

**Abstracts from the VII National congress of the  
Spanish Society of Oral Surgery.**

**Almeria, Spain, 17-19 September 2009.**

**COMUNICACIONES ORALES**

## CINCO AÑOS DE EXPERIENCIA CLÍNICA CON IMPLANTES DENTALES BTI®: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL FRACASO DEL IMPLANTE

*Eduardo Anitua, Laura Piñas, Gorka Orive.*

**Introducción y Objetivos:** El propósito del presente estudio fue identificar, mediante los análisis estadísticos pertinentes, los factores de riesgo asociados al fracaso del implante y evaluar la supervivencia a largo plazo de los mismos, usando como variable de estudio principal la pérdida del implante y llevando a cabo el análisis de los fracasos en base a: cirugía, implantes y pacientes.

**Material y Métodos:** Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo en el que fueron incluidos 1060 pacientes que recibieron un total de 5787 implantes BTI® durante el período de tiempo comprendido entre 2001 y 2005 en Vitoria, España. Se estudió la influencia de potenciales factores demográficos y clínicos además de variables quirúrgicas y protésicas. Para identificar los factores de riesgo asociados con el fracaso del implante se utilizó la regresión de Cox para riesgo proporcional.

**Resultados:** El consumo de tabaco, las fases quirúrgicas (dos fases/frente a una fase) y las técnicas especiales accesorias (elevación de seno, Split y crecimiento vertical) se relacionaron estadísticamente con tasas de supervivencia menores. Se detectaron dos factores de riesgo directamente relacionados con el fracaso del implante: fases quirúrgicas (dos fases) y el uso de técnicas especiales para la colocación de los mismos. En general, la supervivencia de los implantes BTI® fue del 99.2%, 96.4% y 96% tomando como unidad de análisis el implante, la cirugía o el paciente, respectivamente. Un total de 28 de los 5787 implantes (0.48%) fracasaron durante el periodo de observación estudio. En muchos casos en los que se produjo el fracaso del implante, el paciente presentaba periodontitis crónica o agresiva según escala de Armitage 1999 (69.6%).

**Conclusiones:** Las fases quirúrgicas del implante y el uso de técnicas especiales en la cirugía son factores de riesgo para el fracaso del implante. Los implantes BTI® son seguros y predecibles.

## ACTITUD TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON APNEA DEL SUEÑO. ESTUDIO METEANALÍTICO

*Martínez-Rodríguez N, Lanchares de Pablo J, Leco Berrocal I, Buesa Báñez JM, Martínez-González JM.*

**Introducción:** El síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAHS) es una enfermedad oculta y potencialmente mortal, de alta incidencia y, que constituye un problema de gran trascendencia tanto de salud pública como de índole social.

**Objetivo:** Valorar las diferentes posibilidades terapéuticas

frente al SAHS, así como la efectividad de las mismas.

**Material y Método:** Se ha realizado un estudio metaanalítico, observacional y retrospectivo mediante la selección de un total de 13 artículos que han proporcionado un tamaño muestral de 642 casos diagnosticados de SAHS, en los cuales se han valorado parámetros como: edad, sexo, tipo de SAHS, índice de masa corporal (IMC), índice de apnea/ hipoapnea (AHI), tratamiento y efectividad de mismo.

**Resultados:** El SAHS presentó una mayor incidencia en hombres (88.7%) y la edad media de diagnóstico fue de 49.75 años. Estos pacientes padecían en la mayoría de los casos sobrepeso, presentando un IMC medio de 28.32 Kg/m<sup>2</sup>. El AHI medio fue de 31.64 apneas-hipapneas/hora tratándose por lo tanto de un SAHS de tipo moderado. La actitud terapéutica llevada a cabo fue en un 77.96% de los casos mediante dispositivos intraorales de avance mandibular, seguido de un 16% tratados mediante CPAP y finalmente un 7% fue sometido a tratamiento quirúrgico.

**Conclusiones:** El SAHS es un cuadro complejo que requiere un equipo multidisciplinar para su diagnóstico y tratamiento en el cual el odontólogo juega un papel muy importante.

## ACTITUD Y CONTROL DE LOS MUCOCELES ORALES

*Mencia Marrón A, Arrieta Blanco JJ, Quesada Jiménez R, de las Heras B, Villota de Jorge M, Pérez Zamarrón D.*

**Introducción:** Los mucocelos son tumefacciones mucosas de variado tamaño, esféricas y circunscritas, que contienen moco en su interior. Representan la patología más usual de las glándulas salivales menores (5,6% de todas las biopsias). La mayoría de los mucocelos son secundarios a procesos traumáticos u obstructivos de dichas glándulas. El tratamiento es la exéresis pero suele recidivar si no cesa el hábito traumático.

**Casos clínicos:** Pacientes que acuden al Servicio de Estomatología de la Fundación Jiménez Díaz con tumoraciones indoloras en zona labial o lingual.

Tras la exploración clínica se diagnostican: mucocelo labial por obstrucción, mucocelo labial por extravasación y mucocelo lingual.

**Discusión:** El diagnóstico diferencial de las lesiones quísticas y masas de las regiones sublingual y labial se hará en base a una correcta y exhaustiva historia y exploración clínica. Si fuese preciso se harán pruebas complementarias para determinar un diagnóstico certero y un adecuado tratamiento.

**Conclusión:** Gracias a un buen diagnóstico, una técnica quirúrgica cuidadosa y un cambio de hábitos, las lesiones evolucionan favorablemente y no tienden a recidivar.

## ACTUALIZACIÓN EN BIOMATERIALES

*Alicia Márquez Barreda, Ana Boquete Castro, Guillermo Pardo Zamora, José Luis Calvo Guirado.*

**Introducción:** Los biomateriales sustituyen a los tejidos naturales. Se clasifican según la composición, su reabsorción por el organismo, su arquitectura y la respuesta del tejido óseo de su entorno. Los biomateriales óseos tienen como misión preservar y corregir defectos óseos en diferentes procedimientos en cirugía bucal.

**Caso clínico:** Presentaremos un caso clínico en el que realizamos elevación sinusal convencional en el lado izquierdo y elevación atraumática en el derecho. Mostraremos la historia clínica, modelos, orto, TAC del paciente y demás pruebas complementarias de diagnóstico.

**Discusión:** Los biomateriales no deben ser modificados por los tejidos blandos, no causar reacciones inflamatorias o de cuerpo extraño, no producir estados de alergia ser químicamente inertes, no ser cancerígenos, ser capaces de soportar esfuerzos y tensiones, poder ser fabricados en la forma deseada y ser esterilizables. Los autoinjertos tienen menor necrosis o rechazo, son corticales, esponjosos o corticoesponjosos. Los aloinjertos evitan técnicas de extracción y el potencial de provisión es ilimitado en bancos óseos desmineralizados. Los xenoinjertos tienen provisión limitada; los más habituales son bovinos, porcinos y equinos.

**Conclusiones:** El avance de las técnicas quirúrgicas obliga al conocimiento y uso de los biomateriales en cirugía bucal.

El éxito del injerto autólogo parece el más documentado y por tanto la alternativa de elección.

Los injertos no autólogos constituyen una buena alternativa por simplificar las técnicas y evitar segundas cirugías. De entre ellos el de éxito más documentado es el hueso bovino.

En los casos de cirugía perimplantaria para rellenar los defectos óseos los xenoinjertos de origen bovino y porcino constituyen la opción preferente por su sencillo manejo.

En cuanto a la practicidad de uso, en nuestra experiencia la consistencia pastosa de fácil manipulación permite remodelación del injerto.

Los materiales sustitutivos con potencial osteoconductor parecen ser eficaces para mantener la estructura ósea por su estabilidad inicial.

## ADMINISTRACIÓN PREOPERATORIA DE IBUPROFENO PARA PREVENIR EL DOLOR, EL EDEMA Y EL TRISMO TRAS LA EXTRACCIÓN DE TERCEROS MOLARES INFERIORES. ENSAYO CLÍNICO RANDOMIZADO, TRIPLE-CIEGO Y CONTROLADO POR PLACEBO

*Harutunian Karmen; Figueiredo Rui; Berini Aytés Leonardo; Gay Escoda Cosme.*

**Introducción:** Los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) son los fármacos de elección para tratar o prevenir

las complicaciones postoperatorias más frecuentes de la extracción de los terceros molares (el dolor, el edema y el trismo), y su administración preoperatoria ha sido defendida por muchos autores, aunque existe una falta de evidencia científica al respecto.

**Objetivos:** Comparar el efecto de la administración preoperatoria del Ibuprofeno sobre el dolor, el edema y el trismo postoperatorio en la extracción quirúrgica de terceros molares inferiores incluidos.

**Pacientes y Método:** Se efectuó un ensayo clínico randomizado, a triple-ciego y controlado por placebo en el Servicio de Cirugía Bucal de la Clínica Odontológica de la Universidad de Barcelona entre enero de 2007 y junio de 2009. Los pacientes fueron distribuidos de forma aleatoria en 2 grupos: en el grupo de estudio los pacientes recibían 600 mg de Ibuprofeno 1 hora antes de la intervención quirúrgica y 600 mg de placebo cuando se terminaba la exodoncia; y en el grupo control se invertía el orden de la administración del Ibuprofeno y del placebo.

**Resultados:** Se realizaron en total 60 extracciones de terceros molares inferiores incluidos. La edad media de los pacientes fue de 25 años y hubo una ligera predilección por el sexo femenino (55%). No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en cuanto al dolor, al edema y al trismo postoperatorio.

**Discusión:** Por el mecanismo de acción de los AINEs, sería de esperar que la gravedad de las complicaciones postoperatorias sea inferior si alcanzan un nivel plasmático adecuado antes de que se produzca cualquier tipo de agresión tisular. Sin embargo, nuestro estudio no corrobora este dato.

**Conclusiones:** El tiempo de administración del Ibuprofeno no influyó en la intensidad del dolor, el edema y el trismo postoperatorio tras la extracción de terceros molares incluidos.

## ALTERACIONES MORFOLÓGICAS DEL CÓNDILO MANDIBULAR. ETIOPATOGENIA DEL CÓNDILO BÍFIDO. A PROPÓSITO DE 4 CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

*Sala Pérez Sergi; Vázquez Delgado Eduardo; Gay Escoda Cosme.*

**Introducción:** El cóndilo bífido mandibular es una malformación poco común y fruto de un hallazgo radiográfico. Se le han atribuido numerosas causas, como son; las anomalías en el desarrollo, los traumatismos y las fracturas del cóndilo mandibular, entre otras.

**Casos Clínicos:** Se presentan 4 casos de pacientes atendidos en el Servicio de Cirugía Bucal de la Clínica Odontológica de la Universidad de Barcelona

Caso 1. Hombre de 29 años sin antecedentes traumáticos ni alteraciones de disfunción temporomandibular en ambas articulaciones temporomandibulares (ATM's). Con ayuda de la Ortopantomografía (OPG) y la Tomografía Computadorizada con reconstrucción tridimensional

(TC-3D) se estableció el diagnóstico de cóndilo bifido bilateral.

Caso 2. Mujer de 49 años sin antecedentes traumáticos y con dolor a la palpación de ambas ATM's, desviación mandibular en la apertura, dolor miofascial con presencia de puntos gatillo y mialgia local mandibular. Tras la exploración radiográfica con OPG y la TC-3D, se estableció el diagnóstico de cóndilo bifido derecho.

Caso 3. Hombre de 28 años con pérdida parcial de audición en ambos oídos, retraso mental y antecedentes de hipoxia cerebral durante el nacimiento. Presentaba desviación a la apertura bucal y ruidos articulares en ambas ATM's. Tras la exploración radiográfica con OPG y con la TC-3D se estableció el diagnóstico de cóndilo bifido derecho.

Caso 4. Mujer de 23 años sin antecedentes traumáticos ni de disfunción temporomandibular en ambas ATM's. En la exploración radiográfica con OPG y TC-3D se diagnosticó una anomalía condilar derecha trilobulada.

**Discusión y Conclusiones:** Tras efectuar una revisión de la literatura, podemos establecer tres orígenes de esta malformación, que son: congénito, de desarrollo y adquirido. Debido a que el cóndilo mandibular posee un gran poder de adaptación y remodelado funcional consideramos que no siempre existe una relación entre esta anomalía y la presencia de signos y síntomas articulares.

## ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS A LA ELEVACIÓN E INJERTO SINUSAL

*Manuel Cara Fuentes, Rosa Fernández Camacho, Irene Morales Trescastro, Jesús Machuca Ariza, María del Carmen Ramos Robles, Ildefonso Martínez Lara.*

**Introducción:** La elevación e injerto del seno maxilar es una técnica ampliamente utilizada actualmente en el tratamiento del maxilar posterior con déficit vertical. Obviando la clásica discusión del uso de materiales, se han descrito diversas técnicas que simplifican o prescinden de dicho procedimiento. Las diferentes variaciones de la técnica de elevación atraumática, las menos difundidas de elevación con balón y con técnica endoscópica, o la más recientemente descrita reformación ósea sinusal pretenden simplificar el procedimiento más difundido. Sin embargo, la no infrecuente aparición de complicaciones, como la infección, sinusitis y pérdida del material de injerto y/o del implante, la dilación del procedimiento reconstructivo y la presencia de contraindicaciones de abordaje sinusal, han hecho que surjan diversas alternativas que evitan la necesidad de exposición del mismo, eliminando los riesgos inherentes y acortando el tiempo total de tratamiento.

**Objetivos.** Describir las opciones quirúrgicas existentes para la colocación de implantes en maxilar superior atrófico sin tener que realizar elevación del seno maxilar.

Descripción de la técnica. Se describen técnicas alternativas a la elevación del seno, entre las que se encuentran los implantes cortos, los implantes angulados (técnica All on

tour, implantes tuberositarios y pterigoideos) e implantes cigomáticos.

**Discusión.** Se discuten sus indicaciones, ventajas e inconvenientes, apoyados en la presentación de diversos casos clínicos representativos.

Se comparan resultados obtenidos por autores en implantes colocados tras elevación de seno según sus diferentes posibilidades, con los obtenidos con las técnicas alternativas descritas.

**Conclusión.** Para elegir el tratamiento del maxilar posterior deficiente deben valorarse no sólo el déficit vertical óseo, sino que hay que considerar otros factores como el déficit transversal, espacio protésico, estado de la dentición adyacente, presencia de patología sinusal y deseos y particularidades de cada paciente, siendo necesario, por tanto, el conocimiento de las alternativas posibles.

## ANÁLISIS A MICROSCOPIO ELECTRÓNICO DE LA FRACTURA DEL IMPLANTE DENTAL

*Rivera Zafra Francisco José; Olmedo Gaya María Victoria; Reyes Botella Candela; Romero Olid Nuria; Alvaro Sánchez Jose Antonio; Vallecillo Capilla Manuel.*

**Introducción:** La fractura del cuerpo del implante es una complicación no muy frecuente (incidencia entre el 0,2 y el 1,4%), pero que supone un gran contratiempo para el clínico y el paciente ya que conlleva a la pérdida del implante. Existen varios factores asociados a esta complicación como el diseño o producción defectuoso, ajuste de la prótesis, fuerzas oclusales, hábitos parafuncionales, reabsorción ósea periimplantaria, lugar de colocación del implante, diámetro del implante y aflojamiento previo del tornillo protésico.

**Objetivo:** Realizar un análisis a microscopio electrónico de muestras de implantes fracturados.

**Material y Método:** Obtuvimos cuatro muestras de implantes fracturados Lifecore Restore® y se procedió a su preparación y análisis en el Centro de Instrumentación Científica de la Universidad de Granada. Los fragmentos se montaron en los portamuestras del SEM llamados Stvs y se prepararon con carbón coloidal (leit C). A continuación, se dejaron 24 horas en desecación y trascurrido ese tiempo se recubrieron con una aleación de oro-paladio.

Una vez preparadas las muestras se analizaron con un microscopio electrónico de barrido VPSEM.

**Resultados y discusión:** Pudimos observar como la fractura se producía a nivel del límite apical del tornillo protésico, donde el implante es como un cilindro hueco, concretamente donde la pared presentaba menor grosor, en la profundidad entre espira y espira. Realizamos mediciones del grosor de la pared y no obtuvimos medidas superiores a 460 µm, además encontramos signos compatibles con la fractura por fatiga del material, como son la fractura en múltiples planos y la presencia de grietas y fisuras de múltiples direcciones.

**Conclusiones:** Podemos afirmar que la fractura del implante dental se produce por fatiga del material en una localización en la cual las paredes del implante presentan un grosor de no más de 460 µm.

## BIOMATERIALES PARA LA REGENERACIÓN ÓSEA UTILIZADOS EN LA TÉCNICA DE INJERTO ÓSEO SUBANTRAL

*García Serrano A, Saura Inglés A, Calabria C, Calvo Guirado JL.*

**Introducción:** Un volumen de hueso insuficiente y una densidad ósea escasa son problemas frecuentes en pacientes edéntulos con reabsorción maxilar severa. Una técnica que nos permite la colocación de implantes en dicha situación es la elevación de seno maxilar utilizando materiales de injerto óseo.

**Objetivos:** El objetivo es revisar los distintos tipos de materiales de injerto descritos en la literatura y utilizados en la técnica de elevación sinusal en los últimos años, así como los resultados obtenidos con ellos.

**Material y Métodos:** Se realiza una revisión de la literatura, en base a los sistemas de búsqueda tradicional.

**Conclusiones:** El hueso autólogo es el que mejores resultados ha mostrado; no obstante el volumen necesario, obliga en ocasiones a recurrir a zonas extraorales. Por ello se han utilizado distintos biomateriales, mezclados o no con hueso autólogo para proporcionar un resultado similar al obtenido exclusivamente con éste.

## CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON LIQUEN PLANO BUCAL

*Alvira Gonzalez Joaquin; Velasco Vivancos Veronica; Berini Aytés Leonardo; Gay Escoda Cosme.*

**Introducción:** el liquen plano bucal es una enfermedad inflamatoria crónica mucocutánea de etiología desconocida y evolución generalmente benigna. A pesar de ser una entidad generalmente asintomática, en ocasiones puede causar sensación de ardor, prurito y dolor pudiendo interferir en el habla, deglución y masticación.

**Objetivos:** Establecer la calidad de vida y los factores que pueden modificarla en los pacientes con LPB visitados en la clínica odontológica de la universidad de Barcelona.

**Pacientes y Método:** Se efectuó un estudio transversal de los pacientes con LPB tratados en el servicio de cirugía bucal de la clínica odontológica de la universidad de Barcelona. Se recogieron datos acerca de edad, sexo, localización, tipo, sintomatología asociada, hábitos tóxicos, patología sistémica y medicación activa. Así mismo se les facilitó una adaptación del cuestionario SF-36 en el que se les preguntaba sobre aspectos de la vida cotidiana y la efectividad del tratamiento en caso de que la entidad produjera algún tipo de sintomatología.

**Resultados:** Un total de 30 pacientes (7 hombres y 23 mujeres) se incluyeron en el estudio teniendo previamente el diagnóstico anatomopatológico de LPB. A pesar de que ningún paciente ha visto alteradas sus actividades sociales ni laborales, un 53,3% (n:16) refería algún tipo de sintomatología, siendo el dolor (33,3%), el ardor/prurito (20%) y las alteraciones en la percepción del gusto (23,3%) las principales molestias asociadas a la masticación y/o la deglución.

**Discusión y Conclusiones:** El LPB es una entidad inflamatoria mucocutánea crónica que tiene una importante repercusión en ciertos aspectos de la vida cotidiana de los pacientes y que requiere un control no solo por la sintomatología asociada sino también por el riesgo de malignización. La sensación de ardor, prurito, y de dolor influyen principalmente en el habla, masticación y deglución, siendo especialmente molesto cuando se localiza en la lengua y en la zona gingival.

## CALIDAD DE VIDA EN IMPLANTOLOGÍA BUCAL. ESTUDIO PROSPECTIVO DE 50 PACIENTES

*Ferriol Fiol Neus; Figueiredo Rui; Berini Aytés Leonardo; Gay Escoda Cosme.*

**Introducción:** Actualmente, la colocación de implantes es un procedimiento rutinario en Odontología, y por esa razón es importante conocer todas las repercusiones que esta intervención quirúrgica puede tener en la calidad de vida de los pacientes.

**Objetivos:** Valorar la inflamación y el dolor postoperatorios de los pacientes sometidos a cirugía implantológica, así como el grado de interferencia de estas complicaciones con las actividades cotidianas de los pacientes.

**Pacientes y Método:** Se realizó un estudio observacional prospectivo de 50 pacientes sometidos a la colocación de implantes dentales. Se registró la intensidad del dolor mediante escalas analógicas visuales (EAV) durante los 7 días posteriores a la intervención quirúrgica, y el grado de interferencia de ésta con las actividades diarias (masticar, hablar, dormir, etc.). También se utilizaron cuestionarios para evaluar las distintas complicaciones postoperatorias. El análisis estadístico se llevó a cabo mediante el Software SPSS 15.0 para Windows.

**Resultados:** La muestra constó de 17 hombres y 33 mujeres, con una edad media de 53 años (DE=12), a los que les fueron colocados un total de 115 implantes. De los 50 pacientes, 9 eran edéntulos totales y 41 eran edéntulos parciales. La media de dolor evaluada mediante las EAV no presentó diferencias estadísticamente significativas entre pacientes con distintos tipos de edentulismo ( $p > 0,05$ ). La interferencia con las actividades diarias fue mayor el primer día del curso postoperatorio decreciendo a partir del segundo día, siendo significativamente mayor ( $p = 0,03$ ) en los pacientes edéntulos totales. La aplicación de técnicas de regeneración ósea aumentó de forma estadísticamente significativa el grado de dolor máximo ( $p = 0,028$ ).

**Discusión y Conclusiones:** La valoración por parte de los pacientes indica que la colocación de implantes es un procedimiento que provoca un dolor de intensidad leve o moderada. Supone una limitación moderada de las actividades cotidianas durante las primeras 72 horas posteriores a la intervención quirúrgica. La calidad de vida en este período postoperatorio parece afectarse más en los pacientes edéntulos totales que en los pacientes que presentan edentulismo parcial.

## CAMBIOS HEMODINÁMICOS PRODUCIDOS TRAS LA ADMINISTRACIÓN DE ANESTESIA INTRAÓSEA

*Rubio Serrano M, Ortega Sánchez B, García Mira B, Peñarrocha Diago M.*

**Introducción:** La anestesia intraósea realiza la perforación de la cortical ósea maxilar o mandibular para depositar la solución anestésica en el interior del hueso alveolar.

**Objetivo:** Cuantificar los cambios producidos en la presión arterial y la frecuencia cardíaca de los pacientes anestesiados con la técnica de anestesia intraósea al llevar a cabo exodoncias simples.

**Material y Método:** Se realizó un estudio prospectivo ciego en 36 pacientes. A cada paciente se le practicaron dos procedimientos anestésicos, uno con técnicas convencionales y otro con la técnica de anestesia intraósea Quicksleeper2®. Se midió la tensión arterial y la frecuencia cardíaca antes de la anestesia, inmediatamente después, 5 minutos después de la anestesia y al terminar la exodoncia.

**Resultados:** Con anestesia intraósea, la media de tensión arterial sistólica y diastólica basal fue de 13,1/7,9. Después de introducir el anestésico se observó un ligero aumento en la sistólica y un ligero descenso en la diastólica (13,4/7,6). Hubo una disminución, con valores medios de 12,9/7,5 a los 5 minutos de haber administrado la anestesia, llegando hasta 12,7/7,4 después de realizar la extracción. La frecuencia cardíaca basal media registrada fue de 77,8 pulsaciones por minuto, aumentando inmediatamente después de la administración de la anestesia (82,9). Disminuyó hasta un valor medio de 79,7 a los cinco minutos de la introducción del anestésico y hasta 77,4 después de realizada la extracción del diente.

**Conclusión:** La tensión arterial aumentó inmediatamente después de anestesiarse mediante la técnica intraósea de forma significativa, normalizándose 5 minutos después de la anestesia. No se observaron cambios significativos en la frecuencia cardíaca de los pacientes.

## CANINO SUPERIOR INCLUIDO ASOCIADO A TUMOR ODONTOGÉNICO QUERATOQUÍSTICO

*Guerrero Arenillas MV, González Martín MI, Granados Núñez M, Queraltó Hernández J, Torres Lagares D, Gutiérrez Pérez JL.*

**Introducción.** El canino superior se presenta incluido en un 0,9-2,2% de la población. El tumor odontogénico queratoquístico se presenta con más frecuencia en cuerpo y rama mandibular; cuando su localización es en maxilar superior suele asociarse a un canino incluido.

**Caso clínico.** Mostramos un caso clínico referente a un paciente varón, de 52 años de edad, que presenta ambos caninos superiores incluidos encontrándose, el canino superior derecho, asociado a un tumor odontogénico queratoquístico confirmado tras biopsia. El plan de tratamiento incluye las endodoncias/apicectomías de los dientes afectados por el tumor, la extracción de ambos caninos superiores y la enucleación/curetaje del tumor.

**Discusión.** El diagnóstico del canino superior incluido se establece clínicamente por la ausencia de dicho canino en la arcada dentaria y frecuentemente desplazamientos de los dientes adyacentes hacia el espacio que ocuparía dicho canino. El diagnóstico del tumor odontogénico queratoquístico con frecuencia es un hallazgo radiológico casual; suele ser asintomático presentando clínica por sobreinfección del mismo, su crecimiento es lento pero, en ocasiones, agresivo. El tratamiento de elección frente a la asociación de estas dos patologías es la extracción del canino/s incluido/o y la enucleación y curetaje del tumor junto con la apicectomía de los dientes implicados.

**Conclusiones.** 1. Es fundamental una correcta exploración clínica y radiológica para un correcto diagnóstico de la inclusión del canino superior y su posible patología asociada.

2. Estimamos relevante una estrecha correspondencia entre odontólogo general, endodoncista, cirujano bucal y cirujano máxilofacial, para una mayor eficacia y efectividad de nuestro tratamiento.

## CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN DE 89 MUCOCELES EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

*Ata-Ali J, Carrillo C, Larrazabal C, Balaguer J, Peñarrocha MA, Peñarrocha M.*

**Introducción:** Los niños desarrollan mucocelos con mayor frecuencia que los pacientes adultos, pero aún así no existen series específicas publicadas sobre la población pediátrica; con la excepción del artículo de Nico y cols. en el que se analizan 36 mucocelos en niños menores de 15 años.

**Objetivo:** Realizar un estudio sobre pacientes pediátricos con mucocelos en la cavidad oral y analizar las características clínicas, el tratamiento y la evolución de las lesiones.

**Material y Método:** Se realizó un estudio retrospectivo

en el que se revisaron las historias clínicas con diagnóstico clínico de mucocelo entre los años 1998 y 2008 de un hospital de referencia pediátrico (edad de 0-14 años). Se incluyeron todos los pacientes con mucocelos en labio, lengua, mucosa yugal, y paladar. Se recogieron los siguientes datos: edad, sexo, antecedentes médicos y traumáticos, localización del mucocelo, tamaño de la lesión, tiempo de evolución, tratamiento, tipo histológico, tiempo de seguimiento y recidivas.

**Resultados:** Se incluyeron 89 mucocelos, con edad media 6,1 años; siendo 4 de ellos congénitos. La mayor frecuencia de los mucocelos se observó en el labio inferior (79,7%) El tamaño de las lesiones fue mayor de 5 mm de diámetro en el 69% de los pacientes. El tiempo de evolución medio fue de 5,7 meses (rango: 1-24 meses). En 50 pacientes las lesiones se extirparon quirúrgicamente y en el resto de los pacientes los mucocelos desaparecieron de forma espontánea. Se observó un éxito del tratamiento del 92%. A nivel histológico todos los mucocelos eran de extravasación.

**Conclusiones:** En este estudio se analizan las características clínicas de una serie amplia de mucocelos en la edad pediátrica, destacando 4 lesiones congénitas. Fueron más frecuentes en el labio inferior, la mitad se trataron quirúrgicamente, recidivaron 4 de ellos observando un éxito del 92%.

#### CARACTERIZACIÓN MICROESTRUCTURAL Y MECÁNICA DE SISTEMAS IMPLANTOPROTÉSICOS SOMETIDOS A CERAMIZACIÓN

*Velázquez Cayón Rocío; Vaquero Aguilar Cristina; Bruguera Álvarez August; Llena Amat Oriol; Llena Amat Jaume, Jiménez Melendo Manuel; Gutiérrez Pérez Jose Luis.*

**Introducción:** En la actualidad, se está generalizando el uso de nuevos materiales que satisfagan estética y función en el sector estético en prótesis implantosoportada. En esta línea, la circonia parece presentarse como un material adecuado para este fin, aún así es necesario avanzar en el estudio de sus propiedades mecánicas y su composición microestructural.

**Material y Método:** Se han estudiado muestras de la empresa Biomet 3i formadas por pilar de circonia, implante de titanio de 4 mm de diámetro y tornillo de titanio, con conexión interna o con conexión externa; con un recubrimiento inicial de IPS e.max Ceram o sin él. Los cuatro tipos de muestras se han ensayado a temperatura ambiente en compresión en una máquina Microtest con una célula de carga máxima de 500 N. La carga se ha aplicado con un ángulo de 30° respecto de la dirección axial de las muestras. Las muestras, antes y después de los ensayos, se han observado en microscopía óptica y en microscopía electrónica de barrido (MEB) en el Servicio de Microscopía de la Universidad de Sevilla.

**Resultados:** Los pilares tienen una concentración de óxido

de itrio del 3-4% y están preferentemente estabilizados en su fase tetragonal. La resistencia media a la fractura en compresión a velocidad constante de 1mm/min es de  $340 \pm 50$  N, el 75% de los pilares fallaron prematuramente en ensayos de fatiga dinámica entre  $150 \pm 250$  N a 1 Hz. La pérdida de recubrimiento se ha producido en las zonas próximas a la fractura. Por último, se ha observado una pérdida sistemática del par de apriete.

**Conclusiones:** Dentro de las limitaciones del estudio, los pilares de circonia parecen soportar perfectamente las fuerzas de mordedura para la región incisiva, no interfiriendo en esta resistencia el proceso de ceramización.

#### CARACTERIZACIÓN ULTRAESTRUCTURAL E INMUNOFENOTIPO DE CULTIVOS CELULARES PROVENIENTES DE SENOS MAXILARES REGENERADOS

*María de la Flor Martínez, Pablo Galindo-Moreno, Juan Emilio Fernández-Barbero, Víctor Romero-Skogman, Francisco O'Valle, Elena Sánchez-Fernández.*

**Introducción:** La presencia de tejido no mineralizado es crucial para la remodelación de los injertos. La expresión de distintos factores de crecimiento por parte de las células mesenquimales favorece su diferenciación hacia células osteogénicas.

**Objetivo:** Determinar el inmunofenotipo y características ultraestructurales de células cultivadas a partir de muestras tomadas en senos maxilares regenerados tras 6 meses de curación.

**Material y Métodos:** Se realizó elevación de seno con una mezcla de hueso autógeno cortical y hueso bovino anorgánico. A los 6 meses, durante la colocación de implantes, se tomaron muestras de tejido óseo que fueron puestas en cultivo. Tras 21 días, se realizó estudio inmunohistoquímico y ultraestructural mediante microscopía electrónica de transmisión.

**Resultados:** Las células mostraron una intensa inmunotinción para vimentina, CD68, lisozima, fascina, caldesmón y CD 10. La tinción fue negativa para CD34, CD31, CD56, osteopontina, podoplanina (D2-40), desmina, E-cadherina y proteína S-100. Algunos elementos celulares aislados fueron positivos para  $\beta$ -catenina, calponina, actina y COX-2. La expresión de Ki-67 indicó un índice de proliferación del 30-35%. Ultraestructuralmente, las células presentaron grandes núcleos con numerosas vesículas intracitoplasmáticas con diferentes densidades.

**Conclusiones:** Nuestros datos revelan la presencia en el tejido cultivado de células mesenquimales con inmunofenotipo complejo no claramente definido, pudiendo ser células madre adultas con capacidad para diferenciar hacia diferentes tipos celulares mediante las señales paracrinas adecuadas.

## CARCINOMA DE CÉLULAS CLARAS DE GLÁNDULA SALIVAL MAYOR, EN PACIENTE INFECTADO CON EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA

*Ferreira Elisa; Del Canto Mariano; Zavala Luis; Muñoz Paloma; Perecejuela Luis Fernando; López-Quiles Juan.*

**Introducción:** Los pacientes infectados con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) frecuentemente se asocian a neoplasias de cabeza y cuello, como el sarcoma de Kaposi (más del 15%) y el linfoma no-Hodgkin (entre un 3-10%).

El carcinoma de células claras (CCC) es un tumor de muy baja frecuencia, de bajo grado de malignidad, que presenta cierto potencial de recidiva y metástasis, aunque su pronóstico es favorable a largo plazo tras la extirpación con o sin radioterapia.

En la búsqueda bibliográfica no se han encontrado referencias sobre ningún caso de CCC en paciente con el VIH.

**Caso Clínico:** Paciente de 42 años, mujer, remitida por su odontólogo, para valorar una tumoración indolora en suelo de boca del lado izquierdo. Era seropositiva desde 1995.

Se trató quirúrgicamente mediante una disección funcional izquierda suprahióidea con extirpación de glándula submaxilar y sublingual.

Microscópicamente el tumor presentó las características de carcinoma hialinizante de células claras (CHCC).

**Discusión:** Aunque en muchos tumores aparece el componente de células claras, no se considera como CCC si este tipo celular no es el predominante.

La reciente clasificación de la Organización Mundial de la Salud de tumores de glándulas salivales considera el CHCC como una variante del CCC. Sin embargo, el CHCC tiene un patrón histológico característico y, hasta la fecha, no hay suficiente información para saber si CCC y CHCC se comportan de una manera similar o diferente.

**Conclusión.** El CCC de glándula salival es un tumor de muy baja frecuencia, que hasta la fecha actual no ha sido descrito en asociación a VIH, como es presentado en este caso.

## CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS DE LA CAVIDAD BUCAL: A PROPÓSITO DE 20 CASOS

*Sotorra Figuerola Dídac; Figueiredo Rui; Berini Aytés Leonardo; Gay Escoda Cosme.*

**Introducción:** El carcinoma de células escamosas (CCE) es la neoplasia maligna más frecuente de la cavidad bucal.

**Objetivos:** Establecer las características clínicas de los pacientes diagnosticados de CCE en el Servicio de Cirugía Bucal de la Clínica Odontológica de la Universidad de Barcelona.

**Pacientes y Método:** Se realizó un estudio observacional descriptivo retrospectivo, seleccionando los pacientes con diagnóstico anatomopatológico de CCE registrados entre 1998 y 2008. Las variables recogidas fueron: edad, sexo,

localización, clínica, tiempo de evolución y factores de riesgo.

**Resultados:** Se han incluido en el estudio 20 pacientes diagnosticados de CCE durante los últimos 10 años, de los cuales 10 (50%) eran hombres. La edad media de la muestra fue de 71,3 años. La localización más frecuente fue el borde lateral de la lengua (n=9; 45%), seguida de la encía adherida (n=4; 20%), el suelo de la boca (n=2; 10%) y el paladar duro, la región retromolar, el labio inferior, el maxilar superior (intraóseo) y el pilar amigdalino (1 caso en cada uno de ellos; 5%). El tiempo de evolución medio fue de 9,3 meses. Respecto a los factores de riesgo, 9 pacientes (42,9%) eran fumadores o exfumadores y el 50% de los pacientes eran consumidores de alcohol.

**Discusión y conclusiones:** El cáncer bucal es más frecuente en el sexo masculino con una relación que oscila entre 20/1 a 5/1, relación que difiere de nuestra muestra. Las zonas de alto riesgo para esta entidad son el suelo de la boca, el borde lateral de la lengua, el paladar blando y el pilar amigdalino anterior, datos que se han podido observar en nuestro estudio. El tabaco y el alcohol son considerados los principales factores de riesgo para el cáncer de boca.

## CARGA INMEDIATA EN MANDÍBULA. CASO CLÍNICO

*Bruno Negri; Guillermo Pardo Zamora; José Luis Calvo Guirado; Laura López Mari.*

**Introducción:** La carga inmediata en maxilar inferior está bien documentada en la literatura, mostrando porcentajes de éxito muy similares a los protocolos de carga diferida, promoviendo una remodelación temprana del hueso periimplantario y una mejor organización estructural del mismo desde el momento de la implantación.

**Caso Clínico:** Se presenta un paciente varón de 54 años intervenido por alumnos del Máster Universitario en Implantoprótesis de la Universidad de Murcia, de gran complejidad por las particularidades anatómicas que presentaba. Se colocaron 7 implantes (3 entre los forámenes mentonianos y 4 en los sectores posteriores). Se siguió un protocolo de carga inmediata con una prótesis de resina fija sobre 5 de los implantes colocados. Luego de 5 meses de cicatrización y remodelación ósea se procede a las impresiones finales y a la colocación de una prótesis de tipo híbrida sobre los 7 implantes colocados.

**Discusión:** Los protocolos de carga inmediata mejoran la cicatrización ósea luego de la cirugía, manteniendo la estabilidad primaria con un mínimo descenso de la misma debido al típico proceso de remodelado óseo que ocurre normalmente luego de la implantación.

**Conclusiones:** El paciente está en función desde hace 20 meses sin haber presentado complicaciones. La carga inmediata permite una mejora en la cicatrización inicial de los tejidos, evita una segunda cirugía y supone un beneficio psicológico para el paciente.

