odontogénico (posterior a la exodoncia del 46).

Se decide realizar un tratamiento médico quirúrgico, encaminado a la administración de antimicrobianos y la exéresis quirúrgica del fragmento óseo necrótico y séptico, manteniendo el hueso basal mandibular, que no estaba afectado, y con el sacrificio del 47(cariado), y del 45 y 44. Durante el acto quirúrgico se produjo una fractura mandibular del hueso basal remanente previamente debilitado por la ostectomía. Se decide colocar una placa de reconstrucción mandibular para coadyuvar al mantenimiento del contorno externo mandibular e inmovilizar la fractura patológica (**Fig.6 y 7**).

En el postoperatorio se mantuvo el tratamiento antimicrobiano, curas locales de la herida quirúrgica y terapia de oxígeno hiperbárico, que llevaron al control de las secreciones purulentas persistentes en el área quirúrgica y a una exitosa recuperación del paciente.

Discusión

La forma autosómica dominante de la Enfermedad de Albers- Schönberg, es la variante más común, y en ella los pacientes se mantienen asintomáticos y conservan una vida normal, hasta que desarrollan complicaciones como la osteomielitis o las fracturas, que se ven favorecidas por la presencia de una estructura ósea débil asociada con un hueso pobremente organizado, la persistencia de acúmulos de hueso inmaduro y de cartílago calcificado [4-6].

La osteomielitis de los maxilares puede ocurrir después de infecciones de origen dental o tratamientos de cirugía bucal y constituye una infección potencialmente mortal que afecta con más frecuencia la mandíbula, seguida por el maxilar, la escápula y los huesos de las extremidades. La osteomielitis secundaria a la osteopetrosis aparece en un 10% de estos casos y tiende a ser refractaria debido al aporte sanguíneo reducido y la acompañante anemia y neutropenia. Su incidencia ha sido dramáticamente reducida desde la introducción de los antibióticos [7, 8].

Cuando ocurre la muerte pulpar y aparecen problemas sépticos periapicales o es necesario aplicar tratamientos quirúrgicos, el peligro de aparición de osteomielitis en pacientes con osteopetrosis es considerablemente mayor [9, 10].

El diagnóstico radiográfico de osteopetrosis se caracteriza por un aumento difuso de la densidad ósea. Otros hallazgos incluyen la ausencia del espacio medular, ensanchamiento de las metáfisis, “hueso dentro de hueso” y esclerosis craneal. Los senos perinasales pueden estar pobremente formados u obliterados y se detectan múltiples retenciones dentarias [11].

La osteomielitis es una enfermedad inflamatoria infecciosa producida por gérmenes piógenos. Casi cualquier microorganismo puede ser un factor etiológico, aunque estafilococos y estreptococos son identificados más a menudo [12-16].

En la osteomielitis el espacio de la médula ósea está ocupado por un exudado purulento. Las trabéculas óseas muestran actividad osteoblástica reducida e incremento de la resorción osteoclástica [17-19].

En áreas de necrosis ósea (secuestro), los osteocitos se pierden y la médula ósea sufre licuefacción [20].

Los hallazgos clínicos en la osteomielitis incluyen dolor, inflamación y supuración, como en el caso en cuestión. Los signos varían en intensidad. La lesión puede comenzar de forma insidiosa y pueden ocurrir períodos de agudización en su curso crónico. El grado y duración de los síntomas dependen de varios factores entre los cuales está el organismo causal y su virulencia, la presencia de una enfermedad de base y el estado del sistema inmune del paciente [21-23].

A pesar que el diagnóstico es certero, el tratamiento es complejo y necesita ser individualizado. El régimen de tratamiento para la osteomielitis, como complicación de la osteopetrosis, incluye altas dosis de antimicrobianos sistémicos asociadas al debridamiento del hueso necrótico y al cierre primario de los tejidos blandos si es posible. La individualización del tratamiento antibiótico depende de los resultados de los cultivos y antibiogramas realizados de las secreciones purulentas en cada caso [3], como en este que presentamos.

La resección y utilización de terapia con oxígeno hiperbárico, en el tratamiento de la osteomielitis secundaria a osteopetrosis, han sido reportadas como exitosos y por tanto decidimos emplearla como parte del plan de tratamiento.

El principio terapéutico de la medicina hiperbárica reside en el incremento de la presión parcial del oxígeno en los tejidos. La presión parcial de oxígeno alcanzable mediante ésta terapia es muy superior a la que se conseguiría respirando oxígeno puro en condiciones normobáricas. Un efecto asociado es el incremento de capacidad de transporte de oxígeno de la sangre. En condiciones de presión atmosférica el transporte de oxígeno está limitado por la capacidad de la hemoglobina de los glóbulos rojos para ligarse con el oxígeno, siendo muy pequeña la cantidad del mismo transportada por el plasma sanguíneo. La hemoglobina se encuentra ya prácticamente saturada de oxígeno en condiciones normales, por lo que no hay ganancia en este aspecto, pero el oxígeno transportado por el plasma en condiciones hiperbáricas se incrementa notablemente.

El oxígeno hiperbárico puede ser útil para promover la cicatrización de las heridas, incrementar las concentraciones efectivas de antibiótico y aumentar la actividad fibroblástica y leucocítica. La dosis recomendada de oxígeno hiperbárico es de 80 horas

a presiones por debajo de las 2 atmósferas, 2 horas diarias. Los injertos libres óseos no son aconsejados porque el aporte sanguíneo del tejido está comprometido [4].

Si tomamos en cuenta la ausencia de dolor en el postoperatorio, podemos considerar la primera etapa de este tratamiento como exitosa, ya que el dolor desde el punto de vista de la paciente es lo más relevante de su enfermedad; es uno de los factores que más altera su condición, su calidad de vida y su estado psicológico. Una posterior rehabilitación protésica asegurará el completamiento del plan de tratamiento y la restitución total del funcionalismo buco facial.

Conclusiones

En la actual era de los antibióticos cada vez es más infrecuente el diagnóstico de una osteomielitis, pero lo es aún más el diagnóstico de esta asociada a una osteopetrosis de base, por lo que resulta de gran valor la presentación de este tipo de casos.

La cirugía en un paciente osteopetrósico debe ser realizada con precaución. Con cada intervención este paciente tiene menor capacidad de curar y la cicatrización se torna larga. Debido a que el aporte vascular de la mandíbula proviene del periostio, este debe ser mínimamente maltratado para prevenir la progresión de la enfermedad. Las intervenciones quirúrgicas deben limitarse a las extracciones necesarias con cobertura antibiótica, incisiones y drenajes y posibles debridamientos paliativos. Para minimizar la incidencia de osteomielitis en pacientes con osteopetrosis, estos deben encargarse de mantener una buena higiene y salud bucal. Los tratamientos dentarios conservadores deben priorizarse sobre los tratamientos quirúrgicos para minimizar el riesgo de osteomielitis.

Referencias bibliográficas

1. Stark Z, Savarirayan R. Osteopetrosis. Orphanet journal of rare diseases 2009; 4(5).
2. Yamada T, Mishima K, Imura H, Ueno T, Matsumura T, Moritani N, Sugahara T. Osteomyelitis of the mandible secondary to infantile osteopetrosis: A case report. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology 2009;107(6): e25-e29.

3. Portela Albuquerque MA, Santana Melo E, Waldyr AJ, Gusmão Paraiso M. Osteomyelitis of the mandible associated with autosomal dominant osteopetrosis: A case report. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology 2006; 102(1): 94-8.
4. Chattopadhyay P, Kundu AK, Saha AK, Karthak RO. Mandibular osteomyelitis and multiple skeletal complications in Albers-Schönberg disease. Singapore Med J 2008; 49(9): e229.
5. Er N, Kasabog lu O, Atabek A, Öktemer K, Akkocaog lu M. Topical Phenytoin Treatment in Bimaxillary Osteomyelitis Secondary to Infantile Osteopetrosis: Report of a Case. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 2006; 64(7): 1160-4.
6. Barry CP, Ryan CD, Stassen FA. Osteomyelitis of the Maxilla Secondary to Osteopetrosis: A Report of 2 Cases in Sisters. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 2007; 65(1): 144-7.
7. Junquera L, Rodríguez-Recio C, P Villarreal, García-Consuegra L. Autosomal dominant osteopetrosis and maxillomandibular osteomielitis. American Journal of Otolaryngology 2005; 26(4): 275-8.
8. Satomura K, Kon M, Tokuyama R, Tomonari M, Takechi M, Yuasa T, Tatehara S. Osteopetrosis complicated by osteomyelitis of the mandible: a case report including characterization of the osteopetrotic bone. International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 2007; 36(1): 86-93.
9. Roopashri RK, Gopakumar R, Subhas BG. Osteomyelitis in infantile osteopetrosis: A case report with review of literature. Journal of indian society of pedodontics and preventive dentistry 2008; 26 (7): 125-8.
10. Krithika C, Neelakandan R, Sivapathasundaram B, Koteeswaran D. Osteopetrosis-associated osteomyelitis of the jaws: a report of 4 cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2009; 108: e56-e65.
11. Ahmad I, Abbas SZ, Haque F, Rashid M, Ahmad SA. Osteomyelitis of mandible-a rare presentation of osteopetrosis. Ind J Radiol Imag 2006; 162: 253-6.

12. Frid P, Tornes K, Nielsen Ø, Skaug N. Primary chronic osteomyelitis of the jaw—a microbial investigation using cultivation and DNA analysis: a pilot study. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology 2009; 107(5): 641-7.
13. Martínez TC, Salazar Fernández C, Regalado R, Rollón Mayordomo A, Marín Lapeira Y. Tratamiento de la osteomielitis esclerosante difusa con roxitromicina a largo plazo: a propósito de un caso. Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac 2005; 27(6).
14. Ariji Y, Izumi M, Gotoh M, Naitoh M, Katoh M. MRI features of mandibular osteomyelitis: practical criteria based on an association with conventional radiography features and clinical classification. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology 2008; 105(4): 503-11.
15. Antony B, Thomas S, Chandrashekar SC, Kumar MS, Kumar V. Osteomyelitis of the mandible due to Aggregatibacter (Actinobacillus) actinomycetemcomitans Indian journal of pathology and microbiology 2009; 52(1): 115-6.
16. Rokadiya S, Malden NJ. An implant periapical lesion leading to acute osteomyelitis with isolation of Staphylococcus aureus. British Dental Journal 2008; 205(9): 489-91.
17. Güzeldemir E, Toygar HU, Boga C, Bal N. Mandibular osteomyelitis developing due to a failed root canal treatment in a patient with multiple myeloma. Gülhane Týp Dergisi 2007; 49: 264-7.
18. Wakasaya Y, Watanabe M, Tomiyama M, Suzuki C. An unusual case of chronic relapsing tetanus associated with mandibular osteomyelitis. Inter Med 2009; 48: 1311-3.
19. Yamazaki Y, Satoh Ch, Ishikawa M, Notani K. Remarkable response of juvenile diffuse sclerosing osteomyelitis of mandible to pamidronate. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology 2007; 104(1): 67-71.
20. Tuzuner-Oncul AM, Ungor C, Dede U, Kisnisci RS. Methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA) osteomyelitis of the mandible. Oral Surgery,

Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology 2009; 107(6): e1-e4.

21. Meer S, Coleman H, Altini M, Alexander T. Mandibular osteomyelitis and tooth exfoliation following zoster-CMV co-infection. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology 2006; 101(1): 70-5.
22. Suei Y, Taguchi A, Tanimoto K. Diagnosis and classification of mandibular osteomyelitis. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology 2005; 100(2): 207-14.
23. Taori KB, Solanke R, Mahajan SM, Rangankar V, Saini T. CT evaluation of mandibular osteomyelitis. Ind J Radiol Imag 2005; 15(4):447-51.

Anexos

Fig. 1y 2. Vista facial preoperatoria

Fig.3. Vista bucal preoperatoria

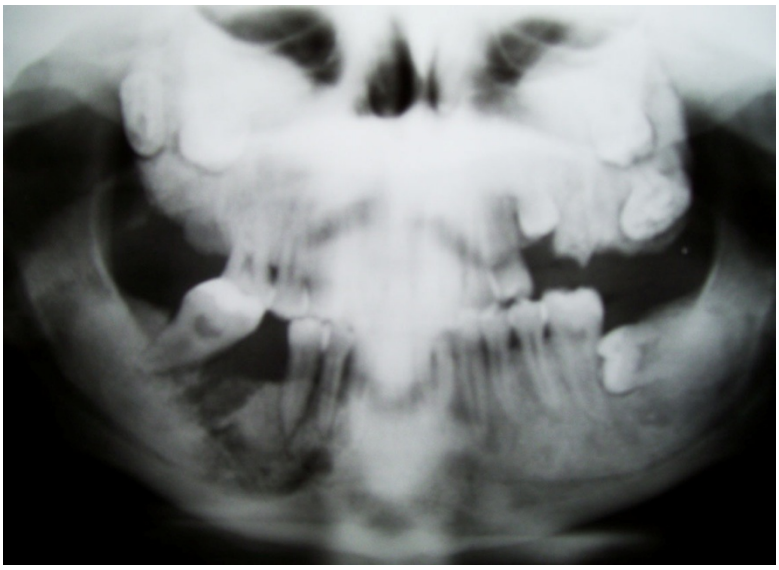


Fig. 4. Ortopantomografía preoperatoria

Fig.5. Obsérvese el aumento de la radiopacidad en los huesos largos del esqueleto

Fig.6. Vista facial postoperatoria a los 15 días

Fig.7. Vista imagenológica extraoral postoperatoria. Nótese adicionalmente el aumento de la radiopacidad de la base del cráneo, cuerpos vertebrales y maxilar

OSTEONECROSIS DE LOS MAXILARES ASOCIADA AL USO DE BISFOSFONATOS

Prof. Dr. Carlos Eduardo X. S. Ribeiro da Silva - Prof. Dr. de la Disciplina de Estomatología de UNISA
dreduardosilva@terra.com.br, Universidade de Santo Amaro, Rua Pelotas, 358 – Vila Mariana, São Paulo, Brasil, CEP 04012-010, (55) 11 5571-1736
Pacca, F.O.T.; Cerri, A.; Rodriguez, A. C.

Los bisfosfonatos son drogas generalmente prescritas a pacientes con osteoporosis, cáncer con metástasis óseas o Enfermedad ósea de Paget. Su principal función es la inhibición de osteoclastos, que causa el desequilibrio del proceso de remodelación ósea, así como provoca hipovascularización local. Recientemente, se descubrió una seria complicación en razón de su uso, que afecta los huesos maxilares y es llamada de Osteonecrosis de los Maxilares asociada al uso de Bisfosfonatos. Clínicamente se presenta como exposición de tejido óseo necrótico en la cavidad oral, de superficie amarillenta y que, al sufrir infección secundaria, produce sintomatología extremadamente dolorosa. Aún no existe una forma de tratamiento basada en evidencias, siendo realizado mediante las experiencias clínicas de cada profesional. Generalmente se realiza desbridamiento quirúrgico de la región y antibioticoterapia. Este artículo tiene como objetivo presentar el relato de 5 casos de pacientes portadores de cáncer de mama y metástasis óseas, que al usar Ácido Zoledrónico presentaron ocurrencias de necrosis óseas en el maxilar y mandíbula.

PALABRAS CLAVES: Osteonecrosis de los maxilares, Bisfosfonatos, Quirurgia

1 INTRODUCION

El conocimiento de los efectos adversos de medicamentos tiene fundamental importancia en la elección de las drogas a ser empleadas. Sin embargo, no siempre se tiene el conocimiento total de los posibles efectos indeseables de los fármacos indicados para determinadas enfermedades. Así, la asociación causal entre un fármaco y su efecto adverso puede ser observada varios años después de la liberación de su uso.

Es imprescindible que el profesional realice una minuciosa anamnesis para el conocimiento de la condición de la salud general del paciente y también de eventuales terapias

medicamentosas en uso por motivos médicos. Es común en los pacientes que buscan atención odontológica el uso de fármacos, situación que requiere especial atención y conocimiento por parte del cirujano dentista. Algunos de esos fármacos pueden interferir y alterar directamente en el diagnóstico, el plan de tratamiento o incluso el pronóstico del tratamiento.

Los bisfosfonatos (BFS) son una clase de medicamentos muy utilizados en el tratamiento de la osteoporosis[23], enfermedad de Paget[20] del hueso y también asociados a la quimioterapia para el tratamiento de hipercalcemia secundaria y algunos tumores malignos[12,19]. La eficacia clínica de los bisfosfonatos en el tratamiento de osteopenia y osteoporosis es reconocida y esto es reflejado en el número de 190 millones de prescripciones médicas realizadas en todo el mundo[4.]

Actualmente, existe una extensa discusión en la literatura científica sobre una posible relación entre el uso de bisfosfonatos y el surgimiento de casos de osteonecrosis avascular después de intervenciones quirúrgicas como exodoncias o cirugías que involucren tejido óseo en maxila y mandíbula y hasta incluso en pacientes sin historia de sometimiento a tales procedimientos[23,3,17]. Basado en informaciones del fabricante del alendronato, por ejemplo, la incidencia de osteonecrosis asociada al uso de bisfosfonatos es de 1 entre 143.000 personas / año sometidas a tratamiento odontológico[19].

El tejido óseo adulto es caracterizado por la presencia de fosfato y calcio, en la forma de cristales de hidroxiapatita [Ca10 (PO4)6(OH)2], que incluye en su estructura otros iones y sales, siendo el principal componente mineral constituyente del hueso y el elemento esencial responsable por la función de apoyo mecánico[9].

Debido a la dinámica del tejido óseo, este es continuamente reabsorbido por la actividad osteoclástica y sustituido por la actividad osteoblástica, ambas reguladas por factores sistémicos y locales[9].

Los bisfosfonatos son agentes inhibidores de la acción osteoclástica, con capacidad de alterar el proceso de reabsorción ósea. Su utilización incluye principalmente la inhibición de la reabsorción ósea asociada a la osteoporosis y la hipercalcemia asociada a la diseminación ósea de neoplasias malignas (especialmente mieloma múltiplo y cánceres metastáticos para el hueso). Aunque existan diversos grupos de bisfosfonatos, la utilización de cada droga depende de sus características químicas, potencial de efectividad y forma de presentación. De las drogas de ese grupo, el alendronato (Fosamax®) es la más conocida y ha sido administrada por vía oral en el control de la osteoporosis. El pamidronato (Aredia®) y el ácido zoledrónico

(Zometa®), ambos de utilización intravenosa, son las formas más usadas en el control de pacientes con cáncer metastático para los huesos.

Este trabajo tiene como objetivo alertar al cirujano dentista sobre el riesgo del desarrollo de osteonecrosis avascular después de procedimientos quirúrgicos en maxila y mandíbula de pacientes que están bajo tratamiento con bisfosfonatos.

2 OBJETIVOS

Presentar casos de tratamiento de la osteonecrosis con debridamiento simples hasta procedimientos quirúrgicos para la remoción de toda la pieza ósea involucrada y orientaciones para el médico oncólogo, el Cirujano Dentista y el Bucomaxilofacial que tratan estos pacientes.

3 REVISIÓN DE LA LITERATURA

Complicaciones orales resultantes de tratamientos medicamentosos vienen siendo un tema de gran desafío para clínicos e investigaciones en las últimas décadas. Debido a los avances en la medicina y el creciente número de fármacos utilizados, el potencial de posibles efectos adversos con complicaciones orales se ha multiplicado[5].

A partir de 2003, varios relatos de casos comenzaron a ser publicados en la literatura sobre una complicación seria posiblemente inducida por medicamento: osteonecrosis de maxila y mandíbula relacionada al uso de bisfosfonatos (OAB) como pamidronato y zoledronato[15.]

Los bisfosfonatos tienen indicaciones de uso en tratamientos de pacientes con osteoporosis, osteopenia, hipercalcemia maligna, enfermedad de Paget del hueso, pacientes oncológicos presentando metástasis ósea[20], tratamiento de cáncer de mama y próstata con metástasis ósea, mieloma múltiplo, niños con osteogénesis imperfecta y osteoporosis juvenil idiopática o inducida por esteroides[15]. Recientemente, se ha sugerido también su uso en la reducción de la pérdida ósea asociada a la enfermedad periodontal[25.]

Los bisfosfonatos son estructuralmente análogos al pirosfosfato, un producto normal del metabolismo humano que, cuando sufre algunas modificaciones estructurales, da origen a diferentes generaciones de bisfosfonatos con distintos niveles de actividad[25].

La primera generación incluye el etidronato, la segunda comprende los aminobisfosfonatos, como el alendronato y el pamidronato, y la tercera generación posee una cadena cíclica, siendo sus representantes el risedronato y el zoledronato[25]. Las propiedades

anti-reabsortivas de los bisfosfonatos aumentan, aproximadamente, diez veces entre las generaciones de la droga[25].

Cerca de 50% de la dosis administrada se acumula en locales de mineralización ósea, permaneciendo en estos sitios por meses o años, hasta ocurrir la reabsorción. El fármaco, cuando es administrado por vía oral, sufre poca absorción, siendo ésta además afectada por la alimentación, particularmente por leche. Una vez libre en el plasma, es excretado, en su forma inalterada, por el riñón[22].

Los bisfosfonatos están altamente concentrados en los maxilares, pues tienen una mayor vascularización y mayor actividad celular que otros huesos, debido a su actividad diaria y presencia de dientes, necesitando de remodelaciones constantes alrededor del ligamento periodontal[16].

El etidronato, residronato y tiludronado son comúnmente indicados en los tratamientos de esas patologías y parecen no causar osteonecrosis. Esas drogas son bisfosfonatos no nitrogenados y son rápidamente metabolizados[14]. El pamidronato y zoledronato que son bisfosfonatos nitrogenados son más potentes y no son metabolizados tan rápido[13,14].

Las señales y síntomas de la osteonecrosis asociada al uso de bisfosfonatos son: ulceraciones irregulares de la mucosa con exposición ósea en la mandíbula o maxila, dolor o hinchazón en la región afectada, infección con presencia de exudación purulenta y sensaciones alteradas (empañamiento de la visión sensación de malestar).

Los bisfosfonatos pueden presentar reacciones adversas, la mayor parte enfocada en el sistema digestivo, tales como náuseas, vómitos, diarrea, esofagitis con posible evolución para el aparecimiento de úlceras esofágicas, además de dolores óseas, musculares, articulares y reacciones alérgicas[8].

La mayor serie de los casos encontrada en la literatura que relata 63 casos de osteonecrosis de los maxilares asociada al uso de bisfosfonatos. El diagnóstico más frecuente fue de mieloma múltiplo (28 pacientes), seguido de cáncer de mama (21 pacientes), cáncer de próstata (03 pacientes) y otras enfermedades malignas (05 pacientes). Siete pacientes también hacían uso de bisfosfonatos para tratamiento de osteoporosis, sin haber tenido diagnóstico de enfermedades malignas o haber pasado por quimioterapia. La maxila fue involucrada en 38% de los pacientes, siendo 19 casos de alcance y cinco con bilateral.

Ya la mandíbula fue involucrada en 63% de los pacientes, con 37 casos unilaterales y tres bilaterales. Un paciente tuvo todos los cuadrantes agredidos por lesiones óseas necróticas. El cuadro clínico más frecuente fue de dolor del tejido óseo expuesto en el local donde hubo

una extracción dentaria previa. Sin embargo, 14% de los pacientes no tenían historias de cualquier procedimiento dento-alveolar reciente. En el examen radiográfico, los autores observaron el hueso con aspecto manchado, formaciones de secuestros, sinusitis crónica y fístulas buco-sinusales. En seis pacientes, fueron verificadas imágenes de áreas osteolíticas antes de la extracción, sugiriendo afectación previa del hueso alveolar. En el examen microscópico, fue observado el hueso necrótico con restos bacterianos y tejido de granulación. Los autores realizaron cultura de material en que fueron identificados microorganismos integrantes de la microbiota oral normal. El tratamiento varió de debridamiento bajo anestesia local hasta procedimientos quirúrgicos para la remoción de toda la pieza ósea involucrada. La interrupción del uso del bisfosfonato no tuvo un gran impacto en la progresión del proceso. En cinco pacientes, la necrosis ósea no solo persistió, sino que también se desarrolló en otros sitios. [23]

Las causas de OAB todavía no son claras, pero parecen venir de una compleja interacción entre el metabolismo óseo, trauma local, infección, hipovascularización y el uso de los bisfosfonatos. Los pacientes que hacen uso de los bisfosfonatos administrados por vía parenteral parecen ser más susceptibles a OAB de lo que los tratados por vía oral. Factores sistémicos como diabetes mellitus, inmunosupresión, uso de otras medicaciones concomitantes, como agentes quimioterápicos y corticoesteróides también parecen tener relación con la manifestación de OAB[19].

Los factores de riesgo para desarrollo de OAB pueden ser modulados por la naturaleza de la droga, factores locales y sistémicos. La potencia del bisfosfonato y la duración del tratamiento son directamente proporcionales al aparecimiento de la OAB. Pacientes que hacen uso de BFS y son sometidos a cirugía dento-alveolar presentan riesgo siete veces mayor de adquirir OAB. La mandíbula suele ser más afectada que la maxila. Infecciones periodontales, periapicales y pericoronales predisponen a OAB. Pacientes fumadores, etilistas y con higiene oral deficiente también tienen riesgo aumentado de desarrollar OAB[2].

Los pacientes son considerados portadores de OAB cuando presentan tres características fundamentales: haber sido sometidos a tratamiento actual o previo con BFs; presentar osteonecrosis en la región maxilofacial por más de ocho semanas; no haber sido sometidos a radioterapia en los maxilares[2].

En las fases iniciales de la OAB, no se detectan manifestaciones radiográficas y normalmente los pacientes no presentan síntomas. Cuando la exposición ósea se vuelve más extensa, la señal clínica más común es la presencia de rugosidades en tejido blanco que

rodean el área del hueso necrosado, pudiendo haber indicios de infección secundaria. En estados más avanzados, los individuos pueden quejarse de dolor intenso, con áreas de parestesia[19].

Los pacientes que hacen uso de bisfosfonatos orales hace menos de tres años y no presentan factores de riesgo, no necesitan de ninguna alteración o demora en la planeación de un procedimiento quirúrgico oral. Sin embargo es sugerida la elaboración de un término de consentimiento informado que aclare el posible riesgo de manifestación de OAB[2].

Los pacientes que hacen uso de BFS orales hace más de tres años o asocian su uso con corticoesteróides, necesitan interrumpir la administración de los BFs por lo menos tres meses antes del procedimiento quirúrgico, debiendo volver a usarlo solo después de la cicatrización de los tejidos óseos involucrados. La confección de un término de consentimiento que aclare los posibles riesgos también es prudente[2].

El uso de antisépticos bucales, como la clorexidina a 0,12% antibioticoterapia sistémica, además de procedimientos quirúrgicos como legrado y resección óseas, han sido realizados como estrategias de tratamiento de OAB[2].

Vale resaltar, que por tratarse de un tratamiento médico, es el médico quien debe tomar decisiones sobre la conducta terapéutica relacionada al uso del bisfosfonato, incluyendo la descontinuación del uso de este medicamento. Sin embargo, es importante que haya interacción multidisciplinar entre las áreas médicas y odontológicas involucradas[20].

Además de eso, hay una fuerte recomendación de especialistas para los pacientes: aquellos que vayan a someterse a tratamientos con bisfosfonatos pasen antes por una evaluación odontológica, con el objetivo de propiciar al cirujano dentista la oportunidad de diagnosticar y tratar cualquier enfermedad en la cavidad bucal, realizar procedimientos quirúrgicos necesarios anteriormente al inicio de la terapia medicamentosa, y para que oriente al paciente para la realización de una efectiva higiene bucal[18].

3 MATERIAL E METODOS

Presentación de 4 casos de osteonecrosis de los maxilares asociada al uso de bisfosfonatos tratados con cirugía

3.1 Caso 1

Paciente MAP, género femenino, 58 años de edad, con historia médica de adenocarcinoma de mama izquierda en 2001, diagnosticado con 5 cm de diámetro. Fue realizada mastectomía izquierda radical, remoción de la cadena linfática axilar y radioterapia coadyuvante. Dos años después la paciente presentó otro nódulo de aproximadamente 3 cm de diámetro en la mama derecha, cuyo diagnóstico, después de una punción aspirativa, fue otro adenocarcinoma (segundo primario). Fue realizada también mastectomía radical con remoción de la cadena linfática axilar y radioterapia.
Tres años después del primer tumor, la paciente indicó dolores en la columna cuyas imágenes de la resonancia magnética demostraron la presencia de lesiones compatibles con metástasis óseas. Realizada la biopsia, se confirmó la sospecha clínica y se inició el tratamiento con Zometa®.

Durante el tratamiento todas las veces que las lesiones óseas demostraron estar controladas y el oncólogo suspendió el uso de Zometa®, estas regresaron de forma más agresiva. En diciembre de 2007, la paciente presentó una lesión ósea necrótica, en la región del molar superior izquierdo, con solución de continuidad en la cavidad oral y el seno maxilar, con la presencia de sinusopatia. Esta lesión era clínicamente compatible con osteonecrosis por bisfosfonato. La tomografía confirmó la necrosis ósea y la comunicación oroantral. La paciente fue sometida a resección del hueso necrótico de la maxila, irrigación con clorhexidina acuosa y suero fisiológico además de la fijación de tejido absorbible de reconstrucción para cierre de la fístula oroantral, bajo anestesia general. Fue realizado retazo palatino, con la preservación de la arteria palatina, con el fin de mantener la irrigación. El postoperatorio fue sin intercurrencias, con cierre completo de la mucosa en 15 días.

Figura 1a y 1b – Lesión ósea necrótica seis meses después de extracción dentaria

3.2 Caso 2

En mayo de 2008, la paciente presentó nueva área de necrosis en la maxila, región del canino que también fue operada. Realizada la remoción del elemento dental con resección en bloque del hueso alveolar, debridamiento, perforación, irrigación y relleno del defecto quirúrgico con injerto alógeno Ostin. La paciente se encuentra actualmente (Agosto de 2009) bajo seguimiento sin la evidencia de nuevas lesiones.

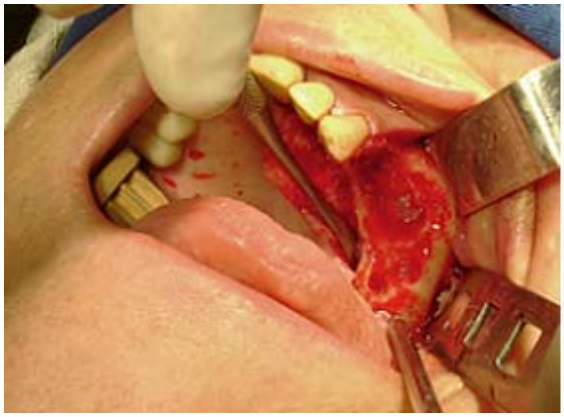


Figura 2a – Resección del hueso necrótico de la maxila

Figura 2b - Retazo palatino

3.3 Caso 3

Paciente JMF, género femenino, 51 años de edad. Historia médica de Adenocarcinoma de mama izquierda. Uso de Zometa® hace 3 años con diversos períodos de interrupción de la medicación. Presentó lesión con necrosis ósea en la región anterior de la mandíbula, afectando los dientes incisivo lateral inferior izquierdo, central inferior izquierdo, 1º premolar inferior izquierdo. Realizadas exodoncias y debridamiento del hueso necrótico, irrigación con clorexidina acuosa y suero fisiológico 0,9%, con cierre primario a través de retazo. Actualmente, se encuentra bajo control.

Figura 3a - Necrosis ósea en la región anterior de la mandíbula

Figura 3b - Exodoncias y debridamiento del hueso necrótico

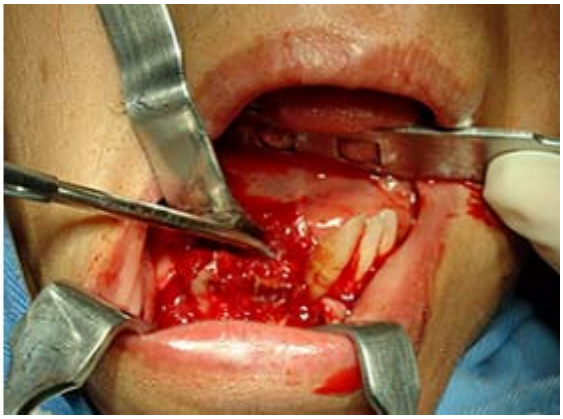


Figura 3c – Debridamiento con ampliación quirúrgica

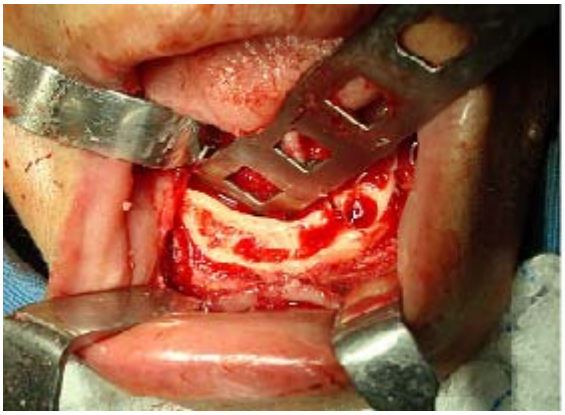


Figura 3d - Sutura

Figura 3e – Postoperatorio: Cicatrización después de 20 días

3.5 Caso 4

Paciente MS, género femenino, 68 años de edad. Cáncer de mama. Mastectomía radical de mama izquierda en 2005. Uso de Zometa® desde esta época hasta enero de 2008. Lesión necrótica en la mandíbula derecha con exposición de tejido óseo y dolor espontánea. Queja de gusto desagradable.

Tratada a través de legrado, irrigación y retazo muco periostal. Ocurrió cierre de la lesión en aproximadamente 20 días. La paciente fue a óbito en abril de 2008 por metástasis generalizadas.