## CARGA INMEDIATA EN MAXILAR INFERIOR, A PROPÓSITO DE UN CASO

*Lorrrio Castro C, Bretones López P, Hernández M, Calvo Guirado J.L.*

**Introducción:** Durante los últimos años, los protocolos clásicos implantológicos quirúrgicos y protésicos, han evolucionado gracias a la incorporación de nuevas técnicas como la cirugía mínimamente invasiva y la carga precoz o inmediata. Estos han reducido el tiempo de espera de los pacientes para recuperar la función y la estética, mejorando su calidad de vida sobretodo en los que presentan edentulismo total.

**Caso clínico:** Se presenta un caso de un paciente varón de 69 años, desdentado total, no fumador sin antecedentes médicos de interés, que tiene problemas para portar su prótesis completa y demanda una rehabilitación fija implantosoportada en el menor tiempo posible.

Se le realiza una exhaustiva anamnesis, exploración clínica y Radiológica mediante Ortopantomografía y TAC (Dentascan), modelos de estudio y registros oclusales previos a la cirugía. Se planificó realizar carga inmediata sobre ocho implantes Microdent sistema Universal con técnica mínimamente invasiva, pero tuvimos un desajuste protésico en uno de ellos, quizá por un mal ajuste del transfer de impresión, que fue imposible corregir debido a la premura de colocación de la prótesis híbrida atornillada a las 48 horas.

A los seis meses le realiza la prótesis fija definitiva ceramometálica.

**Discusión:** Nuestros resultados en este caso están acordes con los obtenidos en la bibliografía de los diferentes autores revisados en un alto porcentaje.

**Conclusiones:** La carga inmediata en mandíbula es un tratamiento predecible con una tasa de éxito muy alta, siempre que se siga un protocolo de actuación establecido previamente. Contrariamente a lo que podríamos pensar, el implante con desajuste protésico fue el que menor pérdida ósea tuvo al cabo de éste tiempo.

## CARGA INMEDIATA MAXILAR INFERIOR

*Marcelo Héctor Arribas Cutropía.*

**Introducción:** El protocolo inicial de Branemark contraindicaba la carga inmediata. Hoy en día, la exigencia de nuestros pacientes ha hecho modificar los principios de la carga protética diferida. En la actualidad, es posible realizar la carga inmediata de todos los implantes en el mismo acto quirúrgico que se extraen todas las piezas dentales, mejorando así el tiempo de espera. Esta mejora se hará más notable en aquellos pacientes con edentulismo parcial o total.

**Caso clínico:** Mujer de 58 años, sin antecedentes médicos de interés, presentando en el examen intrabucal cinco

piezas con problemas periodontales en el sector anterior de la mandíbula. Se realiza estudio Ortopantomográfico e Icat; se le propone realizar extracción de todas las piezas y rehabilitación implantosoportada fija de seis implantes con carga inmediata postextracción.

**Discusión:** La carga inmediata está contraindicada en aquellas densidades óseas en las que no se logre estabilidad primaria. Asimismo, esta contraindicación se extiende a pacientes con parafunciones como el bruxismo, entre otras.

**Conclusiones:** La carga inmediata se convierte en un procedimiento muy previsible actualmente, sobretodo en el sector anterior mandibular, consiguiendo un elevado porcentaje de éxito. La estabilidad inicial del implante necesita un torque igual ó superior a 32N/cm. La longitud mínima del implante para carga inmediata se acepta de 10mm. El diseño cuerpo implantario roscado con la superficie del implante rugosa se logra mediante tratamiento. Esto indica que es una de las características más importantes en el diseño del implante para carga inmediata. Las parafunciones graves y la ausencia de estabilidad primaria de los implantes están contraindicados para la carga inmediata.

## CARGA INMEDIATA SOBRE IMPLANTES POST-EXTRACCIÓN EN REHABILITACIÓN ORAL SUPERIOR E INFERIOR: A PROPÓSITO DE UN CASO

*Manzanera Pastor E, Serrano Sánchez P, Calvo Guirado JL.*

**Introducción:** Las exigencias de los pacientes en cuanto a duración del tratamiento en rehabilitaciones con implantes, así como la estética durante el mismo, han aumentado considerablemente en los últimos tiempos. La carga inmediata sobre implantes nos permite cumplir gran parte de las expectativas requeridas. En muchos casos, podemos realizar la carga inmediata post extracción, reduciendo más aun el tiempo de tratamiento y conservando una mayor cantidad de tejidos.

**Caso clínico:** Se presentará el caso de un paciente que acude a la clínica con periodontitis avanzada en ambas arcadas al que se le realizó una rehabilitación fija con carga inmediata sobre implantes post extracción superior e inferior. Se analizarán las indicaciones y requisitos para realizar la misma.

**Discusión:** La carga inmediata tras la colocación de los implantes aporta ventajas sobre la carga protética tardía expuesta por Bränemark, tales como acortar el tiempo de tratamiento, reducción de molestias al paciente, así como estética y comodidad desde el principio del tratamiento.

**Conclusiones:** La carga inmediata es una técnica predecible y que debe realizarse teniendo en cuenta unos factores que serán indicadores del resultado final. Cuando se realiza tras un examen minucioso del paciente, se obtiene un alto porcentaje de éxito.

## CARGA PRECOZ E INMEDIATA EN SOBREDENTADURAS MANDIBULARES. ESTUDIO COMPARATIVO A 5 AÑOS

*Linares-Gancedo D, Jiménez-Guerra A, Lorrio-Castro JM, España-López A, Medel-Soteras R, Velasco-Ortega E. Máster de Implantología Oral. Universidad de Sevilla.*

**Introducción:** En la actualidad debido a un mayor conocimiento en los fenómenos biológicos de la oseointegración los protocolos de carga precoz e inmediata se han incorporado al tratamiento implantológico con un gran índice de éxito. El estudio muestra la evaluación de los pacientes edéntulos totales tratados con sobredentaduras mandibulares realizando carga precoz e inmediata.

**Métodos.** 25 pacientes edéntulos totales fueron tratados con 98 implantes en la mandíbula para su rehabilitación protodóncica con sobredentaduras. Todos los implantes fueron insertados en una cirugía y fueron cargados de forma precoz (6 semanas) o inmediata (misma sesión).

**Resultados.** Después de un seguimiento clínico medio de 67,5 meses (rango: 36-108 meses), los resultados indican un éxito de los implantes del 96,9% porque 4 implantes fracasaron. El 100% de los pacientes fueron tratados con una sobredentadura implantosoportada mediante retenedores de bolas y barras.

**Conclusiones:** El estudio indica que la rehabilitación oral de los pacientes edéntulos con sobredentaduras mandibulares implantosoportadas mediante su carga precoz o inmediata pueden obtener la oseointegración y es una técnica predecible y con éxito a largo plazo.

## CIERRE DE COMUNICACIONES OROSINUSALES BAJO ANESTESIA LOCAL: REVISIÓN Y PUESTA AL DÍA

*Chaveli B, Claramunt A, Bagán JV, Gavalda C.*

**Introducción:** La comunicación orosinusal (COS) se define como aquella situación patológica en la que existe una solución de continuidad entre la cavidad bucal y la sinusal, la sintomatología más frecuente asociada es la sinusitis maxilar. Las COS se dividen en yatrógenas y no yatrógenas. Las primeras son más frecuentes y están asociadas a la extracción de dientes erupcionados o incluidos, desplazamiento de raíces o dientes a seno, enucleación de lesiones periapicales o quísticas, remoción de neoformaciones o preparación de lechos implantarios. Las segundas son de origen traumático o infeccioso.

**Objetivos:** El objetivo del presente estudio es realizar una revisión bibliográfica de la técnica quirúrgica empleada para el cierre de las COS.

**Material y Métodos:** Se realizó una búsqueda en el Medline® de las técnicas quirúrgicas empleadas para el cierre de las COS.

**Resultados:** No existe prevalencia por sexos, aunque hay autores que describen una mayor frecuencia en varones. La edad media de aparición es de 37,98 años. La sintomatología asociada más frecuente es el paso de líquidos desde la cavidad oral a la sinusal, y la sinusitis. El diente más implicado en las COS es el primer molar, también denominado diente antral. Existen varias técnicas de abordaje para el tratamiento quirúrgico de las COS, destacan la realización de un colgajo de desplazamiento vestibular frente al colgajo de desplazamiento palatino. El éxito de este tipo de tratamiento oscila entre el 76,8% y el 98,23%.

## CIERRE PRIMARIO O SECUNDARIO DE LA DESCARGA MESIAL DEL COLGAJO TRIANGULAR EN LA EXTRACCIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES INCLUIDOS. EFECTOS SOBRE EL TRISMO, INFLAMACIÓN Y DOLOR POSTOPERATORIOS. ESTUDIO COMPARATIVO

*Gómez-Santos L, Herráez-Vilas JM, Figueiredo R, Valmaseda-Castellón E, Gay-Escoda C.*

**Introducción:** En la literatura encontramos diversos estudios que comparan distintos procedimientos en la sutura del colgajo, al realizar la exodoncia del tercer molar inferior incluido.

**Objetivos:** Evaluar la severidad del dolor, el alcance del edema y el trismo después de la extracción de los terceros molares inferiores incluidos, comparando el cierre hermético del alveolo con la sutura hermética de la incisión distal y la colocación de un solo punto en el cuello dentario para recolocar el colgajo, dejando el resto de la descarga vertical sin suturar.

**Hipótesis:** La colocación de un sólo punto de sutura en la descarga vertical mesial acorta el tiempo quirúrgico y permite el drenaje de los líquidos que puedan quedar en el interior del alveolo, haciendo que disminuyan el dolor, el edema y el trismo.

**Material y Método:** Estudio clínico prospectivo-experimental de casos y controles, randomizado y a doble ciego. El estudio se lleva a cabo a boca partida siendo los pacientes sus propios controles. 40 pacientes de entre 18 y 45 años que acuden al Servicio de Cirugía Bucal e Implantología Bucofacial de la Clínica Odontológica de la Universitat de Barcelona.

**Resultados y conclusiones:** El edema y la inflamación no eran estadísticamente significativas entre el grupo estudio y control pero sí que lo eran en relación al dolor, este disminuía en el grupo estudio. El cierre por segunda intención de la descarga mesial durante la exodoncia de los cordales inferiores disminuye el tiempo operatorio y el dolor a las 48 horas en relación al grupo control, además de requerir por lo tanto un menor número de analgésicos de rescate durante el postoperatorio inmediato.

## CIERRE PRIMARIO O SECUNDARIO DE LA DESCARGA VESTIBULAR DEL COLGAJO TRIANGULAR EN LA EXTRACCIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES INCLUIDOS. EFECTOS SOBRE EL TRISMO, INFLAMACIÓN Y DOLOR POSTOPERATORIOS

*Gómez Santos Laila, Herráez Vilas José María, Gay Escoda Cosme.*

**Introducción:** La extracción del tercer molar incluido es una de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes en Cirugía Bucal. En la literatura encontramos diversos estudios que comparan distintos procedimientos en la sutura del colgajo, al realizar la extracción del tercer molar inferior incluido y su efecto sobre: la inflamación, dolor y trismo postoperatorios.

**Objetivos:** El propósito de este estudio es evaluar la severidad del dolor, el alcance del edema y el trismo después de la extracción de los terceros molares inferiores incluidos, comparando el cierre hermético del alveolo - con sutura por distal del segundo molar y de toda la descarga vestibular- con la sutura hermética de la incisión distal y la colocación de un solo punto en el cuello dentario para recolocar el colgajo, dejando el resto de la descarga vestibular sin suturar.

**Hipótesis:** La colocación de un sólo punto de sutura en la descarga vestibular acorta el tiempo quirúrgico y permite el drenaje de la sangre y otros líquidos que puedan quedar en el interior del alveolo hacia la cavidad bucal, proporcionándole al paciente un mejor confort postoperatorio, haciendo que disminuyan el dolor, el edema y el trismo.

**Material y Método:** Ensayo clínico prospectivo-experimental de casos y controles, randomizado y a doble ciego. El estudio se lleva a cabo a boca partida siendo los pacientes sus propios controles. Se incluyeron 40 pacientes de entre 18 y 45 años que acudieron al Servicio de Cirugía Bucal de la Clínica Odontológica de la Universitat de Barcelona para la extracción de 2 cordales inferiores en posición y dificultad similares.

**Resultados:** De los 40 pacientes incluidos en el estudio el rango de edad se encontraba entre 18 y 42 años con una media de edad de 28,2. El edema y la inflamación aumentaban proporcionalmente con la dificultad de la intervención quirúrgica valorada de acuerdo con la clasificación de Pell y Gregory y en función del tiempo operatorio. Los resultados de las mediciones que valoraban el edema y la inflamación no han sido estadísticamente significativos entre el grupo estudio y el grupo control pero se ha determinado que el dolor disminuye en el grupo estudio al no suturar la descarga vestibular.

**Conclusiones:** La cicatrización por segunda intención de la descarga vestibular en la extracción de los cordales inferiores disminuye el tiempo operatorio y el dolor postoperatorio a las 48 horas en relación al grupo control, además de requerir un menor número de analgésicos de rescate durante el postoperatorio inmediato.

## CIRUGÍA GUIADA Y CARGA INMEDIATA EN LA REHABILITACIÓN FIJA DE UNA PACIENTE CON EL MAXILAR SUPERIOR ATRÓFICO

*Brotos A, Martínez A, Benet F, Bouazza K, Oteiza B, Parra C.*

**Introducción:** La combinación de las nuevas tecnologías para la planificación y colocación de implantes dentales está revolucionando el campo de la rehabilitación oral del paciente total o parcialmente desdentado.

**Caso Clínico:** Presentamos el caso de una paciente de 40 años de edad, sin antecedentes médicos de interés, desdentada total, que solicita tratamiento implantológico fijo para la arcada superior. Se realizó la exploración clínica y radiológica (TC), así como el procesado de las imágenes con el software Siplant® (Materialise Dental®). En las imágenes se evidenció la escasez de hueso en anchura en la mayoría del proceso alveolar. Estudiada la atrofia maxilar, para la rehabilitación se planificó la colocación de 10 implantes (Biomet-3i®) mediante cirugía guiada por ordenador con férula de soporte óseo siguiendo el protocolo del sistema Navigator® (Biomet-3i®). Tras la cirugía, se realizó la carga inmediata con prótesis provisional fija atornillada.

**Discusión y Conclusiones:** Se discuten las ventajas e inconvenientes de este sistema, presentando el protocolo de diagnóstico y tratamiento.

## COLOCACIÓN DE IMPLANTES PALATINIZADOS EN PACIENTES EDÉNTULOS MAXILARES CON SEVERA ATROFIA

*Araceli Boronat, Celia Carrillo, Jose Balaguer, Miguel Peñarrocha.*

**Introducción:** El maxilar con severa atrofia presenta limitaciones para el tratamiento con implantes, por esta razón se buscan técnicas para su rehabilitación como la elevación de seno, la reconstrucción con injertos óseos, el aprovechamiento del hueso cigomático o apófisis pteridoidea.

**Objetivo:** El objetivo de este estudio fue evaluar el éxito de los implantes colocados en un maxilar con severa atrofia en posición palatina y ver el grado de satisfacción de los pacientes tras el tratamiento.

**Material y Método:** Se incluyeron en el estudio 69 pacientes con severa atrofia maxilar (clase IV o V según Cawood y Howell). Se colocaron 490 implantes (6 y 8 en cada paciente), 330 insertados en posición palatina y 160 en posición de molares (84 en la cresta del primer molar y 76 en arbotantes anatómicos) y rehabilitados con 69 prótesis fijas. Se realizó un seguimiento de 2 años tras la colocación de la prótesis. La pérdida ósea fue medida en la radiografía panorámica. El grado de satisfacción de los pacientes se valoró al año mediante una escala analógica visual (VAS).

**Resultados:** El éxito de los implantes en posición palatina

fue del 97,8%, 7 implantes se perdieron. La media de pérdida ósea de cada implante a los 2 años de la carga fue de 0,61 mm (rango 0-3,10). Tras el seguimiento todos los pacientes tenían las prótesis estables con buen grado de satisfacción en confort y estabilidad, facilidad y habilidad de habla, fácil limpieza, estética y funcionalidad.

**Conclusión:** Los implantes colocados en posición palatina son una buena opción para la rehabilitación del maxilar con severa atrofia, evitando realizar tratamientos más complicados.

### COLONIZACIÓN CELULAR Y NEOVASCULARIZACIÓN DEL HUESO BOVINO ANORGÁNICO EMPLEADO PARA ELEVACIÓN DE SENO MAXILAR

*María del Mar Hernández Arredondo, Elena Sánchez-Fernández, Gustavo Ávila, Ildelfonso Moreno-Riestra, Francisco O'Valle, Pablo Galindo-Moreno.*

**Introducción:** El uso de hueso bovino anorgánico como injerto óseo puede aportar ventajas en cuanto a la tasa de supervivencia de implantes colocados en zonas regeneradas. Se ha sugerido que puede inducir la formación ósea mediante mecanismos osteoinductivos y de aumento de la actividad angiogénica. Sin embargo, existen pocas publicaciones sobre microdensidad vascular en injertos tras el empleo de éste biomaterial.

**Objetivos:** Estudiar la revascularización y colonización celular del hueso bovino anorgánico empleado como injerto en elevación de seno maxilar tras 6 meses de curación y la relación entre ellas y las variables clínicas del paciente.

**Material y Métodos:** Se realizaron 54 elevaciones de seno en 35 pacientes. A los 6 meses, durante la colocación del implante, se obtuvieron muestras de hueso de los lechos que ocuparían los implantes mediante trefinas. Estas muestras fueron estudiadas desde un punto de vista histológico, histomorfométrico, inmunohistoquímico y ultraestructural.

**Resultados:** A los 24 meses de carga, todos los implantes mostraron éxito clínico. Histomorfométricamente, se observó un 34.82±16% de hueso vital, un 34.37±15% de tejido no mineralizado y un 30.82±25% de partículas de hueso bovino anorgánico (ABB) remanentes. A nivel histológico, se demostró la presencia de vasos sanguíneos en el interior de las partículas de ABB en un 46.3% de los casos. En el 25.9% de los casos, se observaron osteocitos colonizando las lagunas adyacentes al hueso trabecular. El análisis estadístico demostró la relación inversa entre la edad y la neovascularización de las partículas así como una relación directa entre la edad y el número de osteoclastos por mm<sup>2</sup>. No hubo relación estadísticamente significativa con la presencia de periodontitis ni consumo de alcohol o tabaco.

**Conclusión:** El material xenógeno de origen bovino es neovascularizado y recolonizado por células 6 meses después de la cirugía de aumento óseo.

### COMPARATIVA DE DOS SUPERFICIES DE IMPLANTES Y LA REABSORCIÓN DEL HUESO CRESTAL. ESTUDIO PROSPECTIVO A 4 MESES EN CONEJOS ALBINOS DE NUEVA ZELANDA

*Molina-Miñano F; Calvo-Guirado JL; Negri B; López-Fernández P.*

**Introducción:** Numerosas modificaciones de la superficie de los implantes dentales se han llevado a cabo para mejorar la unión al hueso, dando lugar a mejores resultados clínicos. La superficie ideal del implante debe exhibir un mejorado contacto óseo combinado con la resistencia a largo plazo de los implantes de titanio pulido.

**Objetivo:** Evaluar el porcentaje de contacto hueso-implante (BIC) y la formación ósea crestral alrededor de implantes de plataforma expandida no sumergidos con superficie DCD (depósito discreto de calcio) comparados con implantes de plataforma expandida de cuello pulido en conejos albinos de Nueva Zelanda a 4 meses.

**Material y Método:** Dos nuevos diseños de implantes de plataforma expandida fueron colocados en 20 conejos de Nueva Zelanda y evaluados desde los 15 días hasta los 4 meses. Las secciones histológicas fueron preparadas y analizadas histomorfométricamente, midiéndose la neoformación ósea y el contacto hueso implante.

**Resultados:** Los implantes de plataforma expandida de superficie DCD alcanzaron mayores niveles de contacto óseo y mayor formación ósea crestral.

**Conclusiones:** La exposición de las plataformas expandidas de los implantes en el borde de la cresta ósea, con la superficie DCD, permite al hueso una mejor respuesta para cubrir la superficie tratada con hueso neoformado de calidad D2 a las 16 semanas. Además mejora el contacto implante-hueso a las 16 semanas, acelerando la integración del mismo en cualquier tipo de densidad ósea.

### COMPLICACIONES DE LA REGENERACIÓN ÓSEA GUIADA EN CIRUGÍA BUCAL

*Vilchez Perez Miguel Angel; Herráez Vilas Jose María; Berini Aytés Leonardo; Gay Escoda Cosme.*

**Introducción:** Actualmente la colocación de implantes osteointegrados es uno de los procedimientos más empleados para la rehabilitación-restauración bucodental. La correcta colocación de estas fijaciones en los maxilares se ha visto favorecida de la utilización de técnicas de regeneración ósea.

**Objetivos:** Determinar las complicaciones asociadas a la aplicación de técnicas de regeneración ósea guiada.

**Material y Método:** Se llevó a cabo un estudio retrospectivo de los pacientes sometidos a técnicas de regeneración ósea guiada en las Unidades de Cirugía Bucal e Implantología Bucofacial de la Clínica Odontológica de la Universidad de Barcelona. Las variables registradas

fueron la edad, sexo, hábito tabáquico, antecedentes patológicos, medicación, indicaciones de la técnica, tipo de procedimiento quirúrgico, materiales empleados, zona regenerada y complicaciones per y postoperatorias.

**Resultados:** La muestra constaba de 56 pacientes a los que se les realizaron un total de 63 técnicas regenerativas siendo la elevación del seno maxilar (44%) y el déficit de anchura ósea (27 %) las indicaciones más frecuentes. La técnica más empleada fue la utilización de injerto de hueso heterólogo asociado a membranas reabsorbibles (41%). La complicación intraoperatoria más prevalente fue la perforación de la membrana sinusal (11%). El edema (14%) fue la complicación postoperatoria más frecuente. No se obtuvo ninguna correlación entre el tabaco y la patología sistémica con la aparición de complicaciones postoperatorias ( $p>0,05$ ).

**Discusión y conclusiones:** Las técnicas regenerativas son ampliamente aceptadas por los cirujanos como técnicas coadyuvantes para la colocación de implantes dentales. Sin embargo, actualmente existen procedimientos quirúrgicos alternativos a la regeneración ósea guiada como la utilización de implantes cortos y la colocación de implantes en los arbotantes anatómicos. Dado que no siempre se van a conseguir los resultados esperados, se deben aplicar todos aquellos instrumentos a nuestra disposición para disminuir las complicaciones intraoperatorias y postoperatorias, y al mismo tiempo, satisfacer las necesidades del paciente.

## COMPLICACIONES OFTALMOLÓGICAS EN ANESTESIA BUCAL, ¿UN ACCIDENTE EN NUESTROS DÍAS?

*Aguado Gil JM, Arriola Riestra I, Rubio Alonso L, Barona Dorado C, Martínez-González JM.*

**Introducción:** Dentro de las maniobras de anestesia local que se llevan a cabo en odontología, existen una serie de posibles complicaciones a nivel sistémico y local. Entre estas últimas, las principales complicaciones que pueden suceder a nivel oftalmológico en relación con la anestesia intrabucal, pueden ser: diplopía temporal, amaurosis unilateral transitoria y estrabismo por parálisis de la musculatura extrínseca del ojo.

**Objetivo:** Determinar la frecuencia de aparición de este tipo de accidentes en la práctica odontológica diaria, estableciendo las variables o factores más comúnmente asociados al desarrollo de estas alteraciones.

**Material y Método:** Se ha realizado una búsqueda indizada en las bases Pubmed y Compludoc con las palabras clave "oral anesthesia", "ocular", "ofthalmologic", "damage", "complications", "injection". Se han seleccionado 22 artículos, obteniendo una muestra de 40 pacientes. Se han analizado las variables: edad, sexo, anestesia, tipo de anestésico, complicación ocular, tiempo de recuperación, tratamiento y secuelas.

**Resultados:** Hay una mayor afectación de mujeres (78%), de las 3ª y 4ª décadas, sin diferencias entre nervio dentario inferior y nervio alveolar posterior, la mayoría con articaína 2% (40% de los casos). La complicación más frecuente ha sido la diplopía (visión doble), seguida de ptosis, midriasis y amaurosis unilateral transitoria. En el 97% de los casos, no hubo secuelas, produciéndose la recuperación completa del paciente en unos 71 minutos. Sólo en un caso la afectación ocular fue permanente.

**Conclusiones:** Las complicaciones oculares tras anestesia local odontológica son un problema poco frecuente. Aunque los mecanismos de producción no están claros, parece necesario que hay que tener cuidado de evitar una inyección intravascular. Sí parece haber una predilección de este cuadro por las mujeres, de 20-40 años, y la afectación es en el 97% de los casos transitoria.

## COMPLICACIONES Y CONSECUENCIAS DE LOS CANINOS INCLUIDOS

*Estévez Rodríguez O, Cortés Bretón J, Santos Marino J, Barona Dorado C, Martínez-González JM.*

**Introducción:** La inclusión dentaria constituye una alteración en la erupción, que afecta tanto a la dentición temporal como a la permanente. El canino incluido es considerado el segundo diente, después del tercer molar, con mayor frecuencia de retención, presentando una prevalencia del 2.2% en la población. Los caninos además de ser dientes con un alto valor estético y funcional, pueden ser causa de múltiples complicaciones.

**Objetivo:** El objetivo de la presente comunicación es valorar la frecuencia de aparición de las complicaciones asociadas a los caninos incluidos.

**Material y Método:** Se ha realizado una revisión bibliográfica a través de la búsqueda en Pubmed y Cochrane usando como palabras clave: "complication, impacted canines, resorption". Los artículos seleccionados han sido un total de 16, publicados entre los años 1999 y 2008; en el cual se han analizan los siguientes parámetros: incidencia, sexo, posición, localización de los caninos, así como las posibles complicaciones.

**Resultados:** Los caninos incluidos son más frecuentes en las mujeres que en los hombres con un ratio de 2:1. Su posición más habitual es en palatino y la localización suele ser unilateral. En nuestro estudio hemos obtenido que la principal complicación de los caninos incluidos es la reabsorción radicular en 81.1% de los casos, de los cuales un mayor porcentaje se produce cuando el canino está en contacto con el diente adyacente.

**Conclusión:** El diagnóstico precoz de los caninos incluidos supone un factor crítico para interceptar posibles complicaciones, y realizar el tratamiento adecuado.

## CONSIDERACIONES CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS MOLARES SUPERNUMERARIOS EN UNA REVISIÓN DE 13557 PACIENTES

*Cortés Bretón J, Santos Marino J, Merchan Morales S, Barona Dorado C, Martínez-González JM.*

**Objetivos:** El presente estudio prospectivo pretende conocer la prevalencia de los molares supernumerarios en un sector de la población de Madrid, así como las posibles complicaciones asociadas a la presencia de estos molares hipergénicos.

**Introducción:** Por regla general, la visualización de los molares supernumerarios supone un hallazgo radiológico casual al presentarse estos molares supernumerarios habitualmente impactados y no presentar una patología florida. Siguiendo a Bolk, dividiremos los dientes supernumerarios de la región molar, en distomolares y paramolares. Conviene tener presente que son éstas dos formaciones supernumerarias diferentes.

**Pacientes y Método:** Este estudio comprendió a todos los pacientes (hasta un total de 13557) que solicitaron atención odontológica en el servicio de cirugía bucal del Hospital de Madrid entre los meses de Mayo de 2005 y Mayo de 2009. Se descartaron los casos en los que no existía la presencia de dicha anomalía (molares supernumerarios), preservándose aquellos, en dónde aparecía, para entrar en nuestro protocolo de trabajo.

**Resultados:** Este estudio revela la existencia de molares supernumerarios (DS) en 130 pacientes, esto representa una prevalencia del 0,96% de la población estudiada. Los 130 pacientes presentaban un total de 173 molares hipergénicos. Observamos 137 distomolares (79,2%) y 36 paramolares (20,6%). El 6,92 % de los pacientes aunaban las dos formaciones supernumerarias. Un 87,28% de los molares supernumerarios permanecía incluido y únicamente el 12,72% aparecía erupcionado. Radiográficamente un 46,82% presentaba patología asociada. Los paramolares se asociaban fundamentalmente con accidentes mecánicos/obstructivos (58,3%); los distomolares, por el contrario, provocaban patología mecánica y tumoral en porcentajes parecidos (en torno al 20%). El 84,39 % de los molares supernumerarios (n=173) se localizaba en el maxilar. Sólo encontramos paramolares (n=36) en el maxilar, mientras que los distomolares, aunque mucho más frecuentes en el maxilar, también se presentaban en la mandíbula.

**Conclusiones:** Los molares supernumerarios suelen diagnosticarse como un hallazgo radiológico casual sin patología asociada. Sin embargo en el presente estudio se constató un mayor porcentaje de patología asociada (46,82%) de lo inicialmente esperado. También observamos una alta prevalencia de molares hipergénicos en nuestra investigación (0,96%).

## DEFICIENCIA ESQUELÉTICA PALATINA TRANSVERSAL: ESTADO ACTUAL Y NUEVAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

*Perecejuela LF; Agudo JF; López-Quiles J; Arena S; Ferreira E; Cardona C.*

**Introducción:** La deficiencia esquelética transversal maxilar es un problema que aparece en un amplio porcentaje de la población. Su incidencia está entre el 10-15% de la población adolescente y en el 30% de los adultos. La expansión palatina asistida quirúrgicamente (SARPE) ha sido durante muchos años, y hasta la fecha, el procedimiento habitual en el tratamiento de la compresión maxilar en pacientes adultos. Aunque se trata de una técnica efectiva requiere una intervención quirúrgica y posterior colocación de un aparato disyuntor (tipo Hass o Hyrax) que provocará alteraciones en periodonto y dientes. Los nuevos tratamientos deberían ir encaminados a eliminar las consecuencias negativas de la técnica SARPE.

**Objetivo:** El objetivo del presente trabajo se centra en realizar una revisión de la literatura para discernir qué técnica es la más eficaz y menos lesiva para el tratamiento de los problemas transversales.

**Material y Método:** Búsqueda bibliográfica en Med-Line, Cochrane Library, Embase con las palabras clave: expansión palatina, fisura palatina y disyuntores.

**Resultados:** Las técnicas actuales no difieren mucho de las iniciales aunque intentan evitar las complicaciones posteriores al SARPE. Así en los últimos años han surgido nuevos aparatos disyuntores que minimizan los daños sobre los tejidos periodontales, evitando reabsorciones, inclinaciones indeseadas, fenestraciones, etc. Sin embargo lo que parece todavía necesario es la realización de una cirugía previa para la separación de ambos hemimaxilares.

**Conclusiones:** La técnica de SARPE es hoy en día el procedimiento habitual para el tratamiento de la compresión maxilar. La osteotomía previa mediante cirugía de la sutura palatina es necesaria para movilizar ambos hemimaxilares. Aun no existe ninguna técnica capaz de evitar la cirugía previa. Los nuevos aparatos consiguen minimizar los efectos indeseados en periodonto y dientes.

## DEMOSTRACIÓN IN VITRO DEL EFECTO CICATRIZANTE Y ANTIINFLAMATORIO DE UN GEL GINGIVAL

*J.Gargallo, S. Boisnic, C. Trullás.*

**Introducción.** Estudio in vitro con mucosa gingival humana para valorar el efecto cicatrizante y antiinflamatorio de un gel tópico (Bexident Post®)

**Objetivos.** Valorar la capacidad de un gel tópico para estimular la proliferación epitelial y la síntesis de colágeno y disminuir la reacción inflamatoria de la mucosa gingival.

**Material y Métodos.** Estudio controlado in vitro con mucosa gingival humana. Se realizaron 2 experimentos. Experimento 1: aplicación del gel en dilución 1/10 cada 24h durante 8 días para evaluar el índice mitótico (inmunohistoquímica) y la síntesis de colágeno (espectrocolorimetría). Experimento 2: aplicación de 10µM de sustancia P en el medio de cultivo durante 48h para inducir una reacción inflamatoria seguida de la aplicación del gel en dilución 1/3 cada 24h durante 48h. Se evaluó el porcentaje de vasos dilatados, la superficie de la luz vascular, el edema (escala de 0=sin edema a 4=edema severo) y los niveles de IL-8.

**Resultados.**

Experimento 1: aumento significativo, en comparación a la mucosa gingival no tratada, del índice mitótico a las 48h (14,16% vs 7,51%; p<0,05) y de la síntesis de colágeno a los 8 días (30,6 µg/mg vs 23,3 µg/mg; p<0,05).

Experimento 2: disminución significativa del porcentaje (94% vs 78,4%; p<0,05) y superficie de la luz vascular (300 µm<sup>2</sup> vs 161,63 µm<sup>2</sup>; p<0,05) inducida por la sustancia P y disminución del edema (2,8 vs 0,95; p<0,05). No hubo cambios significativos en los niveles de IL-8.

**Conclusiones.** Los resultados indican que el gel tópico estudiado aumenta significativamente la proliferación celular y la síntesis de colágeno necesarias para la cicatrización gingival a la vez que actúa como antiinflamatorio disminuyendo significativamente la vasodilatación y el edema de la mucosa.

## DESPLAZAMIENTO DE UN IMPLANTE A FOSAS NAALES. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

*Santos-Marino JA, Merchan-Morales S, Moncada-Escorcía R, Andrés-Veiga M, Martínez-González JM.*

**Introducción:** La rehabilitación de pacientes parcial o totalmente desdentados mediante implantes es una práctica habitual. Se trata de un procedimiento quirúrgico predecible, reglado, que puede presentar ciertas complicaciones intra o post-operatorias. Una de estas complicaciones, no habitual, es el desplazamiento del implante a estructuras anatómicas vecinas, bien sea en el momento de la cirugía o posterior a ella.

La estructura anatómica donde más frecuentemente nos encontramos este tipo de complicaciones es el seno maxilar, pudiendo desplazarse también los implantes a otras estructuras como las fosas nasales.

**Objetivo:** Valorar el diagnóstico y enfoque terapéutico de los desplazamientos de los implantes a regiones anatómicas como la fosa nasal.

**Caso clínico:** Mujer de 68 años de edad que acude a nuestro Servicio para posible rehabilitación con implantes en zonas edéntulas.

En la exploración clínica se observa rehabilitación anterior con implantes que presentan movilidad y sondaje periodontal positivo. Se solicita estudio mediante TAC, observándose la pérdida de los implantes y la presencia de un implante en fosa nasal. Se aconseja la reintervención para la retirada de los implantes y reconstrucción mediante injertos de cresta ilíaca. Asimismo la retirada del implante anclado en mucosa nasal mediante abordaje intranasal.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y ASOCIACIÓN DE PATOLOGÍAS QUÍSTICAS

*Fernández Couce C, Mosquera Taboada L, Crespo Vázquez E, Hermo Señarís P, Aguado Santos A, Rodríguez Pena K.*

**Introducción:** Uno de los problemas más complejos en patología quirúrgica oral es poder establecer un adecuado diagnóstico diferencial de la lesión, que exclusivamente con criterios clínicos o radiográficos nos puedan orientar acerca de la actitud terapéutica que debemos tomar. Por ello presentamos este caso clínico en el que dos entidades con estirpes histológicas diferentes nos plantean una misma solución terapéutica.

**Caso Clínico:** Paciente de 46 años desdentada parcial que a la exploración presenta movilidad en los incisivos inferiores. En la ortopantomografía se observa un quiste de 33 a 43 y en el Dentascan, además, se comprueba la inclusión del 35 con imagen quística que puede estar relacionada con la proximidad del nervio mentoniano. Realizamos en un mismo tiempo quirúrgico por vía intraoral las quistectomías, apicectomía de la zona incisal y la exodoncia del resto radicular del 33. El abordaje del 35 se consigue visualizando la salida del mentoniano y preservando su integridad.

**Discusión:** La práctica clínica ha demostrado que existen dificultades en la interpretación clínica y radiológica de la patología quística debido a que estas lesiones se asemejan entre sí algunas de ellas. Debido a esto, se exponen criterios diagnósticos erróneos y conductas terapéuticas inadecuadas que propician la aparición de lesiones recidivantes, cuyos comportamientos clínicos e histológicos difieren sustancialmente de las lesiones primitivas. Esto hace que las consideraciones quirúrgicas de los quistes maxilares estén relacionadas con los patrones clínicos e histológicos de cada uno de ellos.

**Conclusiones:** La anatomía patológica de los tejidos obtenidos de ambos quistes determina que no existe conexión física entre los mismos, concluyendo el origen radicular del quiste de la zona del mentón y el origen dentígero del quiste de la pieza 35.

## DISPLASIA CEMENTO-OSIFICANTE FLORIDA. A PROPÓSITO DE UN CASO

*Núñez Urrutia Sergio; Vegas Bustamante Erika; Vidal Bel August; Gay Escoda Cosme.*

**Introducción:** Las displasias cemento-óseas (DCO) son tumores no neoplásicos originados a partir del ligamento periodontal. Se clasifican dependiendo de su extensión en: DCO periapical, focal, múltiple o florida. La displasia cemento-osificante florida (DCOF) se caracteriza por presentar lesiones en la mandíbula de aspecto radiológico mixto con presentación multifocal, bilateral y simétrica. Es frecuente su aparición en la zona posterior de los cuatro cuadrantes. Afecta típicamente a mujeres de etnia africana entre la tercera y cuarta décadas de la vida. Habitualmente es asintomática, excepto si se asocia con exposición de las masas escleróticas en la cavidad bucal.