Figura 5a – Lesión necrótica

Figura 5b – Postoperatorio

4 DISCUSIÓN

En la mayoría de los pacientes las lesiones iniciales ocurrieron después de extracción dentaria y las áreas involucradas siempre presentaron infección secundaria. Después del diagnóstico de osteonecrosis a través de biopsia, algunos pacientes fueron tratados bajo el mismo protocolo: debridamiento del tejido y remoción del secuestro óseo, obteniendo márgenes sangrantes para volverlas más accesibles a los antibióticos, preservando el hueso no necrótico, e irrigación local con yodopovidine o clorhexidina 12% y suero fisiológico 0,9%[12,16]. El secuestro óseo debe ser eliminado con legrado y auxilio de taladro regularizándose el hueso, promoviendo el cierre con la cobertura de los tejidos sanos, cuando sea posible. El tratamiento y control del dolor e infección deben ser hechos con analgésicos, antiinflamatorios y antibióticos y la higiene oral debe ser rigurosa, con el uso de gárgaras de clorhexidina 0,12%[21,24,10].

Algunos autores creen que es necesario discutir con el oncólogo del paciente, que presenta osteonecrosis, la posibilidad de suspender el uso de los bisfosfonatos[21,11]. Otros no ven razón para tal discontinuidad[17].

El debridamiento y cierre del hueso expuesto con retazo no fue efectivo, por desarrollar fístulas, causar dehiscencia y mayor exposición ósea[16]. La terapia con oxigeno hiperbárico no trajo ningún beneficio para el tratamiento de los pacientes con osteonecrosis por bisfosfonatos [21,17].

Los pacientes que hacen uso de bisfosfonatos no deben ser candidatos a la instalación de implantes [24,16].

En niños la actividad celular ósea es mucho más intensa y el hueso en crecimiento es más vascularizado, por eso no fue observada osteonecrosis en niños tratados con bisfosfonatos para osteoporosis y osteogénesis imperfecta[7].

En nuestra muestra los tratamiento de la osteonecrosis asociada a los bisfosfonatos con cirugía fue eficaz para los pacientes.

5 PREVENCIÓN

Es de fundamental importancia que el oncólogo, el cirujano bucomaxilofacial y el cirujano dentista que irán a tratar los pacientes que hacen uso de los bisfosfonatos, entiendan la osteonecrosis de los maxilares[10].

La prevención, según todos los autores citados, es el principal factor para evitarse la osteonecrosis. Antes de iniciar la terapia, con bisfosfonatos, el paciente debe ser sometido a un riguroso examen clínico odontológico, donde como mínimo será solicitado radiografía panorámica. El tratamiento debe consistir en eliminación de infecciones, prevenir la necesidad de procedimientos invasivos a corto y medio plazo y, deben incluir extracciones dentarias, control de la enfermedad periodontal, terapia endodóntica, control de caries, restauraciones y rehabilitación con prótesis. Dientes retenidos, impactados, totalmente incluidos, cubiertos por hueso y tejido mucoso sano, deben ser mantenidos. Dientes interrumpidos, con comunicación oral deben ser removidos, esperando su total cicatrización por un periodo de 1 mes. Pequeños torus recubiertos por mucosa deben ser mantenidos y aquellos multilobulares, grandes y recubiertos con mucosa muy delgada deben ser removidos 1 mes antes del inicio de la terapia con bisfosfonatos. Prótesis parciales o totales son aceptadas, sin embargo se deben aliviar las áreas con presión excesiva en el reborde o realizar reembasamiento con resinas soft[16,24,17].

En caso de que la terapia con bisfosfonato ya haya sido iniciada, es recomendado un control periódico, cada 4 meses: el odontólogo debe evaluar en la cavidad oral áreas de exposición ósea, principalmente en la región posterior y lingual de la mandíbula, buscar evidencias radiográficas de reabsorciones óseas u osteomielitis, aumento de espacios pericementarios e involucrando furcas, siendo necesario realizar profilaxia y remoción de tártaro, restauraciones y tratamientos endodónticos. Dientes con movilidad grado 1 y 2 deben ser esprintados y grado 3 asociados a abscesos deben ser removidos con antibioticoterapia. El paciente debe recibir buena orientación sobre la higiene oral y gárgaras con clorhexidina 0,12%[17].

6 CONCLUSIÓN

- Se tiene que hacer una meticulosa evaluación de la prescripción de los bisfosfonatos dada .la Osteonecrosis de los maxilares asociada a su uso
- Todo paciente que necesite de este tipo de medicación deberá ser tratado de forma especial, necesitando de seguimiento y motivación en el control de la higiene bucal.
- Es importante la interactividad entre el médico oncólogo, el Cirujano Dentista y el Bucomaxilofacial.
- Es fundamental que el Cirujano Dentista tenga conocimiento de la relación entre el uso de bisfosfonatos y la osteonecrosis, teniendo en mente la variedad de indicaciones que este fármaco tiene y la alta probabilidad de encontrar pacientes que están bajo tratamiento con este medicamento.

REFERENCIAS

1. Agrillo A, Petrucci MT, Tedaldi M, Mustazza MC, Marino SM, Gallucci C, Lannetti G. J Craniofac Surg. 2006; 17(6):1080-1083.
2. AAOMS. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons Position Paper on Bisphosphonate – Related Osteonecrosis of the Jaws. J Oral Maxillo Fac Surg 2007; 65:369-376.

3. Almeida JP, Soares AL, Pinheiro MC, Perez DEC, Prado JC, Alves FA. Osteonecrose de Maxila associada a exodontia concomitante ao tratamento quimioterápico. In: XII Congresso Brasileiro de Estomatologia, XXX Jornada de Estomatologia, 2004, Cabo Frio. Anais do XII Congresso Brasileiro de Estomatologia, XXX Jornada de Estomatologia. Cabo Frio: FAPERJ; 2004: 79-80.
4. American Dental Association. Report of the Council of Scientic Affairs. Expert panel recommendations: dental management of patients on oral bisphophonate therapy. June 2006.
5. Andrade ED. Terapêutica medicamentosa em Odontologia. 2ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 2006.
6. Anguita TC, Arguto JP, Roa IE, Laisse GC. Osteonecrosis associada al uso de bisfosfonatos: A propósito de un caso clínico. Ver Méd Chile 2006; 134:1161-1165.

7. Brown JJ, Ramalingam L, Zacharin MR. Bisphosphonate-associated osteonecrosis of the jaw: does it occur in children? Clinical Endocrinology 2008; 68:863-867.

8. Campos LM, Liphaus BL, Silva CA, Pereira RM. Osteoporose na infância e na adolescência. J Pediatr 2003; 79(6):481-488.

9. Castro LF, Ferreira AG, Ferreira El. Bisfosfonatos como transportadores osteotrópicos no planejamento de fármacos dirigidos; Quim. Nova, 2004;27:456-460

10. Dannemann C, Grätz KW, Riener MO, Zwahlen RA. Jaw osteonecrosis related to bisphosphonate therapy A severe secondary disorder. Elsevier Bone 2007; 40:828-834.

11. Faria R, Zambon C, Utumi E, Yonezaki F, Ceccheti M, Peres M, Rocha A. Osteonecrose bilateral da maxila induzida por zolendronato. Ver Assoc Paul Cir DEnt 2008; 62(1):68-72.

12. Ficarra G, Beninati F, Rubino I, Vannucchi A, Longo G, Tonelli P *et al*. Osteonecrosis of the jaws in periodontal patients with a history os bisphosphonates treatment. J Clin Periodontol 2005; 32:1123-1128.

13. Fleisch H. Bisphosphonates in bone disease: from the laboratory to the patient. San Diego: Academic Press; 2000.p.34-55.

14. Frith JC, Mönkkönen J, Blackburn GM, Russell RGG, Rogers MJ. Clodronate and liposome encapsulated clodronate are metabolized to a toxic ATP analog, adenosire 5”-(beta.gamma-dichloromethylene) triphosphate, by mammalian cells in vitro. J Bone Miner Res 1997; 12(9):1358-67.

15. Greensberg MS. Intravenous bisphosphonates and osteonecrosis. Oral Med Pral Pathol Oral Radiol Endod 2004;98:259-60.

16. Marx RE. Pamidronate (aredia) and zoledronate (zometa) induced avascular necrosis of the jaws: a growing epidemic. J Maxillofac Surg 2003; 61:1115-1118.

17. Marx RE, Sawatari Y, Fortin M, et al: Bisphophonate-induced boné (osteonecrosis / osteopopetrosis) of the jaws: Risk factors recognition, prevention and treatment. J Oral Maxillofac Surg 2005; 63(11):1567-75

18. Migliorati CA. Bisphosphonates and oral cavity avascular bone necrosis. J Clin Oncol 2003; 21:4253-4.

19. Migliorati CA, Casiglia J, Epstein J, Jacobsen PL, Siegel M, Woo SB. Managing the care of patients with bisphosphonate-associated osteonecrosis An American Academy of Oral Medicine position paper. J Am Dent Assoc 2006; 136(12):1658-1668.

20. Migliorati CA, Madrid C. The interface between oral and systemic health: the need for more collaboration. Clin Microbiol Infect 2007;13(Suppl.4):11-6.

21. Migliorati CA, Schubert MM, Peterson DE, Seneda LM. Bisphosphonate-associated osteonecrosis of mandibular and maxillary bone: an emerging oral complication of supportive cancer therapy. Cancer 2005;104:83-93.

22. Rang HP, Dale MM, Ritther JM, Moore PK. Farmacologia. 5a ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2004.

23. Ruggiero SL, Mehrotra B, Rosemberg TJ, Engroff SL. Osteonecrosis of the jaws associated with the use of bisphosphonates: a review of 63 cases. J Oral Maxillofac Surg. 2004; 62:527-534.

24. Scully C, Madrid C, BAgan J. Dental Endosseous Implants in Patients on Bisphosphonate Therapy. Implant Dentistry 2006; 10:1097-01.

25. Tenenbaum HC, Shelemay A. Girard B, Zohar R, Fritz PC. Bisphosphonates and periodontics: potential applications for regulation of boné mass in the periodontium and other therapeutic / diagnosis uses. J Periodontol. 2002;73:813-22.

26. Wong R, Wiffen PJ. Bisphophonates for the relier of pain secondary to bone metastases [Cochrane Review]. Cochrane Database Syst Rev.2004;(2).

PAROTIDECTOMIA TOTAL CON MANDIBULECTOMIA Y DESARTICULACION PRESENTACION DE UN CASO.

Autores:

*****Dr. C.Frómeta Neira,**Dr. J M. González Gómez,***Dr. M. Arredondo López,
****R. M. Coca Granado

*Especialista de 2do grado en Cirugía Maxilofacial, Cirujano oncólogo de cabeza y cuello, Profesor Asistente, Investigador Agregado. Maloja 975 /infanta y ayestaran, Cerro. cfrometan@infomed.sld.cu. Teléfono: 878-42-09

** Especialista de 1er grado en Otorrinolaringología, Cirujano oncólogo de cabeza y cuello, Profesor instructor. jmgg@infomed.sld.cu. Teléfono: 870-67-29

*** Especialista de 2do grado en Cirugía Maxilofacial, Cirujano oncólogo de cabeza y cuello, Profesor Asistente. arredondo@infomed.sld.cu. Teléfono: 260-75-35

**** Especialista de 1er grado en Cirugía Maxilofacial Cirujano de cabeza y cuello. Cuba, 4ta del oeste /1ra y 2da del norte, Placeta Villa Clara. Hospital provincial Alnardo Milian.

RESUMEN

El objetivo del presente estudio es demostrar la variabilidad del comportamiento agresivo y asintomático de la patología tumoral maligna parotidea y homogenizar la actuación de Cirujanos maxilofaciales ante estas neoplasias. Se presenta un paciente de 64 años, sexo masculino, raza mestiza. Con antecedentes de aumento de volumen en región parotidea izquierda, de dos años de evolución, de consistencia firme, no dolorosa, de crecimiento lento y mantenido. Lo cual le produjo deformidad facial y estética sin otros síntomas asociados. El estudio citológico informa positivo de células neoplásicas compatible con Carcinoma mucoepidermoides. Se practica una Parotidectomia superficial donde se contacta infiltración del lóbulo profundo parotideo y del hueso mandibular con gran destrucción ósea desde zona canina hasta región condilar izquierda. Se procede a realizar Parotidectomia total según clasificación actual de la SECOM y madibulectomia con desarticulación en monobloque. Se logró conservar la integridad del nervio facial lo cual disminuye el riesgo de complicaciones estéticas y funcionales postoperatorias. El estudio histopatológico informó Carcinoma Mucoepidermoides de alto grado, y en estos momentos el paciente se encuentra en espera de recibir tratamiento adyuvante con radioterapia y quimioterapia, para posteriormente ser rehabilitado por técnicas microquirúrgicas y protésicas.

Palabras clave: parotidectomía, carcinoma, mandibulectomía

INTRODUCCION

Las neoplasias de glándulas salivales constituyen un grupo heterogéneo, donde se pone de manifiesto la mayor variabilidad citológica, histológica y estructural del organismo humano. Representan el 3% de los tumores de cabeza y cuello en el adulto

y alrededor del 8%en la infancia. La incidencia aumenta hacia la 5ta década de vida, es muy infrecuente en niño, menos del 15% se ve en menores de 15 años. Son neoplasias poco frecuentes. Su incidencia anual global oscila entre 0.4-13.5 casos por 100.000 habitantes (según las series), para una media de 2.5 casos por cada 100.000 habitantes. (1, 2,3)

Las glándulas de forma genérica se pueden clasificar, según su estructura en simples y compuestas; según el sitio donde vierten su secreción el exocrinas y endocrinas y según su forma en tubulares y saculares. Entonces se puede definir que las glándulas salivales son compuestas, exocrinas y saculares. Sin embargo la clasificación más conocida las divide en mayores y menores. El primer grupo está compuesto por 3 pares de glándulas: parótida, submandibular y sublingual. Las glándulas salivales menores son numerosas alrededor de 700 a 1000 distribuidas por todas las vías aéreas y digestivas superiores con excepción del tercio anterior del paladar duro y la encía adherida. (2, 3, 4,5)

La glándula salival de mayor tamaño es la parótida, pesa entre 25 - 30 gr. Es cuatro veces mayor que la submandibular y diez veces mayor que la sublingual .Produce el 30% del total de saliva, la cual es principalmente serosa. Aunque en el recién nacido y en el anciano se han descrito secreciones de tipo mucosa. (1,3)

Su conducto excretor de Stenon o Stensen, tiene una longitud aproximada de 6 cm. Sale del borde anterior de la glándula, atraviesa el músculo masetero y perfora el músculo buccinador y la mucosa oral. Se abre en la boca en zonas del carrillo a nivel del cuello del 2do molar superior.

Habitualmente, las neoplasias de glándulas salivales se manifiestan como una tumoración de características inespecíficas, cuya localización define las posibilidades de que la misma sea benigna o maligna, de tal forma, se considera mayor porcentaje de malignidad mientras más pequeña sea la glándula. De forma general las lesiones

malignas son más frecuentes en pacientes de edad avanzada y menos probable en pacientes jóvenes.

El 80% aparece en la parótida (90% lóbulo superficial, 9% lóbulo profundo y un 1% bilobular o en reloj de arena).un 10% en la submandibular y el 10% restante en otras localizaciones. Los tumores de glándulas salivales menores se localizan fundamentalmente en el paladar. (1, 2, 4,6)

Aproximadamente el 20%-25% de los tumores parotídeos, el 35%-40% de los tumores submandibulares, el 50% de los tumores del paladar y el 95%-100% de la glándula sublingual y glándulas menores son malignos.(7). El cirujano debe tener en cuenta que las lesiones palpables de las glándulas salivales mayores son en su mayoría lesiones neoplásicas.

Las neoplasias malignas de glándulas salivales constituyen menos del 0,5% de todos los canceres y aproximadamente 3%-5% de todos los tumores de cabeza y cuello. La mayoría de los pacientes están entre los 60 y 70 años. (8, 9, 10,11)

La etiología no está del todo clara pero se le atribuye importancia especial a la exposición a radiaciones ionizantes. Existen evidencias sustanciales que demuestran la relación entre las radiaciones y la incidencia de tumores salivales. Así los sujetos expuestos a la energía nuclear de Hiroshima y Nagasaki presentan un riesgo significativo 11 veces mayor de desarrollar tumores malignos y benignos, especialmente entre los 12 y 16 años postexposición. También de forma sustancial los pacientes sometidos a radioterapia por tumores de cabeza y cuello presenta un riesgo 40 veces mayor de desarrollar tumores malignos. La dosis mínima para desarrollar la lesión comienza en 300 cGy. (9, 11,12)

Los tumores primarios malignos de las glándulas salivales constituyen el 10%-15% de los tumores salivales, predominan entre la 5ta y la 6ta década de vida. El tumor maligno más frecuente en glándula parótida es el carcinoma mucoepidermoides, seguido del

mixto maligno y del carcinoma de células acinares. El tumor más frecuente en glándula submandibular y sublingual es el carcinoma adenoideo quístico o cilindroma. (3, 5, 7,10)

Carcinoma Mucoepidermoides: Descrito por primera vez en 1945 por Stewart, Foote y Becker quienes reportaron una serie de 700 casos de tumores de glándula salivales menores y mayores, fue llamado por Masson y Beger “Epitelioma de metaplasia doble”, ya que es un tumor compuesto por células mucosas (productoras de mucos) y células epiteliales en grado variable. (1, 10, 13). Ocupa del 5%- 10% de los tumores de glándulas salivales mayores y el 9%-10% ocurre en la glándula parótida Constituye la neoplasia maligna más común de la glándula parótida y la segunda en frecuencia después del adenoideo quístico en la submandibular. También es el tumor maligno más frecuente en niños. En 1975 se describió como una lesión ósea central localizada en el ángulo mandibular. (1, 13) Actualmente se describen tres grados histológicos; bajo, medio y alto grado de malignidad. Esta clasificación se basa en el comportamiento del tumor, su rapidez de crecimiento, agresividad, capacidad infiltrante y metastisante.

En forma general 60% produce metástasis linfática y el 33% hemática. El porcentaje de curación a los 15 años es del 48% para los de bajo grado y 25% grados intermedios y alto.

El tratamiento de elección es la cirugía siempre y cuando sea posible. Se han descrito muchas clasificaciones de Parotidectomias pero sin lugar a dudas actualmente la más aceptada es la emitida por la Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial (SECOM). 2004

- Parotidectomia superficial (siempre es conservadora)
- Parotidectomia total (siempre es conservadora)
- Parotidectomia radical

Todas pueden ser ampliadas a niveles ganglionales, hueso, piel. etc.

Procedimientos para tumores malignos: Es de acuerdo a la localización del tumor y la experiencia del cirujano

Se practica la incisión de piel inicial y se levantan los colgajos cutáneos (anterior y posterior), por encima de la facie parotidea superficial, (Fig. # 2), se identifica y secciona el nervio auricular mayor. Se separa la parótida de los músculos esternocleidomastoideos y digástrico, así como del canal auditivo externo. Después de identificar el nervio facial en el surco timpanomastoideo, (Fig. #3), se diseca minuciosamente la parte superficial de la glándula a lo largo de cada rama del nervio. (Fig. #4). Las neoplasias T1 del lóbulo superficial requieren de Parotidectomia superficial, mientras que las localizadas en el lóbulo profundo requieren de Parotidectomia total. Los T2, T3 y T4 son tributario como mínimo de la resección de los lóbulos superficial y profundo (Parotidectomia total),(fig.#4) si esta tomado el nervio facial entonces se realizara una Parotidectomia radical. Si la masa tumoral se extiende más allá de la cápsula parotídea, será necesario incluir las estructuras infiltradas (hueso temporal, músculos de la masticación, maxilar inferior, etc.) dentro de la resección en bloque. (Fig. #6 y 7).

El manejo del cuello esta en dependencia de la localización del tumor, tamaño, tipo histológico y presencia de adenopatías cervicales regionales.

La radioterapia se emplea principalmente como coadyuvante de la cirugía sobre todo en tumores de alto grado. Se puede utilizar en pacientes con lesiones inoperables o con contraindicaciones médicas a la cirugía. La dosis convencional es de 5.000cGy en 7 semanas, puede ser utilizada en el preoperatorio para reducir la masa tumoral (supuesta irresecabilidad) y posteriormente someterlo a cirugía, o en el postoperatorio para evitar la recurrencia, daño al nervio facial y teóricamente aumentar la supervivencia global. (9, 10, 14). La quimioterapia por su parte remite su uso al carcinoma localmente avanzado y/o con metástasis, se puede utilizar como terapia paleativa la combinación de doxorrubicina, cisplatino y fluorouracilo, se ha determinado que el carcinoma de células escamosas y el carcinoma mucoepidermoides responden

bien al metrotexate y al cisplatino en combinación, otro esquema para el tratamiento del carcinoma de células escamosas indica la combinación de ciclofosfamida con doxorrubicina y cisplatino. (15, 16)

Objetivo: El objetivo del presente estudio es exponer el comportamiento agresivo y asintomático de la patología tumoral maligna parotidea y estandarizar la actuación de Cirujanos maxilofaciales ante estas neoplasias.

Material y método

Paciente masculino de 64 años de edad, con antecedentes de salud, que acude a consulta de cabeza y cuello del Instituto Nacional de Oncología por presentar aumento de volumen en región parotidea izquierda de dos años de evolución, no doloroso, de crecimiento inicialmente lento, luego rápido y mantenido, de consistencia duro pétrea con tendencia a la fijación de planos profundos, provocando asimetría facial y estética sin afectación del nervio facial. La piel que lo recubre de aspecto normal y no presentaba limitaciones en la apertura bucal.

EVADS (exámen de vías aéreas y digestivas superiores): Negativo.
Cuello: Negativo
BAAF: Positivo de células neoplásicas (PCN), Carcinoma Mucoepidermoides.
TAC: Lesion tumoral del lóbulo profundo de glándula parótida izquierda que provoca destrucción ósea mandibular desde zonas canina hasta región condilar.
Estadiamiento: T4a No Mo Etapa IVa

Tratamiento: Quirúrgico, Parotidectomia total más madibulectomia de cuerpo y rama ascendente con desarticulación izquierda en monobloque, y Radioterapia más Quimioterapia adyuvante.

Resultados y Discusión:

Los tumores malignos de glándulas salivales localmente avanzado, se presentan después de largos períodos sin manifestaciones clínicas y progresan con lentitud. Suelen crecer hacia los tejidos adyacentes entre ellos el nervio facial, mandíbula, cavidad oral y el paladar, por tal motivo se recomienda la exéresis local amplia (fig #2 a #5). El nervio facial es identificado en el agujero estilomastoideo del surco timpanomastoideo (fig#3). Sin embargo a veces no es factible detectar el nervio en esta localización y debe ser abordado alternativamente desde la parte interna del hueso temporal o rastreado en dirección retrógrada desde una rama distal. De manera clásica, la resección del nervio facial era obligatoria en todos los procesos malignos de alto grado. No obstante los datos recientes indican que en ausencia de compromiso clínico o histológico el nervio puede ser preservado sin que esto comprometa de manera adversa la supervivencia (fig#5). Por su parte la práctica de una técnica quirúrgica

depurada que nos permita realizar una exéresis adecuada en monobloque (fig#6 y #7) obteniendo un mejor control local del tumor y evitando así su diseminación y complicaciones postoperatoria, continua siendo un tema de extraordinaria relevancia incluso entre los expertos. Las figuras muestran una técnica quirúrgica de Parotidectomia total(exéresis de los lóbulos superficial y profundo) ampliada a hueso mandibular con desarticulación izquierda en monobloque de forma exhaustiva. Preservando la integridad del nervio facial.

Figura # 1: C. Mucoepidermoides del lóbulo profundo de glándula parótida

Figura # 2: Elevación de los colgajos por encima de la facie parotidea

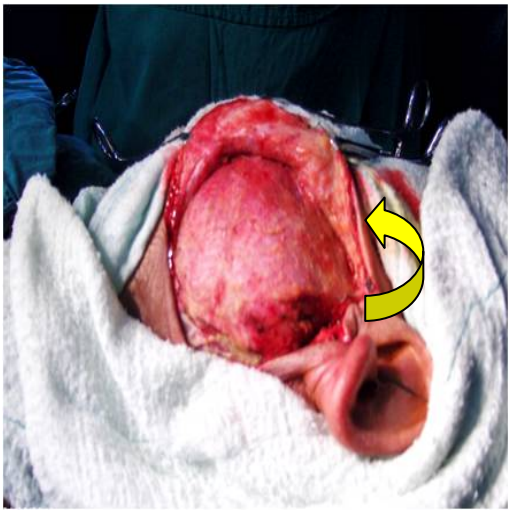


Figura # 3: localización del nervio facial

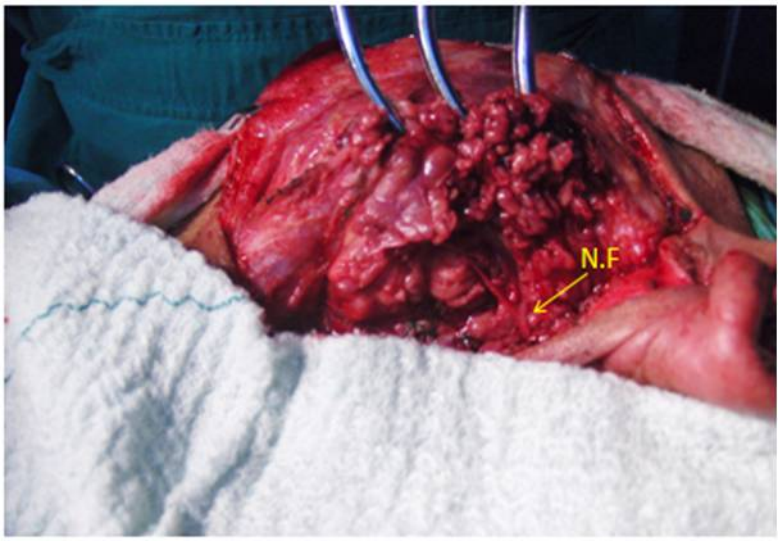
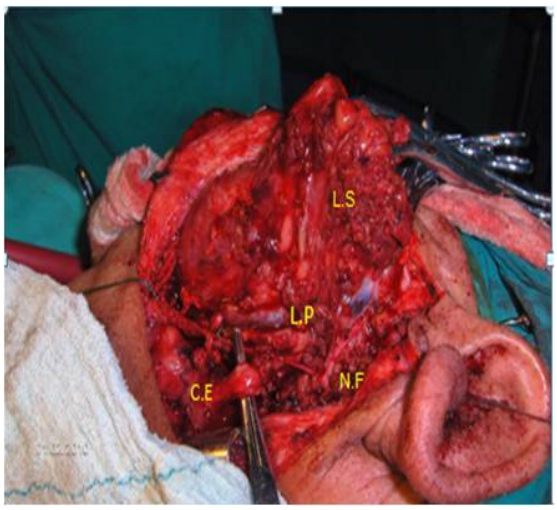


Figura # 4: L.S (lóbulo superficial)
L.P (lóbulo profundo)
C.E (ligadura de arteria carótida externa)
N.F (nervio facial)

Figura # 5: T.M (tumor mandibular)
R.C (rama cervical)
R.T (rama temporal).



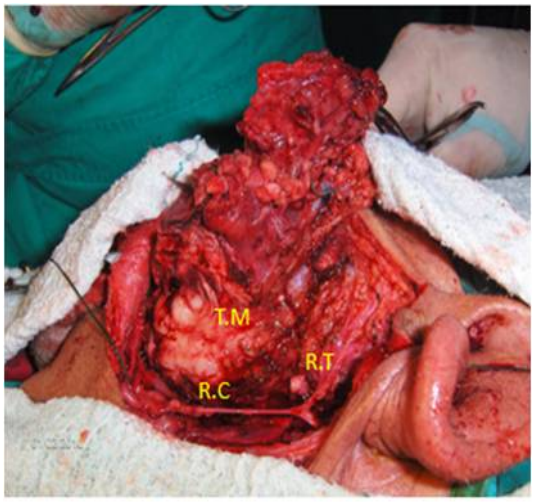


Figura # 6: Cara interna mandibular (exéresis en monobloque)

L.S (lóbulo superficial)

T.M (tumor mandibular)

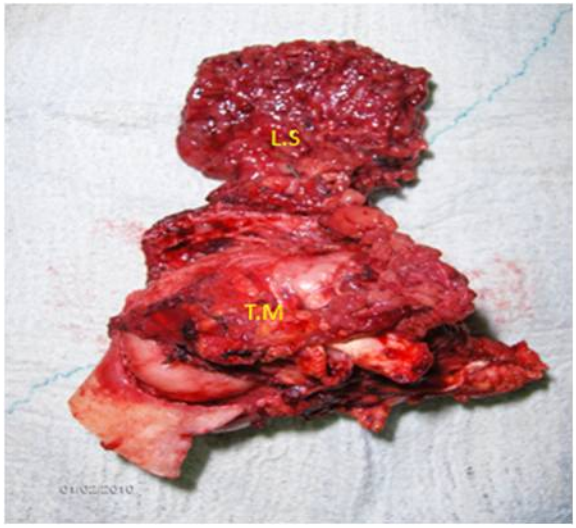


Figura # 7: Cara externa mandibular (exéresis en monobloque)

C.O (coronoides); C (cóndilo)

L.P (lóbulo profundo)

L.S (lóbulo superficial)

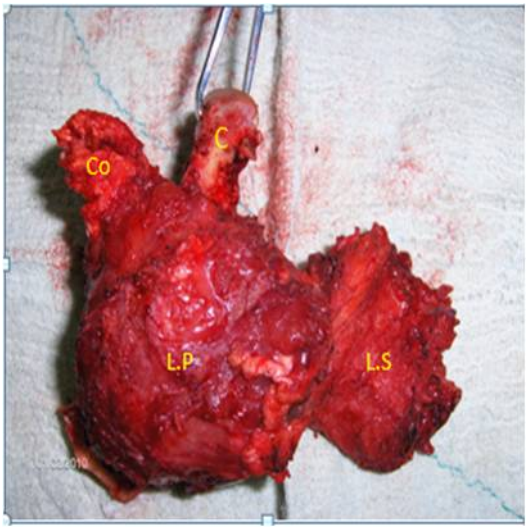


Figura # 8: Lecho quirúrgico.

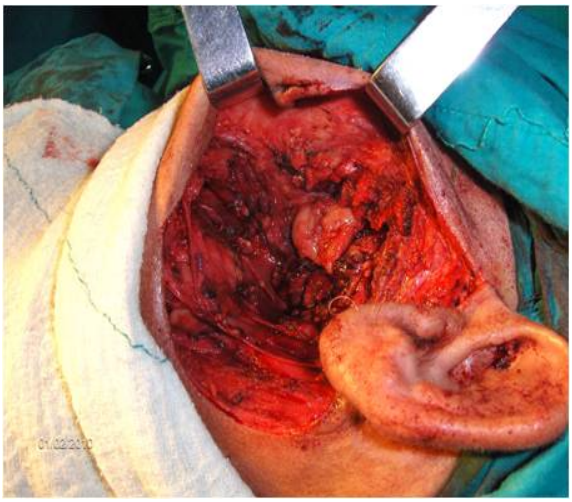


Figura # 9: Suturas por planos y colocación de drenajes

Conclusiones

- El manejo de los tumores malignos de las glándulas salivales continúa siendo un reto significativo, en cuanto a su diagnóstico precoz y tratamiento; por tal motivo, se debe establecer un control sistemático de esta patología y estandarizar una técnica quirúrgica entre los profesionales a fines.
- Los tumores del lóbulo profundo parotídeo son pocos frecuentes y en tales casos la exposición del nervio facial y su preservación es determinante. Muchas veces requiere de mandibulotomía para su abordaje.
- Las resecciones tumorales que incluyen la extirpación de grandes bloques de partes blandas y hueso importantes desde el punto de vista funcional requieren a menudo reconstrucciones individualizadas complejas.
- De forma general las indicaciones precisas de la disección radical de cuello continúan siendo controvertidas.
- Entre los factores adversos que se asocian con una mala evolución tenemos el compromiso del nervio facial, metástasis regionales y a distancia, edad avanzada, estadio IV, tamaño del tumor, histología de alto grado de malignidad, lesiones localmente avanzadas.
- La recurrencia del tumor depende principalmente del tipo histológico, del grado de resección quirúrgica y la terapia coadyuvante.

Bibliografía

1. Spiro RH. Salivary Neoplasms: Overview of 35 years experience with 2807 patients. Head & neck Surg.1996; 8:177-84.

2. Cummings Charles W.Otolaringology Head&Neck Surg.1998 ;2 : 1029-43

3. Laskaris, G Color atlas of oral diseases in children and adolescents Thieme New York Pp 294-96; 2000

4. Batsakis JG. Malignancy and the bening lynphoepitelial lesion. Laringoscope. 1998; 85: 389-99.

5. Devildos LR, Langlois CC. Minor Salivary Glands lesions presenting clinically as tumor. Oral Surg 1998; 41:657-659.

6. ThacKray AC, Lucas RB. Tumors of the major salivary glands: Atlas of pathology, series II, fascicle, Washigton Dc, Armed Forces Institute of Pathology, 2000; 12:133-134.

7. Lambert JA. Parotid Gland Tumors. Milit Med. 2000 ; 136 : 484-90

8. BardwillJM. Tumors of the Parotid Gland. Am J Surg. 2000; 114: 498-510.

9. Fu KK. Carcinoma of the Major and Minor Salivary Glands, Cáncer: 2000; 40: 2882-84.

10. Rosenfield L. Malignant Tumors of Salivary Origin, Am J Surg. 2000; 163: 726-28.

11. Spiro RH. Carcinoma of Major Salivary Gland. Arch. Otolaringol Head neck surg.1999; 115:315-320.

12. Vogelberg C, Mohr B, Fitze G, Friedrich K, Hahn G, Roesner D, et al. Mucoepidermoid carcinoma as an unusual cause for recurrent respiratory infections in a child. J Pediatr Hematol Oncol. 2005;27(3):162-165.

13. Spiro RH, Thaler HT, Hicks WF, et al.: The importance of clinical staging of minor salivary gland carcinoma. American Journal of Surgery 162(4): 330-336, 1991.

14. Sheyn I, Yassin R, Seiden A, Nestok BR. Papillary-cystic variant of acinic cell carcinoma of the salivary glands diagnosed by fine needle aspiration biopsy. A case report. Acta Cytol 2000; 44:10073-6.