**Caso Clínico:** Una mujer de 42 años acudió de urgencia al Servicio de Cirugía Bucal de la Clínica Odontológica de la Universidad de Barcelona, para la valoración y el tratamiento de una lesión que englobaba las raíces del diente 4.7 de varios meses de evolución. En la anamnesis, la paciente refirió un dolor agudo que le impedía dormir desde hacía 1 mes. Se reportaron antecedentes de parestesia intermitentes en el labio y el mentón del cuarto cuadrante. A la exploración se observó tumefacción ipsilateral acompañado de un trismo severo. Las pruebas complementarias implementadas fueron la ortopantomografía (OPG) y una tomografía computarizada (TC) de los maxilares. El aspecto radiográfico de la lesión mostraba una imagen radioopaca con bordes escleróticos que simulaba un cementoblastoma. Las imágenes de la TC mostraron múltiples lesiones radioopacas en ambos maxilares. El resto de estructuras exploradas a nivel de la cavidad bucal (encías, dientes, lengua y glándulas salivales), estructuras peribucales y cervicales no presentaron anomalías. Se efectuó la extracción del 4.7 y la exéresis completa de la lesión asociada que fue remitida para su estudio anatomopatológico. El informe estableció el diagnóstico definitivo de DCOF.

**Discusión y Conclusiones:** La DCOF es una lesión ósea benigna y normalmente asintomática que no requiere tratamiento específico. Su diagnóstico, en la mayoría de los casos se efectuará mediante el estudio radiográfico (OPG y TC). Los pacientes afectados por la DCOF deberán de someterse a exámenes periódicos para controlar la evolución de estas lesiones óseas. Además, los sujetos con DCOF deberán extremar las medidas de higiene bucal, especialmente, en aquellos pacientes que padezcan enfermedad periodontal. La actuación quirúrgica estará supeditada a la exéresis y biopsia de las lesiones óseas, si existe controversia diagnóstica, o si éstas están produciendo clínica.

## DISPLASIA FIBROSA DE APARICIÓN FAMILIAR

*Arena S; Muñoz P; Perecejuela LF; Agudo JF; Trapote S; Lopez-Quiles J.*

**Introducción:** La displasia fibrosa es un trastorno que afecta fundamentalmente al hueso y cursa con la aparición de tumores benignos. La localización más frecuente en el área craneofacial es el hueso frontal y ambos maxilares, presentando una mayor incidencia en el sexo femenino. Su etiología se considera desconocida pero recientemente se postula que su desarrollo refleja un complejo desarreglo en la función celular osteogénica. El diagnóstico se basa en la clínica, estudio radiológico, y la anatomía patológica.

**Caso clínico:** El objetivo de esta comunicación es exponer dos casos con displasia fibrosa diagnosticados en el Hospital de La Zarzuela. A los dos pacientes, hermanas, se les diagnosticó tras las pruebas complementarias, una displasia fibrosa. El tratamiento fue distinto para los dos casos. En el primero de ellos se realizó la exéresis de la lesión, mientras que en el segundo de los casos se tomó una actitud expectante. Para los dos casos, los controles periódicos, mediante radiografía y analíticas, resultaron satisfactorios.

**Discusión:** La aparición de displasia fibrosa con carácter familiar es un hecho que no aparece en la bibliografía consultada, por lo que se podría calificar de excepcional. El elegir como tratamiento el abordaje quirúrgico o la actitud expectante van a depender de una serie de variables: edad del paciente, evolución de la lesión, la localización pero sobre todo, el riesgo de afectación funcional y/o estético.

El tratamiento médico está en fase experimental, no obstante estudios retrospectivos, han demostrado la eficacia con la administración de vitamina D y fosfonatos. La quimioterapia no es efectiva y la radioterapia está contraindicada por el riesgo de aumentar la posibilidad de malignización.

**Conclusión:** La aparición de displasia fibrosa en miembros de una misma familia es un caso no referido anteriormente. Ambas hermanas, aunque fueron tratadas de distinta forma, se presentan estables en los controles periódicos anuales.

## DISPLASIA CEMENTO-OSEA PERIAPICAL: PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

*Vargas Espinosa María Lucila; Sanmartí García Gemma; Gay Escoda Cosme.*

**Introducción:** La displasia cemento-ósea periapical (DOP) clasificada según la OMS (2005) como tumor benigno odontogénico. Se presenta frecuentemente en región periapical de dientes anteriores mandibulares. Se cree que se origina del ligamento periodontal. Su presentación es rara, tiene predilección por el sexo femenino, individuos de

raza negra y en edades entre los 40 y 50 años. Los dientes asociados a estas lesiones siempre son vitales.

**Caso clínico:** Mujer de 28 años, raza blanca, sin antecedentes patológicos de interés, al examen clínico presentaba lesión nodular en fondo de vestíbulo a nivel del 3.4, dura y dolorosa a la palpación, mucosa de color y aspecto normales, vitalidad del 3.4 positiva y ausencia de caries o restauraciones dentales. A la exploración radiográfica observamos lesión mixta asociada al 3.4, de bordes definidos, rodeada por halo radiotransparente. Sin antecedentes de trauma en la zona. El diagnóstico de presunción fue de cementoblastoma, tras el análisis histológico (AH), el diagnóstico de certeza obtenido fue de DOP.

**Discusión:** La literatura indica que la DOP se presenta en pacientes con edad promedio de 42 años, de mayor prevalencia en mujeres, raza negra, zona anterior mandibular y localización multifocal, contrariamente a nuestro caso. La mayoría de autores se basan únicamente en la exploración radiográfica y clínica para hacer el diagnóstico. Para nosotros el diagnóstico definitivo sólo puede obtenerse a través del AH de la lesión.

**Conclusiones:** La mayoría de autores recomiendan control y seguimiento en casos asintomáticos y que al examen radiográfico presenten lesión sospechosa de DOP, una vez excluidas otras posibles causas de destrucción ósea. Recomiendan AH para los que cursen con sintomatología. En nuestro caso hicimos el AH para llegar al diagnóstico de certeza en una paciente que presentaba sintomatología leve, no obstante ante cualquier duda diagnóstica debemos realizar el estudio anatomopatológico aunque la lesión sea asintomática.

## **DISTRACCIÓN OSTEOGÉNICA ALVEOLAR: DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA Y REVISIÓN DE LOS CASOS REALIZADOS EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS**

*De la Osa M; González S; Sánchez E; de la Vega S; Paredes V; López-Quiles J.*

**Introducción:** La distracción osteogénica alveolar (DOA) es uno de los métodos utilizados para el aumento del reborde alveolar atrófico. Se basa en la separación progresiva de dos fragmentos óseos vascularizados por medio de un dispositivo (distractor), entre los que se forma un tejido fibroso (cámara de distracción) que va transformándose en hueso maduro.

**Objetivo:** El objetivo de esta comunicación es mostrar cómo se realiza esta técnica paso a paso mediante la presentación de un caso clínico, así como revisar los resultados de los casos de DOA realizados en el Máster de Cirugía Bucal e Implantología de la U.C.M. durante los últimos 5 años.

**Descripción de la técnica:** Tras la incisión, se realiza un despegamiento vestibular (sin despegar en lingual para mantener la vascularización), se realizan los cortes

en el hueso para la liberación del fragmento a distraer (fragmento con paredes divergentes). Se une dicho fragmento al hueso basal mediante el distractor modular Q-multitractor Triron®, y se cierra el colgajo. Tras una semana (latencia), comenzamos con la distracción ósea, que lleva a cabo progresivamente el propio paciente, hasta alcanzar la altura deseada (distracción). A continuación esperamos 8-12 semanas (consolidación) para retirar el distractor y colocar los implantes osteointegrados.

**Discusión:** De entre las diversas técnicas de aumento vertical del reborde alveolar atrófico (injerto libre, regeneración ósea guiada, técnica de Tinti,...), la DOA nos permite realizar un importante aumento en altura, con una sola zona cruenta, y muy predecible cuando se realiza una técnica depurada, aunque no exenta de complicaciones como parestesias, necrosis óseas, pérdida del fragmento distraído, fractura del distractor,...

**Conclusión:** La distracción osteogénica alveolar es la técnica que nos permite un aumento vertical del reborde alveolar atrófico más predecible.

## **EFFECTIVIDAD DE LA PUNCIÓN SECA DEL MUSCULO PTERIGOIDEO EXTERNO EN EL TRATAMIENTO DEL SINDROME DOLOR MIOFASCIAL: ESTUDIO PILOTO**

*Granados Núñez MM, Infante Cossío P., González Pérez Im., Asián González E., Perez Dorao B., Gutiérrez-Pérez JL.*

**Introducción:** La causa más común de Trastorno Temporomandibular (TTM) es el Síndrome de Dolor Miofascial (SDM), el cual es ocasionado por los Puntos Gatillo Miofasciales (PG). El músculo Pterigoideo Externo es uno de los más frecuentemente afectados. La Punción Seca (PS) es una de las técnicas utilizadas en el tratamiento del dolor miofascial, existiendo una amplia evidencia acerca de su efectividad. Sin embargo, su uso en musculatura masticatoria no ha sido bien estudiado.

**Objetivos:** Valorar la utilidad de la PS en el músculo Pterigoideo Externo en el tratamiento del SDM como causa de TTM.

**Material y Método:** Se realizó un estudio piloto donde se incluyeron 13 pacientes del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial de los HHUU Virgen del Rocío de Sevilla. Todos ellos mayores de edad, con dolor en área temporomandibular de componente miógeno de entre 6 y 12 meses de evolución, limitación moderada en la movilidad mandibular y presencia de PG en el pterigoideo externo. Fueron tratados 3 semanas consecutivas mediante PS del Pterigoideo Externo y revisados postratamiento a las 2 semanas, al mes y a los 2 meses. En cada visita, se valoró el dolor del paciente mediante Escala Visual Analógica (EVA), los rangos de movilidad mandibular y el estado general de la ATM mediante una escala de 100 puntos. En las visitas de revisión el paciente valoró el tratamiento así como su tolerancia al mismo.

**Resultados:** Se incluyeron 10 mujeres y 3 hombres. Todos los aspectos estudiados mostraron una mejoría estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ) a partir de la tercera visita. El 100% de los pacientes valoraron positivamente el tratamiento con PS así como su tolerancia al mismo.

**Conclusiones:** La punción seca de PG del músculo pterigoideo externo se muestra de utilidad en el alivio del dolor y disfunción temporomandibular a corto y medio plazo.

### **EFFECTO DE LA ADMINISTRACIÓN LOCAL DE BETAMETASONA EN EL DOLOR, EDEMA Y TRISMO TRAS LA EXTRACCIÓN QUIRÚRGICA DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES INCLUIDOS. ENSAYO CLÍNICO RANDOMIZADO. ESTUDIO PRELIMINAR**

*Pié Sánchez Jordi; Figueiredo Rui; Berini Aytés Leonardo; Gay Escoda Cosme.*

**Introducción.** Las complicaciones postoperatorias más frecuentes de la extracción quirúrgica de un tercer molar (3M) incluido son el dolor, el edema y el trismo. Esto ha conducido al uso de gran variedad de medicamentos, entre los cuales disponemos de los corticosteroides.

**Objetivos.** Comparar la inflamación, el trismo y el dolor tras la extracción de 3M incluidos en pacientes a los que se les administre una inyección en el músculo masetero por vía endobucal de 12 mg de betametasona o bien un placebo.

**Pacientes y Método.** Se efectuó un ensayo clínico randomizado, con medidas intrasujeto, a triple ciego y controlado por placebo, en el que se incluyeron 15 pacientes que debían realizarse las extracciones quirúrgicas de ambos 3M inferiores simétricos y de dificultad similar. Se les administró una dosis de 2 ml con 12 mg de betametasona (Celestone Cronodose®, Schering-Plough, Madrid, España) en el músculo masetero por vía endobucal tras finalizar una de las extracciones, mientras que en la otra exodoncia se les inyectó 2 ml de suero fisiológico. Se registró el grado de inflamación midiendo tres longitudes faciales y la apertura bucal en el preoperatorio y a los 2 y 7 días. Los sujetos rellenaron una escala analógica visual para valorar el dolor a las 6, 24, 48 y 72 horas. El análisis estadístico se llevó a cabo mediante el software SPSS 15.0 para Windows.

**Resultados.** No hubo diferencias estadísticamente significativas ( $p > 0,05$ ) entre los dos grupos en cuanto al dolor, edema y trismo postoperatorios.

**Conclusiones.** La inyección en el músculo masetero de betametasona no fue efectiva en la reducción de la inflamación, el trismo y el dolor propios del curso postoperatorio de la extracción del 3M inferior incluido. Los resultados obtenidos deben ser analizados con precaución debido al tamaño reducido de nuestra muestra.

### **EFICACIA DE LA CRIOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO POSTOPERATORIO INMEDIATO TRAS LA EXTRACCIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES**

*Herrero Goya Goretti; Berini Aytés Leonardo; Gay Escoda Cosme.*

**Introducción:** La crioterapia consiste en el uso terapéutico del frío aplicado de forma local, con la finalidad de disminuir la temperatura de la piel y de los tejidos subcutáneos.

**Objetivos:** El propósito de este trabajo es valorar los efectos del hielo tras la extracción de los terceros molares inferiores, estudiando el dolor, la tumefacción y el trismo postoperatorios

**Pacientes y Método:** Estudio prospectivo, randomizado y a doble ciego en el que se incluyeron 10 pacientes de entre 18 y 25 años que debían de someterse a la extracción de los dos terceros molares inferiores simétricos. Un mismo cirujano realizó la extracción del tercer molar aplicándose hielo durante las 6 primeras horas de forma discontinúa en intervalos de 15 minutos. Al cabo de un mes se efectuó la extracción del cordal contralateral sin aplicar hielo. Las variables a considerar fueron el dolor, el trismo y la tumefacción.

**Resultados:** En este estudio preliminar se incluyeron 10 pacientes con una media de edad de 21,2 años. Se constató que el edema y la inflamación aumentaban proporcionalmente con la dificultad de la intervención quirúrgica, valorada ésta de acuerdo con la clasificación de Pell y Gregory, y también en función del tiempo operatorio. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de estudio para los valores de la tumefacción y del trismo, pero se constató que el dolor experimentado era inferior en el grupo que recibió la crioterapia.

**Conclusión:** En este estudio preliminar no se apreciaron diferencias estadísticamente significativas entre el empleo o no de la crioterapia, por lo que se puede deducir que la aplicación externa de hielo tras la extracción quirúrgica de los cordales inferiores no disminuye las complicaciones habituales del postoperatorio.

### **EL LÁSER EN EL TRATAMIENTO DE LA PERIIMPLANTITIS: REVISIÓN DE LA LITERATURA**

*Guedón Costell Joaquín*

**Introducción:** La periimplantitis es una inflamación/infección, y por lo tanto una destrucción, de los tejidos de soporte del implante. Esta complicación es cada vez más frecuente debido al aumento de la demanda de implantes. Para su tratamiento, se han probado distintas técnicas como el curetaje manual, ultrasonidos, abordaje quirúrgico, uso de antibióticos y la combinación de éstas para conseguir la desinfección de los tejidos blandos

periimplantarios. Numerosos investigadores intentan demostrar la efectividad del láser frente a otras técnicas.

**Objetivos:** El objetivo de esta revisión es comparar la eficacia del láser con respecto a las técnicas convencionales para el tratamiento de la periimplantitis y de ser así, qué tipo de láser es el más apropiado para el tratamiento de la infección de los tejidos periimplantarios.

**Material y Métodos:** Se ha realizado una búsqueda y revisión sistemáticas de los estudios relacionados con el láser y la periimplantitis, disponibles en la biblioteca Medline y biblioteca Cochrane hasta el mes de junio de 2009 inclusive.

**Discusión:** Existen en la literatura numerosos artículos sobre el manejo de esta complicación de los implantes dentales, aunque casi ninguno de alto nivel de evidencia. Por la gran diversidad de tratamientos y de productos farmacéuticos, es complicado encontrar ensayos clínicos similares y, por lo tanto son difícilmente comparables entre ellos.

**Conclusiones:** No existe consenso entre los distintos autores en cuanto a cuál es el tratamiento más adecuado para hacer frente a la periimplantitis. Con las técnicas convencionales logramos disminuir el número de bacterias del surco periimplantario y por consiguiente la inflamación y el sangrado, aunque no se suele encontrar una mejora en la profundidad de sondaje. Con el láser se consiguen resultados similares dependiendo del autor. Concluimos que hacen falta más ensayos clínicos de alto nivel de evidencia y más homogeneidad en los estudios en este campo.

#### **EL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL MARCO DE LA DOCENCIA: ESTUDIO REALIZADO EN PROFESORES DE LA FACULTAD DE ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD DE BARCELONA**

*Esquemri Bescós Noelia; Valmaseda Castellón Eduardo; Gay Escoda Cosme.*

**Introducción:** El término de “burnout” se describe como “el agotamiento de energía experimentado por los profesionales cuando se sienten sobrepasados por los problemas de los demás”. El MBI es el instrumento de medida más utilizado. Propone 3 dimensiones a evaluar: cansancio emocional, despersonalización y realización personal.

**Objetivos:** Determinar la prevalencia del estrés laboral, identificar los factores de la organización del trabajo, reconocer las variables sociodemográficas, valorar las consecuencias del estrés y formular recomendaciones de cara a facilitar la toma de decisiones respecto a la evaluación, prevención y control del estrés laboral en la Universidad de Barcelona (UB).

#### **Material y Método:**

Sujetos: Profesores de la Facultad de Odontología de la UB. Se entregaron 110 cuestionarios (14 fueron excluidos)

Muestreo: Se localizó al profesorado dentro del recinto de la UB o en la Clínica Odontológica.

Instrumentos de evaluación: Cuestionario sociodemográfico, laboral y motivacional y MBI.

**Resultados:** 96 profesores participaron en el estudio (edad media: 39’89 años). El 53’1% correspondió al sexo femenino. El 5’2% fue representado por catedráticos, el 11’5% por titulares, el 61’5% por asociados y finalmente el 21’9% por ayudantes. En la subescala realización personal el 31’3% presentó “burnout” moderado y el 24% alto, en la subescala agotamiento emocional el 49% obtuvo un “burnout” moderado y un 34’4% alto, y en la subescala despersonalización el 60’4% obtuvo “burnout” moderado mientras que el 26% alto. Solo se obtuvo una relación estadísticamente significativa entre el número de horas de trabajo y el agotamiento emocional y la despersonalización.

**Discusión y Conclusiones:** El 6’2% de los docentes presentan niveles de “burnout” alto en las 3 subescalas, y el 97’9% en alguna de las 3 subescalas. La impuntualidad, el absentismo y el abandono de la profesión aparecen como síntomas rutinarios de esta patología. Por tanto, es imprescindible conocer las “técnicas de afrontamiento” para reducir éstos niveles, y mejorar la salud de nuestros docentes.

#### **EL USO DE CORTICOSTEROIDES EN CIRUGÍA AMBULATORIA IMPLANTOLÓGICA ORAL: ESTUDIO A DOBLE CIEGO**

*Parra Rogel Carlos, Gómez de Diego Rafael, López-Valverde Centeno Antonio.*

**Objetivos.** Valorar: Acción farmacodinámica de corticoides en cirugía postimplantológica oral. Determinando su relevancia frente a prescripción farmacología estándar (AINEs y analgésicos no opioides)

**Material y Métodos.** Estudio clínico prospectivo a doble ciego con evaluador independiente. Tamaño muestral 40 pacientes. Distribución realizada de manera randomizada aleatoria mediante software. Estableciéndose 2 grupos de trabajo de 20 sujetos: Grupo 1 (experimental) infiltrado con fosfato disódico y acetado de betametasona, dosis establecida 1 ml. Grupo 2 (control) infiltrado con suero fisiológico. Ambos se tratan postquirúrgicamente 4 días con: Amoxicilina 500mg, Desketoprofeno 25mg, relegándose el analgésico (Paracetamol 1gr) al grupo control. Dosis tituladas según indicaciones de la Sociedad Española de Farmacología, 2009.

Criterios de selección: Consentimiento informado. De inclusión: sujetos sanos, de ambos sexos, no fumadores, rango de edad 23 - 50 años. Exclusión: antecedentes fisiopatológicos, fumadores, y bajo prescripción farmacológica.

Controles al 2º y 7º día postcirugía. Evaluación del dolor: escalas autorizadas por la Sociedad Española del Dolor,

2008: visual analógica (EVA); BS 21, cuestionario de McGill (CDM) y algómetro monofilamento de presión (g/cm<sup>2</sup>). Evaluación de edematización: mediciones milimétricas.

Análisis estadístico de los resultados realizado mediante Test de Friedman, de la U y de la Chi 2, realizados según software estadístico EPI-INFO, 2008.

**Resultados.** No se registra evidencia significativa en las variables estudiadas.

Los pacientes del grupo experimental presentaron disminución nociceptiva significativa

**Conclusiones.** Ambos grupos de fármacos son adecuados, tratando correctamente la inflamación-nocicepción postoperatoria.

El empleo de corticosteroides infiltrados peroperatoriamente es un coadyuvante que minimiza la inflamación en intervenciones implantológicas.

Su uso posee un efecto adverso dermatológico al dificultar la cicatrización, por la acción anti-anabólica debida a la pérdida de nitrógeno y formación de proteínas.

Es necesario realizar más ensayos clínicos controlados que demuestren la eficacia de los corticosteroides, valorando la dosis necesaria para cada tipo de intervención y los efectos secundarios asociados a su uso.

## ENFOQUE TERAPÉUTICO DE LOS PROBLEMAS MUCOGINGIVALES DEL FRENILLO LABIAL SUPERIOR

*Simón Sánchez E, Baca Bocanegra B, Sigüero Muñoz A, Moreno Osborne A, García Calderón M, Torres Lagares D.*

**Introducción:** Las papilas interdentarias desempeñan un papel fundamental en la estética dental y en el mantenimiento de la salud periodontal. La falta o ausencia de la misma está relacionada con factores anatómicos de diversa índole, tales como: diastemas, forma triangular de las coronas dentarias, ejes axiales divergentes e inserción alta y aberrante del frenillo labial que favorece la aparición de un problema mucogingival. Asimismo las alteraciones en la forma de la papila podemos observarla tras la progresión de la enfermedad periodontal o como secuela de la cirugía periodontal.

**Objetivo (caso clínico):** Describir los aspectos clínicos y distintas alteraciones que puede producir la inserción anómala del frenillo labial superior. Analizar las opciones terapéuticas para tratar los problemas estéticos y mucogingivales que puede causar.

**Discusión:** La ausencia de papila puede constituir un importante problema estético (triángulo negro), además de favorecer la impactación alimentaria, y contribuir a la persistencia de inflamación del periodonto. Si a esta situación añadimos una inserción alta y aberrante del frenillo labial puede provocar eversión del labio superior así como la aparición de severos problemas mucogingivales que, si no se resuelven en el tiempo pueden originar pérdida ósea irreversible.

**Conclusión:** La inserción anómala del frenillo labial superior puede crear problemas de movilidad del labio y estéticos por ausencia de papila interincisal.

La ausencia de papila interdentaria constituye un verdadero problema estético y funcional, y si persiste en el tiempo puede producir pérdida ósea irreversible.

En la literatura revisada, el tratamiento FLS mediante Z-plastia puede regenerar la papila y profundizar el vestibulo a diferencia de otras técnicas menos agresivas, como frenillectomía clásica y con láser de diodo o CO<sub>2</sub>.

El tratamiento ortodóncico es la opción más eficaz, predecible y estable, ya que corrige otros factores anatómicos implicados en la ausencia de la misma.

## ESTUDIO COMPARATIVO DEL PRONÓSTICO EN CIRUGÍA PERIAPICAL UTILIZANDO AMALGAMA DE PLATA, DURELON Y MTA COMO MATERIALES DE OBTURACIÓN RETRÓGRADA

*Maestre-Ferrín L, Ortega-Sánchez B, García-Mira B, Peñarrocha-Diago MA, Peñarrocha-Diago M.*

**Introducción:** Resulta difícil establecer cuál es el mejor material de retoobtención, ya que los estudios sobre distintos materiales rara vez son comparables, debido a las diferencias metodológicas existentes entre ellos.

**Objetivo:** Conocer el pronóstico de la cirugía periapical cuando se emplean como materiales de retoobtención: la amalgama de plata, el cemento de policarboxilato y el MTA; y comparar los resultados obtenidos con cada uno de ellos.

**Material y Método:** Se llevó a cabo en un estudio retrospectivo de los pacientes tratados con cirugía periapical entre mayo de 1999 y junio de 2007, que hubieran completado al menos un año de seguimiento. Los pacientes se dividieron en tres grupos: A) pacientes con dientes apicectomizados obturados con amalgama de plata, B) pacientes con dientes apicectomizados obturados con cemento de policarboxilato y C) pacientes con dientes apicectomizados obturados con MTA. Se utilizó para la evaluación del pronóstico en CP la escala de evolución global propuesta por von Arx y Kurt (1999).

**Resultados:** Se incluyeron 404 pacientes: 280 en el grupo de amalgama de plata, 19 en el grupo de Durelon y 105 en el grupo de MTA. La mayor tasa de éxito a los 6 meses se produjo en el grupo de MTA, aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas. A los 12 meses, el grupo de la amalgama tenía el porcentaje de éxito más alto (73%), pero las diferencias importantes se encontraron en las categorías de mejoría y fracaso, donde el MTA obtuvo los mejores resultados y la amalgama de plata los peores.

**Conclusiones:** El MTA, como material de obturación retrógrada, parece reducir el número de fracasos en CP, sobre todo con el uso de endoscopia y microscopia.

## ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE DOS SISTEMAS DE IMPLANTES CON DIFERENTES TIPOS DE CARGA PROTÉSICA

*M<sup>a</sup> Isabel Muelas Jiménez, M<sup>a</sup> Victoria Olmedo Gaya, Candela Reyes Botella, M<sup>a</sup> de Nuria Romero Olid, Manuel Vallecillo Capilla.*

**Introducción:** Casi todas las líneas de investigación en la implantología moderna van dirigidas a la reducción de los tiempos entre la fase quirúrgica y protésica.

**Objetivos:** Evaluar la tasa de éxito de dos sistemas de implantes (Defcon y Trinon).

Comparar el éxito entre carga inmediata, precoz y convencional.

Identificar las diferencias tras la colocación de implantes en mandíbula y en maxilar.

Describir según el tipo de prótesis, el éxito de los diferentes tratamientos.

**Material y Métodos:** El estudio se realizó sobre 99 pacientes a los que colocamos 380 implantes (198 Defcon y 182 Trinon), entre los años 2002 y 2004. Previamente al ingreso de este estudio los pacientes fueron interrogados y explorados clínicamente, descartándose aquellos pacientes con trastornos sistémicos graves, bruxistas y fumadores.

**Discusión:** Las revisiones en la literatura muestran resultados muy dispares en la tasa de éxito en los distintos tipos de carga, por ello nos planteamos realizar este estudio para conocer de forma más exacta las diferencias entre ellas.

**Conclusiones:** La carga inmediata y temprana son opciones viables de tratamiento con las que podemos conseguir tasas de éxito similares a las que obtenemos con carga convencional siempre que podamos conseguir una adecuada estabilidad primaria del implante.

Los implantes rehabilitados con coronas unitarias presentan mayor índice de fracaso, por lo tanto, siempre que sea posible, es preferible ferulizarlos para una mejor distribución de la carga.

Obtenemos mejores resultados en carga inmediata con implantes Trinon. Con carga precoz y convencional los implantes Defcon obtienen mejores resultados.

No encontramos diferencias en la tasa de éxito tras la colocación de implantes en maxilar o mandíbula.

## ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LA DENSIDAD ÓSEA MEDIDA MEDIANTE TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA Y EL TORQUE DE INSERCIÓN

*Muñoz Sota P; Madrigal Martínez-Pereda C; Ortega Aranegui R; Rodríguez Pose C; Martín Ares M; González La Calle B.*

**Introducción:** Son cada vez mayores las indicaciones y posibilidades a nuestro alcance para ofrecer a nuestros pacientes tratamientos implantológicos con mayor predictibilidad y menos complicaciones.

**Objetivos:** Verificar el valor diagnóstico de la densidad ósea obtenida a partir de las imágenes de la tomografía

computarizada, su aplicación práctica y analizar su relación con el torque de inserción obtenido por el implante durante la fase quirúrgica.

**Material y Métodos:** Se registraron datos de 24 pacientes diferentes con 98 implantes colocados, todos ellos diagnosticados y tratados en el Servicio de Implantología de la Facultad de Odontología de la Universidad Complutense de Madrid. Para valorar la densidad ósea radiológica se utilizó el software BTI Scan®.

**Discusión:** encontramos una relación estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ ) entre los valores de densidad ósea cuantitativa medidos a partir de la tomografía computarizada y la calidad ósea subjetiva (Lekholm y Zarb). Asimismo encontramos significación estadística ( $p < 0.05$ ) entre los valores de densidad ósea cuantitativos y el torque de inserción del implante. Coincidiendo en ambos casos con otros autores.

**Conclusiones:** La calidad ósea subjetiva, valorada a partir de la clasificación de Lekholm y Zarb, aunque útil presenta pequeñas limitaciones al diferenciar huesos de densidades intermedias. Existe una relación directa entre la densidad ósea alrededor del implante, medida a partir de las imágenes de tomografía computarizada, y el torque de inserción que alcanza el implante en el momento de la cirugía.

## ESTUDIO DE LA FRECUENCIA DE RESONANCIA EN RELACION CON FACTORES QUE AFECTAN LA ESTABILIDAD PRIMARIA DE LOS IMPLANTES

*Fabado B, Brotons A, Martínez A, Benet F.*

**Introducción:** En el tratamiento con implantes, uno de los factores más importantes para asegurar la osteointegración, es conseguir la estabilidad primaria en el momento de su colocación. Esta estabilidad primaria está relacionada con diversos factores: biológicos, quirúrgicos y factores dependientes de las características físicas del propio implante. Existen diferentes formas de objetivar la estabilidad conseguida en el momento de la cirugía implantológica; una de éstas es la frecuencia de resonancia traducida en unidades ISQ mediante el sistema Ostell.

**Objetivo:** El objetivo de este trabajo es valorar si existe relación entre la unidades ISQ obtenidas con el Ostell en el momento de colocar los implantes y los diferentes parámetros que pueden afectar a la estabilidad primaria de los mismos: densidad ósea, torque de inserción, localización, tamaño y forma del implante, etc.

**Material y Método:** Se estudiaron 30 implantes y se registraron las unidades ISQ medidas en el momento de la cirugía, así como el torque de inserción y la unidades Hounsfield analizadas en los TC procesados mediante el software Simplant. Todo ello se sometió a análisis estadístico mediante el programa SPSS v.11.0

**Discusión y conclusiones:** Los resultados obtenidos se analizaron y correlacionaron con otros parámetros como el tipo de implante, longitud, diámetro y localización y se compararon con estudios similares.

## ESTUDIO DE LAS LESIONES BUCALES BIOPSIADAS EN EL SERVIDIO DE CIRUGÍA BUCAL DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD DE BARCELONA

*Fierro Garibay Claudia, Marqués Almendros Nieves, Berini Aytés Leonardo, Gay Escoda Cosme.*

**Introducción:** Las lesiones bucales pueden manifestarse de muy diversas maneras, el examen clínico y una cuidadosa anamnesis nos orientará hacia un diagnóstico de sospecha. Sin embargo, métodos como la biopsia y el posterior estudio anatomopatológico son fundamentales para obtener el diagnóstico de certeza.

**Objetivos:** Establecer la prevalencia y las características clínicas de las lesiones de tejidos duros y tejidos blandos biopsiadas en el Servicio de Cirugía Bucal de la Clínica Odontológica de la Universidad de Barcelona.

**Pacientes y Método:** Se realizó un estudio observacional descriptivo retrospectivo de las biopsias llevadas a cabo en el periodo comprendido entre Enero de 2007 y Abril de 2009. Se registraron las siguientes variables: La edad, el sexo, la sintomatología, localización de la lesión, la técnica de biopsia, el motivo de consulta y el resultado histológico obtenido.

**Resultados:** Se revisaron un total de 460 lesiones. La edad media fue de 54 años. La muestra presentó una mayor proporción de mujeres (56%). Respecto a la clínica, el 37% de los pacientes presentaba sintomatología asociada a la lesión. El 64,1% de las muestras hísticas fueron de tejidos duros y el 35,9% de tejidos blandos. Respecto a los tejidos duros las localizaciones más frecuentes de las lesiones fueron las regiones premolar y molar inferiores, mientras que la mucosa yugal fue la localización predominante de las lesiones de tejidos blandos. El 82,6% de las biopsias fueron excisionales, frente a un 17,4% de biopsias incisionales. Las lesiones más frecuentes fueron los quistes y de entre ellos destaca el quiste radicular. Otras lesiones encontradas fueron las hiperplasias epiteliales y los fibromas. El 0,91% de las lesiones analizadas fueron carcinomas de células escamosas.

**Conclusión:** Las lesiones más prevalentes resultaron ser las lesiones periapicales crónicas en los maxilares y las hiperplasias epiteliales y los fibromas en los tejidos blandos.

## ESTUDIO DE LOS FACTORES PSICOLÓGICOS QUE PRESENTAN LOS PACIENTES CON LIQUEN PLANO BUCAL

*Bosch Aranda Marisa; Velasco Vivancos Verónica; Figueiredo Rui; Gay Escoda Cosme.*

**Introducción:** El liquen plano bucal (LPB) es una patología inflamatoria crónica mucocutánea con unos rasgos clínicos e histológicos característicos. Su etiología es desconocida pero se han relacionado diversos factores psicológicos con la aparición y desarrollo de esta enfermedad.

**Objetivos:** Analizar los factores psicológicos de los pacientes que presentan LPB y determinar los rasgos de la personalidad que los caracterizan.

**Material y Método:** Se trata de un estudio transversal que incluye 60 pacientes tratados en el Servicio de Cirugía Bucal de la Clínica Odontológica de la Universidad de Barcelona a quienes se evaluaron las posibles alteraciones psicósomáticas mediante el test SCL-90R (Symptom Check List de 90 ítems). El grupo de estudio lo formaban 30 pacientes diagnosticados clínica e histológicamente de LPB y se comparó con un grupo control constituido por 30 pacientes elegidos aleatoriamente y que no presentasen ninguna patología de los tejidos blandos bucales.

**Resultados:** Los pacientes con LPB mostraron valores más altos del Índice Global de Severidad (con una media de 59) que informa sobre una mayor intensidad del sufrimiento psíquico y psicósomático global comparado con los sujetos del grupo control (53). Además, se observaron mayores valores en las dimensiones de somatización (60) y ansiedad (60) seguida por las de ansiedad fóbica (59) y sensibilidad interpersonal (58). Por otro lado, se constataron mayores valores de somatización (63) y ansiedad (62) en los pacientes con LPB reticular en contraste con una mayor sensibilidad interpersonal (59) en el caso de los LPB atrófico-erosivos.

**Conclusiones:** Los resultados reflejan la única dimensión psicósomática significativa es la somatización que presentan los pacientes del grupo con LPB reticular. Por otro lado, a pesar de que se han observado mayores niveles de sufrimiento psicológico global en los pacientes con LPB no se puede establecer que las alteraciones psicológicas constituyan un factor etiológico directo de esta enfermedad.

## ESTUDIO DEL ORIGEN, EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO DEL QUISTE NASO-PALATINO

*Irina Sacchi Orloff, Pablo Galindo-Moreno, Antonio Valiente Álvarez, Jesús López Martínez, Carlos Ferre López, Elena Sánchez-Fernández.*

**Introducción:** La O.M.S. en el año 1972 hizo una primera publicación sobre los quistes originados en los maxilares, dirigida por Pindborg y Kramer, y basados en su experiencia. Posteriormente se clasificaron según su origen odontogénico y no odontogénico, incluyendo el Q. Naso-Palatino dentro de éstos últimos. Las manifestaciones clínicas del quiste naso-palatino no siempre aparecen en estadios iniciales, descubriendo su presencia, a veces, tras una exploración radiológica de rutina, aunque en otras ocasiones aparece dolor, sensación de presión en dientes anteriores y presencia de un abultamiento en la premaxila o en región palatina.

**Objetivo:** Estudiar el comportamiento de los quistes naso-palatinos según el tamaño que presentan en el momento de su diagnóstico.

**Material y Métodos:** Tras una exhaustiva revisión

bibliográfica sobre los quistes naso-palatinos, hemos analizado los resultados recogidos con la experiencia de nuestro grupo de trabajo en aquellos pacientes intervenidos de esta patología. Este estudio fue realizado entre el Hospital Regional Universitario Carlos Haya de Málaga y la Facultad de Odontología de Granada.

**Resultados y discusión:** Comparamos nuestros resultados, tras la evolución de nuestros pacientes, con los obtenidos en la literatura, obteniendo resultados similares en cuanto al análisis de la evolución y el tratamiento instaurado, ya que el protocolo seguido en cada caso es el mismo para todos los pacientes diagnosticados con esta patología.

**Conclusión:** Nuestros resultados en los pacientes intervenidos han sido satisfactorios, sin recidivas, aún siendo conservadores en el tratamiento quirúrgico en los quistes de gran tamaño.

#### ESTUDIO DEL SUERO CTX EN 50 PACIENTES MEDICADOS CON BISFOSFONATOS ORALES Y CON NECESIDAD DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

*Antonio Juan Flichy Fernández; José Balaguer Martínez; Berta García Mira, Carolina Larrazabal Morón, Miguel Peñarrocha Diago.*

**Introducción:** Hay trabajos que relacionan la administración de bisfosfonatos (BF) con las variaciones de los niveles del suero CTX. Existe controversia en la literatura respecto al uso de éste índice como indicador de riesgo de necrosis ósea.

**Objetivo:** determinar si existe relación entre la dosis total de BF administrado y las variaciones de los niveles del suero CTX.

**Material y Método:** Fueron seleccionados los pacientes con requerimiento quirúrgico, medicados con BF orales, que acudieron al departamento de Cirugía Oral de la Universidad de Valencia, entre enero de 2007 y junio de 2009. Fueron incluidos 50 pacientes. Se separaron a los pacientes en dos grupos, un grupo a quienes no se les retiró la medicación antes de la analítica, y otro a quienes sí se les retiró (intervalo de 1 a 48 meses). Se valoró la dosis total administrada del fármaco y la dosis total por kilogramo de peso para estudiar el suero CTX. Se comparó la relación entre los datos obtenidos y la tabla de riesgo de necrosis propuesta por Marx y cols. en 2007.

**Resultados:** No hubo diferencias significativas ( $p > 0.05$ ) entre ambos grupos respecto a la dosis total administrada y la dosis en mg/kg. En ambos grupos no hubo relación ( $p > 0.05$ ) entre el valor del suero CTX y la dosis total administrada y en mg/kg. No se encontraron diferencias ( $p > 0.05$ ) entre ambos grupos de pacientes respecto al riesgo de padecer osteoquimionecrosis según los criterios de Marx y cols. en 2007.

**Conclusiones:** No se halló relación entre la dosis total administrada de bisfosfonatos orales, o en mg/kg, respecto al valor del suero CTX.

#### ESTUDIO METAANALÍTICO SOBRE LA FRECUENCIA Y EL TRATAMIENTO DE LAS COMUNICACIONES BUCOSINUSALES

*Franco Carro B, Aguado Gil JM, Rubio Alonso L, Barona Dorado C, Martínez-González JM.*

**Introducción:** Una comunicación bucosinusal (CBS) es una situación patológica en la que existe una solución de continuidad entre la cavidad bucal y el seno maxilar, como consecuencia de la pérdida de los tejidos que separan dichas estructuras. Son consideradas patologías causadas por múltiples factores etiológicos, sobre todo la extracción dentaria. De ahí, la relevancia del conocimiento de la frecuencia de su aparición, correcto diagnóstico y tratamiento así como de la evaluación de las posibles complicaciones que puedan aparecer.

**Objetivos:** Determinar el tratamiento quirúrgico de elección de las CBS así como conocer las principales complicaciones postratamiento.

**Material y Método:** Se ha realizado una revisión bibliográfica en la base de datos PubMed y Compludoc de la literatura publicada, en la que se ha obtenido un total de 1238 casos. Las palabras clave utilizadas para la búsqueda son: oro-antral, communication, oro-sinusal, fistula, treatment. Se han analizado las siguientes variables: sexo, edad, etiología, localización, tratamiento y complicaciones.

**Resultados:** Las CBS aparecen con una ligera mayor frecuencia en hombres (55%) a la edad media de 40,56 años. Su principal factor etiológico es la extracción dentaria (93,38%) tratándose del tercer molar en el 52,05% de los casos. El tratamiento que más se ha realizado ha sido el injerto de bola de Bichat (39,26%), seguido del colgajo trapecoidal (16,23%) y del colgajo de rotación palatina (10,74%), obteniéndose un índice de complicaciones del 16,46% tanto en el injerto de bola de Bichat como en el colgajo trapecoidal y un 54,43% en el colgajo de rotación palatina. La complicación más frecuente ha sido la fistulización de la CBS (31,65%).

**Conclusiones:** El desarrollo de esta patología se produce con una mayor frecuencia en hombres en la cuarta década de vida. Su tratamiento consistirá en cerrar esa comunicación antes de las 48 horas de evolución. El injerto de bola de Bichat es una técnica sencilla que proporciona excelente vascularización y resultados.

#### ESTUDIOMETA-ANALÍTICOSOBRELASUPERVIVENCIA DE IMPLANTES EN ELEVACIONES DE SENO MAXILAR

*Cabezas Mojón J, Arias Irimia O, Enríquez Sacristán C, Barona Dorado C, Belarra Arenas C.*

**Introducción.** Los conceptos actuales en implantología establecen que los implantes deben colocarse según las necesidades de restauración predeterminada, más que por

la disponibilidad de hueso. La consecuencia de esto es un equilibrio entre la función, biología y estética que requiere que el hueso alveolar sea restaurado. Ante estas situaciones clínicas se ha propuesto el empleo de injertos óseos para corregir este déficit de hueso y poder usar así implantes con una anchura y altura adecuada. Los materiales de elección para el reemplazo del hueso perdido han sido diversos.

**Objetivos.** Evaluar los tipos de injerto utilizados en las elevaciones de seno y presentar las tasas de éxito a largo de los implantes insertados en estas regiones.

**Material y Método.** Se ha realizado un estudio meta-analítico en el que se han revisado los artículos relacionados en los últimos 8 años. Se han obtenido a través del buscador pubmed con las siguientes palabras clave: “bone graft”, “maxillary sinus augmentation”, “bone regeneration”, “autogenous bone”.

**Resultados.** Hemos registrado un total de 3.975 implantes colocados en elevaciones de seno realizadas con ventana ósea, de los cuales obtenemos una supervivencia global de 3.749 lo que supone una tasa de supervivencia del 94,3%. En ellos hemos analizado el tipo de injerto que se utilizaba, la superficie del implante así como el momento de la inserción del implante.

#### **Conclusiones.**

- 1.- Al realizar las elevaciones de seno, los sustitutos de hueso son tan eficaces como el hueso autógeno, ya se utilicen solos o combinados con hueso autógeno.
- 2.- La superficie del implante puede influir de forma importante en la tasa de supervivencia del implante de tal forma que la superficie rugosa parece ser la mejor opción.
- 3.- Cuando la colocación de los implantes se produce de forma simultánea a la del injerto se debe esperar una mayor tasa de fracaso.

### **ESTUDIO OBSERVACIONAL DE LOS CAMBIOS HEMODINÁMICOS INTRAOPERATORIOS EN PACIENTES SOMETIDOS A LA EXTRACCIÓN QUIRÚRGICA DE LOS CUATRO TERCEROS MOLARES CON ANESTESIA LOCAL Y SEDACIÓN CONSCIENTE POR VÍA ENDOVENOSA**

*Mir Mari Xavier, Valmaseda Castellón Eduard, Brescó Salinas Miguel, Gay Escoda Cosme.*

**Introducción:** La exodoncia es considerada por la mayoría de pacientes un procedimiento desagradable, que genera grandes dosis de ansiedad. Esto se traduce en una alteración importante de las constantes vitales que puede desencadenar, en pacientes con patología de base, situaciones de emergencia.

**Objetivos:** Describir los cambios hemodinámicos en los pacientes sometidos a la extracción quirúrgica de los cuatro terceros molares con anestesia local y sedación consciente por vía endovenosa.

**Pacientes y Método:** Estudio prospectivo observacional de los cambios hemodinámicos en 32 pacientes, 16 varones

y 16 mujeres, sometidos a la extracción quirúrgica de los cuatro terceros molares con anestesia local y sedación consciente por vía endovenosa. Se realizó anestesia local mediante articaína 4% y adrenalina 1:100000 en todos los pacientes. Fueron monitorizados los valores pre e intraoperatorios de Tensión Arterial Sistólica (TAS), Tensión Arterial Diastólica (TAD), Frecuencia Cardíaca (FC) y Saturación de Oxígeno (SaO<sub>2</sub>).

**Resultados:** Los valores máximos de TAS ( $122,3 \pm 2,5$  mmHg) y TAD ( $73,6 \pm 1,5$  mmHg) fueron detectados en el preoperatorio inmediato. Mediante un modelo lineal general se observó una reducción estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ) de los valores de tensión arterial después de la inyección de midazolam, manteniéndose estables durante el resto de la intervención quirúrgica ( $p > 0,05$ ). Por su parte los valores máximos de FC ( $84,7 \pm 2,4$  ppm) fueron detectados durante la odontosección. El índice de complicaciones fue del 3,1%.

**Discusión y Conclusiones:** Con las limitaciones de un estudio observacional, estos resultados demuestran que la utilización de sedación consciente por vía endovenosa para la extracción quirúrgica de los cuatro terceros molares es una técnica válida en el control y estabilización de las constantes vitales del paciente.

### **ESTUDIO PILOTO SOBRE LA INFLUENCIA DE LA OSTECTOMÍA EN EL POSTOPERATORIO DE LA EXODONCIA DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO**

*Moreno Osborne, A; Siguero Muñoz A; Simón Sánchez E; Sáenz Ramírez C; Bonilla Mejías C; Torres Lagares D.*

**Introducción:** La exodoncia quirúrgica de los terceros molares no erupcionados completamente es una de las actividades más frecuentes en cirugía bucal. Generalmente, este tratamiento provoca dolor, inflamación y trismo en el paciente.

Realizamos un estudio piloto en pacientes sometidos a exodoncia quirúrgica de terceros molares inferiores donde evaluaremos como influye un aspecto tan importante como la ostectomía en estos síntomas postoperatorios.

**Material y Métodos:** Durante la exodoncia quirúrgica de terceros molares de pacientes sometidos al estudio, se recolectará todo el hueso que sea necesario eliminar para la extracción del cordal. Mediante registro métrico de puntos estratégicos en la cara del paciente mediremos la inflamación sufrida durante el postoperatorio para relacionarlo con la ostectomía realizada.

También tendremos en cuenta cómo influyen otros factores como la edad del paciente, el sexo, el tabaco, la duración de la intervención, la dificultad de la cirugía y el tamaño de la incisión en el postoperatorio (inflamación, dolor y trismo).

**Resultados:** Al tratarse de un estudio piloto no presentamos resultados concluyentes por no disponer de una amplia

muestra, pero mostraremos gráficos de los resultados preliminares a modo orientativo.

**Discusión:** De la bibliografía consultada, gran parte de los autores asocian la inflamación postoperatoria con la duración de la intervención, y un mayor dolor cuando aumenta la edad del paciente.

**Conclusiones:** En nuestro estudio encontramos relación directa entre la cantidad de osteotomía realizada y la inflamación tras la cirugía.

Al igual que en la bibliografía también encontramos mayor inflamación al aumentar la duración de la intervención.

### ESTUDIO PROSPECTIVO COMPARATIVO DE DISTINTOS TIPOS DE SUPERFICIES EN IMPLANTES CON CARGA INMEDIATA

*Baca Bocanegra B, Simón Sánchez E, Bonilla Mejías C, Sáez Ramírez C, García Calderón M, Gutiérrez Pérez JL.*

**Introducción:** Hoy en día las técnicas de carga inmediata sobre implantes han revolucionado los métodos convencionales basados en dos fases quirúrgicas. La mejora de las características de las superficies de los implantes y los nuevos diseños de los mismos han llevado al desarrollo de procedimientos específicos destinados a reducir el tiempo transcurrido entre la colocación del implante y la aplicación de carga sin que se afecte la predecibilidad de éstos.

**Objetivos:** El objetivo de nuestro estudio es informar de un protocolo de tratamiento realizado para observar la capacidad de los implantes NanoTite y Osseotite de dar soporte a prótesis fijas completas colocadas de forma inmediata y evaluar el grado de satisfacción estético y funcional por parte de los pacientes y de los clínicos que realizaron el tratamiento.

**Material y Método:** Se trata de un estudio prospectivo, aleatorizado y controlado que estamos realizando en el Master de Cirugía Bucal de Sevilla. A todos los pacientes desdentados totales se les insertaron entre 4 y 8 implantes y serán cargados antes de las primeras 48 horas a partir de la cirugía. Los pacientes serán asignados de forma aleatoria al grupo NanoTite u Osseotite.

**Conclusiones:** El conocimiento de los factores que intervienen en la osteointegración y el interés por conseguir protocolos de aplicación de cargas sobre los implantes más rápidos condujo a la puesta en marcha de este estudio. El protocolo propuesto es útil y adecuado para la consecución de datos válidos relativos a la capacidad de los implantes NanoTite y Osseotite de dar soporte a prótesis fijas completas colocadas de forma inmediata evaluando el grado de satisfacción estético y funcional por parte de los pacientes y de los investigadores que realizan el tratamiento fundamentados en la implantología actual.

### ESTUDIO PROSPECTIVO DEL LASER DE DIODO 532NM VERSUS LASER DE DIODO 980NM EN LA EXERESIS DE LESIONES HIPERPLÁSICAS EN LA CAVIDAD ORAL: DISEÑO Y METODOLOGÍA

*Bargiela Pérez P; Sánchez Cobo E; Velázquez Cayon R; Guedón Costell J; Cabezas J; Torres Lagares D.*

**Introducción:** La utilización de la terapéutica láser en Cirugía Bucal es un hecho habitual que viene desarrollándose desde hace años. El láser de diodo ofrece numerosos beneficios en el tratamiento de las lesiones de tejidos blandos.

**Material y Método:** Se presenta un estudio prospectivo, en desarrollo por el Equipo Docente de Cirugía Bucal de la Facultad de Odontología de Sevilla y el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla.

Utilizaremos, dos grupos de pacientes, que deben presentar la misma patología. Esta debe ser una lesión hiperplásica en la mucosa yugal, siendo indiferente si se encuentra en lado izquierdo o derecho.

Ambos grupos serán tratados de la misma manera, utilizando la misma potencia a 1,5 W y una fibra óptica de 320 µm, aunque tendrán diferente longitud de onda, con el objeto de determinar, entre el láser de diodo de 532 nm y el de 980 nm, cual es el más indicado en la realización de exéresis de las lesiones hiperplásicas en la mucosa yugal.

**Resultados:** A tenor de los casos que se han utilizado para realizar el estudio piloto, el láser de diodo de 980 nm es mejor que el Láser de diodo de 532nm, no obstante esta impresión debe ser corroborada por un tamaño muestral mayor.

**Discusión:** El láser de diodo ofrece numerosos beneficios en el tratamiento de las lesiones de tejidos blandos, siendo las más significativas la reducción del edema y dolor postoperatorio.

En tratamientos en los que se busque la exéresis de tejidos blandos, en las que no se prevé un sangrado profuso, este sería el Láser de elección. En el caso que se precise de una gran coagulación, sería más recomendable utilizar el láser de CO<sub>2</sub>.

**Conclusión:** El protocolo de estudio propuesto, es adecuado a los objetivos planteados en la investigación.

### ÉXITO CON EL SISTEMA DE IMPLANTES KLOCKNER® CONE ESSENTIAL: ESTUDIO PRELIMINAR

*Alegre-Domingo T, Flichy-Fernández AJ, Balaguer-Martínez J, Larrazabal-Moron C, Peñarrocha-Diago M.*

**Introducción:** Según los criterios de éxito de Albrektsson y Zarb, se espera una pérdida ósea entre 1.5 y 2 mm durante el primer año, y menor de 0.2 mm en los sucesivos años.

**Objetivo:** El objetivo del presente estudio es valorar el éxito de los implantes Klockner® cone essential entre el

momento de la colocación de los implantes y a los 6 meses de la intervención quirúrgica.

**Material y Método:** Fueron colocados 85 implantes en 21 pacientes. Se realizaron controles radiográficos a los 6 meses tras la cirugía. Se midió la pérdida ósea mesial y distal a los 6 meses de la intervención.

**Resultados:** Se obtuvo una pérdida ósea mesial de  $1,04 \pm 1,05$  mm y de  $0,98 \pm 1,01$  mm por distal.

**Conclusiones:** La pérdida ósea observada a los 6 meses de colocación de los implantes entra dentro de los valores normales descritos en la literatura.

### EXPANSIÓN PALATINA RÁPIDA MEDIANTE UN NUEVO DISYUNTOR INDIVIDUALIZADO ANCLADO A HUESO PALATINO MEDIANTE MICROTORNILLOS

*Agudo JF; Perecejuela LF; López-Quiles J; Girón J; Garcés R; Arena S.*

**Introducción:** Existen diversos procedimientos para el tratamiento de la deficiencia transversal en función de diversos factores a valorar, tales como el estadio de crecimiento del paciente o el tipo de expansión a conseguir. La expansión palatina asistida quirúrgicamente (SARPE) es un procedimiento muy común para el tratamiento de la deficiencia transversal del maxilar, siendo una técnica aceptada y comúnmente realizada en pacientes mayores de 15 años con una deficiencia transversal del maxilar mayor de 5 mm. Pese a ser la técnica de elección durante los últimos años no está exenta de problemas. Tras la intervención quirúrgica se coloca un aparato disyuntor (Hass o Hyrax) que provoca efectos adversos a nivel dentario y periodontal. Por este motivo, los nuevos tratamientos deberían ir encaminados a eliminar las consecuencias negativas de la técnica SARPE.

**Caso clínico:** Paciente 19 años, mujer, que presenta compresión maxilar con mordida cruzada posterior, mordida abierta, clase II dentaria y esquelética y que presenta hábito de interposición lingual. Después de realizar las pruebas diagnósticas pertinentes se decidió un tratamiento de expansión quirúrgica asistida mediante un distractor anclado a hueso palatino con microtornillos.

**Discusión:** A diferencia de la mayoría de los distractores utilizados para técnicas de SARPE, el aparato utilizado en este caso no está anclado a dientes, sino que se fija al hueso palatino mediante 6 microtornillos (3 por hemiarcada), evitando inconvenientes de la técnica citados en la literatura, como son los ocasionados a nivel dentario y periodontal, así como recidivas.

**Conclusiones:** Mediante el disyuntor anclado en hueso palatino se puede llevar a cabo una expansión palatina satisfactoria y además evitar inconvenientes de la técnica de SARPE. Sin embargo, se necesitan más casos que demuestren esta teoría.

### EXPANSIÓN Y CONDENSACIÓN ÓSEA EN EL MAXILAR SUPERIOR: OSTEOTOMOS VS EXPANSORES ROSCADOS

*Valdivieso del Pueblo C. Robles García M. Flores Ruíz R. Bonilla Mejías C. Sáenz Ramírez C. Heras Messeguer M. Torres Lagares D.*

**Introducción:** La colocación de implantes dentales es, hoy en día, uno de los tratamientos más empleados para solucionar todo tipo de ausencias dentarias. Pero el ejercicio diario nos reta a rehabilitar maxilares estrechos con calidad de hueso tipo III y IV. Es, por ello, de vital importancia conocer técnicas quirúrgicas que nos permitan enfrentarnos a este tipo de situaciones clínicas.

**Objetivo:** El objetivo de la comunicación es comparar los resultados obtenidos para la rehabilitación, con implantes dentales, del maxilar superior mediante el uso de osteotomos o expansores roscados.

**Descripción de la técnica:** Describimos de forma detallada la técnica quirúrgica de cada uno de los métodos a comparar así como otras particularidades, ventajas y desventajas de los mismos.

**Discusión:** Esta técnica, por medio de osteotomos o de expansores roscados, ofrece numerosas ventajas: disminuye la morbilidad, el tiempo y el coste respecto de otras técnicas de aumento tales como la ROG o los injertos de hueso en bloque. Además, puede ser de elección en un gran número de pacientes.

La literatura y la experiencia de nuestro equipo otorgan a estas dos técnicas quirúrgicas tasas de éxito de entre el 86'2 % y el 97'5% y porcentajes de supervivencia del 91% al 97%. Estos datos son similares, o iguales, a los conseguidos mediante la técnica convencional de inserción de implantes.

Hay que destacar que el uso de expansores roscados ofrece ventajas adicionales al empleo de osteotomos, como la eliminación de golpes mediante martillo quirúrgico y la posibilidad de usar dispositivos que controlan el torque y la dirección de la expansión.

**Conclusión:** La expansión de cresta, mediante osteotomos o expansores roscados, ofrece una alta tasa de éxito y es una técnica predecible para la colocación de implantes dentales en crestas atróficas.

Aunque el uso de expansores roscados ofrece ventajas adicionales y minimiza los inconvenientes con respecto al empleo de los osteotomos.

### FACTORES CAUSALES EN EL PROCEDIMIENTO DE ESTÉTICA INMEDIATA: SOLUCIÓN MEDIANTE ESTÉTICA INMEDIATA. A PROPÓSITO DE UN CASO

*Andrés Veiga M, Estévez Rodríguez O, Cortés Bretón J, Santos Marino J, Martínez-González JM.*

**Introducción:** En la actualidad la rehabilitación de espacios edéntulos mediante el procedimiento de estética

es cada vez más frecuente, y con un pronóstico favorable si se realiza una buena selección y un correcto diagnóstico del caso. De lo contrario el riesgo de fracaso será elevado, en cuyo caso requerirá una resolución lo más inmediata y estética posible.

**Objetivos:** Identificar factores causantes de fracaso en el procedimiento de estética inmediata y determinar soluciones a dicho fracaso.

**Presentación del Caso:** Se presenta el caso de una mujer de 57 años a la que se le rehabilitó mediante un procedimiento de estética inmediata un incisivo lateral superior. A los 3 meses, acudió al Servicio de Cirugía e Implantología bucal del Hospital Madrid con molestias en la zona y movilidad de la corona. Al realizar la exploración clínica observamos inflamación de los tejidos blandos y movilidad del implante. En la exploración radiológica observamos una imagen radiotransparente en la zona lateral y apical del implante, además de un resto radicular remanente en el lecho del implante que resultó ser el causante del fracaso de la osteointegración. El plan de tratamiento consistió en la extracción del implante y del resto radicular, y el legrado del tejido de granulación. Posteriormente se procedió a la colocación de un implante de mayor diámetro y longitud para asegurar la estabilidad primaria y posibilitar la rehabilitación mediante estética inmediata. En las revisiones clínicas realizadas la paciente no presentó signos de fracaso clínico.

**Conclusiones:** Un buen diagnóstico y planificación del tratamiento es indispensable para un pronóstico favorable en la realización de procedimientos de estética inmediata

## FACTORES PREDECIBLES DE ÉXITO EN CARGA INMEDIATA

*Pérez Llanes JA.; Calvo Guirado JL.; Serrano Sanchez P, Manzanera Pastor E, López Mari L.*

**Introducción:** En el tratamiento con implantes se recomienda la espera de unos periodos mínimos de osteointegración, al igual que un procedimiento quirúrgico en dos fases. Las necesidades estéticas y psicológicas de los pacientes en muchas ocasiones nos llevan a los profesionales a plantearnos acortar esta espera y ofrecer otro tipo de soluciones a nuestros pacientes.

**Objetivos:** El objetivo de este trabajo de revisión fue el de establecer factores que garanticen una mayor predictibilidad en carga inmediata en el tratamiento con implantes.

**Material y Método:** Se realizó una revisión de la literatura de 62 artículos de los últimos años (2000-2009), sobre carga inmediata de implantes tanto en maxilar como en mandíbula.

**Resultados:** Es una técnica bastante predecible con un porcentaje de éxito del 97 a 100% teniendo en cuenta diversos factores de predictibilidad, como son: la calidad y la cantidad de hueso, el diseño del implante, estabilidad

primaria, el tipo de antagonista que vaya a ocluir con la prótesis, la reducción de micromovimientos de la restauración, la ausencia de extensiones de la prótesis final (cantilevers) y otros como son, el torque de inserción, y los valores de periotest y mediciones con Ostell Mentor.

**Conclusiones:** La carga inmediata de los implantes dentales logra un nivel de éxito similar al que obtenemos respetando los tiempos de espera tradicionales. Tratándose de un procedimiento seguro si realizamos una buena selección los casos acorde con estos “factores de éxito”.

## FACTORES RELACIONADOS CON LA ESTABILIDAD EN IMPLANTES MEDIDOS A LAS 0 Y 8 SEMANAS CON EL SISTEMA RFA OSSTELL-MENTOR®

*Diéguez Guerrero J, Reyes Botella C, Rosales Palermo J, Prados Sánchez E, González-Rodríguez MP, Quesada García P.*

**Introducción:** Actualmente el sistema más fiable para conocer la estabilidad de un implante y poder determinar el momento más idóneo para la carga protésica es el Osstell Mentor®. En el procedimiento quirúrgico aparecen factores como el tipo de hueso, modificaciones en el protocolo de fresado, o las diferentes medidas de los implantes tanto en longitud como en diámetro y tipo de plataforma, que pueden generar diferencias significativas en el parámetro ISQ registrado por cada implante.

**Objetivos:** Relacionar ISQ en las semanas 0 y 8 con distintas variables.

**Material y Métodos:** Cinco implantes Zimmer y 22 implantes BTI de longitudes cortas (n=4), estándar (n=11) y largas (n=12) y plataformas estándar (n=26) y anchas (n=1), fueron colocados en maxilar (n=13) y mandíbula (n=14) siguiendo las instrucciones del fabricante. La estabilidad primaria de los implantes fue registrada tras la cirugía y a las ocho semanas mediante análisis de frecuencia de resonancia con el dispositivo Osstell Mentor® (Straumann). Las variables recogidas fueron ISQ inicial e ISQ a las 8 semanas; a partir de las cuales se calculó el incremento del porcentaje del ISQ a las 8 semanas.

**Resultados:** Al comparar los valores medios del ISQ al inicio y a las 8 semanas, se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $p=0,036$ ;  $p=0,010$ ;  $p=0,006$  y  $p=0,035$ , respectivamente) entre los diferentes valores de torque utilizados en la intervención. Se mostraron diferencias significativas en calidad de hueso tipo II frente a calidad de hueso tipo III en el ISQ mesial al inicio ( $p=0,033$ ) y a las 8 semanas ( $p=0,037$ ).

**Discusión y conclusiones:** La medición de la estabilidad de los implantes a las 0 y a las 8 semanas resulta imprescindible a la vista de los resultados. Nuestro estudio revela que las distintas variables dependientes del paciente pueden dar lugar a diferencias significativas en los valores de ISQ.

## FRACASOS TEMPRANOS EN IMPLANTOLOGÍA. CASUÍSTICA DEL MÁSTER DE CIRUGÍA BUCAL E IMPLANTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE GRANADA

*Rosales Palermo J, Herrera Briones J, Quesada García P, Álvaro Sánchez JA, Rivera Zafra F, Reyes Botella C.*

**Introducción:** Los implantes dentales son un procedimiento clínico con un alto porcentaje de éxito. No obstante, a veces los fracasos obligan a una retirada precoz de los mismos. Esto conlleva un coste más elevado del tratamiento para el clínico y la necesidad de realizar procedimientos quirúrgicos adicionales. Por eso consideramos importante la revisión de nuestros fracasos con el fin de identificar y evitar las posibles causas que pueden dar lugar a fracasos futuros.

**Objetivos:** Identificar y analizar las variables asociadas al fracaso temprano de implantes mediante el uso de estadística descriptiva.

**Material y Métodos:** Fueron recogidos un total de 125 implantes colocados en 54 pacientes en el Máster de Cirugía Bucal e Implantología de la Universidad de Granada, durante un periodo de 18 meses. Se presenta una estadística descriptiva con los valores absolutos y el porcentaje de los mismos con respecto al total de las variables estudiadas, además de una autoevaluación de los fracasos considerados como fallos en la técnica quirúrgica. Para la presentación de los resultados preliminares se ha realizado una estadística descriptiva consistente en los valores absolutos y porcentuales de las variables estudiadas.

**Discusión:** La colocación de implantes se ha convertido en una técnica habitual con resultados predecibles y seguros para la rehabilitación oral de nuestros pacientes. Aún así, los fracasos en implantología ocurren, generando frustración y dificultades tanto para el paciente como para el clínico. Las causas de fracaso están relacionadas con el paciente (sexo, antecedentes médicos, hábito tabáquico, enfermedad periodontal) y con el implante (longitud, diámetro, posición, técnicas quirúrgicas complejas), además de posibles errores en la técnica quirúrgica o en una incorrecta planificación del caso.

**Conclusiones:** Según nuestra casuística, respecto a las características del implante, existe un mayor porcentaje de fracasos en los cortos. En relación a las variables dependientes del paciente, sólo hemos encontrado significativa la diferencia entre sexos. Por último, consideramos que la técnica quirúrgica y la correcta planificación es el factor más relevante para el éxito del tratamiento con implantes.

## FRACTURA DE IMPLANTES. A PROPÓSITO DE UN CASO

*Menchero Cantalejo E, Antonaya Mira R, Cabezas Mojón J, Belarra Arenas C, Martínez-González JM.*

**Introducción:** Dentro de las causas de fracaso implantoló-

gico encontramos la fractura de los implantes. Gracias a los estudios de aplicación de fuerzas mediante análisis de elementos finitos de los materiales implantarios esta eventualidad es cada vez menos frecuente, ya que se han superado factores como la calidad del material. Sin embargo continúan reportándose casos en la literatura actual, lo que nos lleva a preguntarnos cuales siguen siendo los factores a tener en cuenta para evitarlo.

**Caso clínico:** Paciente varón de 67 años que acude al Servicio de Cirugía Bucal e Implantología del Hospital de Madrid por movilidad de la prótesis sobre implantes de 36 a 37 que le fue colocada hace 10 años. En el examen extraoral no se observaron ni asimetría ni tumefacción. En la exploración intraoral observamos un área de tumefacción en fondo de vestíbulo inferior izquierdo. La exploración radiográfica confirmó el diagnóstico final de periimplantitis con fractura del implante en posición de 37. Se procedió a la exploración funcional, que reveló la presencia de abundantes facetas de desgaste debidas a un hábito de bruxomanía, así como una oclusión inadecuada en los movimientos de lateralización.

**Discusión:** La literatura reporta una muy baja incidencia de fracturas de implantes, alcanzando una tasa de fracaso implantológico debido a esta causa de 0,14%. Los factores predisponentes esenciales son eminentemente protésicos, siendo la prótesis en cantiléver y las proporciones corona/implante inadecuadas las más frecuentes. La literatura hace igualmente referencia a la sobrecarga funcional por bruxomanía.

**Conclusiones:** La fractura de implantes no es una eventualidad frecuente. Los factores son principalmente protésicos. Otro factor importante es la presencia de parafunciones como el bruxismo.

## FRACTURAS DE MANDÍBULA. REVISIÓN. AÑO 2006-2009

*Zavala L; Muñoz P; Arena S; Ferreiro E; Carranza D; López-Quiles J.*

**Introducción:** La incidencia y etiología de las fracturas de mandíbula varía según el medio sociocultural analizado. Clásicamente los accidentes de tráfico han sido la primera noxa, seguidos de peleas y caídas. Aunque, menos frecuentes, se observan como complicación de patologías y terapéuticas quirúrgicas bucales, siendo competencia del odontólogo su diagnóstico y tratamiento de urgencia.

**Objetivos:** Valorar la incidencia de fracturas de mandíbula, características de las mismas, causas más frecuentes y los tratamientos y complicaciones subsiguientes.

**Material y Métodos:** Se realizó un análisis estadístico retrospectivo de tipo descriptivo. Se revisaron los libros de quirófano, así como los historiales clínicos de los pacientes, desde el año 2006 hasta la actualidad. Se tomaron datos de la filiación del paciente, causas de la fractura, localización, tratamiento y complicaciones de la misma.

**Discusión:** Se han atendido ocho fracturas de mandíbula. La causa más frecuente fue la agresión. Uno de los casos fue complicación de la cirugía de un tercer molar inferior. La mayoría eran únicas e implicaban sólo a la mandíbula. La localización más habitual fue el cuerpo de la mandíbula frente al cóndilo, la más habitual para otros autores. El tratamiento fue quirúrgico en siete de los ocho casos y las complicaciones fueron derivadas de las fijaciones utilizadas.

**Conclusiones:** Se observó un descenso en la incidencia de fracturas mandibulares, así como una mayor presencia de las agresiones frente a los accidentes de tráfico en la etiología. Aparecen como complicación diferida de la cirugía del tercer molar inferior retenido. El odontólogo dedicado a la cirugía bucal debe conocer esta patología, ser capaz de diagnosticarla, tratarla de urgencia y derivarla a un servicio hospitalario.

## IDENTIFICACIÓN Y MORFOLOGÍA DEL PAQUETE VÁSULO-NERVIOSO MENTONIANO: ESTUDIO RADIOLÓGICO

*Forni Andrea; Piñera Penalva Manel; Sanchez Garcés Ma Angeles; Gay Escoda Cosme.*

**Introducción:** El trayecto intraóseo del paquete vasculo-nervioso mentoniano describe un bucle con curvatura anterior que puede dificultar el tratamiento con implantes oseointegrados en la región intermentoniana. Se han propuesto diferentes técnicas de diagnóstico por la imagen para estudiar la anatomía de esta estructura anatómica y planificar el tratamiento restaurador.

**Objetivos:** Describir la anatomía del bucle mentoniano y relacionar los datos observados en la ortopantomografía con los hallados en la tomografía computadorizada (TC).

**Material y Método:** Se realizó un estudio observacional descriptivo analizando 50 ortopantomografías y las TCs correspondientes de pacientes atendidos en el Servicio de Implantología Bucofacial de la Clínica Odontológica de la Universidad de Barcelona. El estudio fue llevado a cabo por 2 examinadores. Tras clasificar de acuerdo con los criterios de Lekholm y Zarb la calidad ósea, se registró la posición del agujero mentoniano, su distancia a la basilar mandibular y la magnitud de la extensión anterior del bucle mentoniano.

**Resultados:** La presencia del bucle anterior del paquete vasculo-nervioso mentoniano fue evidenciada en el 36% de las ortopantomografías y en el 54% de las TCs. El 88% de las mediciones en la ortopantomografía fueron posibles en hueso clasificado como tipo 3, siendo éste el más representado (70%). La magnificación de las radiografías panorámicas provocó que las mediciones fueran un 1,19% mayores que las correspondientes medidas obtenidas en las TCs. La extensión anterior media fue de 4,05 mm en las ortopantomografías y de 3,45 mm en las TCs. La distancia entre el límite inferior del agujero mentoniano y la basilar

mandibular fue, respectivamente, de 16,58 mm y de 13,63 mm.

**Discusión y Conclusiones:** Para prevenir las lesiones del nervio mentoniano durante la colocación de implantes es necesaria la correcta visualización y medición de esta estructura anatómica en su recorrido intraóseo. Las mediciones efectuadas en nuestro estudio mostraron una sobrevaloración en las radiografías panorámicas respecto a las obtenidas con la TC. Además, en las ortopantomografías la identificación de la anatomía del bucle se reveló dependiente de la calidad ósea, siendo más evidente en el hueso con menor componente cortical. La TC confirmó la presencia del paquete vasculo-nervioso mentoniano con más frecuencia, independientemente de la calidad ósea.

## IMPLANTE INMEDIATO POST-EXTRACCION CON RELLENO DE HUESO PORCINO Y PROVISIO-NALIZACION INMEDIATA

*Saura Inglés A, García Serrano A, Calabria Zapata C, Calvo Guirado JL.*

**Introducción:** En numerosas ocasiones es necesario rellenar los defectos óseos para conseguir una osteointegración satisfactoria de los implantes dentales. Son varios los materiales de relleno: hueso autógeno, aloinjertos, biomateriales aloplásticos y xenoinjertos. Dentro de ellos el hueso de origen porcino tiene una fácil aplicación y modelado.

**Caso clínico:** Paciente mujer de 29 años de edad, fumadora. Presenta clínica y radiográficamente proceso infeccioso en la parte media del reborde alveolar y movilidad grado 3, observándose una zona radiolúcida en la mitad radicular. Se procede a la exodoncia y legrado bajo antibioterapia y se eleva un colgajo mucoperióstico de espesor total donde exploramos y medimos el defecto con pérdida ósea en altura y en anchura. Se coloca un implante 3i de 5 mm de diámetro x 15 mm longitud. Se coloca el pilar en forma de platform switching y se rellenó con hueso apatos mix de 1000-2000 micras y membrana de colágeno. Recoloca la corona provisional y posteriormente a los 6 meses la corona definitiva.

**Discusión:** Se analizan las posturas de diferentes autores sobre la utilización de xenoinjertos de hueso y otros materiales de relleno.

**Conclusión:** El uso de xenoinjerto de origen porcino es una opción con buenos resultados y una alternativa en aquellos pacientes que no quieran someterse a una segunda cirugía para la obtención de hueso autógeno.

## IMPLANTES CIGOMÁTICOS COMO ALTERNATIVA EN EL TRATAMIENTO DEL EDENTULISMO MAXILAR

*Rosa M<sup>a</sup> Fernández Camacho, Irene Morales Trescastro, Manuel Cara Fuentes, Jesús Machuca Ariza, María del Carmen Ramos Robles, Ildefonso Martínez Lara.*

**Introducción.** El edentulismo completo del maxilar superior representa un amplio espectro de situaciones clínicas, desde aquellas fácilmente tratables mediante implantes fijados en condiciones favorables, hasta aquellas en las que nos encontramos una atrofia severa del maxilar, cuya rehabilitación implica una reconstrucción tridimensional del mismo. Hoy en día los implantes cigomáticos representan una alternativa predecible capaz de solucionar estos retos clínicos, ya que aportan una escasa morbilidad, un menor tiempo de rehabilitación y una alta tasa de éxitos.

**Material y Método:** Presentamos cuatro casos clínicos de maxilares atróficos tratados mediante esta técnica. En tres se han utilizado dos implantes cigomáticos junto con implantes convencionales fijados en el sector maxilar anterior. En el cuarto paciente se han utilizado exclusivamente implantes cigomáticos por la severa atrofia que presentaba. Todos los pacientes han sido intervenidos con anestesia general. En los cuatro casos se ha realizado carga inmediata con prótesis fija atornillada provisional de resina. Las prótesis definitivas se han realizado tras un periodo mínimo de tres meses.

**Discusión.** Tras un periodo mínimo de seguimiento de seis meses no se ha producido fracasos, ni complicaciones en ninguno de los diez implantes cigomáticos ni de los nueve convencionales. No se han presentado tampoco complicaciones postoperatorias inmediatas ni diferidas, tales como sinusitis, comunicaciones oroantrales o periimplantitis. Tanto las prótesis inmediatas provisionales, como las definitivas, han cumplido sus objetivos estéticos y funcionales sin presentar complicaciones hasta la fecha.