15. Sandner, O. Las Neoplasias Malignas de la Boca y Región Maxilofacial. Fundaciones-Ediciones y Publicaciones del Vicerrectorado Académico. FEPUVA-UCV Caracas, Pp 217-19; 2000

16. Kozielski J, Kaminski J, Rauer R, Nagly G. Mucoepidermoid carcinoma of the lung--case reports. Pol Merkuriusz Lek. 2004 Feb;16(92):169-72

Título: QUERATOQUISTE MANDIBULAR. A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores:

- Dra. Liliana Rodríguez Lay

Especialista de 1er. Grado en Cirugía Maxilofacial. Instructor Facultad de Estomatología UCMH (1)

- MSc Dra. Denia Morales Navarro

Especialista de 1er. Grado en Cirugía Maxilofacial. Master en atención a urgencias estomatológicas. Instructor Facultad de Estomatología UCMH. Aspirante a investigador (2)

(1) Calle 26 No 211 apto 4 e/n 17 y 19. Plaza de La Revolución, Ciudad de La Habana. Teléfono: 8309087. Correo: liliana.rlay@infomed.sld.cu

(2) Calle 3ra No 214 e/n Fomento y Albear. Cerro, Ciudad de La Habana. Teléfono: 6413009. Correo: deniamorales@infomed.sld

Resumen

El Queratoquiste Odontogénico constituye un tumor benigno altamente agresivo localmente y con amplias posibilidades de recidiva, por lo que nos vimos motivados a realizar la presentación de un caso clínico de un paciente masculino de 33 años con una lesión de este tipo ubicada en la región mandibular entre 43 y 45, al cual se le realizó exéresis local y legrado de la cavidad y al presentarse una recidiva tumoral a los 6 meses de postoperatorio, se decide efectuar una hemimandibulectomía y en un tiempo quirúrgico posterior la colocación de una placa de reconstrucción, manteniéndose en espera de rehabilitación en el Servicio de Somatoprótesis.

Palabras Clave: Queratoquiste Odontogénico; Quistes odontogénicos

Abstract

The odontogenic keratocyst is a benign tumor with highly aggressive locally and wide possibilities of relapse, so we were motivated to make the presentation of a case of a 33 year old male patient with a lesion of this type located in the mandibular region between 43 and 45, which underwent local excision and curettage of the cavity and to present tumor recurrence at 6 months after surgery, he decides to make a time hemimandibulectomy and subsequent surgical placement of a reconstruction plate, keeping pending rehabilitation Somatoprótesis Service.

Keywords: Odontogenic keratocyst, odontogenic cysts

Introducción

El Queratoquiste Odontogénico (QQO) fue descrito por primera vez por Phillipsen en 1956, quien estudió el origen de estas lesiones determinando su origen odontogénico y no inflamatorio. Se considera que es derivado de restos de la lámina dental, esto podría explicar la frecuente aparición de esta lesión en la zona posterior de la mandíbula, ya que la lámina dental es mas activa en esta zona y en la edad en que los pacientes desarrollan estos quistes. Por otra parte, Marx y Stern, 2003 señalan que el 40% de los QQOs surgen del epitelio reducido del esmalte del folículo dental, explicando de esta forma el origen dentígero de los QQOs. Esta identificación clínica es de alguna importancia ya que se ha observado mayor recurrencia después del tratamiento de los QQOs del tipo primordial, que es aquel que se forma en lugar de un diente. El QQO es una entidad patológica bien definida que fue considerada, por su particular comportamiento biológico, desde el 2005 como Tumor odontogénico [1, 2].

Suele presentarse en un amplio rango de edades, encontrando su pico de incidencia entre la segunda y tercera décadas de la vida, con una declinación gradual después de esta.

Se presenta con una ligera predilección por el género masculino y localización en la mandíbula en un 60% a un 80% de los casos, con una marcada incidencia en la zona del tercer molar y rama ascendente mandibular. Neville y col. (1997), reportan la aparición de QQO en la línea media maxilar [3].

A menudo estas lesiones son asintomáticas; y son descubiertas durante el examen radiográfico de rutina. Los QQOs de gran tamaño podrían causar expansión y movilidad dentaria. Algunos se rompen y drenan queratina al tejido circundante, provocando una intensa respuesta inflamatoria que causa dolor y tumefacción.

La reabsorción ósea puede incluir la cortical ósea y el borde inferior de la mandíbula, pero con una evolución más lenta que el hueso trabecular intermedular, el cual es menos denso. Por esta razón ellos se extienden más anteroposteriormente que bucolingualmente [4, 5].

El Queratoquiste Odontogénico constituye un tumor benigno altamente agresivo localmente y con amplias posibilidades de recidiva, por lo que nos vimos motivados a realizar la presentación de un caso clínico de difícil rehabilitación.

Presentación del caso

Se presenta un paciente masculino, de 33 años de edad con antecedentes de salud, que hacía un año presentaba molestias en zona de canino y bicúspides inferiores derechas (43, 44, 45), así como aumento de volumen de la zona. Al examen físico facial se detectó asimetría facial por aumento de volumen en la región mandibular derecha. Al examen bucal se observa que se trata de un paciente bien dentado con ligero apiñamiento antero inferior que presenta en la zona antes mencionada expansión de la cortical externa mandibular así como aumento de volumen circunscrito entre 43 y 44 de color blanquecino. Radiográficamente se observa imagen una radiolúcida unilocular que toma zona de 43, 44 y 45, con cortical bien definida no afectando la basilar mandibular y con los bordes nítidos y bien definidos (**Fig.1)**. No se observa reabsorción radicular. La Tomografía Axial Computarizada mandibular mostró la presencia de una imagen de aspecto quístico en región de bicúspides y canino inferior derecho sugestiva de queratoquiste mandibular.
Se toma citología de la lesión (**Fig.2)** que reporta la presencia de abundantes perlas córneas y la presencia de células escamosas y columnares. El informe histopatológico describe la presencia de un revestimiento de epitelio escamoso paraqueratinizado, paraqueratina en la superficie luminal, capa en empalizada de células básales cilíndricas, ausencia de papilas; y la cápsula del quiste formada por un tejido fibrilar con pocos signos de inflamación. Se realizaron exámenes complementarios de laboratorio, obteniendo valores dentro de los parámetros normales.

Una vez concluido el estudio correspondiente y arribado al diagnóstico de queratoquiste mandibular, se realiza tratamiento del mismo que consistió en la exéresis de la lesión con amplio margen de seguridad con legrado amplio de la cavidad (**Fig.3)**. Previamente a los dientes involucrados se les había realizado

tratamiento pulpo radicular. Este paciente estuvo controlado de su patología durante aproximadamente 6 meses donde fue seguido con Rx evolutivos. Pasado este tiempo acude a consulta constatándose una recidiva de la tumoral, siendo necesario realizar una hemimandibulectomía (**Fig.4)** y en un tiempo quirúrgico posterior la colocación de placa de reconstrucción. En estos momentos (**Fig.5)** el paciente está siendo tratado en el Servicio de Somatoprótesis para lograr la rehabilitación protésica y se encuentra bajo seguimiento clínico y radiográfico.

Discusión

El Queratoquiste Odontogénico es normalmente asintomático en sus fases iniciales y a menudo se observa ocasionalmente durante una exploración radiográfica de rutina. En las fases más avanzadas aparece como una lesión de lento crecimiento que puede producir expansión de la cortical externa.

Constituye un tumor benigno altamente agresivo localmente y con amplias posibilidades de recidiva [6].

En la zona afectada se puede observar la expansión de las corticales eventualmente porque generalmente las respeta, pudiendo aparecer aumento de volumen en la encía marginal de color blanquecino lo que constituye un acumulo de queratina que lo demuestra la citología [7].

El examen diagnóstico estándar es la radiografía panorámica, mientras que una tomografía está indicada en la fase de planificación quirúrgica, observándose imagen radiolúcida que respeta la basilar en el caso de la mandíbula, con bordes nítidos y bien definidos y no produce reabsorción radicular [8,9].

Conclusiones

La rehabilitación bucal depende de la distorsión de la anatomía oral, la presencia de tejido cicatricial, la modificación de la topografía ósea y la pérdida del vestíbulo. Es necesaria, por tanto, una colaboración entre diferentes especialidades para lograr el mejor tratamiento personalizado de cada caso y recomendar controles postoperatorios clínicos y radiográficos a largo plazo.

Referencias bibliográficas

1. Chirapathosakul P, Sastravaha D, Jansisyanont P. A review of odontogenic keratocyst and the behaviour of recurrences. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2006; 101:5-9.
2. Ogunsalu C; Daisley H; Kamta A. Odontogenic Keratocyst in Jamaica: a review of five new cases and five instances of recurrence together with comparative analyses of four treatment modalities. West Indian Medical Journal 2007; 56(1).
3. Kolokythas A, Fernández RP, Pazoki A, Ord OA. Odontogenic Keratocyst: to descompress or not to descompress? A comparative study of decompression and enucleation versus resection/peripheral osteotomy. J Oral Maxillofac Surg 2007; 65:640-4. .
4. Galvão Cavalcanti H, Gordón - Núñez MA, Freitas Carvalho de Morais T, Freitas de Almeida R. Queratoquiste odontogénico. Presentación de un caso en maxila. Acta odontológica venezolana 2005; 43(3).
5. Morgan T, Burton C, Qian F. A retrospective review of treatment of the Odontogenic Keratocyst. J Oral Maxillofac Surg 2005; 63: 635-9.
6. Kichi E, Enokiya Y, Muramatsu T, Hashimoto S, Inoue T, Abiko Y, Shimono M. Cell proliferation, apoptosis and apoptosis-related factors in odontogenic keratocysts and in dentigerous cysts. J Oral Pathol Med 2005; 34:280-6.
7. Kolar Z, Geierova M, Bouchal J, Pazdera J, Zboril V, Tvrky P. Immunohistochemical analysis of the biological potential of odontogenic keratocysts. J Oral Pathol Med 2006; 35:75-80.
8. Chi A, Owings J, Muller S. Peripheral odontogenic keratocyst: report of two cases and review of the literature. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2005; 99:71-8.
9. Tamashiro-Higa T, Mosqueda-Taylor A. Queratoquiste odontogénico en posición dentígera. Caso clínico. Cir Cir. 2005; 73(2):127-31.

Anexos

Fig.1 Ortopantomografía pre-operatoria

Fig. 2 Toma de muestra para Citología. Obsérvese el color blanquecino del contenido

Fig.3 Aspecto del legrado y curetaje quirúrgico de la cavidad en la primera intervención

Fig. 4 Aspecto radiográfico de la Segmentaría mandibular realizada

Fig. 5 Post- operatorio 15 días después de colocar placa de reconstrucción

RESULTADOS CLINICOS CON IMPLANTES INMEDIATOS POSTEXTRACCIÓN EN EL SECTOR ANTEROSUPERIOR.

Autores: O Pérez Pérez, OL Rodríguez Calzadilla, H Valdés Domech, E Velasco Ortega, D Díaz Díaz, Ll González Olivares.
Institución: Facultad de Estomatología de La Habana. Ave Carlos III y G. Plaza de La Revolución. Ciudad Habana. Cuba.
Dirección electrónica: oviedoperez@infomed.sld.cu

Resumen:
Se muestra el resultado quirúrgico de 26 pacientes que recibieron tratamiento con implantes inmediatos postextracción en el sector anterosuperior. Objetivos: Evaluar la cicatrización de los alveolos y la oseointegración y el comportamiento de los tejidos periodontales. Métodos y materiales: Se colocaron implantes Microdent System® de diámetros y longitudes estándares en alveolos postextracciòn con integridad de las cuatro paredes, en el sector anterosuperior, sin rellenar el defecto óseo alveolo-implante. Se realiza la evaluación clínica y radiológica al mes, tres y seis meses. A los seis meses se realiza reentrada quirúrgica para colocar el tornillo de cicatrización que permite evaluar la relación hueso-implante lograda. Se obtiene una tasa de éxito de 96%. En el 39,13 % se observó pérdida de altura de la cresta ósea vestibular. No se observaron alteraciones periodontales. La colocación de implantes inmediatos postextracción es una técnica con resultados predecibles, es factible el uso de implantes estándares y se demuestra que no es necesario el relleno del espacio hueso-implante.

Introducción:

La introducción de la oseointegración y la consolidación de la implantología como ciencia han aportado a la estomatología una concepción terapéutica basada en la conexión del implante osteointegrado con la supraestructura protésica para rehabilitar los dientes perdidos y con ello mejorar la función física, comodidad y satisfacción (1)
Una técnica quirúrgica cuidadosa se asocia con fuerza con el éxito del resultado terapéutico, al menos al comienzo del período postoperatorio, al menos al inicio del período postquirúrgico, pero también deben considerarse importantes las propiedades específicas de los implantes (2), además de la composición real del material pueden ser relevantes las características morfológicas, que son la geometría del implante y la topografía superficial. (3)
Para algunos autores puede ser tan o incluso más importante que los materiales e instrumentos usados para colocar los implantes, actualmente se enfatiza en exceso la modificación del instrumental y los materiales para conseguir resultados clínicos

buenos, cuando en realidad se conseguirían más avances mejorando las técnicas quirúrgicas. (4)

Se han desarrollado muchas variantes dentro de las técnicas quirúrgicas para la colocación de implantes dentales, estas incluyen variantes en el tiempo de colocación en relación con la extracción del diente y variantes en el modo de preparación del hueso en el sitio de la implantación, entre otras.

Es esencial la cuidadosa planificación interdisciplinaria para combinar los parámetros quirúrgicos, protésicos, restauradores y periodontales en un concepto integrador e interdisciplinario.

La investigación experimental y clínica ha permitido desarrollar técnicas quirúrgicas y protésicas que han mejorado las tasas de éxito en los pacientes tratados con implantes dentales oseointegrados.

La involución del proceso alveolar se inicia después de la extracción del diente y se acompaña de la reducción en cantidad y calidad del hueso alveolar, por ello para estimar el momento apropiado para colocar el implante después de la extracción es necesario comprender los sucesos que involucran la cicatrización ósea (5)

Existe un marcado incremento en la colocación de los implantes inmediatos a la extracción. Los implantes colocados de esta forma con o sin restauración protésica inmediata preservan la forma y el contorno, las dimensiones óseas, reducen el tiempo de tratamiento y optimizan los resultados estéticos (6).

Se destaca la colocación de implantes de forma inmediata a la extracción quirúrgica de los dientes sin posibilidades de mantenerse en la boca cumpliendo su función con tratamientos conservadores (7).

La colocación de implantes en alveolos frescos después de la extracción fué descrita inicialmente por Schulte y Heimke (8) y Shulte y colaboradores (9), donde se refirien al procedimiento para la colocación del implante inmediato.

Existen evidencias de resultados similares entre la colocación diferida después de la cicatrización ósea y la inmediata de implates (10, 11). Un estudio comparativo realizado con implantes Frialit colocados de forma diferida y inmediatos postextracción reporta un fracaso de 3,81% y 1,16%, respectivamente. (12), otro estudio reporta 7 años de observación en 162 implantes posextracción con solo un implante fracasado, con un éxito de 99,4% (13)

Velasco (14)muestra la colocaciçon de implantes en 22 pacientes con diferentes tipos de desdentamientos tratados con 82 pacientes Microdent®, con una supervivencia y éxito del 97,6 %,con 2 implantes perdidos en la fase de cicatrizacion.

Un metaanálisis reciente analiza parametros importantes como el resultado estético, la estructura perimplantaria y la satisfacción de los pacientes con implantes unitarios inmediatos en la zona estetica maxilar, revela que no exiten diferencias en los resultados entre los implantes colocados de forma inmediata y los implantes colocados convencionalmente (15)

Objetivos:
Evaluar la oseointegración y cicatrización ósea de los alveolos en implantes colocados inmediatos a la extracción.

Materiales y métodos:
Se colocaron implantes Microdent System® de diámetros y longitudes estándares en alveolos postextracciòn con integridad de las cuatro paredes, en los incisivos centrales y laterales superiores. La selección de la longitud del implante se realizó midiendo con compas milimetrado la longitud de la raíz y sumando 3mm para lograr la estabilidad primaria, el diámetro, midiendo el ancho mesiodistal del alveolo a nivel de la cresta ósea. El implante se insertó hasta posicionar la plataforma del implante a nivel de la cresta ósea vestibular. No se rellenaron los defectos óseo alveolo-implante, ni se colocaron membranas. Los pacientes recibieron tratamiento antibiótico y analgésico-antiinflamatorio, con reconsulta a los 7 días. Se realiza la evaluación clínica y radiológica al mes, tres y seis meses. Radiológicamente se midieron las espiras expuestas por mesial y distal de cada uno y se transformó esta medida en milímetros (mm). A los seis meses se realiza reentrada quirúrgica para colocar el tornillo de cicatrización y se realiza la medición con compas milimetrado del nivel de la altura de la cresta ósea con relación a la plataforma del implante, lo que permite evaluar la relación hueso-implante lograda.

Resultados y discusión:

Hoy podemos gracias a las variadas técnicas de implantología oral brindar a los pacientes la alternativa de tratamiento de colocar un implante inmediato a la extracción quirúrgica del diente o raíz, basado en una correcta historia clínica, el diagnóstico y el conocimiento de la técnica quirúrgica, todo ello para lograr la oseointegración, disminuir la morbilidad, reducir el tiempo de tratamiento y conseguir la función del diente en el arco dentario.

Los pacientes estuvieron distribuidos en, 14 hombres (60,86%) y 9 mujeres (39,13%), las edades oscilaron tuvieron un rango de 17 a 67 años con una media de 30,89 años.