**Conclusión.** Frente a las soluciones clásicamente utilizadas para reconstruir los maxilares atróficos, tales como los injertos sinusales unidos a injertos del maxilar anterior o reconstrucciones maxilares totales con injertos de cresta ilíaca, los implantes cigomáticos ofrecen una menor morbilidad derivada de la ausencia de necesidad de un segundo campo quirúrgico, así como un menor número de procedimientos quirúrgicos, con un menor tiempo de rehabilitación y una mayor comodidad del paciente al permitir la carga fija inmediata. Finalmente, la tasa de éxitos que reflejan las distintas series publicadas es similar e incluso superior a la de los implantes convencionales.

## IMPLANTES CON OSTEODILATADORES EN ELEVACIÓN DE SENOS DIRECTA. A PROPÓSITO DE 27 CASOS

*Cristina Sánchez Recio, José Balaguer, Peñarrocha Diago María, Miguel Peñarrocha Diago.*

**Introducción:** El maxilar superior edéntulo presenta una gran atrofia ósea que dificulta la colocación de implantes. El uso de osteodilatadores permite condensar el hueso consiguiendo mayor densidad y facilitando la restauración con implantes.

**Objetivo:** Evaluar la supervivencia de los implantes colocados con osteodilatadores combinados con el fresado convencional, en pacientes sometidos a elevación de seno directa.

**Material y Método:** Se incluyeron 27 pacientes, desde Abril de 2003 hasta Mayo de 2008, tratados con elevación sinusal directa y colocación de implantes en la misma cirugía o en una segunda intervención, con un seguimiento mínimo de 12 meses.

**Resultados:** Se colocaron un total de 61 implantes combinando el fresado convencional con los osteodilatadores. Cuarenta implantes se colocaron en la misma intervención que la elevación de seno, y 21 posteriormente en una segunda intervención. Tras un año de seguimiento de la prótesis colocada, se observó una supervivencia del 93.4 % de los implantes.

**Conclusiones:** Los osteodilatadores posibilitan la colocación de implantes en maxilares atróficos, tratados con elevación sinusal directa en la misma cirugía o realizada previamente, consiguiendo una alta tasa de supervivencia de los implantes.

## IMPLANTES CORTOS EN LA REGIÓN MAXILAR POSTERIOR ATRÓFICO. UNA ALTERNATIVA A LA ELEVACIÓN SINUSAL

*Delgado Martín J., Guisado Moya B., López-Quiles J., Madrigal C., De la Vega Buró S., Donado A.*

**Introducción:** La continua investigación, desarrollo e innovación en los diseños y superficies externas de los implantes ha dado lugar a realizar Cirugías con menor disposición ósea remanente en el maxilar superior posterior atrófico.

La necesidad de realizar técnicas de aumento óseo, pueden ser en ciertos casos omitidas, haciendo uso de implantes cortos directamente, sin necesidad de injerto previo o simultáneo.

**Objetivo:** El propósito de este estudio prospectivo es evaluar la viabilidad, supervivencia, seguimiento, incidencias, complicaciones y análisis de fracaso y éxito de implantes cortos en el sector maxilar superior atrófico. Evaluar de forma objetiva la estabilidad primaria con Sistema de Análisis de Frecuencia de Resonancia (Ostell®), antes y después de la carga.

Evaluar de forma subjetiva por parte de los pacientes la función, la estética y la comodidad de sus prótesis.

**Material y Métodos:** Se efectuó un estudio longitudinal prospectivo sobre 23 implantes Endopore de altura 5 y 7mm., y anchura 4.1 y 5 mm.

Se seleccionaron 9 pacientes según los criterios de inclusión y exclusión.

La técnica quirúrgica se realiza mediante anestesia, guía radiológico-quirúrgica, incisión, despegamiento de colgajo muco-perióstico, preparación del lecho implantario mediante osteotomías principalmente, se inserta de forma impactada y sutura.

**Resultados:** Se presentarán y analizarán estadísticamente los valores obtenidos hasta la fecha.

**Discusión:** Se analizarán las alternativas a otras técnicas, tanto quirúrgicas como prostodóncicas.

La relación corona-raíz vs corona-implante.

Ferulización de coronas vs coronas individualizadas.

**Conclusiones:** Los implantes cortos son una posible alternativa ante situaciones de escasa disponibilidad ósea (5-7 mm.) en el maxilar superior atrófico.

## IMPLANTES EN ELEVACIÓN DE SENO MAXILAR VS. IMPLANTES PTERIGOIDEOS Y TUBEROSITARIOS. UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA

*Santos I, Ybarra J, Santiago B, Ilzarbe I.*

**Objetivo:** el objetivo de este artículo es evaluar las tasas de supervivencia de implantes pterigoideos y tuberositarios y compararlas con la e implantes colocados tras elevación de seno con 5mm como máximo de hueso residual previo a la elevación basándonos en una revisión sistemática de la literatura.

**Material y Método:** una búsqueda de artículos publicados entre 1992 y 2009 fue realizada en la base de datos MEDLINE. Se analizaron 29 estudios con un total de 1264 implantes colocados en pterigoideos y tuberosidad y 3843 implantes en elevación de seno con 5mm o menos de hueso residual. También se elevaron las tasas de supervivencia en función del tipo de superficie del implante, tipo de técnica quirúrgica, y en el caso de elevaciones de seno, material de injerto y tiempo de colocación de los implantes.

**Resultados:** las tasas de supervivencia obtenidas fueron del 92,32% en área pterigoidea y tuberositaria y 94,4% para la elevación sinusal, con un seguimiento de al menos 6 meses.

**Conclusiones:** podemos concluir que no existen diferencias significativas en cuanto a la supervivencia de implantes colocados en pterigoideos y tuberosidad e implantes colocados en elevación de seno con 5mm o menos de hueso residual, aunque si parece tener relevancia la superficie del implante.

## IMPLANTES EN SECTOR ANTERIOR Y SU RELACIÓN CON EL NERVIO NASOPALATINO. A PROPOSITO DE UN CASO

*Lozano García-Gallardo M., Grande Andueza M., Olivan Molina S., Asenjo Cabezón J., López Osado R., Arevalillo Gonzalez R.*

**Introducción:** La implantología está limitada por la anatomía, esto hace que en ocasiones nos encontremos con límites anatómicos como los nervios dentario inferior o el nasopalatino de Scarpa. Las soluciones al problema que esto nos plantea son diversas, como por ejemplo el legrado del conducto nasopalatino y el posterior relleno de éste con biomateriales. Además de los límites anatómicos los pacientes cada día son más exigentes en cuanto a la estética se refiere, y esto nos lleva a modelar los tejidos blandos conformando las papilas con coronas provisionales.

**Caso clínico:** Se presenta el caso de una mujer sana de 42 años, no fumadora. La paciente tiene una sonrisa media y es portadora de una prótesis removible de resina en 11 y 21. En el TAC se observa que no se pueden colocar implantes en las posiciones de 11 y 21 sin invadir el conducto nasopalatino, por lo que decidió poner 2 implantes Mozo Grau legrado el conducto del nervio nasopalatino y rellenando el defecto con Hidroxiapatita de origen Bovino. Tras los 3 meses de osteointegración se utilizaron provisionales para la conformación de las papilas y posteriormente se realizaron las coronas definitivas.

En la literatura está demostrado que se pueden colocar implantes que perforen el conducto del nervio nasopalatino mientras este se legre, ya que sino los implantes se fibrointegrarían. En este caso, tras 14 meses la paciente presenta signos clínicos y radiológicos que demuestran el éxito del tratamiento.

## IMPLANTES INMEDIATOS COMO MEDIDA TERAPÉUTICA EN DIENTES FRACTURADOS: UNA SERIE DE CASOS

*Maria del Mar Garcia Gazquez.*

**Introducción:** La fractura radicular constituye una lesión en la que se encuentran implicados el cemento, la dentina y la pulpa dentaria.

**Casos clínicos:** Se exponen una serie de casos clínicos en los cuales se ha realizado la técnica implante postextractivo.

**Discusión:** Muchas fracturas quedan sin tratarse, tratadas erróneamente o sobretratadas. Todo ello conduce a tener que realizar tratamientos más complejos y con el tiempo terminan por comprometer la viabilidad del diente así como de los tejidos y las estructuras que lo circundan.

**Conclusión:** A lo largo de los años han sido propuestos numerosos procedimientos terapéuticos con diferentes grados de éxito, con el fin de tratar aquellos dientes que presentan fractura radicular horizontal.

El objetivo de esta presentación es la de demostrar

la eficacia clínica en la inserción de implantes post-extractivos como medio terapéutico en los casos de dientes con fracturas horizontales que no pueden ser tratados de un modo conservativo.

### IMPLANTES INMEDIATOS POSTEXTRACCIÓN. ESTUDIO META-ANALÍTICO

*Enríquez Sacristán C, Pérez Corral I, Menchero Cantalejo E, Barona Dorado C, Fernández Cáliz F.*

**Introducción:** Desde que Brånemark desarrollase su sistema de implantes hasta hoy se ha producido una importante evolución en la implantología oral mediante la investigación experimental y clínica, y muchos de los conceptos que se tenían por válidos son en la actualidad objeto de controversia. En la actualidad se ha incorporado como tratamiento implantológico predecible la inserción del implante de forma inmediata a la exodoncia del diente a sustituir y se asocia a la preservación de la estructura ósea y la arquitectura gingival así como a acortar los tiempos de tratamiento en beneficio del paciente.

**Objetivo:** Evaluar la tasa de éxito de los implantes inmediatos postextracción (IIP) sometidos a carga inmediata.

**Material y Métodos:** Estudio meta-analítico sobre 660 IIP obtenidos de una revisión bibliográfica de 25 artículos en los últimos 9 años.

**Resultados:** Se obtuvo una muestra de 323 pacientes con una edad media de 51 años a los que se les trató con un total de 660 implantes colocados inmediatamente después de la extracción. Un total de 442 implantes se insertaron en maxilar, 152 en mandíbula y en 64 implantes no se especificó la localización. La tasa de supervivencia osciló entre el 85% y el 100%.

**Conclusiones:** El tratamiento con IIP constituye una alternativa implantológica con un porcentaje de supervivencia similar a la técnica convencional de colocación de implantes y permite preservar la estructura ósea y la arquitectura gingival, así como aportar carga funcional inmediata, mejorando la calidad del tratamiento desde el punto de vista del paciente.

### IMPLANTES POSTEXTRACCIÓN Y CARGA INMEDIATA EN SECTOR ANTEROINFERIOR. A PROPÓSITO DE UN CASO

*López Osado R., Arevalillo González R., Sánchez Gallego L., Flores Caballero P., Olivan Molina S., Vázquez Vázquez L.*

**Introducción:** Los tratamientos implantológicos han evolucionado, adaptándose a las demandas, cada día más exigentes, de los pacientes. Los objetivos actuales de la implantología son acortar tiempos de espera y conseguir estética desde el momento de la cirugía. Para satisfacer estas demandas utilizaremos protocolos de implantes postextracción con carga inmediata, siempre y cuando las características de los pacientes así lo permitan.

**Caso clínico:** Se presenta el caso de un varón sano de 71 años. Después del tratamiento periodontal, en fase de mantenimiento, el paciente sigue presentando movilidad tipo III con una pérdida de inserción de 9mm y una estética inadecuada en 41, 42, 31 y 32. Se planifica una cirugía con implantes postextracción en las piezas 32 y 42 (Astra de 3.5x15mm) y carga inmediata atornillada para los 4 incisivos anteroinferiores.

Actualmente el paciente ha concluido el periodo de cicatrización y se va a comenzar la fase protésica puesto que existen signos clínicos y radiológicos del éxito de los implantes.

### IMPLANTES Y AGENESIA: TRATAMIENTO ORTODÓNICO EN EL ADULTO PARA UN RESULTADO PREDECIBLE. A PROPÓSITO DE UN CASO

*Boquete Castro Ana; Márquez Barreda Alicia; Pardo Zamora Guillermo; Calvo Guirado, José L.*

**Introducción:** casi el 20% de los dientes genéticamente ausentes son incisivos laterales superiores. Constituyen un plan de tratamiento complejo, debido a su importancia estética; además, es especialmente importante valorar el espacio disponible en caso de planificar inserción de implantes dentales, para poder garantizar una posición tridimensional tal que permita salud gingival y buen soporte óseo.

**Caso clínico:** Se presenta el caso de un varón adulto con agenesia de incisivos laterales superiores en el que se realiza tratamiento ortodónico previo a la intervención quirúrgica de colocación de los implantes, proporcionando éste el correcto espacio y soporte óseo para crear una restauración predecible y exitosa a largo plazo.

**Discusión:** La agenesia de incisivos laterales superiores permite dos alternativas terapéuticas: abrir el espacio para la restitución protésica del diente ausente, o cerrar dicho espacio. Habrán de valorarse múltiples factores para escoger la correcta opción de tratamiento.

**Conclusión:** Hoy día, los implantes son la solución más biocompatible, conservadora y comúnmente usada; sin embargo, ante un caso de este tipo habrá que valorar múltiples factores (características anatómicas del diente; oclusión, estética dental y facial, etc.); sin olvidar que ante la ausencia de un diente anterior el paciente será mucho más exigente con respecto al resultado.

### IMPLANTES Y BISFOSFONATOS ¿CUÁL ES EL NIVEL DE EVIDENCIA EN LA TOMA DE DECISIONES. REVISIÓN CRÍTICA DE LA LITERATURA

*Marquina Tesouro A, Mosquera Taboada L, Seoane Romero J, Crespo Vázquez E, Aguado Santos A, Mosquera A.*

**Introducción:** De forma clásica hemos utilizado este grupo de fármacos para incrementar la oseointegración

en implantología. Sin embargo desde el 2003 la aparición de osteoquimionecrosis asociada a bisfosfonatos ha limitado el empleo de implantes en las rehabilitaciones orales. Un gran número de consensos sobre esta temática ha proliferado en América y en Europa., con criterios heterogeneos y no siempre basados enteramente en la evidencia científica.

**Metodología:** Se revisa críticamente la literatura en orden a una toma adecuada de decisiones. Dentro de las herramientas utilizadas en el proceso de revisión, en esta metodología EBM, la denominada meta-análisis constituye una de las piezas fundamentales y define los procedimientos cuantitativos de análisis de los datos extraídos de los trabajos de investigación revisados, con el fin de obtener conclusiones estadísticas a partir de ellos sobre el objeto de la revisión, fundamentalmente tendentes a calcular un valor medio global de la cantidad medida (por ejemplo eficacia del tratamiento), o por otro lado a analizar la heterogeneidad de ésta entre los diferentes estudios. Así pues podemos hablar de las dos caras, en cierta medida contrapuestas, en los objetivos de un meta-análisis: la estimación de un efecto global y la valoración de la heterogeneidad de los estudios.

## INCIDENCIA DE COMPLICACIONES TARDÍAS EN IMPLANTOLOGÍA

*Acevedo R, García-Faria A, Barcia M, Delgado J, Delgado JL.*

**Introducción:** La colocación de implantes se considera hoy en día en muchos casos la técnica de elección para una rehabilitación dental integral y permanente. Sin embargo como toda técnica quirúrgica no está exenta de complicaciones. Definimos complicación tardía como aquella que ocurre por procesos patológicos que afectan a un implante previamente integrado.

**Objetivos:** Los objetivos de nuestro estudio fueron evaluar la supervivencia y la frecuencia de aparición de complicaciones mecánicas y biológicas en pacientes que habían recibido tratamiento quirúrgico y protésico con implantes.

**Material y Métodos:** Se incluyeron en este estudio a pacientes que acudieron al Máster de Cirugía Oral, periodoncia e implantología de la Universitaria Alfonso X el Sabio. Máster refiriendo algún tipo de problema en el tratamiento implantológico recibido en otros centros. Clasificamos las complicaciones en biológicas (Mucositis y periimplantitis, pérdida de la osteointegración) o mecánicas (fracturas del implante, fractura del tornillo, aflojamiento de tornillos). Analizamos la incidencia de complicaciones aparecidas en estos pacientes.

**Discusión y conclusiones:** Las complicaciones mecánicas más frecuentes fueron el aflojamiento y la fractura de tornillos protésicos. En la mayoría de los casos se desconoce la marca y modelo de implante, así como el

protocolo quirúrgico y protésico empleado. Para evitar fracasos y complicaciones proponemos realizar una completa historia clínica, y emplear una correcta técnica quirúrgica y protésica.

## INCREMENTO TÉRMICO PRODUCIDO POR LA IRRADIACIÓN CON LOS LÁSERES DE ER, CR: YSGG Y DE CO<sub>2</sub> SOBRE DIFERENTES TIPOS DE SUPERFICIES DE IMPLANTES. ESTUDIO PILOTO

*Abad Gallegos Marta, Arnabat Dominguez Josep, Gay Escoda Cosme.*

**Objetivo:** El propósito del presente estudio piloto fue evaluar y comparar el incremento térmico producido sobre diferentes tipos de superficies de implantes durante la irradiación mediante los láseres de CO<sub>2</sub> y de Er, Cr:YSSG.

**Material y Método:** Se utilizaron 5 implantes de titanio con diferentes tipos de superficies: 1.Hidroxiapatita (HA) roscado, 2.Hidroxiapatita (HA) impactado, 3.Titanio mecanizado (TI mec), 4.Plasma espray de titanio (TPS) y 5.Gravado ácido y arenado (SBAE). Los implantes, fueron insertados mediante la técnica quirúrgica habitual en una costilla de cerdo adulto. Se creó un defecto óseo de 0,5 mm de diámetro en la zona apical y un Termopar tipo-K fue puesto en contacto con los mismos. Los implantes fueron irradiados en la zona coronal de cada fijación con un láser de CO<sub>2</sub>, a una potencia de 4 W, a modo continuo, y un láser de Er, Cr:YSSG a una potencia de 1,5 W, modo pulsado, sin refrigeración y posteriormente usando refrigeración. Se registraron las variaciones de temperaturas experimentadas en la superficie apical de los implantes.

**Resultados/ Discusión:** Durante la irradiación con el láser de CO<sub>2</sub> y el láser de Er,Cr: YSGG sin refrigeración, se produjo un incremento en la temperatura apical del implante en todos los casos. Sin embargo, cuando el láser de Er, Cr:YSSG fue utilizado con espray de agua se comprobó un descenso en la temperatura de todas las fijaciones. La superficie más afectada por los cambios térmicos fue la de grabado ácido y arenado. En el presente estudio se observa que al irradiar implantes con el láser de Er, Cr:YSSG no se producen aumentos de temperatura durante la irradiación o posteriormente a ella, que pudieran hacer peligrar la integridad de los tejidos vecinos siempre que se utilice refrigeración. El uso de este tipo de láser sin irrigación provocó un incremento térmico medio de 5°C con un valor máximo de 7,5°C. Aunque este incremento no superaría la temperatura mínima para producir un daño óseo irreversible, se desaconseja su uso sin espray de agua.

**Conclusiones:** El láser de Er, Cr: YSGG con espray de agua aplicado en el tornillo de cierre y en la zona coronal de los implantes, no genera incrementos térmicos en la superficie apical capaces de comprometer la osteointegración y la integridad del tejido óseo periimplantario.

## INFILTRADO INFLAMATORIO EN LAS LESIONES PERIAPICALES: ESTUDIO INMUNOHISTOQUÍMICO

*Sónnica Galán, Celia Carrillo, Miguel Peñarrocha, Francisco Vera.*

**Introducción:** La exposición de la pulpa dental a bacterias, actuando como antígenos, pondrá en marcha respuestas inflamatorias e inmunológicas en los tejidos perirradiculares.

**Objetivo:** El objetivo de este estudio fue determinar el perfil celular inflamatorio de lesiones periapicales crónicas, usando métodos inmunohistoquímicos.

**Material y Método:** Se realizó un estudio descriptivo en 70 lesiones periapicales obtenidas tras cirugía periapical de 70 pacientes. Las muestras se tiñeron con hematoxilina-eosina y fueron analizadas; diagnosticando las lesiones como: granuloma apical, cicatriz fibrosa o quiste. Los antisueros inmunohistoquímicos utilizados fueron: CD3, CD20, CD68 y mieloperoxidasa, evaluando la tinción como: 0) sin tinción celular; 1) tinción débil o intensa en el 11-25% de las células; 2) tinción moderada o intensa en el 26-75% de las células; 3) tinción intensa de más del 76% de las células.

**Resultados:** Se clasificaron las lesiones como: 46 granulomas, 18 cicatrices fibrosas y 6 quistes. Los linfocitos B y T, y los macrófagos constituyeron la mayoría del infiltrado inflamatorio. Todas las tinciones mostraron valores decrecientes desde granulomas (3) a cicatrices fibrosas (1). En relación al infiltrado linfoide, se observó siempre una predominancia de CD3, es decir la cantidad de linfocitos T fue superior a la de linfocitos B.

**Conclusiones:** Se observa una relación entre el infiltrado inflamatorio y el tipo de lesión periapical, de forma que los granulomas son las lesiones con mayor cantidad de tejido inflamatorio y las cicatrices fibrosas las de menos. Los linfocitos T y B, y los macrófagos forman en mayor medida el perfil celular inflamatorio.

## INFLUENCIA DE LAS CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DE LOS IMPLANTES EN LAS MEDIDAS DE FRECUENCIA DE RESONANCIA

*María Pilar Quesada García, Estrella Prados Sánchez, Esther Muñoz Soto, María Victoria Olmedo Gaya, María Paloma González Rodríguez, Manuel Vallecillo Capilla.*

**Introducción:** La estabilidad de los implantes se puede definir como la ausencia de movilidad clínica, se trata de una percepción subjetiva de osteointegración. Los factores de los que depende la estabilidad primaria son: la cantidad y calidad ósea, la geometría de los implantes (longitud, diámetro y diseño) y la técnica quirúrgica (el diámetro de la fresa final respecto al diámetro del implante). El diseño del implante afecta a la estabilidad, ya que el implante debe estar fijado y rodeado de hueso. En numerosos estudios

se describe el análisis de frecuencia de resonancia (RFA) como un método objetivo para medir la estabilidad de los implantes dentales.

**Objetivos:** Analizar la influencia de las características técnicas de los implantes en las medidas RFA a las 12 semanas de cicatrización.

**Material y Métodos:** En un estudio clínico prospectivo basado en una muestra de 235 implantes colocados en 93 pacientes, se realizan mediciones (valores ISQ) con la técnica RFA a las 12 semanas de cicatrización. Se evalúan variables dependientes de las características técnicas de los implantes: sistema (Bti® y Zimmer®), diámetro y longitud.

**Resultados:** No hubo diferencias significativas en los valores ISQ obtenidos a las 12 semanas de cicatrización respecto a la marca y la longitud de los implantes. Por el contrario, el diámetro sí influyó significativamente en las medidas RFA, obteniendo valores menores en los implantes de diámetro estrecho ( $p=0.001$ ).

**Conclusiones:** La estabilidad de los implantes medida con RFA a las 12 semanas de cicatrización es menor en implantes de diámetro estrecho.

## INFLUENCIA DE LOS DEFECTOS ÓSEOS PERIRADICULARES EN EL PRÓNOSTICO DE LA CIRUGÍA PERIAPICAL

*Berta García Mira, Bárbara Ortega Sánchez, María Peñarrocha Diago.*

**Introducción:** El pronóstico de la cirugía periapical (CP) está determinado por los defectos óseos de los dientes tratados.

**Objetivos:** El objetivo de este trabajo fue valorar el pronóstico en CP, en función de los defectos óseos periradiculares.

**Material y Métodos:** Desde mayo de 1999 hasta junio del 2006, todos los pacientes con lesiones periapicales tratados mediante CP con un seguimiento mínimo de 12 meses, fueron incluidos en un estudio prospectivo. A todos los pacientes se les rellenó un protocolo previamente establecido, en el que se relacionó de forma ordenada y detallada los datos clínicos y radiográficos del paciente. Las dehiscencias y fenestraciones de la cortical vestibular fueron recogidas. Los pacientes con dehiscencias de la cortical lingual/palatina y los dientes con regeneración ósea tras la CP, fueron excluidos del estudio. Para determinar la curación global, se relacionó la curación radiográfica con la clínica, siguiendo los criterios establecidos por von Arx y Kurt (1999). Se utilizó el programa SSPS para Windows y se consideró los valores estadísticamente significativos para  $p \leq 0.05$ .

**Resultados:** Un total de 278 pacientes fueron incluidos en el estudio. Se trataron mediante CP 387 dientes (245 maxilares y 142 mandibulares) con 599 conductos. La edad media de los pacientes fue de 38.1 años, 101 hombres y 177

mujeres fueron tratados. A los 12 meses de seguimiento el éxito fue del 62.8% y hubo mejoría en el 22.9%. A mayor dehiscencia y fenestración de la cortical vestibular hubo peor pronóstico ( $p \leq 0.05$ ).

**Conclusiones:** El pronóstico de la CP fue mejor en los dientes sin defectos óseos periradulares.

### **INJERTOS DE TEJIDO CONECTIVO: COMPARACIÓN DE RESULTADOS EN FUNCIÓN DEL ÁREA DONANTE: TUBEROSIDAD O PALADAR**

*Santiago B., Ilzarbe I., Paylos J., Rodríguez Bronchú J.*

**Introducción:** El uso de injertos libres de tejido conectivo en la implantología contemporánea se está incrementando como respuesta a las mayores demandas estéticas. En estos últimos años se han sugerido diferentes procedimientos para solventar estas necesidades. El objetivo de esta revisión es plantear la tuberosidad como alternativa al paladar como área donante de tejido conectivo.

**Material y Método:** Se ha realizado una búsqueda bibliográfica empleando diversos servidores: PudMed, Librería Cochrane, a través de las palabras clave connective tissue graft, mucogingival surgery, tuberosity, palatal plate.

**Discusión:** Se han analizado diversos factores como histología, estructuras anatómicas, complicaciones postoperatorias, contracción del injerto de ambas áreas.

**Conclusión:** De la revisión bibliográfica realizada podemos concluir que se obtienen mayores grosores de injerto de tejido conectivo para usar como injerto cuando la zona donante es la tuberosidad preveiendo menores daños de estructuras anatómicas y complicaciones postoperatorias. Sin embargo situaciones clínicas como presencia de terceros molares o apertura bucal disminuida, son determinantes para una correcta planificación y selección del área donante.

### **INTERRELACIÓN ENTRE TERCEROS MOLARES IMPACTADOS Y TRASTORNOS TEMPORO-MANIBULARES. (TTM)**

*Moncada Escorcía R, Andrés Veiga M, Estévez Rodríguez O, Barona Dorado C, Martínez-González JM.*

**Introducción:** Los TTM que constituyen un problema importante de la población general. Diversas publicaciones señalan la importancia de las interferencias oclusales, las alteraciones emocionales y los trastornos generales músculo-esqueléticos en el origen del síndrome de disfunción temporomandibular (DTM). Empíricamente se plantea que los terceros molares inferiores no brotados pueden provocar signos y síntomas de DTM, entre ellos ruido en la ATM, dolor en los músculos masticatorios y dolor en la ATM, dificultad para la movilidad de la mandíbula y un movimiento irregular de ésta.

**Objetivo:** El objetivo de esta comunicación es analizar la influencia de los terceros molares incluidos en pacientes con trastornos de la articulación temporomandibular.

**Pacientes y metodología:** Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, no experimental, longitudinal. Para ello se eligieron 60 historias clínicas de pacientes diagnosticados con disfunción de la ATM y presencia o no de terceros molares incluidos. Se dividió el total de la muestra en dos grupos, un grupo de estudio (a) y un grupo comparativo o de control (b). El grupo (a) consta de 30 pacientes con presencia de terceros molares incluidos y el grupo (b) consta de 30 pacientes sin la presencia de terceros molares incluidos.

**Resultados:** Resultados: se realizó un estudio descriptivo y comparativo de las variables sexo, edad, Presencia o ausencia de dolor en ATM, Ruidos en ATM y Máxima apertura oral encontrando mayor número de casos en el sexo femenino, la media de las edades oscilan entre los 40 años, en cuanto a la variable dolor en la ATM se encontró aumentada en los pacientes del grupo a, con (43,33%), con respecto a los del grupo b, (38,33%) y las variables ruidos en ATM y Máxima apertura bucal se encontraron ligeramente en los pacientes del grupo a.

**Conclusiones:** Respondiendo a nuestros objetivos planteados tenemos como conclusión que la DTM aparece predominantemente en el sexo femenino, mayormente en personas jóvenes menores de 40 años, el aumento en la variable dolor, en los pacientes con DTM, guarda relación con la presencia o no de terceros molares incluidos.

### **LA CERÁMICA NOS DA LO QUE EL HUESO NO NOS REGALA. EL ARTICULADOR NO ES MENOS IMPORTANTE QUE UN TAC EN LA PLANIFICACIÓN EN IMPLANTOLOGÍA**

*Gibson R, Marquina A, Balboa JL, Castro E.*

**Introducción:** Esta comunicación trata algunos aspectos protésicos importantes en Implantología, especialmente la planificación conjunta que deben realizar el Cirujano Bucal y el prostodoncista para poder optimizar sus recursos. En muchas ocasiones, la visión exclusivamente ósea y tisular que tiene el cirujano bucal, contrasta con los perfiles de emergencia, la luminosidad de las cerámicas y la realidad virtual que el prostodoncista puede crear con sus restauraciones. En definitiva, no somos equipos rivales, sino que trabajamos en un mismo equipo contra un rival poderoso.

**Objetivos:** Mostrar los beneficios de la utilización de las técnicas de prótesis en la planificación habitual de los implantes oseointegrados

**Descripción de la técnica:** Presentar un protocolo eficaz, sencillo y predecible para utilizar en rehabilitaciones con implantes no complejas, y que sea de fácil aplicación en la clínica diaria de un profesional de la Odontología

**Discusión:** Son muchos los trabajos científicos que revelan el aumento de las complicaciones prostodóncicas y que apoyan nuestra visión de que una adecuada planificación

permitiría disminuir de forma sustancial las complicaciones mediatas e inmediatas de la implantología.

**Conclusión:** El trabajo multidisciplinar o bien la mejora en la planificación de nuestros tratamientos nos permitirá disminuir las complicaciones en implantología oral.

## LA RESPUESTA DEL SÍNDROME DE BOCA ARDIENTE FRENTE A LA FARMACOTERAPIA

*Molina García A, Franco Carro B, Rubio Alonso L, Barona Dorado C, Martínez-González JM.*

**Introducción:** La etiología del Síndrome de Boca Ardiente (SBA) es desconocida; sin embargo se sugieren múltiples factores etiológicos de origen local, sistémicos y psicológicos.

El tratamiento del SBA se basa en eliminar los factores locales, tratar los sistémicos y si siguen persistiendo los síntomas, se recurre a la farmacoterapia.

**Objetivo:** Valorar la eficacia de los diferentes fármacos utilizados para el SBA, a través de un estudio meta-analítico.

**Material y Métodos:** Realizamos una revisión de la literatura científica de los últimos años, seleccionando 16 artículos, entre los años 1998 y 2009, teniendo en cuenta tres criterios de inclusión: 1- Diagnóstico del SBA, que este caracterizado por la manifestación de síntomas de quemazón, escozor, ardor, picor o dolor en la cavidad bucal, estando la mucosa clínicamente normal, 2-Valoración cuantitativa del fármaco a utilizar y 3- Un mínimo de 15 casos en cada estudio. Con éstos criterios hemos recogido una muestra de 876 pacientes, de la cual, valoramos las variables: edad, sexo, tipo de fármaco, seguimiento, evolución y reacciones adversas.

**Resultados:** En una muestra de 876 pacientes hemos obtenido una mayor prevalencia del sexo femenino (75,6%) y una media de edad de unos 60,8 años. Los fármacos que han sido estudiados son: antidepresivos (amisulpride, paroxetine, sertraline, moclobemida y extracto de *Hypericum perforatum*) antiinflamatorio y analgésico (benzidamina tópica), analgésico (capsaicina), ansiolítico (clonazepam) y antioxidantes (ácido alfa lipoico). Se ha valorado la eficacia de éstos fármacos y hemos recogido una clara mejoría de los síntomas en un 78,5% con los antidepresivos, a excepción del extracto de *Hypericum perforatum* que sólo proporciona un 21%, un 33,6% con el ácido alfa lipoico, un 50,4% con la capsaicina y un 42% con el clonazepam. Y sólo el paroxetine, el ácido alfa lipoico y el extracto de *Hypericum perforatum* nos ofrecen una completa curación de los síntomas del SBA, con unos porcentajes del 36,5%, 13,6% y 5,3% respectivamente.

**Conclusiones:** El paroxetine, el ácido alfa lipoico y el extracto de *Hypericum perforatum* son los fármacos que nos proporcionan una eficacia completa ante los síntomas del SBA, aunque hay que tener en cuenta que son tratamientos eficaces en casos particulares.

## LÁSER Y CRIOTERAPIA EN EL POSTOPERATORIO DE LA CIRUGÍA DEL TERCER MOLAR INFERIOR. ¿ALTERNATIVAS REALMENTE EFICACES?

*Seoane Cancela M, Ariño Domingo P, Leco Berrocal I, Barona Dorado C, Martínez-González JM.*

**Introducción:** La extracción quirúrgica del tercer molar inferior es uno de los procedimientos más comunes en Cirugía Bucal, que conlleva un postoperatorio con dolor, inflamación y trismo. Diversas posibilidades terapéuticas han sido utilizadas para disminuir esta sintomatología; entre ellas el tratamiento farmacológico con AINES y corticoides; el empleo del láser terapéutico y la crioterapia.

**Objetivos:** Valorar las distintas opciones terapéuticas en relación al dolor, inflamación y trismo consecuencia de la cirugía del tercer molar inferior.

**Material y Método:** Hemos realizado un estudio observacional y retrospectivo para el que se han seleccionado 20 artículos de la literatura científica estableciéndose los siguientes criterios de inclusión que son que realicen cirugía del tercer molar inferior y analicen por lo menos una de los parámetros de estudio. Desde un punto de vista metodológico se han analizado las siguientes variables: inflamación según el método de Amin y Laskin; dolor mediante EVA 1-10 cm y el trismo aplicando la fórmula trismo preoperatorio-postoperatorio/preoperatorio x 100.

**Resultados:** La inflamación presenta un valor medio de  $116,99 \pm 11,49$  mm en el grupo control (farmacológico), siendo de  $107,235 \pm 2,67$  mm en el láser y  $196,85 \pm 0,07$  mm en el grupo tratado con crioterapia. En el dolor, siguiendo el mismo orden;  $1,737 \pm 1,49$  cm, en láser  $3,04 \pm 0,62$  cm y en crioterapia  $3,476 \pm 0,45$  cm. El trismo en el postoperatorio inmediato  $38,175 \pm 11,65$  %; en láser  $36,35 \pm 0,63$  % y en crioterapia  $41 \pm 9,43$  % y a los 7 días,  $19,23 \pm 7,96$  %; en láser  $12,72 \pm 1,44$  % y para el grupo de la crioterapia  $17 \pm 1$  %.

**Conclusiones:** El tratamiento farmacológico es el que más evidencia científica presenta con unos resultados satisfactorios en el postoperatorio de la cirugía del tercer molar.

## LECHO VASCULAR EN EL TEJIDO NO MINERALIZADO EN INJERTOS ÓSEOS

*Andrés Fernández-Jiménez, Elena Sánchez-Fernández, Miguel Padial-Molina, Paula Muñoz de la Casa, Francisco O'Valle, Pablo Galindo-Moreno.*

**Objetivo:** Evaluar la microdensidad vascular, formación ósea y relación entre éstos parámetros y las características y variables clínicas.

**Material y Métodos:** Se realizaron 45 elevaciones de seno con colocación diferida de implantes en 25 pacientes. Se empleó un injerto compuesto en proporción 1:1 por hueso autógeno cortical y hueso bovino anorgánico. Durante la colocación de implantes, 6 meses después, se obtuvieron

biopsias de tejido óseo para el análisis histológico, histomorfométrico e inmunohistoquímico. Se tomaron también 10 biopsias de hueso maxilar pristino.

**Resultados:** A los 24 meses de carga se obtuvo una supervivencia del 100%. Las biopsias óseas presentaron una actividad remodeladora significativa en comparación con el hueso pristino, con un aumento significativo de líneas osteoides. El estudio histomorfométrico un  $34.89 \pm 10.48\%$  de hueso vital,  $32.03 \pm 10.11\%$  de tejido no mineralizado y  $33.09 \pm 16.98\%$  de partículas de hueso bovino anorgánico remanentes. La formación de vasos fue analizada en tres compartimentos tisulares diferentes (hueso vital neoforado, tejido no mineralizado y hueso bovino anorgánico). La inmunohistoquímica demostró  $99.53 \pm 61.92$  vasos positivos para CD34 por  $\text{mm}^2$  en el hueso regenerado frente a  $31.52 \pm 13.69$  por  $\text{mm}^2$  en hueso nativo, con diferencia estadísticamente significativa ( $p=0.001$  Student t test). Se encontró una relación directa entre la mayor cantidad de tejido no mineralizado y la microdensidad vascular en el injerto ( $r=0.482$ ,  $p=0.0001$ , Pearson test). La patología periodontal, el edentulismo y el consumo de tabaco o alcohol mostraron influencia en la formación de vasos.

**Conclusiones:** Los procesos de angiogénesis y revascularización en relación con la mezcla empleada para injerto indican que éste material puede considerarse como un material ideal, si bien está modulado por los parámetros clínicos y hábitos del paciente.

#### LINFANGIOMA ORO-FACIAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS: A PROPÓSITO DE 14 CASOS

*Aloy-Prósper A, Rubio-Serrano M, Bonet-Coloma C, Peñarrocha-Diago MA, Peñarrocha-Diago M.*

**Introducción:** El linfangioma es una malformación congénita del sistema linfático. No existen series amplias descritas en la literatura de linfangiomas oro-faciales en niños.

**Objetivo:** Presentar 14 casos de linfangiomas oro-facial en niños. Se analizaron las características clínicas más frecuentes, el tiempo medio de evolución y el tratamiento más utilizado en estas lesiones.

**Material y Método:** Se revisaron las historias clínicas de los pacientes atendidos entre 1988 y 2008 en un Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial Infantil de un hospital de referencia de 1.200.000 personas. Se incluyeron pacientes con un diagnóstico clínico e histopatológico de linfangioma oro-facial.

**Resultados:** Se incluyeron en el estudio 14 pacientes, 8 niños y 6 niñas, con una edad media de 4,6 años (rango 1 mes-14 años). Nueve casos fueron diagnosticados antes de los dos años de edad. Ocho casos se localizaron en el dorso de la lengua. El tamaño de la lesión osciló de 1 a 2cm en 9 casos. Cuatro casos de linfangioma oral desaparecieron de forma espontánea. Nueve casos fueron tratados mediante

extirpación quirúrgica, y un caso mediante escleroterapia. Durante el período de seguimiento recidivaron 2 casos.

**Conclusión:** En este estudio se analizan las características clínicas de una serie amplia de linfangiomas oro-faciales en niños. Fueron más frecuentes en la lengua. La mayoría de los linfangiomas fueron tratados quirúrgicamente, observando un éxito del 77,8%.

#### LITIASIS DEL CONDUCTO DE STENON. ENFOQUE QUIRÚRGICO

*Benítez Rodríguez J, Valdivieso del Pueblo C, Bonilla Mejías C, Sáenz Ramírez C, Gallego Romero D, Torres Lagares D.*

**Introducción:** La litiasis salival es una afectación que consiste en la obstrucción mecánica de una glándula salival o de su conducto excretor, debido a la formación de concreciones calcáreas o sialolitos. La sialolitiasis corresponde al 30% de la patología salival y afecta principalmente a las glándulas submaxilares, seguida de la afectación de la glándula parótida y en último lugar las glándulas sublinguales. La eliminación quirúrgica del cálculo, ha sido la alternativa clásica al tratamiento médico, cuando éste no es viable o no obtiene resultados.

**Caso clínico:** En este trabajo exponemos un caso clínico de un paciente varón que acude al Equipo de Cirugía Bucal de la Facultad de Sevilla con una tumefacción a nivel de la parótida derecha en concordancia con una parotiditis supurada asociada a un sialolito en el conducto de Stenon. Tras instauración de pauta antibiótica y analgésica, se procede a la extirpación del sialolito.

**Discusión:** Realizamos una revisión y actualización de la literatura respecto a la utilización de técnicas terapéuticas menos invasivas para esta patología.

**Conclusión:** La litiasis salival es una patología que requiere tratamiento inmediato para evitar complicaciones posteriores. Este tratamiento viene determinado entre otros factores por el tamaño y posición del sialolito. Se ha demostrado, en aquellos casos en que el tratamiento médico no prospere y la extirpación quirúrgica intraoral esté indicada, que la efectividad de éste es una alternativa a tratamientos más traumáticos como la extirpación glandular o el abordaje extraoral.

#### LOCALIZACIÓN DE LAS FORAMINAS LINGUALES INTERMENTONIANAS: PREVENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES VASCULARES DURANTE LA CIRUGÍA IMPLANTOLÓGICA

*Cortell Ballester Isidoro, Freixes Gil Jordi, Piñera Penalva Manel, Gay Escoda Cosme.*

**Introducción:** La región intermentoniana se considera una zona de elección para la colocación de implantes. No obstante, durante el fresado se puede perforar la cortical

lingual produciendo una lesión vascular en el suelo de la boca que induce una hemorragia interna y desplaza la lengua hacia atrás provocando la obstrucción de las vías respiratorias.

**Objetivo:** El presente estudio analiza la presencia de foraminas linguales en la región intermentoniana y describe su morfología mediante la utilización de tomografías computarizadas (TCs).

**Material y Método:** Se realizó un estudio observacional descriptivo analizando 40 TCs mandibulares. Se registró la presencia de foraminas linguales en la región intermentoniana, su diámetro de entrada, la distancia entre los conductos y basilar mandibular y la dirección de su trayecto intraóseo.

**Resultados:** Veinticuatro pacientes fueron mujeres y 16 hombres. La edad media fue de 45,5 años con un rango entre 18 y 83 años. Se evidenció la presencia de foraminas linguales en 26 TCs (65%). Se registraron 34 conductos. Diecinueve pacientes (73%) presentaron un conducto. Seis pacientes (23%) presentaron 2 conductos y un paciente (4%) presentó 3 conductos. El diámetro del orificio de entrada varió entre 0,5 y 1,5mm. La distancia entre el foramen de entrada y basilar mandibular osciló entre 0 y 19mm. Se observó que 21 conductos describían un trayecto oblicuo-descendente (52,2%), 8 un trayecto oblicuo-ascendente (20%) y 5 un trayecto horizontal (12,5%)

**Discusión y Conclusión:** Los resultados de este estudio muestran una alta incidencia de foraminas linguales en la zona intermentonianas detectables mediante TC. En la disección anatómica en cadáver, la identificación de conductos linguales es mayor. Esto puede explicarse por la dificultad para interpretar las imágenes de las TCs. Existe un riesgo potencial de complicaciones vasculares durante la cirugía implantológica en la región intermentoniana. Por tanto, antes de realizar una intervención quirúrgica en esta área, debería efectuarse un examen radiológico mediante TC.

## MANEJO DEL CANINO INCLUIDO EN IMPLANTOLOGÍA

*Jose Luis Domínguez-Mompell Micó.*

**Introducción:** La inclusión dentaria es una patología relativamente habitual. Ante un canino incluido, las posibilidades terapéuticas son múltiples, desde la tracción ortodoncico-quirúrgica, la extracción o el autotransplante. El canino incluido puede presentar problemas mecánicos, infecciosos o quísticos asociados, que hacen de la extracción el tratamiento de elección. El objetivo de esta comunicación es presentar diversas opciones de reconstrucción y rehabilitación con implantes en casos en los que está indicada la extracción quirúrgica del canino incluido.

**Casos:** Presentamos 6 casos clínicos, de pacientes entre 23-55 años de edad, sin antecedentes médicos de interés, en los que se ha realizado la extracción de canino, uni o

bilateral, en los que se ha procedido a la reconstrucción del lecho, y se ha planificado su rehabilitación con implantes dentales en el mismo acto quirúrgico.

**Discusión:** El defecto óseo tras la extracción de un canino incluido puede comprometer la fijación primaria del implante post-extracción. Para la colocación inmediata del implante no debe existir patología infecciosa del diente incluido, y la estabilidad primaria no debe estar comprometida.

**Conclusión:** La predictibilidad de los actuales implantes dentales y de las técnicas de regeneración ósea guiada hacen posible en muchas ocasiones la extracción e implantación inmediata. Con las técnicas actuales, la fijación inmediata de implantes post-extracción puede ser llevada a cabo con unas tasas de éxito similares a los implantes diferidos.

## MANEJO DEL COLGAJO DE BICHAT EN COBERTURA DE INJERTOS ÓSEOS EN CIRUGÍA ORAL

*Carlos Mur Miret*

**Introducción:** La bola de bichat es un tejido adiposo rodeado de una cápsula fina. una de sus características más importantes es su gran vascularización. es un colgajo útil en cirugía de injertos como cobertura blanda de los mismos. el primer injerto pediculado fue descrito por egyedi 1977.

**Discusión:** se ha descrito su utilización tanto para cierre de comunicaciones orosinuales y oronasales, como defectos palatinos, o tras la resección de tumores. actualmente, debido al auge de la cirugía oral reconstructiva, cobra mayor importancia en cobertura de injertos óseos. las ventajas que presenta frente a otras técnicas son: buen aporte sanguíneo; baja tasa de complicaciones; ausencia de molestias en la zona donante. además la técnica es rápida y sencilla.

**Caso:** presentamos el caso de una paciente de 46 años de edad con atrofia parcial severa de maxilar izquierdo, con foco de osteomielitis a nivel molar. el defecto fue tratado en dos tiempos. inicialmente se realizó la resección del foco infeccioso alveolar e intrasinusal, mediante acceso al seno maxilar con técnica de preservación de la ventana ósea.

En un segundo tiempo se procede a la reconstrucción del defecto óseo mediante injertos de rama mandibular en 3d y elevación sinusal convencional con injerto particulado. para asegurar la cobertura de la reconstrucción ósea, se utilizó un colgajo amplio de bichat.

Posteriormente se procedió a la fijación de implantes dentales y su correspondiente rehabilitación protésica.

**Conclusión:** El colgajo pediculado de bichat resulta beneficioso para la cobertura de injertos óseos ayudando a prevenir su exposición e infección. no hay evidencias en cuanto a la disminución del tiempo de revascularización de los injertos óseos

## MENTÓN O RAMA MANDIBULAR COMO ZONAS DONANTES DE INJERTOS ÓSEOS PARA USAR EN BLOQUE

*Loza J, Santos I, Ybarra J, Trapote S.*

**Introducción:** La colocación de implantes dentales en la posición ideal requiere en ocasiones de técnicas regenerativas cuando la disponibilidad ósea es escasa.

**Objetivo:** El propósito de esta revisión bibliográfica es poder establecer la zona donante de elección para la obtención de un injerto óseo en bloque a través de una comparativa entre ambas técnicas

**Material y Método:** Se realizó una búsqueda mediante MEDLINE de artículos científicos publicados en revista de implantología, cirugía oral, cirugía máxilofacial y periodoncia. Se accedió a la biblioteca virtual de la Universidad Europea de Madrid y del Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de la I Región y a la hemeroteca de la Universidad Complutense de Madrid.

**Resultados:** Se seleccionaron 25 artículos científicos publicados entre 1990 y 2008, en base a los siguientes parámetros de selección: zona donante y receptora, procedimiento quirúrgico, tiempo de cicatrización, tiempo de colocación de implantes (una o dos fases), uso o no de biomaterial y membranas, complicaciones post-quirúrgicas, tasa de éxito y/o supervivencia de los implantes, reabsorción de los injertos en bloque y métodos utilizados para analizarlo.

**Conclusiones:** La tasa de reabsorción de injertos en bloque del mentón es mayor que los de rama, en base a la bibliografía revisada; pero son necesarios más estudios que compartan unas pautas estandarizadas de análisis para poder establecer una comparativa clara entre ambas técnicas. El postoperatorio de la cirugía en la sínfisis es peor que a nivel de rama mandibular. La elección de la zona donante depende principalmente de la morfología del defecto, cantidad de hueso donante disponible, relaciones anatómicas, características histológicas del injerto y propósito de la regeneración (aumento horizontal y/o vertical).

## META-ANÁLISIS SOBRE LA ELEVACIÓN DE SENO CON OSTEOTOMOS: INCIDENCIA DE COMPLICACIONES

*Antonaya Mira R, Cabezas Mojón J, Arias Irimia O, Barona Dorado C, Martínez-González JM.*

**Introducción:** La elevación de seno con osteotomos es la técnica de elección para los casos de implantología en los que el hueso residual vertical a nivel del maxilar superior en la zona posterior no alcanza los 4-6 mm de altura.

**Objetivos:** Comparación de las distintas variaciones de la técnica de elevación de seno con osteotomos, valoración de la ganancia de altura conseguida, cuantificación de los

periodos de osteointegración, tasa de éxito de los implantes colocados y complicaciones derivadas de dicha cirugía (perforación de la membrana sinusal y Vértigo Posicional Paroxístico Benigno, VPPB)

**Material y Métodos:** Estudio meta-analítico con estadística descriptiva sobre la elevación de seno con osteotomos, analizando un total de 14 artículos publicados entre los años 2003-2008.

**Resultados:** De los 2063 implantes que componen el estudio se desprende que la técnica de elevación de seno con osteotomos clásica propuesta por Summers difiere de las actuales en el empleo de fresas, en el modo en cómo se fractura el suelo del seno y cómo se eleva la membrana sinusal y sobre todo en el tipo de injerto empleado, con una tendencia más actual a carecer del mismo. La ganancia de altura máxima es de 4,62 mm y la mínima de 2,07 mm, partiendo de un hueso residual máximo de 8,8 mm y mínimo de 4,1 mm. El período de osteointegración medio es de 4,9 meses y la tasa de éxito es de 95,5% al año. Entre las complicaciones destacamos la perforación de la membrana con una incidencia del 6,5% y la aparición de VPPB con una incidencia del 1,25%.

**Conclusiones:** La elevación de seno con osteotomos es una técnica predecible y segura en la implantología actual con una baja incidencia de complicaciones.

## META-ANÁLISIS SOBRE PÉRDIDA ÓSEA MARGINAL EN IMPLANTOLOGÍA EN FUNCIÓN DEL CUELLO DEL IMPLANTE Y EL TIPO DE PILAR

*Pérez Corral I, Menchero Cantalejo E, Antonaya Mira R, Fernández Cáliz F, Martínez-González JM.*

**Introducción:** La pérdida ósea en la zona crestal de los implantes ha sido un tema muy investigado desde la aparición de la implantología. Se considera un proceso fisiológico que difícilmente se puede evitar, llegando hasta el punto de considerarse "éxito" una pérdida de hasta 1.6 mm durante el primer año de función. Pero en los últimos años están apareciendo distintas técnicas que intentan reducir al mínimo esa reabsorción crestal alrededor del cuello del implante, como son el cambio de plataforma (platform switching) o implantes con microrroscas en su cuello.

**Objetivo:** Analizar y comparar la pérdida ósea periimplantaria en implantes con distintos diámetros de pilares y distintos diseños de cuello del implante.

**Material y Métodos:** Estudio meta-analítico sobre 4273 implantes obtenidos de una revisión bibliográfica de artículos de los últimos 10 años.

**Resultados:** Se analizaron 4273 implantes insertados en 1442 pacientes. No se encontraron diferencias significativas en la pérdida ósea según el sexo de los pacientes. En cuanto al tipo de pilar utilizado, la reabsorción ósea fue mayor para implantes con el pilar del mismo diámetro que la plataforma del implante que para implantes con el pilar

más estrecho (platform switching), 1,62 mm frente a 0,76 mm respectivamente a los 5 años de carga protésica.

Con respecto al cuello del implante, la pérdida ósea fue mayor para implantes con el cuello mecanizado (1,32 mm a los 3 años de carga), en comparación con los implantes con microrroscas en su cuello (0,39mm a los 3 años).

**Conclusiones:** La reabsorción ósea marginal en los implantes ha sido considerada normal e inevitable dentro de unos parámetros, pero actualmente están apareciendo técnicas que permiten minimizar esta pérdida ósea, haciendo que los antiguos criterios para el éxito de los implantes con respecto a este tema estén comenzando a modificarse.

### MIXOMA ODONTOGÉNICO EN RELACIÓN CON UN TERCER MOLAR INFERIOR INCLUIDO: A PROPÓSITO DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

*Corral Pavón Edurne, Berini Aytés Leonardo, Gay Escoda Cosme.*

**Introducción:** El Mixoma Odontogénico (MO) es un tumor odontogénico benigno que aparece en los huesos maxilares y que rara vez suele verse asociado a un diente incluido.

**Caso clínico:** Se presenta el caso de una mujer, de 13 años de edad, que acude al Centro Médico Teknon de Barcelona en Septiembre de 2008 para la extracción del germen del tercer molar inferior izquierdo incluido, asociado a una imagen radiotransparente. Tras efectuar la exodoncia, se procede a la enucleación de la lesión quística y su posterior estudio anatomopatológico, dando como resultado "Mixoma Odontogénico". En el control a los 12 meses de la intervención quirúrgica, no se ha observado recidiva de la lesión.

**Discusión:** En la clasificación histológica internacional de los tumores odontogénicos, el MO está definido como un tumor odontogénico benigno que se origina a partir del tejido mesodérmico embrionario. Es más frecuente en pacientes de entre 10 y 50 años de edad (máximo en la 3ª década), aunque se han descrito casos de aparición de MO en individuos más jóvenes. Radiológicamente se presenta como una imagen osteolítica radiotransparente o mixta (patrón radiológico en "cuerdas de raqueta") que puede ser unilocular o multilocular, ésta última con un comportamiento clínico más agresivo. Cursa de manera asintomática en un elevado porcentaje de pacientes. Las localizaciones más frecuentes son la rama ascendente y el ángulo mandibulares, aunque también aparece en el maxilar superior (entre premolares y primer molar), en cuyo caso puede invadir el seno maxilar homolateral si la lesión adquiere un tamaño considerable. Su localización en regiones óseas que no sean el hueso alveolar maxilar superior o mandibular es extremadamente rara, a pesar de que existen casos descritos en la literatura de mixomas intraóseos extramaxilares. Normalmente, el MO no

produce reabsorción radicular de los dientes adyacentes, aunque éstos pueden presentar una movilidad aumentada o estar desplazados, pero conservando su vitalidad pulpar. Histológicamente está compuesto por células redondas y poligonales embebidas en un estroma mucoso abundante. La presencia de islotes epiteliales es posible, pero no es un criterio necesario para el diagnóstico. Las células del MO son positivas para vimentina y actina muscular específica, y negativas para desmina, proteína S-100 y citoqueratinas. Si no se efectúa el tratamiento quirúrgico el MO puede alcanzar dimensiones considerables, produciendo destrucción tisular y desfiguración del paciente debido a su comportamiento invasivo local. El tratamiento quirúrgico es el de elección, pudiendo, sin embargo, aplicarse diferentes técnicas para su eliminación. Se han descrito casos de malignización sarcomatosa de un MO, pero no es un hecho frecuente. La recurrencia se estima entre un 10 y un 30%, aunque ésta es rara si el tratamiento quirúrgico se efectúa de forma correcta.

**Conclusiones:** El MO es un tumor odontogénico benigno asintomático y de crecimiento lento, pero que puede comportarse como localmente invasivo. Es obligada la realización de un tratamiento quirúrgico que asegure la excisión completa de toda la lesión, seguido de un análisis histopatológico de la muestra para confirmar el diagnóstico de mixoma odontogénico. La tasas de recidiva son bajas si se efectúa un tratamiento correcto.

### MODIFICADORES SUPERFICIALES DEL CRECIMIENTO CELULAR DE ESTIRPE ÓSEA

*Miguel Padial-Molina, Pablo Galindo-Moreno, Juan Emilio Fernández-Barbero, Ana Belén Jódar-Reyes, Pedro J. Ramón-Torregrosa, Juan Luis Ortega-Vinuesa, Elena Sánchez-Fernández.*

**Introducción:** La comprensión de los mecanismos íntimos de adhesión y proliferación celular a una superficie así como los factores modificadores de este comportamiento es indispensable para entender las fases posteriores de reacción frente a un biomaterial. El sílice puede ser empleado como modelo mediante reacciones químicas simples para estudiar de forma aislada la influencia de la humectabilidad o la rugosidad.

**Objetivo:** Estudiar la adhesión y proliferación celular según la hidrofobicidad y la rugosidad en superficies de sílice.

**Material y Métodos:** Se realizaron modificaciones a nivel nanométrico en superficies de sílice. En otro grupo de muestras, la humectabilidad fue modificada mediante metilación superficial. Se cultivaron células de estirpe ósea de la línea MG-63 sobre dichas superficies y se realizó estudio de adhesión y proliferación.

**Resultados:** La proliferación celular sobre las obleas con mayores ángulos de contacto fue mayor, principalmente en aquellas sin modificación topográfica. Por otra parte, al aumentar la nanorugosidad o la hidrofobicidad, el cultivo se

desarrolló de forma más compacta, presentando las células un mayor número de prolongaciones citoplasmáticas y de mayor longitud.

**Conclusión:** La humectabilidad influye de forma más decisiva que la modificación topográfica a escala nanométrica en el comportamiento de las células cultivadas sobre superficies modificadas, tanto a nivel de adhesión como de proliferación.

## MODOS DE ACTUACIÓN Y VALORACIÓN EN LA COLOCACIÓN DE IMPLANTES INMEDIATOS POSTEXTRACCIÓN

*Pamies J, Garcia-Sala F, Garcia M<sup>a</sup>, Pastor M.*

**Objetivo:** Actualmente los tratamientos implantológicos convencionales intentan reducir los tiempos mediante la colocación de implantes en alveolos postextracción. El objetivo de este trabajo es conocer mediante una revisión de la literatura científica que, tras la extracción dental atraumática, es necesario tener en cuenta una serie de factores que nos marcarán cuándo es posible la colocación de implantes, con el objetivo de predecir la obtención de estabilidad primaria, osteointegración y estética; y qué casos conviene esperar la cicatrización del alveolo o regenerar.

**Materiales y Métodos:** Para esta revisión se ha realizado una búsqueda de artículos a través de la base de datos de Medline publicados entre los años 1998 y 2008. Las palabras clave utilizadas para la búsqueda fueron: immediate implant, delayed implant, bone defect, extraction socket y jumping distance. Todos los artículos han sido seleccionados dentro de las 20 revistas de más impacto según "Listing for journals on Dentistry, Oral Surgery & Medicine 2007 JCR Science Edition".

**Resultados:** Los estudios aportan unos índices de supervivencia muy altos en implantes inmediatos con o sin la utilización de membranas e injerto de hueso y con un seguimiento de 5 años. Sin embargo, existen controversias en lo que algunos aspectos se refiere, como la reabsorción de hueso tras la extracción, el espacio entre hueso e implante, la regeneración en casos de fenestración y valorar como actuar en estas situaciones.

**Conclusión:** El estudio nos demuestra que en los tratamientos con implantes inmediatos es imprescindible valorar los siguientes factores: cortical residual vestibular, jumping distance, defectos óseos (fenestraciones o dehiscencias) y estabilidad primaria.

## ODONTOMA COMPUESTO. A PROPÓSITO DE UN CASO

*Martínez Gil-Ortega A. Maceiras Pérez A. Gutiérrez Sánchez L. López-Silva MJ. Martínez-González JM.*

**Introducción:** Los odontomas se consideran los tumores odontogénicos benignos más frecuentes. Son malformaciones compuestas por estructuras duras semejantes al diente (esmalte, cemento y dentina) en proporciones variables y con distinto grado de desarrollo. La OMS clasifica a los odontomas desde el punto de vista anatomopatológico en compuestos, donde los tejidos dentarios que están representados se disponen de forma ordenada formando estructuras semejantes a los dientes llamadas dentículos, y en complejos donde los tejidos dentarios se manifiestan como una masa radiopaca bien delimitada pero desorganizada, con escasa morfo-diferenciación por lo que presenta poca semejanza con los dientes.

**Caso clínico:** Paciente mujer, de 14 años que acudió al Servicio de Cirugía Bucal e Implantología del Hospital de Madrid remitida por el servicio de ortodoncia por presentar ausencia clínica del canino inferior derecho permanente. La exploración radiológica puso de manifiesto que el canino inferior derecho permanente estaba incluido y su retención estaba causada por la presencia de dos lesiones radiocondensantes de unos cinco milímetros de diámetro rodeadas por un halo radiotransparente. Se planificó la cirugía prescribiendo Diazepam 2,5mg una hora antes del inicio de la intervención. Tras realizar la extracción de las estructuras y el canino inferior derecho incluido lo remitimos para su análisis al departamento de anatomía patológica que corroboró el diagnóstico clínico e histológico de odontoma compuesto. A los tres meses realizamos una radiografía panorámica de control en la que se evidencia la rápida neoformación ósea.

## OPTIMIZACIÓN DE LA ANTIBIOTERAPIA EN CIRUGÍA DE CORDALES: NUEVA PROFILAXIS POSTOPERATORIA MEDIANTE AMOXICILINA CON Y SIN ÁCIDO CLAVULÁNICO

*Siguero Muñoz A, Moreno Osborne A, Sáenz Ramírez C, Palomino Nicas J, González Padilla JD, Torres Lagares D.*

**Introducción:** La extracción de los terceros molares retenidos es la actuación más demandada actualmente en los servicios de Cirugía Maxilofacial. Requiere de una cirugía limpia-contaminada, que conlleva una serie de secuelas postoperatorias. Es relativamente frecuente que se desarrollen complicaciones de carácter infeccioso. Entre ellas destacan la Osteítis Alveolar (20-30 % casos) y la infección de la herida quirúrgica (1-6% casos).

**Objetivos:** Demostrar clínicamente los beneficios de un protocolo de antibioterapia profiláctica, tras la cirugía de terceros molares, desarrollado a lo largo de 5 días, mediante la administración de 1000 mgr de Amoxicilina cada 12 horas. Además podremos conocer si la administración de Ácido Clavulánico ofrece algún beneficio.

**Material y Método:** Presentamos un ensayo clínico aleatorizado, prospectivo y a doble ciego. Participarán pa-

cientes de ambos sexos del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla, de edades comprendidas entre 18 y 60 años, con diagnóstico clínico-radiológico de retención de un tercer molar inferior en los que esté indicada su extracción. Tras la realización de las exodoncias, se administrarán 2 pautas diferentes de profilaxis antibiótica: Grupo Control: Amoxicilina/Ac. Clavulánico 1000/125 mgr y Grupo Test: Amoxicilina 1000 mgr. La duración de ambas pautas será de 5 días y las tomas serán cada 12h. Los pacientes serán revisados a los 6-8 días y a los 28-32 días para valorar la evolución del postoperatorio, sobre todo, en relación con la aparición o no de complicaciones infecciosas. En caso de que éstas aparezcan, se tomarán muestras para identificar a los gérmenes responsables.

**Discusión:** Para minimizar el riesgo de desarrollar complicaciones infecciosas tras la cirugía de terceros molares retenidos, se han propuesto diferentes terapias antibióticas. La mayoría de éstas incorporan antibióticos de amplio espectro, debido a la composición de la flora oral (mixta y muy compleja). En el Documento de Consenso del año 2004 se aboga por la administración de Amoxicilina/Ac. Clavulánico debido a la prevalencia de bacterias productoras de betalactamasas. Sin embargo, estudios recientes concluyen que el empleo de Amoxicilina simple obtiene resultados prácticamente idénticos a los conseguidos añadiéndole Ácido Clavulánico.

## OPTIMIZACIÓN DEL MÉTODO DE OBTENCIÓN DE CÉLULAS MADRE DE PULPA DENTAL

*Viña JA, Borrás C, Gambini J, Peñarrocha M.*

**Introducción:** La pulpa dental es uno de los tejidos adultos de los cuales se pueden obtener células madre mesenquimales. Existen distintos métodos para obtener estas células como realizar la digestión de la pulpa con colagenasa tipo I y dispasa, colagenasa tipo I y tipo II, tripsina/EDTA, o realizando disgregación mecánica.

**Objetivos:** Obtener células madre de pulpa dental y optimizar el método de obtención de estas células.

**Material y Método:** Se realizó un estudio prospectivo, in vitro, no controlado. Se cultivaron células madre de pulpa dental entre Mayo de 2008 y Abril de 2009 aislando la pulpa mediante los siguientes métodos: realizando la disgregación mecánica, realizando disgregación con EDTA, realizando digestión con 2 mg/ml de colagenasa durante 90 minutos, o con 1 mg/ml de colagenasa durante 13 horas.

**Resultados:** Se realizaron 31 extracciones a 31 pacientes, 9 hombres y 22 mujeres. Se aislaron 3 pulpas realizando la disgregación mecánica y en ningún caso se observó crecimiento de células madre. Se realizó el aislamiento de 4 pulpas realizando la disgregación con EDTA, observando crecimiento en 2 casos a la semana de cultivo. En 23 casos se aislaron pulpas realizando la digestión con colagenasa durante 90 minutos, mediante este método, se observaron

células madre en 20 casos a la semana de cultivo. Se realizó el aislamiento de 1 pulpa realizando la digestión con colagenasa durante 13 horas. Con este método se obtuvieron células madre a las 24 horas del cultivo.

**Conclusión:** Se obtuvieron células madre de pulpa dental al realizar el aislamiento con EDTA, colagenasa durante 90 minutos y durante 13 horas. Al realizar la disgregación mecánica de la pulpa no se obtuvieron células. El mejor método fue realizar la digestión con colagenasa durante 13 horas. Mediante este protocolo se obtuvieron células madre a las 24 horas.

## OSTEOPETROSIS MAXILAR INDUCIDA POR BISFOSFONATOS, PRESENTACIÓN DE UN CASO

*Reyes Ortíz A, Seoane Cancela M, Leco Berrocal I, Barona Dorado C, Martínez-González JM.*

**Introducción:** Los bisfosfonatos son fármacos que se utilizan tanto en niños como adultos para el manejo de la patología ósea benigna y maligna. Son análogos del pirofosfato y potentes inhibidores de la actividad osteoclástica por lo que se producen alteraciones en las propiedades biomecánicas del hueso por una marcada supresión del remodelado óseo.

En los tratamientos prolongados con bisfosfonatos en población infantil se han descrito casos relacionados con osteopetrosis debido a una potente actividad osteoblástica respecto a la osteoclástica.

**Objetivo:** Determinar si el tratamiento prolongado con bisfosfonatos puede dar lugar a una osteopetrosis maxilar.

**Caso clínico:** Paciente mujer de 14 años que acude al Servicio de Cirugía Bucal del Hospital de Madrid cuyo motivo de consulta fue por alteraciones en el patrón de la erupción. Su historia clínica refleja un diagnóstico de nefrocalcinosis tratada con corticoides. Después de un año de tratamiento persistieron elevados niveles de fosfatasa alcalina por lo que se inició un tratamiento con bisfosfonatos siendo diagnosticada de hiperparatiroidismo.

Se solicitaron pruebas radiológicas como la ortopantomografía y un TAC y observamos múltiples inclusiones dentarias. El TAC nos permitió determinar con exactitud la localización de dichas inclusiones y valorar el plan de tratamiento.

Para la realización de la tracción ortodóncica de los dientes incluidos se ha suspendido el tratamiento con bisfosfonatos apreciándose un buen control del metabolismo cálcico valorando su reintroducción después del tratamiento.

**Conclusión:** A diferencia de otros medicamentos, los bisfosfonatos pueden permanecer en el hueso por más de 10 años. Pueden ir acumulándose con el uso prolongado determinando un aumento de la mineralización convirtiendo al hueso más frágil. Por lo tanto es importante conocer y tener en cuenta la relación existente entre la osteopetrosis y un tratamiento prolongado de bisfosfonatos.

## PAPEL DEL ODONTÓLOGO EN EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL NEURINOMA DEL ACÚSTICO

*Ariño Domingo P, Ginés García P, Fernández Cáliz F, Buesa Báez JM, Martínez-González JM.*

**Introducción:** El Neurinoma del Acústico, es un tumor benigno que se origina en la división superior del nervio vestibular, que forma parte del VIII par craneal. Constituye entre el 80 y 90% de los tumores del ángulo pontocerebeloso. Presenta una tríada característica, hipoacusia, acúfenos y vértigos junto con parálisis facial y neuropatía trigeminal.

**Objetivo:** Establecer las manifestaciones clínicas odonto-estomatológicas que permitan orientar al profesional hacia el diagnóstico precoz del neurinoma del acústico.

**Material y Método:** Se ha realizado una revisión sistemática de los últimos años, utilizando palabras clave como "Acoustic neurinoma", "Vestibular Schwannoma", seleccionando finalmente 18 artículos que proporcionaron un tamaño muestral de 2055 Neurinomas del Acústico. Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, localización, clínica, diagnóstico, tratamiento, complicaciones y recidivas.

**Resultados:** El neurinoma del acústico presenta mayor incidencia en mujeres siendo el 53%, mientras que el 47% fue en hombres. No se encontraron diferencias en cuanto a la localización. La edad media fue de 52,4 años. El 88,6 % de los pacientes presentaba hipoacusia, el 20,6% ataxia, el 18,8% acúfenos, neuropatía trigeminal el 4,4 % y parálisis facial el 3%. En cuanto al diagnóstico el 99,9% se realizó mediante RMN. El 96,6% de los neurinomas se trataron quirúrgicamente, en el 3,2% no se realizó tratamiento, mientras que en un caso el tratamiento fue farmacológico y en otro la radioterapia. Sólo 2 casos de los neurinomas tratados recidivaron.

**Conclusiones:** Las manifestaciones clínicas del neurinoma del acústico tienen bajas repercusiones odonto-estomatológicas (tan sólo el 7,4%), aunque no por ello deja de ser imprescindible su conocimiento por parte de los clínicos para su correcto y temprano diagnóstico.

## PATOLOGÍA BUCODENTAL MÁS PREVALENTE EN LOS PACIENTES GERIÁTRICOS TRATADOS EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA BUCAL

*Real Osuna Júlía; Almendros Marqués Nieves; Gay Escoda Cosme.*

**Introducción:** La mejora de las condiciones sanitarias ha supuesto un aumento de la esperanza de vida en los países desarrollados, hecho que ha producido un incremento de la población geriátrica en las últimas décadas. Esto obliga a tomar una serie de precauciones al efectuar el tratamiento odontológico de estos pacientes, puesto que suelen presentar patología sistémica diversa y están polimedicados.

**Objetivos:** Determinar los motivos de consulta y los tratamientos quirúrgicos aplicados con más frecuencia en

los pacientes mayores de 60 años visitados en el Servicio de Cirugía Bucal de la Clínica Odontológica de la Universidad de Barcelona, entre enero de 2007 y diciembre de 2008.

**Material y Método:** Se llevó a cabo un estudio observacional descriptivo retrospectivo en el que se incluyeron 148 pacientes mayores de 60 años. Se recopilaron las siguientes variables: edad, sexo, motivo de consulta, tratamiento quirúrgico efectuado, presencia de patología sistémica, medicación actual y las complicaciones pre y postoperatorias.

La muestra incluyó 64 hombres y 84 mujeres, de edades comprendidas entre 60 y 87 años.

El principal motivo de consulta fue la presencia de restos radiculares seguido de las lesiones en los tejidos blandos bucales.

El tratamiento aplicado con más frecuencia fue la extracción dentaria. Se practicaron 54 biopsias, 47 fueron lesiones de la mucosa bucal y 7 casos de patología de los tejidos duros. La cirugía periapical y los tratamientos implantológicos se llevaron a cabo en el 5,4% de los casos.

La incidencia de complicaciones intra y postoperatorias fue del 3,37%.

**Discusión/Conclusiones:** El motivo de consulta más frecuente entre los pacientes geriátricos que visitamos fue la presencia de restos radiculares. El tratamiento quirúrgico más demandado fue la extracción de restos radiculares y de terceros molares sintomáticos.

A pesar de la presencia habitual de patología sistémica en los pacientes geriátricos tratados la incidencia de complicaciones fue relativamente baja.

## PORCENTAJES DE ÉXITO CON XENOINJERTOS EN IMPLANTOLOGÍA ORAL. REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA

*Serrano Belda MJ, Calvo Guirado JI, Balleli J.*

**Objetivos:** Determinar los porcentajes de éxito en estudios clínicos realizados en humanos durante los últimos 5 años en el campo de los xenoinjertos óseos de aplicación en la cirugía implantológica.

**Materiales y Métodos:** Revisión bibliográfica en Pubmed, Medline, Cochrane database, de los términos xenograft, bone-grafting, human studies, success criteria and bone graft. Para seleccionar artículos que evaluaran el resultado en el seguimiento de al menos 2 años de los xenoinjertos en implantología oral.

Considerando sitio anatómico, material de xenoinjerto utilizado, tipo y tamaño de partícula, reabsorción del material y controles clínicos y radiográficos.

**Resultados:** No existen en la literatura revisada antecedentes de estudios que valoren el porcentaje de éxito en seguimientos de por lo menos dos años, ni estudios a dos años que comparen porcentajes de éxito de materiales de xenoinjerto entre sí.

Se encontraron 40 estudios relacionados con el tema

elegido de los que se extrajeron los siguientes resultados: los estudios con xenoinjertos encontrados principalmente se aplican a maxilares atróficos, se aplican como material de relleno en elevaciones de seno maxilar y se aplican como material de relleno en técnicas de split de la cresta ósea en combinación con implantes, para la corrección de defectos óseos periimplantarios y para el relleno de lesiones quísticas de los maxilares. Se han utilizado solos o en combinación con plasma rico en plaquetas, combinación con proteína morfogenética ósea, con matriz del esmalte y con membranas de barrera reabsorbibles y no reabsorbibles.

Presentamos los gráficos de los resultados obtenidos.

**Conclusiones:** Los xenoinjertos en casos indicados pueden ser utilizados con resultados similares a los obtenidos con el hueso autólogo, en combinación con membranas en defectos periimplantarios y en defectos alveolares post extracción, pueden ser mezclados con plasma rico en plaquetas o con proteína morfogenética ósea para mejorar los resultados.

Es necesario establecer los criterios de éxito esperados después del uso de xenoinjertos, donde según la técnica podamos escoger el material idóneo a utilizar y decidir el tamaño de partícula; para ello es necesario efectuar estudios comparativos de éxito con diferentes materiales de xenoinjerto a mediano y largo plazo.

#### **PROCEDIMIENTOS DE AUMENTO TISULAR EN IMPLANTOLOGÍA: MEMORIA DEL MASTER DE CIRUGÍA BUCAL E IMPLANTOLOGÍA DE LA UCM EN EL PERIODO 2008-2009**

*Sánchez Martín-Sauceda EI; De la Vega Buró S; González Sánchez S; Peyró Fernández-Montes B; Paredes Rodríguez VM; López-Quiles Martínez J.*

**Introducción:** Las técnicas quirúrgicas avanzadas se aplican con frecuencia para posibilitar la rehabilitación implantológica del desdentado. La actual demanda de tratamiento mediante implantes proviene de pacientes de mayor edad y por tanto, con mayor atrofia de las estructuras anatómicas. Por ello, es fundamental el aprendizaje de estos procedimientos durante la formación posgraduada específica en Cirugía Bucal e Implantología.