La colocación de los implantes inmediatos postextracción ofrece una serie de ventajas con respecto a los tratamientos diferidos tradicionales; se reduce el tiempo de tratamiento, ventaja psicológica y funcional, se minimiza la reducción de la cresta alveolar, se obtiene mejor estética con la mayor adaptación de los tejidos que se logra, se obtiene regeneración ósea alrededor del implante, se consigue un mejor

posicionamiento más preciso para resistir las fuerzas laterales con lo que se obtiene una rehabilitación con mejores propiedades biomecánicas (16).

Los antecedentes de los pacientes que recibieron el tratamiento reflejan que en 6 (26,08%) eran portadores de prótesis de coronas individuales que habían fracasado después de años de servicio y se optó por intentar la rehabilitación con implantes, es frecuente que se produzca la fractura longitudinal de la raíz, la destrucción del soporte radicular a nivel de la cresta ósea o la pérdida de la retención del perno intraradicular, la caries como causa del deterioro del diente, estaba presente en 5 pacientes (21,73%), 4 (17,39%) pacientes refirieron el hábito de fumar, 2 (8,69%)eran portadores de enfermedades generales, en este caso la Diabetes y 1 (4,34%) eran portadores de periodontopatías.

El tratamiento se realizó en el diente incisivo central superior derecho (11) en 11 pacientes (47,82%) y el incisivo central superior izquierdo (21) en 6 pacientes (26,08%), seguido por el incisivo lateral derecho (12) en 5 pacientes (21,73%). En pacientes jóvenes con frecuencia se producen lesiones por traumas en los dientes anteriores que necesitan tratamiento pulporadicular y rehabilitación coronaria que al fracasar, se puede solucionar con la colocación de implantes para rehabilitar la estética, fonética y función. La implantología ha evolucionado hacia la reducción del tiempo de tratamiento y la cantidad de cirugía, como consecuencia de los requerimientos de los pacientes.

Implante inmediato colocado

En el estudio se usaron implantes de diámetros y longitudes estándares, con el criterio de usar los mas largos y anchos para ofrecer la mayor superficie de oseointegración posible. Los mas usados fueron los de 4 mm, en 15 pacientes (65,21%) longitud de 14 mm en 16 pacientes (69,56%)

El implante inmediato postextracción reduce la cantidad de procedimientos quirúrgicos con la consiguiente disminución del tratamiento y la rehabilitación del paciente. Permite

usar el alveolo dental como referente para obtener mejores resultados estéticos, se conserva mejor el hueso alveolar y se obtienen resultados estéticos superiores. (6)

Esta tecnica puede presentar complicaciones cuando se presenta en zonas de infecciones o lesiones periapicales (14), por esta razón no se realiza la colocación del implante en estas situaciones, aconsejandose la extracción y diferir la colocación del implante. En contraste en un estudio con seguimiento de un año enpacientes con dolor, supuración, fístulas y radiolucides apical concluyen que siempre que se logra la estabilidad primaria se obtienen buenos resultados con este tratamiento (17).

Se recomienda realizar técnica de regeneración ósea con el uso de hueso autólogo, biomateriales y membranas cuando se han producido dehiscencias o se ha perdido alguna tabla ósea, generalmente la vestibular por una extracción traumática o anquilosis del diente a las paredes alveolares (18)

La evaluación radiológica de la altura de la cresta ósea en relación a la plataforma de los implantes correspondió a una altura media de 0,59 mm y una desviación típica de 0,84 mm al mes, 0,76 mm con una 0,89 mm a los 3 meses y a los 6 meses 0,86 mm con una desviación típica de 0,81 mm.

Se obtuvo éxito en 22 pacientes (96%) de acuerdo a los criterios de éxito, con solo fracaso en los pacientes estudiados.

El éxito del 95.75% que reportan los estudios (19, 20) demuestran que el pronóstico de los implantes inmediatos es comparable con los colocados de forma tradicional, con baja frecuencia de recesión gingival en relación con los implantes colocados inmediatos postextracción. (21)

Se sugiere que la colocación de los implantes inmediatos postextracción se coloquen con el hombro 2 a 3 mm subcrestal para compensar la reabsorción ósea compensatoria y que defectos mayores de 2 mm entre la superficie del implante y la pared alveolar, un estudio reciente evalua la colocación crestal y subcrestal encontrando resultados similares. (22)

El conocimiento del soporte óseo es fundamental en las diferentes etapas del tratamiento con implantes endoóseos, desde la fase quirúrgica hasta el mantenimiento; la radiología es una herramienta crítica para la evaluación de la arquitectura ósea y las relaciones que se establecen con los implantes. Existen diferentes técnicas y procedimientos de amplio uso en implantología, desde la simple radiografía periapical hasta la compleja tomografía axial computarizada, que en estos momentos en soportes digitales permite el planeamiento quirúrgico y protésico de los pacientes con elevada

confiabilidad y exactitud. (23-24), no se observan en el estudio variaciones significativas, Boticelli (25) demuestra que los cambios mas importantes ocurren en el primer año de la fase de mantenimiento. Sería necesario realizar un estudio a mas largo plazo para poder contrastar los resultados.

A los 6 meses (cuadro 3), para colocar los tornillos de cicatrización se realizó la reentrada quirúrgica elevando un colgajo vestibular que permitió medir la altura de la pared vestibular obteniéndose una diferencia mínima de 0,50 mm y máxima de 2,50 mm, con una media de 0,67 mm y una desviación típica de 0,91 mm.

Se ha demostrado que los implantes colocados inmediatos a la extracción tiene altas tasas de éxito cuando reciben la carga protésica a los 5-7 meses (25) , los resultados favorables que se han obtenido confirman estudios realizados (26) con series con mayor cantidad de pacientes y tiempo de seguimiento mayor.

Cuadro 1. Datos de los pacientes, diente afectado y características de los implantes
Inmediatos postextracción

Antecedentes	**No**	**%**
Periodontopatía	1	4,34
Caries	5	21,73
Prótesis coronas	6	26,08
Traumas	2	8,69
Fuma	4	17,39
Enfermedades generales	2	8,69
Diente	**No**	**%**
11	11	47,82
12	5	21,73
21	6	26,08
22	1	4,34
Diametro	**No**	**%**
3,75	8	34,78
4,00	15	65,21
Longitud	**No**	**%**
12,0	7	30,43
14,0	16	69,56

Cuadro 2. Evaluación radiográfica en los pacientes con implantes inmediatos postextracción

Tiempo	**1 mes**	**3 meses**	**6 meses**
Media	,5978	,7609	,8696
Desviación típica	,84859	,89022	,81488

Cuadro 3. Evaluación de la altura de la cresta ósea en pacientes con implantes inmediatos postextracción

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica
Altura de cresta ósea	0,50	2,50	,6739	,91215

Conclusiones:

Dentro de las limitaciones del estudio por ser un estudio realizado en pacientes que previamente han sido seleccionados con buenos hábitos de higiene y la ausencia de patología apical, aspectos que se encuentran reflejados en estudios actuales, los resultados que se obtienen en los pacientes demuestra la alta predictibilidad de la técnica que tiene grandes ventajas en pacientes con afectaciones sobre todo estéticas al acortar los tiempos de tratamiento y rehabilitación.

Referencias bibliográficas:

1. Branemark PI, B. U. Scan Plast Durg. 1969. 3 (1), 81-100.
2. Jokstad A, B. U. Calidad de los implantes dentales. Rev Int Prot Est.2005. 7 (3), 283-317.
3. Rompen E, D. O. The effect of material characteristics, of surface topography and of implant components and connections on soft tissue integration: a literature review. Clin oral Impl Res. 2006.17 supl, 19-34.
4. Albrektsson T, W. A. The impact of oral implants. Past and future 1966-2042. J Can Dent Assoc.2005. 71 (5), 327.
5. Bianchi A, S. F. Single-tooth replacement by inmediate implant and connective tissue graft:1-9 year clinical evaluation. Clinical Oral Implants Research.2004. 15, 269-277.
6. Lazzara, R. Inmediate implant placement into extraction sites:surgical and restorative advantages. International Journal of Periodontics and Restorative Dentistry.1989. 9, 333-343.

7. Peñarrocha M. Implante inmediato a la extracción. En P. M, Implantología oral.2001. Medicina Edi. Barcelona.2001 85-93.
8. Schulte W, H. G. The Tubingen inmediate implant. Die Quintessenz. 1976, 27, 17-23.
9. Schulte W, K. H. The Tumbingen inmediate implant in clinical studies Deutsche Zahnarztliche Zeitschrift 1978.(33), 348-359.
10. Krump JL, B. B. The immediate implant: A treatment alternative. Int J Oral Maxillofac Implants. 1991.(6), 19-23.
11. Schwartz-Arad D, G. N. Immediate versus non-immediate implantation for full arch fixed reconstruction following extraction of all residual teeth: A retrospective comparative study. J Periodontol.2000 (71), 923-928.
12. Gomez.Román G, S. D. The Frialit-2 implant system: five year clinical experience in single-tooth and inmediate postextraction applications. Int J Oral Maxillofac Implants 1997.(12), 299-309.
13. Fugazzotto, P. Simplified technique for inmediate implant insertion into extraction sockets: report of the technique and preliminary results. Impl Dent.2002. 11, 79.82.
14. Velasco E, P. J. El tratamieto con implantes dentales postextraccion. Av Periodon Implantol.2007. 19 (Suppl), 35-42.
15. Stafford, G. Are the outcomes of immediate and early single tooth implants comparable to. Evid Based Dent.2009.10 (3), 77-8.
16. Catalan E, G. M. Implantes inmediatos en la región molar inferior. Rev Esp Odontoestomatologica de Implantes.2002.10 (2), 85-90.
17. Siegenthaler D, J. R. Replacement of teeth exhibiting periapical pathology by immediate implants. A prospective, controlled clinical trial. Clin Oral Impl Res.2007. 18, 727-737.
18. Zitzmann N, S. P. Factors influencing the sucess of GBR. Smoking, timing of implan placement, implant location, bone quality and provisional restoration. J Clin Periodontol.1999.(26), 673 82.
19. István V, K. N. Long term (10 years) experience of immediate implant placement. Fogorv Sz.2009, 102 (6), 217-22.
20. Vajdovich I, N. K. Long term (10 years) experience of immediate implant placement using of Denti implants and the results found in literature. Comparative evaluation. Fogorv Sz.2009. 102 (6), 227-34.
21. Chen ST, B. D. Clinical and esthetic outcomes of implants placed in extraction sites. Int J Oral Maxillofac Implants.2009. 24 (Suppl), 186-217.
22. Cordaro L, T. F. Clinical outcome of submerged vs. non-submerged implants placed in fresh extraction sockets. Clin Oral Implants Res.2009. 20 (12), 1307-13.
23. Michael R, I.-C. W. (1999). Radiographic determinants of implants performance. Adv Dent Res.1999.13, 136-145.
24. McCrea, S. Preoperative radiographs for dental implants – Are selection criteria being followed? British Dental Journal.2008. 204 (12), 675-682.
25. Botticelli D, R. A. Implants in fresh extraction sockets:a prospective 5-year follow-up clinical study. Clin. Oral Impl. Res. 2008.(19), 1226-1232.
26. Quirynen, M. v. How does the timing of implant placement to extraction affect outcome? The International Journal of Oral & Maxillofacial Implants.2007. 22 (Suppl), 203–223.

DEPARTAMENTO DE CIRUGIA MAXILOFACIAL
HOSPITAL UNIVERSITARIO COMANDANTE MANUEL FAJARDO

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE PROCESOS SÉPTICOS ODONTÓGENOS EN EL ADULTO MAYOR

AUTORES: Dra. Elina Muñiz Manzano
Dr. Angel Soto Fernández
Dr. Moisés Morejón García

RESUMEN.
Introducción: El envejecimiento poblacional es un fenómeno universal en la sociedad del siglo XXI, por lo que se hace necesario la atención integral a este paciente ya que el número de éstos será mayor en las diferentes especialidades. Se realizó un estudio con una muestra de 40 pacientes de 60 años o más que concurrieron a consulta de Cirugía Máxilo Facial del Policlínico Universitario Rampa durante el año 2008. **Objetivo:** Caracterizar a un grupo de adultos mayores intervenidos quirúrgicamente a causa de procesos sépticos bucales y describir el comportamiento de variables seleccionadas. Material y método: Investigación observacional, descriptiva, prospectiva de corte transversal que caracterizó un grupo de 40 gerontes, donde se empleó una encuesta diseñada al efecto y la fuente primaria fueron los expedientes clínicos. La información se introdujo en una base de datos creada para este fin donde se procesó. **Resultados:** El 62,5% de pacientes tenían entre 60 y 69 años, 70% eran femeninas, 58,1% hipertensos, 65% tuvo diagnóstico de caries de 4to grado y 25% dientes parodontósicos. El tratamiento más aplicado resultó las extracciones múltiples 47,5%. evolucionaron satisfactoriamente 87,5% de los casos. El 7,7% tuvo complicación siendo la más frecuente la sepsis. La totalidad recibió antibioticoterapia empleándose en 95% de los casos la penicilina o derivados.
Conclusiones: Predominó la edad de 60 a 69 años, el sexo femenino, el antecedente de hipertensión arterial, las caries de 4to grado, como tratamiento quirúrgico las extracciones múltiples, el uso de penicilina y la evolución satisfactoria. La incidencia de infecciones fue baja.

Palabras claves: adulto mayor, procesos sépticos odontógeno

INTRODUCCION

El envejecimiento poblacional es un evento universal importante en la sociedad del siglo XXI cuando se persigue la construcción de un ambiente favorable para el bienestar del Individuo, familia y sociedad. [1]

En este fenómeno influyen la disminución de las tasas de natalidad y mortalidad.

Cuba, forma parte de esa realidad, clasificada demográficamente como país en la última etapa (vejez poblacional 12%) con un 15,8% de envejecimiento y el municipio Plaza de la Revolución donde se encuentra enclavado el Policlínico La Rampa, con un 25.02%, es el más envejecido de la capital, lo que plantea un reto económico y social para el estado y los profesionales de la salud. [2]

Se ha estudiado la salud física y psicológica de gerontes, demostrándose que el estado de las personas, se va deteriorando por el proceso de envejecimiento y las enfermedades propias de la vejez, pero que los cuidados adecuados a adultos mayores, permiten mantener su calidad vida, entre los que se mencionan los bucodentales. [3,4]

En la Nación Cubana, se cuenta con un Programa de Atención al Adulto Mayor que incluye diversas actividades encaminadas al logro de una longevidad satisfactoria, saludable y digna. [5]

El envejecimiento es un proceso fisiológico, gradual, progresivo e irreversible. [6]

Las consecuencias de los cambios operados en él, se hacen sentir en los sistemas de salud, debido a la atención al anciano ya que cada día a nuestras consultas concurren pacientes con más edad y obliga un nuevo enfoque en los procedimientos médicos y quirúrgicos por lo que es necesario valorar al anciano de forma integral, teniendo en cuenta que puede ser variable, ya que podemos encontrar pacientes de 70 años depauperados física y mentalmente y mientras existen otros que a los 80 años gozan de una excelente salud aparente. [7,8]

Como parte de las entidades que pueden afectar a los gerontes, se encuentran las enfermedades infecciosas y es actualmente una de las principales causas de mortalidad y morbilidad en el mundo. [9]

Dentro de estos procesos no están exentos los bucodentales. Las infecciones odontógenas son otras de las entidades que han afectado históricamente al ser humano, ubicándose entre las primeros motivos de solicitud de atención sanitaria.

El problema ha sido ampliamente estudiado en particular en poblaciones pediátricas y adultas en general. Sin embargo no se ha investigado en igual magnitud la temática en el adulto mayor, aunque sí debe reconocerse que el interés por mirar hacia este grupo es creciente en los últimos años, en los que se han realizado diversos estudios a explorar la situación de salud de los gerontes, incluida la bucal.

Las infecciones odontógenas siguen siendo en la actualidad una preocupación para la comunidad odontoestomatológica y Maxilofacial. [10,11]. Las infecciones de este tipo

cuando se presentan en forma aguda, además de ser muy frecuentes, resultan ser las de mayor gravedad en el quehacer del especialista máxilo-facial, por sus consecuencias que pueden llegar a ser letales, en un número no despreciable de casos. [12,13]

En lo que interesa a las crónicas afectan más la calidad de vida, y se observan con superior incidencia en adultos mayores. La condición de ser crónicas no las exime de la posibilidad de convertirse en agudas por exacerbaciones, lo que exige abordar su terapia con oportunidad. [14] Con el conocimiento de esta problemática y tomando en cuenta la ausencia de investigaciones en el nivel local que indaguen en el comportamiento del fenómeno “procesos sépticos odontógenos, que requieren tratamiento quirúrgico en personas de la tercera edad”, la autora de este trabajo se sintió motivada a realizar el presente estudio, considerando sus bajos costos, factibilidad y utilidad.

OBJETIVOS

General:

Caracterizar al grupo estudiado de acuerdo a variables seleccionadas.

Específicos:

. Determinar la distribución de pacientes estudiados según sexo, edad y antecedentes patológicos personales.

. Precisar los diagnósticos más frecuentes causales de los procesos sépticos crónicos.

. Evaluar tipo de tratamiento quirúrgico y complicaciones postoperatoria del grupo objeto de estudio y clasificarla según tipo y momento de aparición.