**Objetivos:** Recoger las diferentes técnicas de aumento de tejidos duros y blandos que se desarrollaron durante el tercer periodo de formación de los alumnos de la primera promoción del Master de Cirugía Bucal e Implantología de la UCM.

**Material y Método:** Se revisaron los libros de quirófano desde Marzo de 2008 hasta Junio de 2009, anotando todos aquellos procedimientos orientados a aumentar los tejidos duros y blandos, previos o simultáneos a la colocación de implantes osteointegrados.

**Resultados:** Se realizaron 26 elevaciones de seno, 4 injertos en bloque, 2 injertos de tejidos blandos, 21 regeneraciones

con injerto particulado y membrana y 2 procedimientos de distracción alveolar histogénica.

**Conclusión:** Las técnicas de aumento óseo acercan la implantología a pacientes con atrofia severa de los maxilares, si bien requieren un mayor conocimiento y entrenamiento quirúrgico para ser llevadas a cabo con un pronóstico favorable a largo plazo.

#### **PRONÓSTICO DE LA CIRUGÍA PERIAPICAL EN FUNCIÓN DEL MATERIAL HEMOSTÁTICO UTILIZADO: EXPASYLTM VS SOLUCIÓN ANESTÉSICA CON VASOCONTRACTOR**

*Bárbara Ortega Sánchez, Berta García Mira, Celia Carrillo García, Minerva Rubio Serrano, Miguel Peñarrocha Diago.*

**Objetivo:** Evaluar el pronóstico de la cirugía periapical, en función del material hemostático utilizado: Expasy™ versus solución anestésica con vasoconstrictor.

**Material y Método:** Se trataron 108 pacientes con cirugía periapical. Se establecieron dos grupos, en el A el agente hemostático fue el Expasy™ colocado durante 2 min y en el B gasas estériles impregnadas en sustancia vasoconstrictora (epinefrina) dejándolas actuar durante 2 min. Se realizaron fotografías intraorales de todos los procedimientos quirúrgicos, y se valoró el pronóstico de la cirugía periapical siguiendo la escala radiológica de von Rud y cols., 1972.

**Resultados:** Se incluyeron 106 pacientes (46 hombres y 57 mujeres) con una edad media de 39,7 años (rango entre 12 y 69 años), fueron apicectomizados 143 dientes, 205 raíces con 234 conductos. El tiempo de control medio fue de 15,7 meses (rango 12-84 meses). Se obtuvo un 58,6% de éxito global en el grupo de las gasas con vasoconstrictor y un 75,4% en el grupo del Expasy™, a los 12 meses (según criterios de Rud y cols, 1972). A los 12 meses, fueron funcionales el 97,2% de los dientes, en ambos grupos.

**Conclusión:** Los resultados muestran porcentajes de éxito superiores y significativos del grupo del Expasy™ frente a la técnica convencional; por ello, este material se perfila, a falta de estudios más amplios, como un agente de elección para llevar a cabo un correcto control de la hemostasia en los procedimientos de cirugía periapical.

**Palabras clave:** agentes hemostáticos en cirugía periapical.

#### **PRONÓSTICO EN EL TRATAMIENTO DEL AMELOBLASTOMA EN RELACIÓN A LA TÉCNICA QUIRÚRGICA Y EL SUBTIPO HISTOLÓGICO**

*Arriola Riestra I, Reyes Ortiz A, Fernández Cáliz F, Barona Dorado C, Martínez-González JM.*

**Objetivos:** Establecer la distribución del sexo, la edad, la localización, y las características clínicas, radiológicas e histológicas más frecuentes de los ameloblastomas, así

como valorar el riesgo de recidiva en relación al tratamiento quirúrgico y al subtipo histológico del ameloblastoma.

**Material y Método:** Se ha realizado un estudio meta-analítico, observacional, retrospectivo, para el cual se han revisado un total de 42 artículos, de casos y estudios clínicos de ameloblastomas que registraran al menos 6 de las variables; edad, sexo, tamaño del tumor, localización, clínica, radiología, subtipo histológico, tratamiento, seguimiento y recidiva, de los cuales obtuvimos una muestra de 383 casos.

**Resultados:** El 81,8 % de las lesiones asientan en la mandíbula. La edad media resultó ser 36,8 años, siendo el rango comprendido entre los 30 y los 40 años de vida, en el que con más frecuencia aparecen los ameloblastomas. Hemos encontrado diferencias significativas respecto al sexo, con un ratio hombre/mujer de 3:1. La clínica encontrada es tumefacción en el 55,5%, siendo la manifestación clínica más frecuente. El tratamiento quirúrgico más frecuente es la enucleación y legrado de la lesión, que fue llevado a cabo en el 54,2% de los casos. El 15,8% de los casos recidivaron con un seguimiento de entre 4 y 156 meses.

**Conclusiones:** El ameloblastoma es un tumor benigno, localmente agresivo, con un alto porcentaje de recidivas, que requiere un tratamiento quirúrgico agresivo en la mayoría de casos, especialmente en su forma sólida intraósea.

## QUISTE DENTÍGERO: ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS

*Marín Berna María Angeles; Saenz Ramírez Carlos; Bonilla Mejías Carlos; Rodríguez Martos Ramón; Torres Lagares Daniel; Gutiérrez Pérez Jose Luis.*

**Introducción:** El quiste dentígero o folicular es un quiste odontogénico de origen epitelial. Siempre está asociado con la corona de un diente en desarrollo no erupcionado o incluido.

**Caso clínico:** Paciente mujer de 23 años que acude al Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial de los H.H.U.U. Virgen del Rocío por presentar prognatismo mandibular severo. A la exploración radiológica, y como hallazgo casual, encontramos una lesión radiolúcida asociada al incisivo inferior izquierdo no erupcionado y cercano a la basal mandibular. Planteamos el tratamiento mediante abordaje intraoral realizando la enucleación del quiste más la exodoncia quirúrgica del diente involucrado.

**Discusión:** En el tratamiento del quiste dentígero existen diferentes alternativas en función de la talla y localización, edad del paciente, tipo de dentición y relación con estructuras vecinas. La opción terapéutica más frecuente es la enucleación, aunque en ocasiones podemos optar por un tratamiento más conservador como la marsupialización y la descompresión, o incluso un tratamiento mixto, realizando la descompresión, y posteriormente la enucleación del

quiste. La mayor controversia en relación a su tratamiento se encuentra en las transformaciones desfavorables siendo controvertido las opciones terapéuticas del mismo. La mayor ventaja de la marsupialización y la descompresión es su bajo grado de invasividad, evitando defectos óseos marcados y siendo útil en la promoción de la erupción del diente retenido. La mayor ventaja de la enucleación es la disminución de la recurrencia del mismo.

**Conclusiones:** En nuestro caso clínico debido a las características y localización de la lesión, edad del paciente y a la futura cirugía ortognática a la que va a ser sometida, se realizó la exodoncia del diente y enucleación del quiste. Sin embargo, cada caso debe ser evaluado aisladamente para indicar la técnica más adecuada como tratamiento de esta lesión.

## QUISTE FOLICULAR EN RELACIÓN CON EL TERCER MOLAR: A PROPOSITO DE UN CASO

*Maceiras Pérez A. Martínez Gil-Ortega A. Leco Berrocal I. Martínez González JMS. Martínez-González JM.*

**Introducción:** Los quistes foliculares se engloban dentro de los quistes odontogénicos del desarrollo, describiéndose como una cavidad anormal que rodea la corona de un diente no erupcionado. Éste tipo de quiste se origina por la alteración del epitelio del órgano del esmalte.

**Caso clínico:** Presentamos el caso clínico de una paciente de 40 años de edad, sin ninguna patología sistémica, que fue remitida al Servicio de Cirugía Bucal e Implantología del Hospital de Madrid, para la extracción quirúrgica de los caninos maxilares incluidos. Durante el examen radiográfico se detectó una lesión radiotransparente de aproximadamente 1,5 cm de diámetro a la altura del tercer molar inferior izquierdo, el cual se encontraba incluido en posición distoangulada. Se procedió a la extracción de dicho cordal con la consiguiente quistectomía. Tras el análisis anatomopatológico se diagnosticó la lesión como un quiste folicular. A los dos meses hubo que legar nuevamente el alveolo dado que la paciente sufrió un absceso fantasma.

**Discusión:** La mayoría de los autores afirma que este tipo de quistes se producen más en varones que se encuentran en la segunda década de la vida. Aunque nuestro caso sea menos común por su sexo y edad, sí que coincide en el hecho de que se asociara a un tercer molar inferior incluido, y se presentase como una cavidad radiotransparente redondeada y bien circunscrita asociada a la corona del diente, siendo asintomática.

**Conclusiones:** Dado que los quistes foliculares son los segundos en frecuencia tras los quistes radiculares, podemos concluir que las revisiones radiográficas periódicas de los terceros molares incluidos son necesarias a partir de la segunda década de la vida para prevenir la evolución de éste tipo de lesiones.

## QUISTE PERIODONTAL LATERAL: A PROPÓSITO DE 12 CASOS

*Camino Juan Carlos, Figueiredo Rui, Berini Aytés Leonardo, Gay Escoda Cosme.*

**Introducción:** El quiste periodontal lateral (QPL) se define como un quiste odontogénico de desarrollo, no queratinizado, no inflamatorio, situado lateralmente a la raíz de un diente vital. El QPL comprende aproximadamente entre el 0,8 y el 1,5% de todos los quistes de los maxilares, con mayor incidencia entre la quinta y la sexta décadas de vida, con una ligera predominancia en el sexo masculino. El diagnóstico de la lesión se produce generalmente tras el examen radiográfico de rutina, como una imagen radiotransparente, bien definida, no mayor de 1cm, lateral a la raíz de un diente vital, generalmente ubicado a nivel mandibular, en zona de premolares.

**Pacientes y Método:** Presentamos 12 casos de QPL diagnosticados y tratados en el período comprendido entre enero de 1997 y junio de 2009, en el Servicio de Cirugía Bucal de la Clínica Odontológica de la Universidad de Barcelona. Todos los casos fueron identificados mediante el examen clínico, estudio radiológico y el posterior diagnóstico anatomopatológico.

**Discusión:** Los pacientes estudiados se incluyen en un rango de edad de entre 18 y 75 años, con predominio en pacientes masculinos sobre femeninos (7:5). La lesión promedio presentaba un tamaño de 1cm, ubicada en mandíbula, localizada lateralmente a la raíz de un diente vital, se presentaba asintomática, y fue descubierta en el examen radiográfico de rutina. Todas las lesiones fueron eliminadas quirúrgicamente mediante su enucleación, e identificadas mediante el estudio anatomopatológico correspondiente. Se debe establecer siempre el diagnóstico diferencial del QPL con el resto de los quistes y tumores odontogénicos. Se ha reportado la recidiva de la lesión en uno de los casos estudiados.

**Conclusión:** El QPL es una entidad de poca prevalencia, asintomática, asociada a un diente vital, ubicada preferentemente en la mandíbula, de recidiva poco frecuente, cuyo diagnóstico y tratamiento debe realizarse mediante la enucleación de la lesión, y el correspondiente estudio anatomopatológico, para descartar el origen inflamatorio o tumoral de la misma.

## QUISTE RADICULAR EN RELACIÓN CON EL SECTOR ANTERO INFERIOR: A PROPÓSITO DE UN CASO

*Peñaranda Retes A, Rodríguez Cabrera M, Leco Berrocal I, De Dios J, Martínez González MJS.*

**Introducción:** Los quistes radiculares se engloban dentro de los quistes epiteliales odontógenos de causa inflamatoria. Éste tipo de quistes proceden de restos epiteliales de Malassez presentes en el ligamento periodontal estimulados como consecuencia de la inflamación e infección pulpar.

**Caso clínico:** Presentamos el caso clínico de un paciente de 41 años de edad, sin ninguna patología sistémica, que fue remitido al Servicio de Cirugía Bucal e Implantología del Hospital de Madrid, para la valoración de una lesión radiotransparente comprendida entre los ápices del sector antero-inferior de unos 3 x 1,5 cms.

Se procedió primero a realizar las desvitalizaciones de todo el sector antero-inferior previa extirpación de la lesión. Una vez realizada la misma se procedió en la misma intervención a la realización de las apicectomías correspondientes. Tras el análisis anatomopatológico se diagnosticó la lesión como un quiste radicular. En las revisiones periódicas se ha demostrado la ausencia de todo tipo de lesión y molestia.

**Discusión:** Son los quistes más frecuentes en la cavidad oral ya que representan más del 50% de todos los quistes maxilares.

La mayoría de autores afirma que este tipo de quistes se producen más en varones en tercera o cuarta década de vida. Son más frecuentes en maxilar que en mandíbula y los dientes más afectados son los incisivos y caninos. Es imprescindible para que se produzcan estos quistes la necrosis pulpar con afectación del espacio periodontal.

## QUISTES DERMOIDES ORO-FACIALES EN PACIENTES PEDIÁTRICOS: A PROPÓSITO DE 8 CASOS

*Palma-Carrió C, Bonet-Marco C, Mínguez-Martínez I, Ortega-Sánchez B, García-Mira B, Peñarocha-Diogo M.*

**Introducción:** Los quistes dermoides (QD) son lesiones benignas. Su presencia en niños es rara y no suelen presentarse en la cavidad oral. El tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica y la recidiva es inusual.

**Objetivo:** El objetivo del estudio fue presentar 8 casos de QD oro-faciales en pacientes pediátricos.

**Material y Método:** Se realizó un estudio retrospectivo en el que se revisaron las historias clínicas con diagnóstico clínico de QD oro-facial, entre los años 1987 y 2006 en un hospital de referencia pediátrico. Se recogieron los siguientes datos: sexo, edad, localización y tamaño de la lesión, tratamiento, características anatomopatológicas, tiempo de evolución y seguimiento, y recidivas.

**Resultados:** Se incluyeron 8 pacientes (3 niñas y 5 niños) con edad media de 2,7 años (rango: 4 días-12 años). Se localizaron 4 QD en el área oral (3 sublinguales y 1 lingual), 1 en el área periorbital y 2 en el área nasal. El tamaño osciló entre 0,2cm a 3cm. Tras la extirpación quirúrgica de la lesión todos los QD fueron diagnosticados anatomopatológicamente. El tiempo medio de evolución fue de 13,7 meses (rango: 4 días- 2 años). No hubo recidivas.

**Conclusión:** La aparición de QD en el área maxilofacial en pacientes pediátricos no es frecuente. El suelo de la boca es la localización más frecuente de la cavidad oral. Su tratamiento es la extirpación quirúrgica de la lesión. La recidiva es inusual.

## QUISTES MUCOSOS DEL SENO MAXILAR

*González La Calle BJ; Martín Ares M; Hernandez García-Limia M; Hap De Pouplana B; Muñoz Sota P; Rubio Alonso L.*

**Introducción:** Los quistes mucosos del seno maxilar constituyen la patología sinusal más frecuentemente visualizada en radiografías periapicales y panorámicas. Existe una gran controversia por parte del Odontostomatólogo en cuanto a su nomenclatura, etiopatogenia y manifestaciones clínicas.

**Objetivo:** El propósito de esta comunicación es realizar una puesta al día sobre los quistes mucosos del seno maxilar que aclare los aspectos más controvertidos y desconocidos de esta entidad patológica.

**Material y Método:** Realizamos una revisión bibliográfica de los últimos diez años sobre la etiopatogenia, diagnóstico y tratamiento de los quistes mucosos del seno maxilar.

**Resultado:** En la última década son muy escasos los estudios en profundidad sobre el tema, a pesar del avance científico en las técnicas de diagnóstico por imagen. La mayoría cursan de forma asintomática, siendo su diagnóstico casual mediante exploraciones radiológicas rutinarias. Cuando presentan sintomatología, el tratamiento va a ser la eliminación de la lesión.

**Conclusión:** Los quistes mucosos del seno maxilar son lesiones benignas de etiología incierta y confusa pero que tienen gran importancia desde el punto de vista del diagnóstico diferencial con otras entidades.

## RECONSTRUCCIÓN DEL MAXILAR POSTERIOR EN 22 PACIENTES MEDIANTE UN NUEVO MÉTODO UTILIZANDO INJERTO DE CALOTA CRANEAL Y PLASMA RICO EN PLAQUETAS

*Núñez Otero M, Mendoza Caridad J, Juárez López P.*

**Introducción:** Las causas principales de la pérdida ósea son: ausencia de dientes –caries, enfermedad periodontal, traumatismos dentarios, exodoncias-, traumatismos faciales y tumores, además de otras enfermedades sistémicas. El estado de edentulismo genera una pérdida progresiva del tejido óseo, que produce cambios en el esqueleto facial y la cara que conducen al envejecimiento en los casos extremos, y que dificulta la colocación de implantes en una situación adecuada para la posterior rehabilitación protésica.

**Objetivos:** Valorar la cantidad de injerto remanente y el éxito de la osteointegración de los implantes dentales en pacientes con atrofia maxilar severa sometidos a cirugía de elevación de seno maxilar mediante el uso de microláminas de hueso autólogo craneal combinado con plasma rico en plaquetas.

**Diseño del estudio:** Se realiza un estudio descriptivo analítico de 22 pacientes con atrofia maxilar y edentulismo parcial o total, en un periodo entre 24 y 43 meses de

seguimiento. Todos los casos fueron tratados mediante cirugía con utilización de injerto autólogo obtenido de calota craneal y plasma rico en plaquetas, con la colocación inmediata de los implantes, y posterior rehabilitación protésica. Se analizan las complicaciones postquirúrgicas, la morbilidad de la zona donante y los implantes e injertos perdidos.

**Resultados:** Se obtiene un 100% de éxito en el proceso final, y en la supervivencia del injerto; un 97,7% de los implantes se encuentran osteointegrados, no obstante, todos los casos fueron rehabilitados, produciéndose tan sólo una infección en seno revertida a los pocos días.

**Conclusiones:** Los injertos de calota son un procedimiento eficaz, predecible, con pocas complicaciones quirúrgicas, mínima morbilidad de la zona donante y menos reabsorción ósea que otros procedimientos terapéuticos.

## REFORMACIÓN ÓSEA SINUSAL: ELEVACIÓN SINUSAL SIN INJERTO

*Irene Morales Trescastro, Rosa Fernández Camacho, Manuel Cara Fuentes, Jesús Machuca Ariza, M<sup>a</sup> Carmen Ramos Robles, Ildefonso Martínez Lara.*

**Introducción:** La elevación de la membrana sinusal sin injerto, con fijación simultánea de implantes osteointegrados, es una técnica reciente de tratamiento del maxilar posterior que sustituye al procedimiento convencional con utilización de injerto con hueso autólogo o bimateriales. Desde que fue descrita en 2002 se ha ido acumulando una significativa casuística experimental y clínica que la sitúan como una alternativa realista.

**Objetivo.** Análisis de una muestra de implantes colocados en el maxilar superior tras la elevación de la membrana sinusal sin injerto.

**Material y Método.** Presentamos un estudio retrospectivo de 16 pacientes, intervenidos entre febrero de 2007 y mayo de 2009, a los que se les han realizado 17 procedimientos de reformación sinusal con fijación de 22 implantes simultáneos. Todos los implantes han permanecido al menos 6 meses libres de carga.

**Discusión.** Durante el periodo de seguimiento sólo se ha perdido un implante antes de la fase protésica. El resto de los implantes no han presentado ninguna complicación, mostrando un comportamiento similar a los implantes fijados según la técnica convencional.

**Conclusión:** En función de los resultados mostrados en la literatura y de nuestra limitada experiencia, pensamos que la reformación sinusal constituye una alternativa eficaz a la técnica clásica de injerto sinusal, aportando como ventajas un menor tiempo total de tratamiento, una menor morbilidad y posibilidad de complicaciones frente a las técnicas de injerto y menor coste económico

## REGENERACIÓN DE ALVEOLOS POSTEXTRACCIÓN: MATERIALES DE RELLENO

*Juárez Morate A., Carrillo Sánchez P., López-Silva MJ. Gutiérrez Sanchez L. Martínez-González JM.*

**Introducción:** La odontología clínica ha puesto de manifiesto la necesidad de disponer de una cantidad mínima de hueso, para obtener una densidad y cantidad ósea correcta para la futura colocación de implantes.

El relleno de alveolos post-extracción consiste en una técnica sencilla que persigue conseguir una regeneración ósea rápida y predecible y un aumento del reborde alveolar, con el fin de compensar la reabsorción ósea postoperatoria que se produce de manera fisiológica.

**Objetivos** Justificar la utilización de biomateriales para el relleno de alveolos postextracción en humanos. Evaluar la eficacia de los distintos materiales de relleno en humanos.

**Material y metodología:** Búsqueda en las bases informáticas MedLine, PubMed y biblioteca informatizada de UCM.

Palabras clave: relleno alveolar (fill alveolar sockets), injertos para alveolos postextracción (graft extraction sockets), regeneración alveolar (alveolar regeneration).

La metodología llevada a cabo consistió en reflejar los datos obtenidos en una tabla con las diferentes variables que queríamos estudiar.

**Discusión:** Los distintos estudios dejan visible la necesidad de tener una cantidad de hueso suficiente para la colocación futura de los implantes, por ello una gran variedad de los mismos analizan distintas técnicas regenerativas o de remodelación ósea.

Los estudios encontrados evalúan la eficacia del relleno alveolar con diferentes biomateriales (aloinjertos, injertos aloplásticos o xenoinjertos), y persiguiendo así evitar la contracción del alveolo y disminuir el proceso de remodelación alveolar.

Además estos estudios analizan la neoformación de hueso, la densidad ósea y en algunos casos el crecimiento vertical encontrado en los distintos grupos de estudio.

**Conclusiones:** Parece demostrada la eficacia de la utilización de materiales de relleno en alveolos postextracción. No existe consenso en cuanto al material de elección.

## REGENERACIÓN ÓSEA MEDIANTE CÉLULAS MADRE MESENQUIMALES. ESTUDIO EN MODELO ANIMAL

*Álvarez-Dotu JM, Torres-Lear F, Junquera-Escribano C, Cantarero-Carmona I, Alvarez-Bernad L.*

**Introducción:** Múltiples procesos maxilares cursan con pérdida ósea. Para solventarla realizamos técnicas de injertos que presentan inconvenientes. En este contexto consideramos opción de tratamiento la utilización de células madre con potencial osteogénico incluidas en matrices. De los diversos tipos de células osteogénicas

usamos las células mesenquimales del tejido adiposo (ADSC).

**Objetivos:** El objetivo principal es desarrollar protocolos de regeneración ósea (RO) empleando ADSC y matriz de fibrina e hidroxiapatita (HA). Objetivos secundarios son estudiar la capacidad de proliferación y diferenciación de las ADSC tanto humanas como animales.

**Material y Método:** Hemos obtenido ADSC de conejo y humanas, hemos comprobado su stenicidad, capacidad de diferenciación y las comparamos. ADSC de conejo, se implantaron en fémur siguiendo varios protocolos, ADSC sin diferenciar en matriz de fibrina e HA. ADSC diferenciadas en fibrina e HA. Implante de hueso autólogo. Defecto sin rellenar. Tras 45 días sacrificamos los animales, realizando estudio anatomopatológico óseo.

**Resultados:** En todas hubo RO, mínima en defecto sin relleno y máxima en el hueso autólogo, seguida de las ADSC diferenciadas y menor las ADSC indiferenciadas.

**Discusión:** La disponibilidad de grasa, su abundancia en ADSC y la morbilidad de su obtención la indican como fuente de ADSC. Esta documentada la RO con matrices de fibrina e HA. Consideramos se puede desarrollar un protocolo de RO mediante ingeniería de tejido óseo (ITO) con ADSC. Los resultados obtenidos en conejo se podrían extrapolar a humanos.

**Conclusiones:** El patrón en RO es el injerto autólogo. La ITO con ACDS podría sustituirlo, no obstante se precisan más investigaciones para resolver los problemas planteados.

## RELACIÓN ENTRE LA ANSIEDAD Y LA DIFICULTAD OPERATORIA EN LA EXTRACCIÓN DE TERCEROS MOLARES INCLUIDOS INFERIORES

*Aznar Arasa Luís; Figueiredo Rui; Berini Aytés Leonardo; Gay Escoda Cosme.*

**Introducción:** La ansiedad es un fenómeno que está estrechamente relacionado con los tratamientos odontológicos. Esta alteración del estado emocional del paciente puede producir un aumento importante de la dificultad del tratamiento a realizar.

**Objetivos:** Relacionar el nivel de ansiedad dental y la dificultad operatoria en pacientes que acuden al Servicio de Cirugía Bucal de la Clínica Odontológica de la Universidad de Barcelona para la extracción de terceros molares incluidos inferiores.

**Material y Métodos:** Se seleccionaron 102 pacientes que acudieron al Servicio de Cirugía Bucal de la Universidad de Barcelona para la extracción de un tercer molar incluido inferior. Se registraron una serie de variables preoperatorias e intraoperatorias relacionadas con las características demográficas del paciente, con la posición radiológica y con la anatomía del tercer molar. Para medir el grado de ansiedad se emplearon cuestionarios de ansiedad dental.

Para valorar la dificultad de la intervención quirúrgica se utilizaron escalas analógicas visuales (EAV) y el tiempo operatorio de la extracción. El análisis estadístico descriptivo y bivariado se llevó a cabo mediante el software SPSS 15.0 para Windows.

**Resultados:** El 41,1% (n=42) de los pacientes presentaron un grado de ansiedad entre moderado y elevado. La estimación preoperatoria de la dificultad operatoria por parte de los cirujanos fue bastante similar a la dificultad real. En los pacientes con ansiedad moderada o elevada se registró una mayor duración de las intervenciones (32,2 minutos) y una mayor dificultad operatoria (EAV: 56mm), con diferencias estadísticamente significativas.

**Discusión y Conclusiones:** Las intervenciones quirúrgicas en pacientes ansiosos son más complejas y a su vez más largas, por lo que la ansiedad dental debería incluirse como un factor importante para valorar la dificultad operatoria en la extracción de terceros molares incluidos inferiores.

## REMODELACIÓN ÓSEA TRAS LA APLICACIÓN DE HUESO BOVINO ANORGÁNICO MÁS COLÁGENO EN ALVEOLOS POSTEXTRACCIÓN

*Antonio Batista Cruzado, Elena Sánchez-Fernández, Blanca Moreno Manteca, Lidia Galiano Cañadas, Francisco O'Valle, Pablo Galindo-Moreno.*

**Introducción:** La colocación de implantes en condiciones idóneas de estética y función oclusal requiere de un volumen óseo determinado. La forma y dimensión del proceso alveolar depende de la presencia de dientes, de forma que este tipo de hueso es reabsorbido cuando se extraen, produciéndose una atrofia tanto de los tejidos blandos como duros. Para evitar, en la medida de lo posible que se produzca este fenómeno, en el mismo momento en que realizamos la extracción de un diente podemos llevar a cabo una serie de técnicas de preservación de alveolo, evitando así la necesidad posterior de técnicas de aumento óseo.

**Objetivos:** Analizar histológicamente los mecanismos biológicos que intervienen en la formación del nuevo hueso alveolar humano y la influencia del uso de biomateriales en su maduración así como los parámetros clínicos que influyen en este tratamiento.

**Material y Métodos:** Paciente varón de 40 años al que se le realizó la extracción del incisivo central superior izquierdo. En el mismo momento se insertó un bloque de hueso bovino anorgánico más colágeno (Bio-Oss Collagen®). Dos meses después, se labró el lecho para el implante mediante una trefina de 3 mm de diámetro con el fin de emplear la muestra para realizar un análisis.

**Resultados:** A nivel clínico, el implante fue colocado con éxito así como la rehabilitación protésica, manteniéndose en condiciones idóneas tras 6 meses de carga. Las condiciones periodontales y de estética gingival y protésica fueron adecuadas a los requerimientos del caso y del paciente.

Histológicamente, se observó un adecuado desarrollo de nuevo hueso vital promovido por el biomaterial. Del mismo modo, se observó un óptimo desarrollo del tejido no mineralizado con una buena microdensidad vascular. La persistencia de partículas de hueso bovino anorgánico, debido su lento proceso de reabsorción, aportó, además, la estabilidad dimensional necesaria para evitar el colapso del alveolo.

**Conclusiones:** El uso de hueso bovino anorgánico más colágeno es eficaz en la preservación de alveolos postextracción dando lugar a unos adecuados porcentajes de nuevo hueso vital y tejido no mineralizado.

## REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LA REALIZACIÓN DE CARGA INMEDIATA CON IMPLANTES LASRGOS VS. IMPLANTES CORTOS

*García Vaquero MJ. Pastor M. Loza J., Jiménez J.*

**Resumen:** El tratamiento de pacientes desdentados total o parcialmente con implantes es cada vez más habitual y la rapidez con la que queremos cargar estas fijaciones aumenta, pudiendo perjudicar el proceso de osteointegración. El presente trabajo pretende aclarar las dudas generadas a la hora de decidir entre la utilización de implantes cortos o largos, así como analizar los casos en los que pueda estar indicado realizar cargas inmediatas.

**Introducción:** El proceso de revisión bibliográfica aporta una serie de afirmaciones de diferentes autores.

No todos los autores coinciden a la hora de definir cuál es la longitud máxima de un implante para considerarlo corto, algunos afirman que éstos son aquellos con una longitud  $\leq 10$ mm y otros en cambio afirman que éstos han de ser  $\leq 7$ mm. Destacar que para algunos autores, para poder realizar una carga inmediata es indispensable que los implantes utilizados tengan una longitud de al menos 10mm y sean además de superficie rugosa.

Tomando como referencia el artículo de Tarnow 92 en el cual afirma que los implantes cortos son aquellos  $\leq 10$ mm analizaremos el resto de artículos.

**Materiales y Método:** Búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pubmed, medline, google académico, index medicus.

**Discusión:** El porcentaje de éxito de los implantes largos sometidos al carga inmediata es muy elevado como corroboran diferentes estudios. Sin embargo el porcentaje en implantes cortos está más discutido a la hora de realizar en ellos carga inmediata

**Conclusión:** La carga inmediata con el uso de implantes cortos así como con el uso de implantes largos tiene un elevado porcentaje de éxito. Diferenciando ambas longitudes, los implantes  $\leq 10$ mm tienen un porcentaje de éxito muy similar siempre y cuando éstos tengan un diámetro elevado.

## RIZOLISIS DE UN MOLAR SUPERIOR, PROVOCADO POR UN MUCOCELE EN EL SENOS MAXILAR. A PROPÓSITO DE UN CASO

*Marques José; Figueiredo Rui; Aguirre Urizar José Manuel; Berini Aytés Leonardo; Gay Escoda Cosme.*

**Introducción:** El mucocelo es una formación pseudoquistica secundaria a la acumulación progresiva de moco, que suele ser asintomática y de crecimiento lento. Se desarrolla por rotura o estenosis de un conducto glandular. La incidencia de este tipo de lesiones varía del 1,4% al 9,6% y son normalmente hallazgos radiológicos. Los mucocelos son clínicamente indistinguibles de los quistes de retención mucosa en su fase inicial y el diagnóstico definitivo sólo es posible después del estudio anatomopatológico.

**Caso clínico:** Se presenta el caso de una mujer, de 39 años, sin antecedentes patológicos familiares ni personales de interés que acudió a su odontólogo privado para una consulta de rutina. En la ortopantomografía se observó la existencia de una imagen radioopaca en el suelo del seno maxilar izquierdo, compatible con mucocelo, así como la rizolisis del segundo molar superior izquierdo (2.7) que mantenía su vitalidad. La paciente no refería sintomatología. Tras completar la anamnesis y el estudio clínico-radiológico pertinente, se decidió efectuar la exéresis del mucocelo a través de un abordaje según la técnica de Cadwell-Luc bajo anestesia local. La intervención quirúrgica se llevó a cabo sin complicaciones peroperatorias ni postoperatorias. Posteriormente se remitió la muestra para estudio anatomopatológico. El diagnóstico definitivo fue de mucocelo.

**Discusión y Conclusiones:** Los mucocelos son descritos como lesiones redondeadas, en forma de cúpula, relativamente radioopacas, con origen en la membrana que cubre las paredes o el suelo del seno maxilar. Generalmente son lesiones autolimitadas que normalmente se mantienen sin producir ningún tipo de sintomatología. Sin embargo, en algunos casos, esta entidad puede estar asociada a signos/síntomas tan diversos como cefaleas, obstrucción nasal, dolor facial y rinorrea. En el caso presentado, la paciente no presentaba sintomatología clínica, aunque se pudo observar una reabsorción radicular de un molar superior en estrecha relación con esta lesión. Es importante remarcar que aunque los mucocelos ubicados en el interior del seno maxilar no suelen requerir tratamiento, es fundamental hacer controles clínicos y radiológicos periódicos con el objetivo de detectar de forma precoz las complicaciones asociadas a estas lesiones.

## SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES PORTADORES DE PRÓTESIS SOBRE IMPLANTES

*Martín-Ares M, González La Calle B, Hernández García-Limia M, Hap de Pouplana B, Muñoz Sota P, Martínez-González JM.*

**Introducción:** En los últimos 25 años la sustitución de los dientes perdidos con implantes se ha convertido en una alternativa común al tratamiento convencional. El éxito debe ser analizado desde un punto de vista clínico, pero la opinión del paciente será determinante para valorar el resultado final.

**Objetivo:** Conocer mediante una encuesta, la satisfacción del paciente rehabilitado con prótesis sobre implantes en aspectos funcionales, estéticos, higiénicos y personales.

**Material y Método:** Se elabora una encuesta dirigida a 105 pacientes rehabilitados con cuatro tipos de prótesis sobre implantes. La encuesta respondía a los requisitos básicos de una prótesis sobre implantes, funcionalidad, estética, higiene y satisfacción personal. Se trataba de doce preguntas y con tres opciones de respuesta. Los criterios de inclusión para la participación en el estudio, eran rehabilitaciones de al menos tres meses y la reposición debía ser de tres o más dientes. El promedio de edad de la población encuestada fue de 63 años con un rango comprendido entre 27 y 87 años. En cuanto al sexo hubo 55 hombres y 50 mujeres. Se necesitó un total de 378 implantes para las rehabilitaciones.

Tras la obtención de los datos, fueron tratados con el programa informático SAS 9.1.3. Se hizo primero un análisis descriptivo y posteriormente una estadística inferencial. Se aplicó la prueba Chi-Cuadrado, Análisis de la Varianza, el test no paramétrico de Kruskal-Wallis y un contraste múltiple a posteriori de Wilcoxon.

**Resultados:** Se obtiene un alto grado de satisfacción en los pacientes portadores de prótesis sobre implantes. Así el 84.76% de los pacientes encuestados come bien con sus nuevas prótesis, no presenta dificultades para hablar y cree que ha mejorado su estética.

**Conclusiones:** Tras el análisis de los resultados, se demuestra que la mayoría de los pacientes sometidos a tratamiento implantológico experimentaron una satisfacción general buena.

## SINTOMATOLOGÍA PREVIA A LA CIRUGÍA PERIAPICAL DE 178 LESIONES. RELACIÓN CON EL DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO Y LA EVOLUCIÓN A LOS 12 MESES

*Celia Carrillo, Bárbara Ortega, Berta García, Miguel Peñarrocha, Francisco Vera.*

**Introducción:** Las manifestaciones clínicas de las lesiones periapicales dependen de la fase en la que se encuentren. Las lesiones en fase aguda ocasionarán una sintomatología clara y abundante, mientras las crónicas permanecerán asintomáticas.

**Propósito:** El objetivo de este estudio es relacionar los síntomas y los signos previos a la cirugía periapical con el diagnóstico histológico y la evolución a los 12 meses de 178 lesiones periapicales.

**Metodología:** Entre 2005 y 2008, se trataron 152 pacientes

con cirugía periapical. Los síntomas y signos en los tejidos blandos, en la exploración inicial fueron anotados. Se analizaron histológicamente las biopsias, estableciéndose el diagnóstico de: granuloma apical, quiste radicular y cicatriz apical. Se valoró la evolución de las lesiones, según los criterios de von Arx y Kurt a los 12 meses de la cirugía.

**Resultados:** Se incluyeron en el estudio 147 pacientes, 5 fueron excluidos, con 178 lesiones periapicales. Se observó cómo el 78.1% de los tejidos de cicatrización fueron asintomáticos, y los granulomas fueron dolorosos en el 36.4% de los casos. De los 8 quistes analizados, la mitad fueron asintomáticos y la otra mitad causaron dolor. El 68.7% de las cicatrices fibrosas no crearon ninguna alteración en el tejido blando; el 31.7% de los granulomas fistulizaron y el 75% de los quistes no produjeron ninguna alteración. Se observó como las lesiones con inflamación tenían peor pronóstico, y las lesiones que no produjeron alteraciones en los tejidos blandos, mejor. Al relacionar los signos y síntomas prequirúrgicos, con el tipo lesional y la evolución, no hubo relación estadísticamente significativa.

**Conclusiones:** Las lesiones periapicales crónicas (granulomas, cicatrices fibrosas y quistes) suelen ser asintomáticas y no provocan alteraciones en los tejidos blandos, pero pueden agudizarse provocando dolor y fistulizando. Se observó peor pronóstico en las lesiones con inflamación, sin ser esto significativo.