Material y método

Se realizó una investigación descriptivo, observacional y prospectivo de corte transversal sobre 40 pacientes operados en Cirugía Máxilofacial ambulatoria de los cuales se estudiaron las siguientes variables, edad, sexo antecedentes patológicos, diagnósticos más frecuentes de los procesos sépticos, evaluación del tratamiento quirúrgico y complicaciones según tipo y momento de aparición.
Criterios de inclusión: Pacientes geriátricos intervenidos quirúrgicamente en el Policlínico La Rampa portadores de procesos sépticos odontógenos.

Criterios de exclusión: Paciente con demencia y o deterioro cognitivo y aquellos que abandonaron el tratamiento.

Procedimiento:
Se confeccionó una historia clínica a cada paciente, por la cirujana especialista en Cirugía Máxilo facial que incluyó el examen clínico.
Se le practicó a cada paciente los siguientes estudios de laboratorio.
Hemograma con diferencial, glicemia y coagulograma
Estos fueron efectuados posteriormente a 12 horas de ayuno, en el horario de 7 a 9 a.m.. Se cumplieron las normas Control de calidad de Guías para las Buenas Prácticas del Ministerio de Salud Pública, vigente en Cuba.
Los gerontes fueron citados a las 8.30 a.m. con su acompañante, previamente se les orientaron indicaciones pre- operatorias.
Los pacientes de mayor edad y en los que se había previsto que la cirugía sería más laboriosa se citaron para ser intervenidos con prioridad en las primeras horas de la mañana.
Se midió la tensión arterial en un lugar que reunía las condiciones higiénicas sanitarias ambientales, con un esfigmomanómetro por la técnica de atención estomatológica.
Una vez ejecutados los pasos anteriores de procedió a la intervención.
Tras haberse llevado a cabo se dieron indicaciones post-operatorias y se estableció el seguimiento por consulta externa hasta el alta.

Análisis y resultados

TABLA 1 . Distribución de los pacientes por grupo de edad y sexo.

Grupos de edades (años)	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	n	%	n	%	n	%
60 – 69	17	42,5	8	20,0	25	62,5

70 – 79	7	17,5	3	7,5	10	25,0
80 – 89	2	5,0	1	2,5	3	7,5
>90	2	5,0	-	-	2	5,0
Total	28	70,0	12	30,0	40	100,0

El mayor número de pacientes tenia edades entre 60 y 69 años, con un total de 25 para un 62,5% y el grupo menos representado resultó el de 90 años y más en el que se ubicaron 2 pacientes (5%). Este hallazgo coincide con los de otros autores que reportan similar comportamiento, lo que atribuye a mayor interés en este segmento poblacional porque aún se encuentran insertados en el ámbito laboral en su mayoría. [15]

Por otra parte en la pirámide de población cubana las personas de 60-69 años son numéricamente superior a las de edades posteriores. [16]
En cuanto al sexo, como se observa en la tabla hubo un predominio del femenino en general y también en las sub-divisiones de años vividos agrupados. En la literatura revisada diversos autores señalan igual comportamiento en sus casuísticas, apuntando que se justifica en parte por estar las féminas más preocupadas pos su estética, belleza física y aspecto personal. [15]
TABLA 2. Distribución de casos según antecedentes patológicos y grupo de edad.

Antecedentes patológicos	Grupos de edades								Total n=40	
	60-69 n=25		70-79 n=10		80-89 n=3		≥90 n=2			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Hipertensión arterial	10	32,3	5	16,1	2	6,5	1	3,2	18	45,0
Diabetes	2	6,5	2	6,5	1	3,2	-	-	5	12,5
Hipertensión arterial y Diabetes	3	9,7	2	6,5	-	-	1	3,2	6	15,0
Otros	2	6,5	-	-	-		-	-	2	5,0
Sub-total	17	68,0	9	90,0	3	100,0	2	100,0	31	77,5

Al explorar los antecedentes patológicos personales en los pacientes estudiados encontramos globalmente que ocupó el primer lugar la hipertensión arterial (18 casos para un 45%) seguida de la diabetes reportada en 5 casos para 12.5%, y en la tercera posición se halló la combinación hipertensión arterial/diabetes (6 pacientes, l5%). En general 31 de los estudiados (77,5%) tenían antecedentes patológicos personales, resultado esperado dada la edad de la serie investigada.

Semejante resultado se señalan por autores consultados que afirman que tanto la hipertensión arterial [17], como la diabetes mellitas [18] se han convertido en un problema de salud de primer orden en el mundo, cuya incidencia es elevada especialmente entre gerontes. Como es conocido ambas afecciones constituyen un factor de riesgo para la cardiopatía isquémica y otras entidades que afectan el sistema arterial condicionando con frecuencia la mortalidad de este grupo de edad. [19,20]

Si se aborda el tema de los grupos de edades como muestra la tabla la mayoría de los pacientes con antecedentes patológicos personales se corresponde con aquellos de 60 a 69 años lo cual es esperado dado su predominio en la casuística estudiada. [15]

Tabla 3. Frecuencia y porcentaje de paciente de acuerdo a los diagnósticos más frecuentes.

Diagnósticos	Pacientes	
	Número	Porcentaje
Caries de cuarto grado	25	62,5
Dientes parodontósicos	10	25,0
Restos radiculares	5	12,5
Total	40	100,0

La Tabla 3 expone los resultados encontrados en lo concerniente a los diagnósticos que motivaron la necesidad de tratamiento quirúrgico de los sujetos objeto de estudio. Se ve que existió un franco predominio de las caries de 4to grado con 25 casos para un 62,5%. Los restos radiculares con 5 pacientes (12,5%) fueron las causas menos frecuentes. Es sabido que las caries dental es la enfermedad bucal de mayor prevalencia afectando según criterios autorizados alrededor del 90% de la población [21] aunque el diapasón de variaciones es amplio en los diferentes países y aún dentro de una misma nación entre las distintas capas sociales porque en su aparición influye

factores muy vinculados a la cultura, los hábitos de alimentación características medio ambientales y el acceso a la atención estomatológica.
Respecto a los dientes parodontósicos que en la presente casuística ocupó el segundo lugar la literatura revisada documenta que variados factores sociales y ambientales, enfermedades bucales, generales y la deficiente higiene de la región contribuye en su incidencia, además es reconocido que la diabetes entre otras condiciones interactuando entre si se asocian con el origen y evolución de las enfermedades parodontales [22,23]. En el grupo investigado como ya se ha comentado 11 casos eran portadores de diabetes mellitus, lo cual representa más de 25%.

Es de señalar que los adultos mayores cubanos se encuentran entre las poblaciones de gerontes favorecidos por la posibilidad de accesar a servicios estomatológicos, lo que justifica que a esta edad el porcentaje de personas desdentadas o edéntulos es inferior comparada con países en vías de desarrollo o con grupos de bajos ingresos de países desarrollados. [24]

Tabla 4. Grupo estudiado según diagnóstico y tratamiento quirúrgico efectuado.

Tratamiento	Número	Por ciento
Extracción dentaria	4	10,0
Extracciones múltiples	19	47,5
Extracciónes múltiples con alveoloplastia	12	30,0
Exéresis de restos radiculares y curetaje apical	5	22,5
Total	40	100,0

Se evidencia en la tabla que el tratamiento quirúrgico de aplicación más frecuente entre los pacientes del grupo estudiado fue “extracciones múltiples”, realizado a 19 casos para un 47,5%. En orden de frecuencia le siguió “extracciones múltiples con alveoloplastia” acápite en el que clasificaron 12 gerontes lo que representó el 30%. Las extracciones dentarias ocuparon el último lugar (4 para un 10%). Tales resultados concuerdan con la bibliografía especializada en la cual se reporta que en el marco de la cirugía bucal los mencionados tratamientos son practicados con semejante ordenamiento. [14,21,25]

Tabla 5. Frecuencia de pacientes según tipo de complicaciones post-operatorias.

Tipo de complicación	Número n=40	Por ciento n=40

Sepsis	2	5,0
Dolor	3	7,7

Se excluyó la categoría trans-operatoria por ser todas sus frecuencias iguales a cero. De un total de 40 casos 5 tuvieron complicaciones, no siendo ninguna de ellas graves. Ocupó el primer lugar el dolor. Es importante aclarar que este se presentó aún cuando se emplearon analgésicos en el post-operatorio sistemáticamente en todos los casos, pues es esperado que se presenten este tipo de síntoma tras la intervención quirúrgica. En los pacientes que se consideró complicaciones el criterio se basó en que a pesar de la analgesia indicada refirieron dolor. [26].

En cuanto a la sepsis que fue la otra complicación presentada por los adultos mayores intervenidos quirúrgicamente esta fue local tratándose de una alveolitis y un absceso. En estos pacientes las características anatómicas obligaron a realizar maniobras trabajosas y mayor manipulación, lo que quizás pueda haber influido en la aparición de dichas complicaciones. Fueron tratados con antibioticoterapia y curas locales, habiendo posteriormente evolucionado sin secuela. Otros autores reportan coincidentemente con los resultados de la presente investigación que el dolor post-quirúrgico suele ser el evento adverso más frecuente que se observa en este tipo de enfermo De igual manera la incidencia de sepsis se incrementa cuando los procedimientos son más complejos, como sucedió en los casos mencionados. [27,28]

CONCLUSIONES

- Hubo predominio de pacientes con edades entre 60 y 69 años y del sexo femenino.

- Los antecedentes patológicos personales estuvieron presenten en la mayoría de los casos ocupando el primer lugar la hipertensión arterial.

- La afección más común fue la caries de 4to grado y el tratamiento quirúrgico más frecuente las “extracciones múltiples”.

- La mayoría evolucionó satisfactoriamente, no hubo complicaciones graves y entre las ocurridas que fueron en el post-operatorio mediato ocupó el primer lugar el dolor. La incidencia de infecciones fue baja y se expresó en absceso y alveolitis.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Zapata RC. Los Grandes Desafíos del Siglo XXI, Políticas y Lineamientos del SENAMA. Programa BID, Servicio Nacional del Adulto Mayor. Chile. Medwave. Año VII, No. 2, Marzo 2007.
2. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Evaluación de las actividades del Programa del Adulto Mayor. 2007.
3. Castellanos Puerto Edelis. Inmunonutrición en el adulto mayor. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2007 Dic [citado 2010 Mar 03] ; 23(4):Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252007000400011&lng=es.
4. Martínez Querol César, Pérez Martínez Víctor T.. Longevidad: estado cognoscitivo, validismo y calidad de vida. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2006 Mar [citado 2010 Mar 03] ; 22(1): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252006000100001&lng=es.
5. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Programa de Atención al Adulto Mayor. Carpeta metodológica. 2001.
6. Pérez Martínez Víctor T. Comportamiento de la salud cognitiva en ancianos del Policlínico Docente “Ana Betancourt”. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2007 Jun [citado 2010 Mar 03] ; 23(2): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252007000200004&lng=es.
7. Bayarre Vea Héctor Héctor D, Pérez Piñero Julia S, Menéndez Jiménez Jesús, Tamargo Barbeito Teddy O, Morejón Carralero Agustín, Díaz Garrido Dayamí et al . Prevalencia de discapacidad mental en adultos mayores en cinco provincias de Cuba, 2000-2004. Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. 2008 Sep [citado 2010 Mar 03] ; 34(3): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000300002&lng=es.
8. González Fabián Justo Luis, Gómez Viera Nelson, González González Justo Luis, Marín Díaz Miguel E. Deterioro cognitivo en la población mayor de 65 años de dos consultorios del Policlínico “La Rampa”. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2006 Sep [citado 2010 Mar 03] ; 22(3): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252006000300005&lng=es.
9. Morejón MG. Panorama infeccioso actual En: Actualización en antimicrobianos sistémicos. La Habana: Ciencias Médicas; 2005. p.15-28.
10. Garmendía GH, Granados AM, Cruañas CH, Beauballet Bf, Ginebra Mr, Rodríguez OC. Guías prácticas de afecciones clínico quirúrgicas bucofaciales. En: Guías prácticas de Estomatología. La Habana: Ed. Ciencias Médicas; 2007. p. 384-410.
11. Rodríguez OC. Celulitis facial odontógena. Revista Cubana de Estomatología.[en línea]. [Consultado 2007 Febrero 6]; 34(1): 15-20. Disponible en http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol34_1_97/est03197.htm.
12. Jiménez Y, Bagán JV, Murillo J, Poveda R. Infecciones odontogénicas.

Complicaciones. Manifestaciones sistémicas. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2004; 9 Suppl: 139-47.
13. Torres Márquez Martha. Celulítis Facial Odontógena .Revista Ciencias Médicas. Habana 2008.
14. O"Brien JA. Infecciones periapicales crónicas. En Cirugía Buco-Máxilo-Facial Kruger GO. Editor. La Habana : Científico- Técnica; 1985. p.198-205.
15. Toboa Avanza O, Mendoza Nuñez VM, Hdez Palacios RD, Martínez Zambrano IA. Prevalencia a las caries dental en un grupo de pacientes de la tercera edad. Rev. A D M . 2000; 16 (3): 188-98.
16. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Anuario estadístico. Pág 9. 2008.
17. Guinart Zayas Nancy. ¿Qué hacemos con un hipertenso de edad avanzada?. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2007 Dic [citado 2010 Mar 03] ; 23(4): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252007000400009&lng=es.
18. Meigs JB, O" Donnell CJ, Toffer GH, et al. Hemostatic Markers of endothelial dysfunction an risk of incident type 2 diabetes: Framinghan Offspring Study.Diabetes 2006.55: 530-7.
19. Fabio AbbsiB, William BrownJ R , Lamendola Cindy. Et al. Obesity: Diabetes and heart diasease. Journal of the American College of Cardiology. 2002; 4(5): 3-10.
20. Hola-Perdersen P, Aclund K, Morse DE. Stolze K, Kat RV; Vitanen M Dental caries, periodontal disease and cardiac arrythmias in community dwellint older person aged 80 and older is there a link; Am Geriatric Soc.2004 Mar 53 (3): 430-7.
21. Garrigó Andreu M. Sardinas Alayón S, Gisperrt Abreu E, Valdés garfía P, Legón Padilla N. Guias prácticas de caries dental. En: Guías prácticas de estomatologías. La Habana: Ciencias Médicas; 2007. p. 51-72.
22. Llanes Llanes E, Del Valle Portilla MC, Rodríguez Méndez G, Almarales Sierra C, Ysasi Cruz MA, Älvarez Péres MC. Guías prácticas clínicas de enfermedades gingivales y periodontales. En:Guías prácticas de Estomatología La Habana: Ciencias Médicas; 2007. p 195-96.
23. Lee HJ. García RI. Janket SJ, Mascarenhas AK, Scott TE, Numm Me. The Association between cumulative periodontal disease and stroke history in older adults. J. Periodontol 2006: 77: 1744-54.
24. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Evaluación de las actividades del Programa del Adulto Mayor. 2007.
25. Archer WH. Complicaciones de la Cirugía Bucal. En: Cirugía Bucal. La Habana: Instituto Cubano del Libro; 1971. p. 652-758.
26. Bagheri SC, Perciaccante VJ, Bays RA. Comparison of patient and surgeon assessments of pain in oral and maxillofacial surgery. J Calif Dent Assoc. 2008 ;36(1):43-50.
27. Torres Lagares D y cols. Alveolitis seca: Actualización de conceptos. Med oral patol. oral cir. Bucal. 2005; 10(1):66-76. Disponibleen:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1698-44472005000100011&lng=es&nrm=iso.

28. Tan Suárez Norys, Hidalgo García Carmen Rosa, Tan Suárez Nerys Taymé, Rodríguez Gutiérrez Genné María, Fernández Carmenate Neisy. Tratamiento homeopático vs Alvogyl en la alveolitis dental. AMC [revista en la Internet]. 2008 Jun [citado 2010 Mar 03] ; 12(3): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552008000300008&lng=es.

HOSPITAL DOCENTE UNIVERSITARIO "CALIXTO GARCIA IÑIGUES"

URGENCIAS ESTOMATOLÓGICAS EN LA CONSULTA EXTERNA DE CIRUGÍA MÁXILO FACIAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO GENERAL CALIXTO GARCÍA.

Concepción Isabel Pereira Dávalos
Especialista II grado en CMF
Profesora auxiliar

Resumen:

Se realizó un estudio descriptivo y transversal en 200 pacientes que acudieron a la consulta externa de cirugía máxilo facial del Hospital General Calixto García en el municipio plaza de Ciudad de la Habana, durante el mes de noviembre 2007, con el objetivo de determinar el comportamiento de las urgencias estomatológicas en la consulta externa, para lo cual se confeccionó una ficha de recolección de datos con las principales variables a analizar, utilizándose como medida de resumen el porcentaje. En los resultados se observó que el 59% de los pacientes acudieron por alguna urgencia, existió predominio del sexo femenino y el grupo de edad de más de 30 fue el más frecuente. El diagnóstico más frecuente fue la sepsis bucal, la pericoronaritis y los trastornos de la articulación temporomandibular. El 73,7% de los pacientes no fueron remitidos por el área de salud.

Palabras clave: **urgencias estomatológicas, consulta externa de cirugía máxilo facial**

Introducción

La presente investigación comprende un estudio de las urgencias Estomatológicas que se presentan en la consulta externa del servicio de Cirugía Máxilo Facial del Hospital General Calixto García, al que asisten diariamente gran número de pacientes pertenecientes fundamentalmente a los Municipio Habana del Este, Centro Habana, Habana Vieja.

Una de las contingencias que a menudo encontramos en la práctica profesional de la estomatología es la solicitud de asistencia sin cita previa por parte de un paciente que alega necesidad urgente de diagnóstico y tratamiento (1-2).

Podemos definir una urgencia estomatológica como aquella que presenta un cuadro de signos y síntomas que hacen acudir al individuo de forma no planificada a consulta (3-4).

Según Donado es aquella situación que requiere una actuación médica o quirúrgica inmediata (3). En su investigación sobre aspectos de la demanda social en urgencias, Donado y col. encontraron que un 6% de los asistentes lo hacían por urgencias. Diversos autores valoran que esto constituye un elemento alarmante pues podría colapsar la consulta teniendo en cuanta que estos pacientes tienen prioridad de atención. **(3,5).**

El dolor es probablemente el principal motivo de consulta en las urgencias estomatológicas, asociado a la disfunción de la articulación temporomandibular (ATM.), trastornos sépticos buco dentarios, alveolitis, pericoronaritis trauma buco facial, neuralgias, fractura de tuberosidad, comunicación bucosinusal , entre otros. (5-15).

Al analizar la población que se atiende en la consulta externa del servicio de Cirugía

Máxilo Facial del Hospital General Calixto García Observamos un acumulo desmedido de pacientes en salas de espera. Todas estas personas, con o sin expediente clínico del centro, que necesitan una atención inmediata, producen una acumulación no contemplada en la agenda de trabajo, lo que entra en franca contradicción con el funcionamiento de la consulta, trayendo consigo en algunas oportunidades un manejo inadecuado del paciente.(5,10).

Teniendo en cuenta las razones antes expuestas y evidenciando la alta demanda de la consulta por urgencia y para poder trazar estrategias que nos permitan el mejoramiento del estado de salud bucal de esta población nos motivamos realizar la presente investigación

OBJETIVO

Determinar el comportamiento de las Urgencias Estomatológicas en la Consulta Externa de Cirugía Máxilo Facial del Hospital General Calixto García en noviembre del 2007.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo, observacional y de corte transversal en el servicio de Cirugía Máxilo Facial del Hospital Universitario General Calixto García, de Ciudad de la Habana, cuyo Universo de trabajo estaba constituido por los pacientes que acudieron a la consulta de Cirugía Máxilo Facial en el mes de Noviembre del 2007.

Criterios de Inclusión:

Fueron incluidos todos los pacientes que acudieron de 15 años y más.

Criterios de exclusión:

1 *Pacientes que no dieran su consentimiento para ser incluidos en la muestra.*

2 *Los pacientes que presenten urgencias Estomatológicas pero fueron atendidos primariamente en el cuerpo de guardia o en el departamento de estomatología interno del servicio de Cirugía Máxilo Facial.*

3 *Pacientes con algún trastorno mental que le impidiera comprender el estudio.*

Consideraciones Éticas:

Se aplicó una solicitud de consentimiento informado que autoricen a participar en el estudio.

Técnicas y Procedimientos

Los datos necesarios serán recogidos en una planilla confeccionada para esta finalidad que contempla las variables utilizadas en el estudio. Esta planilla fue llenada por los especialistas de cirugía maxilofacial previo adiestramiento y explicación de la misma.

Para determinar la caracterización de las Urgencias estomatológica Se tuvo en cuenta. Las siguientes variables. (Edad, Sexo, Ocupación, Dolor, Tipo de urgencia, Remisión del Área de Salud)

Procesamiento y análisis de la información

Los datos de las planillas recolectoras se vaciaran en sabanas confeccionadas para este efecto que permitirán el conteo por el método simple.

Se utilizará para el procesamiento de la información final tablas de distribución y frecuencia simple de una y doble entrada con la finalidad de medir los objetivos trazados, utilizándose como medida de resumen el porcentaje.

Análisis y Discusión de los resultados

Tabla 1: **Tipo de Atención según total de Pacientes.**

Hospital General Calixto García. 2007

Tipo de Atención	Total de Pacientes	%
Urgencias	118	59%
No urgencias	82	41%
total	200	100%

Fuente: Planilla General de Recolección de Datos

En la tabla 1 podemos observar que de 200 pacientes atendidos en un mes 118 pacientes constituyeron urgencias Estomatológicas para el 59% de los casos y solo 82 pacientes fueron pacientes electivos de CMF para un 41%.

Donado y col. encontraron que un 6% de los asistentes lo hacían por urgencias (3). Rodríguez Borges en un estudio similar planteó que estas personas producen una acumulación no contemplada en la agenda de trabajo, lo que entra en franca contradicción con el funcionamiento de la consulta. (5).

El autor opina que en nuestro estudio el 59 % de la muestra acudieron por urgencia, estando completamente de acuerdo con lo planteado por Rodríguez (5), El paciente electivo que acude a un centro Hospitalario de segundo nivel de atención, necesita consultas planificadas donde se le confecciona una historia clínica ambulatoria, con un estudio profundo de la patología en cuestión.

Tabla 2: Porcentaje de Pacientes según Grupo de Edad y Sexo.

Hospital General Calixto García. 2007

	SEXO					
	FEMENINO		MASCULINO			
	No	%	No	%	No	%
hasta 30	17	14.40%	21	17.7%	38	32.2%
mayor 30	51	43.2%	29	24.5%	80	67.7%
TOTAL	68	57.62%	50	42.37%	118	100%

Fuente: Planilla General de Recolección de Datos

En la tabla 2 se analiza la distribución de pacientes según edad y sexo, se aprecia un predominio de los pacientes del sexo femenino para un 57.62%en relación a los hombres que representó el 42.37**%**.

El grupo de edad de mayor de 30 años fue el de mayor porcentaje para un 67.7% resultados similares encontraron Duarte y colaboradores. (11)

En los grupos de mayor de 30 si existen diferencias en el sexo, siendo la mujer la de mayor frecuencia para un 43.2% en relación al hombre para un 24.5% Estos resultados pudieran estar determinados por el hecho, que las mujeres se preocupan más por los problemas de salud que los hombres. (10).

Otros autores plantean que en ellas se inicia más tempranamente el brote dentario así como comienzan después de los 40 años los trastornos propios del climaterio así como

la menopausia (9)

El autor opina que ya sean por problemas estéticos como funcionales en nuestro país existe gran cultura médica y por los medios audio visuales constantemente se le educa a la población, siendo la mujer la que acude con más prontitud a las consultas evitando grandes problemas que pudieran afectar la estabilidad en su medio familiar.

Tabla 3. Porcentaje de pacientes según Ocupación

Hospital General Calixto García. 2007

	Pacientes	
	Número	%
Profesional	20	16.94%
Estudiante	24	20.3%
No Profesional	62	52.54%
jubilado	12	10.16%
TOTAL	118	100%

Fuente: Planilla General de Recolección de Datos

En la tabla 3 analizamos los pacientes con urgencias estomatológicas según ocupación, observándose que predominan los no profesionales para un 52.54% seguido de los estudiantes para un 20,3%.

Estudios realizados por Sánchez presentan resultados similares, los pacientes con menor nivel de instrucción, estaban más afectados que los profesionales, lo que demostró que el nivel universitario les brinda la capacidad de interpretar, entender, concientizar los mensajes de orientación sobre la promoción y prevención de salud. También cita que la alta escolaridad protege la salud permitiendo una vida más

higiénica y disciplinada ya que amplia los aspectos cognoscitivos de la imagen del mundo y por consiguiente de la salud y la enfermedad (10)

Tabla 4. Porcentaje de Pacientes según Tipo de Urgencia

Hospital General Calixto García. 2007

	Pacientes	
	Número	%
Celulitis Facial Odontógena	8	6.77%
Pericoronaritis	**17**	**14.40%**
Sinusitis	2	1.69%
Sepsis Bucal	**42**	**35.59%**
Sialoadenitis	2	1.69%
Alveolitis	2	1.69%
Neuralgia	10	8.47%
CBS	5	4.23%
Trauma	**13**	**11.01 %**
Alteraciones del ATM	**15**	**12.71%**
Fractura de tuberosidad	1	0.84%
Estomatitis aftosa	1	0.84%
TOTAL	118	100%

Fuente: Planilla General de Recolección de Datos

En la tabla 4 se analizó los tipos de urgencias según diagnóstico observando que la sepsis bucal fue la de mayor porcentaje para un 35.59% de la muestra estudiada,

seguida de la pericoronaritis con un 14,40 %, las disfunciones del ATM con un 12.71 % y el trauma bucomaxilofacial para un 11%.

Los resultados en el diagnóstico por sepsis bucal coinciden con los del estudio de Duarte y colaboradores (11).

En diferentes estudios se publica que entre el 8--20% de los terceros molares son extraídos por pericoronaritis (15). Lo cual coincide con nuestros resultados donde la pericoronaritis representó 14.40%.

En nuestro estudio las Disfunción del ATM ocupó el 3er lugar en frecuencia para un 12.71%. Estudios epidemiológicos en relación con su prevalencia indican que más del 50 % de la población ha padecido de signos y síntomas relacionados con esta patología, entre los que se encuentran ruidos, dolor articular y limitación al movimiento. (12)

Tabla 5. Porcentaje de Pacientes según Dolor y Sexo

Hospital General Calixto García. 2007

	SEXO					
	FEMENINO		MASCULINO			
	No	%	No	%	No	%
SI	**62**	**52.54%**	**49**	**41.52%**	**111**	**94.06%**
NO	6	5.08%	1	0.84%	7	5.93%
TOTAL	68	57.62%	50	42.37%	118	100%

Fuente: Planilla General de Recolección de Datos

En la tabla 5 podemos observar el porcentaje de pacientes según dolor y sexo. El comportamiento del dolor en los pacientes con urgencias Estomatológicas fue de 111 pacientes para un 94.06% del total de la muestra. En relación al sexo casi todos los pacientes refirieron dolor independientemente del sexo. Resultados que coinciden con la Dra. Hechevarria. (16).

Tabla 6. Porcentaje de Pacientes según Remisiones

Hospital General Calixto García. 2007

Remitidos	No.	Total
si	31	26.27%
no	**87**	**73.72%**
TOTAL	118	100%

Fuente: Planilla General de Recolección de Datos

En la tabla 6 podemos observar que el 73,7% de los pacientes con urgencias Estomatológicas no fueron remitidos por el área de salud es decir que acudían espontáneamente a la consulta.

La Atención Estomatológica Integral y su vinculo con el médico de la familia crean un equipo responsabilizado con la salud de una población delimitada donde se ejecutaran acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación, estas acciones se

integran en un programa Nacional de atención integral donde se incluyen el manejo de las Urgencias Estomatológicas, como son entre otras mencionadas las complicaciones de la cirugía bucal, disfunción del ATM, etc. Como podemos observar esto no se cumple en el área de atención del Hospital General Calixto García, donde los pacientes de forma tradicional o no siendo remitidos acuden a la consulta externa de CMF de diversos municipios de la Ciudad de la Habana. Estos resultados demuestran la acumulación de pacientes, sin previa cita en la consulta externa de CMF, lo que entra en franca contradicción con el buen funcionamiento de la consulta, trayendo consigo en algunas oportunidades un manejo inadecuado del paciente. (17).

Conclusiones:

1 En los resultados existió predominio del sexo femenino, los no profesionales y el grupo de edad que con mayor frecuencia se presentó fue el de más de 30 años.

2 Los tipos de Urgencia Estomatológicas más frecuentes fueron la sepsis bucal, pericoronaritis y los trastornos de la articulación temporomandibular.

3 El comportamiento del dolor en los pacientes con urgencias Estomatológicas fue de un 94.06%.

4 El 73,7% de los pacientes no fueron remitidos por el área de salud.

RECOMENDACIONES:

- *Realizar un estudio conjunto cuerpo de guardia, consulta de estomatología anexada al servicio y consulta externa de Cirugía Máxilo Facial para estudiar las urgencias estomatológica en el Hospital General Calixto García.*

- *Se establezca una coordinación con los directivos de estomatología del área de salud para mejorar desempeño profesional de los estomatólogos ante las urgencias Estomatológicas y las remisiones al segundo nivel de atención.*

BIBLIOGRAFÍA:

1. De la teja-Angeles Eduardo.Cadena-Galdos Antonia, Tellez-Rodriguez Jorge. El pediatra ante las urgencias estomatológicas**.** Acta Pediatr Mex 2007;28(1):21-27**.** [citado 10 Mayo 2008], p.0-0. Disponible en la World Wide Web: www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2007/apm071e.pdf - Páginas similares Artemisa
2. Vázquez de León A;G. Caracterización de patologías pulpares Inflamatorias. Área 1 Cienfuegos 2007.Trabajo para optar por el titulo de Master en urgencias estomatológicas Ciudad de la habana 2007. [citado 2009 Feb. 16]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/saludbucal/patopulpares.pdf
3. Donado Rodríguez M. Urgencias en la clínica dental. En: Urgencias en clínica dental. Madrid: ED MD, 2003:7
4. Jiménez Quintana Zuilen, Santos Solana Lourdes de los, Sáez Carriera Rolando, García Martínez Indira. Prevalencia de los trastornos temporomandibulares en la población de 15 años y más de la Ciudad de La Habana. Rev Cubana Estomatol [periódico en la Internet]. 2007 Sep [citado 2009 Ene 24]; 44(3): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000300011&lng=es&nrm=iso.
5. Rodríguez Borges. Lourdes, Cidranes Blomelín Margarita, Delgado González

Ernesto. Experiencia de la consulta de urgencias en el servicio de prótesis estomatológica. **Rev "Archivo Médico Camaguey" 1998; 2 (1)** [online]. jul.-sep. 2007, vol.44, no.3 [citado 10 Mayo 2008], p.0-0. Disponible en la World Wide Web: < www.amc.sld.cu/amc/1998/v2n1/amc2(1)07.htm - 37k - En caché - Páginas similares **ISSN 1025-0255.**

6. Colectivo de autores. GUÍAS PRÁCTICAS CLÍNICAS ANTE TRAUMATISMOS DENTARIOS Y FACIALES. Guías Prácticas de Estomatología. Capitulo 3. Editorial ciencias Médicas. La Habana.2003. [citado 2009-01-24], Disponible en http://www.sld.cu/mainsearch.php?q=fractura+de+tuberosidad&d=38&x=5&y=5
7. Ramírez Siret Moyra de la Caridad. Complicaciones de la extracción dentaria en pacientes atendidos en el Consultorio odontológico INCE. San Felipe. Yaracuy. Trabajo para optar por el titulo de Master en urgencias estomatológicas Repubilca de venezuela.2008. [citado 2009-02-16], Disponible en: http://www.sld.cu/mainsearch.php?q=comunicacion+bucosinusal&d=38&x=5&y=6
8. Fernández Cañizares SI. Aceite de Girasol Ozonizado Oleozon tópico de Lesiones bucales. trabajo para optar por el titulo de master en urgencias estomatológicas Ciudad de la habana 2007.
9. Colectivo de autores. Guias practicas clinicas de caries dental. Guías Prácticas de Estomatología.Capitulo1. Editorial ciencias Médicas. La Habana.2003. [citado 2009-01-24], Disponible en http://www.sld.cu/mainsearch.php?q=comunicacion+bucosinusal&d=38&x=5&y=6
10. Sánchez Rodríguez R. Morbilidad por Urgencias Estomatológicass en el

Municipio Independencia, Republica Bolivariana de Venezuela. Trabajo para optar por el titulo de Master en urgencias estomatológicas Ciudad de la habana 2007. [citado 2009-01-24], Disponible en :01http://www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/saludbucal/urgestomatologicas.pdf

11. Duarte Concedo,Daysy; Gomez Garcia Jorge;Veitia cabarrocas,Felisa. Urgencias Estomatológicass y su tratamiento .Medicentro:7(1):74-9,1991.
12. Grau León Ileana, Almagro Soraya, Cabo García Rogelio. Los trastornos temporomandibulares y la radiación láser. Rev Cubana Estomatol [periódico en la Internet]. 2007 Sep [citado 2009 Ene 24] ; 44(3): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000300007&lng=es&nrm=iso.
13. Hernández Pedroso Luis. Incidencia de fracturas mandibulares en Guyana. Rev Cubana Estomatol [periódico en la Internet]. 2005 Abr [citado 2009 Feb 10] ; 42(1): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072005000100002&lng=es&nrm=iso.
14. Gay Escoda C, Berini Aytés L. Cirugía bucal. Barcelona: Ergon; 1999. p. 317-52, 831-78.
15. Revisión Bibliográfica Cirugía Bucal. Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac. [periódico en la Internet]. 2006 Ago [citado 2009 Feb 25] ; 28(4): 246-247. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-05582006000400006&lng=es&nrm=iso.
16. Hechavarria Montejo E. Morbilidad por caries dental como urgencia estomatologica en la población menor de 19 años. Republica Bolivariana de

Venezuela. Trabajo para optar por el titulo de Master en urgencias estomatológicas Ciudad de la habana 2007. [citado 2009-02-16], Disponible en:http://www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/saludbucal/tesis_eliagnis.pdf

17. Padró Blanco DM. Calidad de la consulta de conserjería de salud bucal en la clínica Estomatológica de san Luis Año 2002. Trabajo para optar por el título de Especialista de primer Grado en Estomatología General Integral[citado 2009-02-16], Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/saludbucal/consejeriabucal.pdf