#### **SUPERVIVENCIA DE IMPLANTES TRAS ELEVACIÓN SINUSAL EN MAXILARES SUPERIORES ATRÓFICOS EN RELACIÓN A LA TÉCNICA DE CONFECCIÓN DE LA VENTANA SINUSAL, ESTADO DE LA MEMBRANA SINUSAL Y TIPO DE INJERTO**

*Luis Martorell Calatayud, Berta García Mira, José Balaguer Martínez, Miguel Peñarrocha Diago.*

**Introducción:** La osteointegración de los implantes es difícil de alcanzar en pacientes con senos maxilares muy neumatizados debido a la poca disponibilidad ósea por la atrofia en estas zonas. Para solucionar esta limitación anatómica se realiza la elevación del suelo del seno maxilar, considerada actualmente una práctica quirúrgica habitual en la implantología oral.

**Objetivos:** Conocer la supervivencia de los implantes colocados mediante las técnicas de elevación sinusal; determinar si el uso de la pieza de mano o del piezosurgery en la confección de la ventana vestibular, la perforación de la membrana sinusal, y el uso de injerto autógeno, Bio-Oss o una mezcla de Bio-Oss y autógeno, influyen en los resultados de elevación sinusal.

**Material y Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, donde se realizaron 131 elevaciones de seno maxilar en 101 pacientes, colocándose de forma inmediata o en una

segunda intervención 194 implantes (102 mediante técnica directa y 92 mediante indirecta), para rehabilitar pérdidas dentales unitarias, parciales o totales.

**Resultados:** Fracasaron 15 implantes, 7 tras elevación sinusal directa y 8 tras indirecta, todos antes de la carga, siendo la supervivencia de los implantes del 92,3%. La supervivencia fue del 90,4% cuando se perforaba la cortical vestibular con fresa de bola y del 96% cuando se usaba ultrasonidos. Cuando se perforó la membrana sinusal durante la cirugía la supervivencia de los implantes fue del 57,1%. Cuando se usaba hueso autógeno o éste mezclado con Bio-Oss se obtuvo una supervivencia del 89,4% y cuando se utilizaba Bio-oss de forma aislada fue del 94,3%.

**Conclusiones:** El éxito no tuvo relación estadísticamente significativa con el tipo de instrumento utilizado para confeccionar la ventana vestibular, estado de la membrana sinusal y tipo de injerto utilizado.

#### **TELEMEDICINA APLICADA A LA CIRUGÍA ORAL. ANÁLISIS DE LA CONSULTA TELEMÁTICA EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS TERCEROS MOLARES**

*Esther N. Sánchez Cobo, Patricia Bargiela Pérez, Carlos Bonilla Mejías, Manuel Vigo Martínez, Daniel Torres Lagares, Jose Luis Gutierrez Pérez.*

**Introducción:** La Telemedicina ha sido definida como una prestación de prácticas médicas a distancia, utilizando tecnologías de telecomunicaciones. Sirve para intercambiar información médica de cualquier tipo por medios electrónicos de comunicación, para la educación sanitaria y para mejorar la calidad de las prestaciones médicas. Telemedicina no es un elemento tecnológico, sino la nueva manera de hacer y organizar la provisión de servicios sanitarios.

**Material y Método:** En el servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del HH.UU Virgen del Rocío en Sevilla se implantó un sistema de Telemedicina, como recurso diagnóstico para el tratamiento de las patologías de los terceros molares incluidos, recepcionadas en centros de asistencia primaria adheridos al programa. En este estudio piloto nuestro propósito es analizar los parámetros de la línea asistencial convencional y las innovaciones propuestas por la aplicación de un sistema telemático de asistencia hospitalaria, durante el periodo 2008-2009.

**Objetivos:**

- Evaluar los tiempos verificados entre la atención y el diagnóstico del especialista.
- Evaluar el tiempo transcurrido desde la primera visita hasta la consecución del tratamiento.
- Valorar la calidad asistencial del acto único y de la consulta telemática en relación con el protocolo convencional.
- Analizar el coste-beneficio que proporciona al paciente la adopción de la Telemedicina en el tratamiento de la patología del tercer molar.

- Estimar el coste-beneficio, en términos de ahorro, que la implantación de la Telemedicina supone para el Sistema Sanitario Andaluz.

**Discusión y conclusiones:** Por su relativa novedad, la práctica de la Telemedicina no está definitivamente asentada ni integrada en los procedimientos habituales de las organizaciones sanitarias; algunas aplicaciones han alcanzado la madurez y demostrado su utilidad, mientras otras están emergiendo. Es previsible que su implantación vaya a modificar escenarios y esquemas establecidos en la provisión de servicios de salud, con notables consecuencias estratégicas, organizativas y de gestión de los recursos.

## TÉCNICA DE DESCOMPRESIÓN DE LOS QUERATOQUISTES ODONTOGÉNICOS: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

*Morales I, Bagan JV, Carbonell E, Sanchis JM.*

**Introducción:** El queratoquiste odontogénico deriva de las células del órgano del esmalte. Se localiza con mayor frecuencia en la mandíbula a nivel del ángulo y rama mandibular. Suele detectarse entre la segunda y quinta década de la vida y afecta más frecuentemente a varones (proporción 1:1.4). Su incidencia entre todos los quistes se ha estimado entre el 4 y 11%. Se trata de una lesión generalmente asintomática y de crecimiento lento, expansivo no destructivo y con alta tendencia a la recidiva.

**Objetivos:** Realizar una revisión bibliográfica sobre la efectividad de la técnica de descompresión en el tratamiento de los queratoquistes.

**Material y Métodos:** Se realizó una búsqueda en el Medline sobre la técnica de descompresión de los queratoquistes.

**Resultados:** La revisión de la literatura permite afirmar que la técnica de descompresión de los queratoquistes es un procedimiento quirúrgico sencillo y adecuado, cuando se mantiene durante una media de 3-6 meses para reducir de forma significativa el tamaño de las lesiones. Indicado especialmente en lesiones muy grandes, que afectan a estructuras importantes, ya que facilita su eliminación quirúrgica disminuyendo las secuelas y la tasa de recidiva.

## TÉCNICAS DE CIRUGÍA PLÁSTICA PERIMPLANTARIA

*Antonio Cabezas Macián, Rafael Flores Ruiz, Gonzalo Gómez de la Mata Galiana, Ignacio García-Moris García, Daniel Torres Lagares, José Luis Gutiérrez Pérez.*

**Introducción:** La cirugía plástica perimplantaria queda englobada en el manejo de los tejidos blandos circundantes al implante. Este manejo de los tejidos suele quedar situado en la mayoría de los casos en la realización de una segunda fase quirúrgica. Los objetivos son: obtener encía queratinizada, mejorar ajuste y emergencia transeptal

y disponer de una correcta altura de los tejidos blandos para llegar a obtener un surco perimplantario que nos proporcione un entorno higiénico y mejore la estética.

**Caso clínico:** Presentaremos una serie de 5 casos clínicos en los que ilustraremos las técnicas más habituales; como son la técnica perforante en la que se elimina encía queratinizada, y las técnicas a colgajo con desplazamiento de tejidos en los que englobamos el colgajo enrollado o roll-on y colgajo pediculados; sin desplazamiento de tejidos como son el colgajo convencional y festoneado.

**Discusión:** Las ventajas que aporta la cirugía plástica perimplantaria son, obtener una correcta banda de encía queratinizada, que disponga al anillo mucoso perimplantario de una óptima altura y anchura para tener una higiene y estética adecuada.

En la segunda cirugía de implantes también se evalúa la oseointegración, se elimina un sobrecrecimiento no armónico de tejidos blandos, se extraen los tornillos de cierre, se colocan pilares de cicatrización o provisionales y se elimina el sobrante óseo supraimplantario.

Si no realizamos una correcta segunda cirugía de implantes, podemos fracasar a la hora de rehabilitar protéticamente el caso clínico.

**Conclusiones:** El manejo de los tejidos blandos hay que planificarlo en el estudio preoperatorio y es posible realizarlo en cualquier fase implantaria o incluso previa, y con ello obtener un óptimo sulcus perimplantario de encía queratinizada.

La ausencia de mucosa queratinizada es un factor predisponente para la inflamación gingival en casos de mala higiene.

Las técnicas perforantes no son de elección en la actualidad y nos inclinaremos por las técnicas a colgajo ya que mejoran la emergencia del pilar transeptal, y favorecen su ajuste en aras de la higiene y la estética en la posterior restauración protésica.

## TÉCNICAS Y COMPLICACIONES EN ANESTESIA LOCAL

*Hap de Pouplana B, Hernández García-Limia M, Muñoz Sota P, González La Calle B, Martín Ares M, Davis Ubiñas K.*

**Introducción:** El dolor es una de las principales causas por las que los pacientes temen acudir a la consulta odontológica. El profesional debe dominar las diferentes técnicas anestésicas con el fin de realizar un tratamiento odontológico satisfactorio y estar preparado para solventar las posibles complicaciones anestésicas derivadas del mismo.

**Objetivo:** Conocer las principales técnicas y complicaciones en anestesia local.

**Material y Método:** Se realizó una revisión bibliográfica en PubMed de los últimos cinco años sobre técnicas anestésicas y complicaciones más frecuentes enfocadas a procedimientos quirúrgicos.

**Discusión:** El conocimiento de las técnicas anestésicas locales es fundamental para reducir la ansiedad y el dolor del paciente. Además, la ejecución de una técnica correcta es imprescindible para evitar las posibles complicaciones derivadas del procedimiento anestésico, en la mayoría de los casos, infrecuentes y de resolución sencilla.

**Conclusiones:** La realización de una técnica anestésica correcta es fundamental para reducir el dolor intraoperatorio y evitar la aparición de complicaciones derivadas de los procedimientos de anestesia local.

## **TOMOGRAFÍA COMPUTERIZADA CUANTITATIVA (QCT) COMO TÉCNICA DENSITOMÉTRICA EN IMPLANTOLOGÍA BUCAL**

*Merchán Morales S, Moncada Escorcía R, Andrés Veiga M, Barona Dorado C, Martínez-González JM.*

**Introducción:** La evaluación preoperatoria de la densidad ósea en la planificación preimplantológica es esencial para identificar los sitios adecuados para los implantes y mejorar las ratios de éxito. En el presente trabajo planteamos el uso de la QCT como posible técnica densitométrica en implantología bucal. Hasta hace pocos años la estimación de la densidad mineral ósea ha sido subjetiva (clasificación de Lekholm-Zarb, clasificación de Misch), se ha investigado con radiografía convencional, con DXA, con CT etc., pero los últimos estudios parecen indicar que la QCT es la técnica densitométrica de mayor exactitud.

**Objetivo:** Valorar la viabilidad de la QCT y su programa informático 3D Spine (normalmente utilizado en columna vertebral y cadera) como técnica densitométrica en implantología bucal.

**Pacientes y metodología:** Se realizan exploraciones tomográficas en 45 pacientes con un escáner de Tomografía Computerizada Cuantitativa (General Electric Company USA modelo CTe dual), utilizando el software 3D Spine (QCT-PRO, Mindways Software Inc. San Francisco, USA) y dos fantasmas (de calibración y de exploración) en los que hay materiales de referencia con densidades conocidas (PO4HK2).

**Resultados:** La QCT proporciona una valoración densitométrica objetiva y no dependiente de la experiencia del clínico. La densidad que provee este método es una densidad mineral (mg hidroxapatita/cm<sup>3</sup>), no física (sin agua ni material orgánico) y más exacta que la densidad fotográfica (Unidades Hounsfield).

**Conclusiones:** Es viable la realización de estudios densitométricos basados en la QCT y su programa informático 3D Spine para implantología bucal y otras aplicaciones en territorio máxilo-facial.

## **TRATAMIENTO DE LAS LESIONES CENTRALES DE CÉLULAS GIGANTES: REVISIÓN A PROPÓSITO DE 7 CASOS**

*Cruz M, Bagán JV, Poveda R, Jimenez Y.*

**Introducción:** La lesión central de células gigantes es una lesión ósea benigna de origen desconocido que ocasionalmente puede mostrar un comportamiento agresivo. Ocurre con mayor frecuencia en el sexo femenino y más del 70% se diagnostican antes de los 30 años. El cuadro clínico varía desde una tumoración asintomática de crecimiento lento, a una lesión agresiva que presenta dolor, perforación de corticales, resorción radicular y desplazamiento dental.

**Objetivo:** El objetivo de nuestro trabajo fue describir las características clínicas de 7 casos de lesiones de células gigantes y revisar las opciones terapéuticas descritas.

**Material y Métodos:** Realizamos una revisión de las opciones terapéuticas descritas en la literatura en los últimos 5 años. Se estudiaron 7 casos tratados en el Hospital General Universitario de Valencia, recogiendo datos de los pacientes (edad, sexo, antecedentes traumáticos, sintomatología), de las lesiones (Tamaño, localización) y del tratamiento efectuado.

**Resultados:** Se trataron 7 pacientes, 5 mujeres y 2 hombres, con una edad media de 28 años. Las lesiones se localizaban en un 71.5 % (5 casos) en mandíbula y en el 28.5 % (2 casos) en maxilar. El tamaño medio de las lesiones fue de 3 cm de diámetro. 3 pacientes fueron asintomáticos y 4 cursaron con dolor, tumefacción y sensación de masa. En todos ellos se realizó la extirpación quirúrgica de la lesión (resección con márgenes de seguridad y una de ellas con legrado) y sutura y en tres casos se utilizó la inyección de corticosteroides previamente. En dos de los pacientes hubo una recidiva.

## **TRATAMIENTO INTERDISCIPLINARIO DE LA ANQUILOGLOSIA: FRENILLECTOMÍA Y REHABILITACIÓN LOGOPÉDICA**

*Robles García M, Valdivieso del Pueblo C, Bonilla Mejías C, Sáenz Ramírez C, Belmonte Caro R, Torres Lagares D.*

**Introducción:** La anquiloglosia es una anomalía congénita caracterizada por un frenillo lingual corto que restringe los movimientos de la lengua, creando problemas tan importantes como dificultad en la lactancia, impedimentos en el habla, mala higiene oral y trastornos psicológicos. Existen muchos estudios sobre los problemas que esta anomalía causa en la succión del bebé en la lactancia, nosotros centraremos nuestro trabajo en determinar la influencia de la anquiloglosia sobre el habla.

**Caso clínico:** Paciente de 8 años de edad que acude al Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial de los Hospitales Universitarios Virgen del Rocío por problemas en la

articulación de las palabras. Después de diagnosticarle anquiloglosia, procedemos a extirpar el frenillo lingual mediante frenillectomía y le referimos a rehabilitación logopédica desde el día posterior a la intervención.

**Discusión:** La literatura demuestra que la recidiva es una de las complicaciones más frecuentes y que conseguiremos eludir la si la lengua es sometida a ejercicios pautados que mejorarán la desinserción y la movilidad de ésta y por tanto su funcionalidad. Aunque los trastornos en el habla pueden acarrear problemas graves, existen autores que no recomiendan la frenillectomía para prevenir estos problemas en niños con frenillo lingual corto. Desafortunadamente no existe un predictor que nos diga qué paciente desarrollará estas complicaciones.

**Conclusiones:** El odontólogo tiene la responsabilidad de observar todo desarrollo anormal del aparato estomatognático del niño y evitarlo, para ello necesitará conocer la normalidad del desarrollo motor y del habla. Se indicará la remoción del frenillo lingual corto cuando éste interfiera en la funcionalidad de la lengua y para evitar el fracaso del tratamiento quirúrgico recomendaremos rehabilitación logopédica postoperatoria. Junto a todo esto es importante el diagnóstico precoz para obtener mayor probabilidad de éxito.

## TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS INFECCIONES ODONTÓGENAS. A PROPÓSITO DE UN CASO

*Suárez Rivaya Javier; Aparicio García Virginia; Sánchez Jorge María Isabel; Urizar Gorosarri Mikel; Martínez Barrios Alicia; Guisado Moya Blanca.*

**Introducción:** Las infecciones odontogénicas tienen su origen en las estructuras que forman el diente y el periodonto. El agente causal es la caries en el 90% de los casos. La progresión natural de la caries es la colonización bacteriana del tejido pulpar con la aparición de pulpitis seguida de periodontitis apical y celulitis, cuadro conocido como osteoflemón.

Un tratamiento inadecuado de una infección odontogénica puede desencadenar una diseminación bacteriana comprometiendo estructuras próximas o lejanas al diente causal. Esto dependerá de factores generales, como la capacidad de respuesta inmunológica del paciente y la eficacia del tratamiento antibiótico, así como, factores locales como las inserciones musculares y los espacios celulares.

**Caso Clínico:** Se presenta un caso de una paciente de 42 años de edad que acude al Departamento de Cirugía de la Facultad de Odontología de la Universidad Complutense de Madrid derivada del Departamento de Endodoncia para realizar la exodoncia del diente 4.7. La paciente presentaba una fístula cutánea en la región submandibular derecha asociada a una imagen periapical radiolúcida a nivel del 4.7. que no respondía al tratamiento antibiótico de amplio

espectro. Se decide realizar la exodoncia del diente, desbridamiento quirúrgico del trayecto fistuloso así como el drenaje cutáneo.

**Discusión:** La manifestación cutánea de un proceso infeccioso con la presencia de una fístula va a requerir un tratamiento quirúrgico para eliminar todo el trayecto fistuloso, drenar la colección purulenta y en ocasiones la exodoncia el diente causal.

**Conclusiones:** Un abordaje quirúrgico correcto y a tiempo va a permitir mejorar el pronóstico y evitar una diseminación sistémica de este tipo de procesos.

## TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS LESIONES ORALES ASOCIADAS AL SÍNDROME DE GOLTZ (HIPOPLASIA DÉRMICA FOCAL)

*Hermo Señaris P, Mosquera Taboada L, Seoane Romero J, Crespo Vázquez E, Rey Albarellos F, Aguado Santos A.*

**Introducción:** Tan sólo existen 200 casos previamente publicados de esta entidad que consistente en lesiones hipoplásicas en dermis, aparición de herniaciones grasas cutáneas, lesiones oculares, viscerales múltiples y óseas (osteopatía estriada). Las lesiones orales aparecen en torno al 50% de las veces y se trata de lesiones exofíticas, de apariencia verrugosa y de crecimiento progresivo que se localizan en encía, paladar y lengua. No existen publicaciones previas ni experiencia sobre el manejo quirúrgico de las lesiones orales.

**Caso:** Se presentan 2 nuevos casos con lesiones orales (encía, paladar y lengua) y propone la exición con Láser Waterlase® (combinación de energía láser y atomización de agua). Durante el seguimiento de un año no se han evidenciado recidivas.

## USO DEL PIEZOSURGERY. VENTAJAS E INCONVENIENTES

*Paylos J., Rodriguez Bronchú J., Pamies J., García Sala F.*

**Introducción:** El ultrasonido es un dispositivo ampliamente utilizado en odontología.

En cirugía bucal, se utiliza como instrumento para seccionar los tejidos duros sin dañar a los tejidos blandos adyacentes con una serie de ventajas e inconvenientes.

**Objetivo:** El objetivo de nuestro trabajo es analizar las ventajas e inconvenientes de dicho dispositivo en el campo de la cirugía bucal e implantología.

**Materiales y Métodos:** Se ha realizado una revisión bibliográfica a partir de la base de datos de Pubmed y Medline, revisando aquellos artículos de mayor impacto científico, de entre los cuales se analizaron aquellos que hacían referencia a las ventajas e inconvenientes en su utilización.

**Discusión:** El instrumental ultrasónico fue inventado

por el cirujano oral italiano Tomaso Vercellotti en 1988 para modificar y mejorar la tecnología convencional. Fue primero descrito para cirugías preprotésicas, expansiones de crestas y elevaciones de seno, por su precisión y limpieza en los cortes, así como por su capacidad para respetar estructuras anatómicas adyacentes de componente óseo. Hoy en día es también utilizado para otras aplicaciones como alargamientos coronarios y para la obtención de injertos en bloque.

**Conclusión:** Los ultrasonidos constituyen un instrumental de corte de tejidos duros que ofrece más seguridad en aquellos casos en los que exista riesgo de lesionar estructuras blandas, como la membrana de Sneider o la fibromucosa palatina. Como principal inconveniente encontramos la lentitud de corte comparado con los métodos tradicionales de osteotomía.

## UTILIZACIÓN DE MICROIMPLANTES EN TRATAMIENTOS MULTIDISCIPLINARIOS

*Guerrero Polo O, Mosquera Taboada L, Fernández Couce C, Castro Sabugueiro M, Seoane Romero J, Marquina Tesouro A.*

**Introducción:** Los implantes óseo-integrados han sido utilizados para el anclaje ortodóncico durante muchos años, pero su uso no ha sido del todo aceptado debido a limitaciones como los factores anatómicos, económicos y la prolongación del tiempo de tratamiento. Las limitaciones anatómicas, como un reborde edéntulo irregular, el área retromolar y el paladar representan un gran reto para el odontólogo clínico. En esta comunicación, se da a conocer una de las opciones más versátiles en la actualidad, los microimplantes para anclaje (MIA). Este dispositivo puede ser colocado en áreas en las cuales un implante óseo-integrado no puede hacerse, como el área aleolar intererradicular, lámina palatina, área retromolar, parte inferior del arco zigomático y espina nasal anterior. Otra de sus ventajas es que son menos costosos y de carga inmediata, lo que reduce sustancialmente el tiempo de tratamiento

**Material y metodología:** Describimos el protocolo de indicación, limitación e inserción de los microimplantes en la Unidad Docente de Cirugía Oral y Ortodoncia de la Universidad de Santiago de Compostela., así como la evaluación de los índices de reabsorción radicular con control radiográfico tras dos años tras su colocación. Las indicaciones para el uso de microimplantes las hemos dividido en dos grupos: principales y secundarias. Las consideradas principales se dirigen a obtener los siguientes movimientos dentarios: a) intrusión posterior; b) retrusión de incisivos; c) retrusión de la arcada mandibular, y d) intrusión de incisivos. Las secundarias van encaminadas a: a) enderezar molares; b) anclar molares; c) protruir incisivos; d) desimpactar molares, y e) cerrar espacios edéntulos, previos a la implantología convencional.

Los implantes utilizados se componen de un tornillo

intraóseo, un cuello de superficie lisa transmucoso en contacto con el tejido blando (de 2,5mm o 4,5mm de espesor), y una parte expuesta de 2mm<sup>10</sup>.

**Conclusiones:** La aplicación de microimplantes es una intervención sencilla, segura y predecible siempre y cuando se utilicen adecuadamente las guías e indicaciones quirúrgicas de referencia

## UTILIZACIÓN DE PLASMA RICO EN FACTORES DE CRECIMIENTO (PRGF) EN EXTRACCIONES DE TERCEROS MOLARES INFERIORES. ESTUDIO PILOTO

*Cano Díaz Eloy de la Peña, Velázquez Cayón Rocío, Valdivieso del Pueblo Carlos, Rodríguez Martos Ramón, Bonilla Mejías Carlos, Torres Lagares Daniel.*

**Introducción:** Las aplicaciones terapéuticas del PRGF son muy diversas en el área de la medicina.

Los factores de crecimiento son polipéptidos, contenidos en diferentes tipos celulares y en la matriz extracelular, que juegan un papel fundamental en la estimulación y regulación de la cicatrización en diferentes tejidos del organismo.

El Plasma Rico en Factores de Crecimiento (PRGF) es un producto biológico, autólogo, no tóxico ni alergénico que se obtiene mediante centrifugado de la sangre que dispone sus componentes en distintas fracciones según el gradiente de su densidad.

**Material y Método:** El plasma es sustraído a partir de un pequeño volumen de sangre (20 c.c.) preparado previamente antes de la intervención. Utilizaremos pacientes que necesiten extracciones de los terceros molares inferiores simétricos para comprobar la cicatrización y evolución en ambas extracciones, siendo un lado experimental (PRGF) y otro control.

**Resultados:** Los resultados obtenidos como estudio piloto que presentamos, nos muestran que el dolor postoperatorio a las 6 horas después del tratamiento es significativo estadísticamente ( $p < 0,05$ ).

**Discusión:** Se ha descrito que las plaquetas es una fuente rica en factores de crecimiento. En este estudio piloto, se pretende explicar los beneficios del efecto del PRGF en el tratamiento de la exodoncia de terceros cordales como alternativa a la técnica habitual.

**Conclusión:** El plasma rico en factores de crecimiento es una alternativa terapéutica segura y eficaz en el tratamiento en la extracción de los terceros molares inferiores, ya que no se han encontrado efectos negativos y estimula la aceleración de la cicatrización en las zonas intervenidas.

Su bajo coste y morbilidad lo hacen recomendable para su empleo en la cirugía de extracción de los terceros molares.

## VALORACIÓN DE LA ESTABILIDAD DE IMPLANTES OSTEOINTEGRADOS CON ANÁLISIS DE FRECUENCIA DE RESONANCIA (RFA) TRAS LA APLICACIÓN DE LASER DE DIODOS.

*Rodríguez Pérez M., Romero Olid MN., Muñoz Soto E., Herrera Briones FJ., Rosales Palermo J., Vallecillo Capilla M.*

**Introducción:** La osteointegración de los implantes es un fenómeno potenciado por diversos factores. El objetivo del presente trabajo es evaluar la influencia del láser de diodo de baja potencia en la estabilidad de los implantes osteointegrados.

**Material y Métodos:** 31 implantes tras la colocación, 15 fueron sometidos a bioestimulación con láser de diodo (Laser Smile®) a 2W de potencia durante 2 minutos. Se aplicaron 3 sesiones de láser: postcirugía, a las 48 y 72 horas. La estabilidad primaria de los todos los implantes fue registrada tras la colocación de los implantes, a los dos y a los tres meses mediante RFA con el dispositivo Osstell Mentor®. Las variables analizadas han sido ISQ inicial, ISQ a las 8 semanas e ISQ a las 12 semanas; además del incremento del porcentaje del ISQ a las 8 y a las 12 semanas, en ambos grupos (no láser / sí láser).

**Resultados:** Al comparar los valores medios del ISQ al inicio, a las 8 y a las 12 semanas, de los implantes a los que se le aplicó el láser frente a los que no recibieron estimulación con láser no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. La comparación del incremento del porcentaje del ISQ a las 8 entre láser frente a no láser mostró diferencias significativas, mientras que a las 12 semanas las diferencias no fueron significativas.

**Discusión:** Numerosas investigaciones demuestran resultados positivos de la fotobioestimulación con LLLT para la regeneración ósea, pero aún no está claro el mecanismo de actuación, las dosis adecuadas ni el protocolo de aplicación.

**Conclusiones:** Pese a lo reducido de la muestra, no descartaríamos el uso LLLT favorecer la osteointegración. Consideramos que son necesarios estudios clínicos, de mayor muestra, que evalúen la influencia del láser de diodo dosis menores de potencia.

## VALORACIÓN PREQUIRÚRGICA DEL VOLUMEN DE INJERTO ÓSEO EN ELEVACIONES SINUSALES MEDIANTE EL EMPLEO DEL PROGRAMA COMPUTENT

*Arias Irimia O, Enríquez Sacristán C, Pérez Corral I, Barona Dorado C, Martínez-González JM.  
Máster en Cirugía Bucal e Implantología del Hospital de Madrid.*

**Introducción:** El empleo de CompuDent permite conocer de forma preoperatoria el volumen de injerto necesario, reduciendo de esta manera los tiempos quirúrgicos, así como los costes y las expectativas del paciente.

**Objetivos:** 1.-Definir la utilidad del programa CompuDent en la determinación del volumen de injerto óseo prequirúrgico necesario para el tratamiento implantológico. 2.- Calcular el volumen de injerto necesario para la rehabilitación mediante distintas longitudes de implantes. 3.- Correlacionar el volumen obtenido con la morfología de la cresta ósea residual.

**Material y Método:** Este estudio se ha realizado sobre 32 pacientes a los que, mediante el programa CompuDent Navigator, se midió tanto la altura y anchura del proceso alveolar, como el volumen de injerto.

**Resultados:** El volumen de injerto medio para realizar una elevación de 13,4 mm. es de 2,42 cm<sup>3</sup> para el seno maxilar derecho, y de 2,50 cm<sup>3</sup> para el izquierdo. El volumen de injerto medio para realizar una elevación de 15 mm. es de 3,01 cm<sup>3</sup> para el seno maxilar derecho, y de 3,09 cm<sup>3</sup> para el izquierdo.

**Conclusiones:** 1.- El programa CompuDent es una herramienta eficaz en la determinación del volumen de injerto óseo, dada su sencillez, rapidez y posibilidad de estandarización en todos los procedimientos prequirúrgicos. 2.-El volumen medio de injerto necesario para una elevación de 13,4 mm de altura ha sido de 2,42 cm<sup>3</sup> para el seno maxilar derecho y de 2,50cm<sup>3</sup> para el seno maxilar izquierdo. 3.- El volumen medio de injerto para alcanzar una altura de 15mm, ha sido de 3,01 cm<sup>3</sup> para el seno maxilar derecho y de 3,09 cm<sup>3</sup> para el izquierdo. 4.- No se han podido establecer correlaciones significativas entre las medias de las anchuras y los volúmenes obtenidos. Sin embargo, sí existe una correlación inversamente proporcional entre las medias de las alturas y el volumen de injerto.

## VESTIBULOPLASTIAS EN IMPLANTOLOGÍA

*Clara González Fernández*

**Introducción:** La cirugía preprotésica engloba todas aquellas técnicas o procedimientos quirúrgicos diseñados para mejorar las condiciones anatómicas de los tejidos, que facilitan la rehabilitación protésica posterior.

Con el aumento de demanda de rehabilitación dentaria sobre implantes surge el concepto de cirugía preimplantaria, dentro de la cual se encuentra la vestibuloplastia.

El objetivo de esta comunicación es mostrar los distintos tipos de técnicas de vestibuloplastia y su importancia en el campo de la implantología

**Discusión:** La continua reabsorción fisiológica del proceso alveolar conlleva a su vez la pérdida de cobertura mucosa, tanto de encía queratinizada como no queratinizada, pudiendo comprometer la calidad del tejido periimplantario. La vestibuloplastia en implantología tiene como objetivo principal mejorar la calidad de dicho tejido, eliminando y sustituyendo mucosa móvil o hiperplasiada de menor capacidad de protección para las estructuras del implante.

**Casos:** Presentamos 5 casos de pacientes con escasa

encia queratinizada planificados para rehabilitación con implantes dentales, en los que se han realizado técnicas para aumento de vestíbulo y mejora de la calidad de los tejidos periimplantarios

**Conclusión:** Los implantes idealmente deben estar protegidos por encía adherida queratinizada. Con las técnicas de vestibuloplastia se consigue aumentar la cantidad de encía adherida mejorando y facilitando la restauración protésica posterior.

### **TERCEROS MOLARES SUPERNUMERARIOS: DOS CASOS CLÍNICOS**

*Díaz Vazquez T, Rial Martín K.*

**Introducción:** La hiperodoncia o dientes supernumerarios son dientes que exceden de su fórmula dental normal. Pueden aparecer en pacientes sin ningún tipo de patología aunque normalmente se asocian a síndrome. Pueden aparecer en pacientes sin ningún tipo de patología aunque normalmente se asocian a síndromes. Pueden ser únicos o múltiples y de localización uni o bilateral. Es más frecuente en hombres que en mujeres (2:1), en dentición permanente y en el maxilar superior. Hay varias teorías respecto a la etiología. El diagnóstico suele ser casual al practicar una radiografía normalmente ortopantomografía para el diagnóstico de otra patología. El tratamiento de estas piezas siempre es la extracción quirúrgica.

**Casos Clínicos:** Paciente varón sano de 19 años que acude a la consulta de odontología del centro de salud de Valterra en Arrecife (Lanzarote) por molestias en lado izquierdo. AL realizar el examen de la cavidad oral, se observa los terceros molares erupcionados excepto el 29. EN la ortopantomografía se evidencia el 29 incluido, así como la presencia de otro molar supernumerario que impide su salida a la cavidad oral.

Paciente varón sano de 31 acude a la misma consulta con una ortopantomografía para extracción de terceros molares, en la misma se observa que el paciente tiene 18, 28 y 38 erupcionados, así como la presencia de un molar supernumerario que impide erupción 48. EN la exploración oral a la palpación no refiere dolor a la presión en el triángulo retromolar derecho y no presenta adenopatías en la cadena ganglionar cervical, ni en las glándulas submaxilares.

**Discusión:** La prueba de elección para el diagnóstico de diente incluido es la ortopantomografía y su hallazgo suele ser casual.

**Conclusiones:** la extracción de dichas piezas (terceros molares y supernumerarios) serán bajo anestesia local siguiendo la técnica habitual para la extracción de cordales incluidos.

# POSTERS

## ABORDAJE QUIRÚRGICO PARA TRACCIÓN ORTODÓNICA DE INCISIVOS CENTRALES RETENIDOS: CASOS CLÍNICOS

*Mikel Urizar Gorosarri; Sara Sáiz Carrasco, M<sup>a</sup> Isabel Sánchez Jorge; Barbara Peyró Fernández-Montes; Virginia Aparicio García; Juan López-Quiles*

**Introducción:** El diagnóstico y tratamiento de las retenciones dentarias constituyen la actividad más frecuente del cirujano bucal debido a su frecuencia y a sus manifestaciones clínicas y a sus posibles complicaciones, ya sean de tipo infeccioso, mecánico, nervioso o tumoral. Las posibilidades terapéuticas de las retenciones dentarias son pueden ser la abstención, la extracción o la tracción ortodónica.

**Casos clínicos:** Se describen dos casos clínicos de pacientes de 12 y 14 años que presentaban retención de los incisivos centrales superiores a causa de la presencia de dientes supernumerarios. En ambos casos se realizó el abordaje quirúrgico para su posterior tracción ortodónica.

**Discusión:** Las posibilidades terapéuticas en las retenciones dentarias dependen de la posición, situación y viabilidad del diente incluido. La tracción ortodónica es la conducta de elección debido al papel de estos dientes en la estética de la sonrisa y del paciente.

**Conclusión:** El compromiso estético del sector anterior obliga a realizar tratamientos arriesgados y prolongados en el tiempo, que en otras localizaciones con menores requerimientos estéticos. La tracción ortodónica permite la reubicación en la arcada dentaria del diente retenido.

## ACTINOMICOSIS MAXILAR TRAS CIRUGIA APICAL

*García-Estrada Artajo A, Vergara de Frutos C, Kathan Rodríguez K, Sánchez Ruíz J, Pérez de la Ossa T, Vázquez Piñero MT.*

**Introducción:** La actinomicosis es una infección supurativa crónica de origen bacteriano, muy poco frecuente en nuestros días. Entre los agentes causales el *Actinomyces israeli* es el más común. La forma cervicofacial es la más habitual. En la boca un factor de riesgo importante para desarrollar una actinomicosis es la exodoncia. El tratamiento comprende antibioticoterapia mantenida con derivados de la penicilina y/o abordaje quirúrgico.

**Caso clínico:** Varón de 30 años al que se le realizó, cirugía periapical y quistectomía de incisivos 11, 12 y canino 13 con resultado histopatológico de quiste radicular. Las revisiones tras la cirugía fueron dentro de la normalidad durante un año, pero el paciente vuelve pasados 5 años refiriendo fistulización en la zona intervenida. Tras legrado por el orificio fistuloso se remite el material para estudio histopatológico con resultado de actinomicosis. El tratamiento resolutivo se realizó mediante antibioterapia prolongada y apoyo quirúrgico.

**Discusión:** La etiopatogenia no está aclarada en todos los casos. Determinados factores del huésped podrían facilitar la infección (inmunosupresión, diabetes mellitus). La localización maxilar es poco habitual, ya que la localización más frecuente, en el ámbito cervicofacial, es la perimandibular. El diagnóstico es mediante cultivo o examen histopatológico. El diagnóstico diferencial también debe hacerse con neoplasias y otras lesiones granulomatosas. Los fármacos betalactámicos son de primera elección aunque el patógeno también es sensible a otros antibióticos.

**Conclusiones.** La actinomicosis es una enfermedad poco frecuente en nuestro medio. El historial de una lesión persistente de larga evolución y sin respuesta a tratamientos previos puede hacernos sospechar una actinomicosis. El diagnóstico no es sencillo y requiere de un estudio histopatológico para confirmarla. La terapia mantenida con betalactámicos es de elección y puede complementarse con cirugía.

## APRENDIZAJE SIGNIFICATIVO EN REUNIONES CIENTÍFICAS

*Cárdenas Martos Alejandro; Gázquez González Ana Belén.*

**Introducción:** En una reunión de alto nivel científico como la que celebramos con la Sociedad Española de Cirugía Bucal en Almería en estos días, el asistente puede caer en el error del aprendizaje receptivo, entendido éste como un proceso en el que realmente no se afianza ningún conocimiento para manifestarlo posteriormente, es decir, realmente no se aprende nada. Con esta comunicación pondremos de manifiesto los aspectos que deben llevarse a cabo para realizar un buen aprendizaje, un aprendizaje significativo, que dote a los asistentes a esta reunión de unos parámetros simples y repetibles que aseguren el mayor éxito de su asistencia.

**Objetivos:** Resaltar las características y diferencias entre aprendizaje receptivo y aprendizaje significativo.

**Material y Método:** Estudio de las diferentes formas: comunicación científica, charla, coloquio, aula práctica, etc... que se dan en la Reunión Anual de la Sociedad Española de Cirugía Bucal.

**Resultados:** Para obtener aprendizaje significativo, el sujeto debe de volverse activo y protagonista de su aprendizaje en interacción con su ambiente.

**Discusión:** ¿Es el ambiente de las reuniones científicas el mejor de cuantos sea posible para permitir el aprendizaje? Ventajas e inconvenientes que presenta ante la meta de realizar un aprendizaje significativo.

**Conclusiones:** Conociendo las limitaciones propias de estas grandes asambleas científicas queremos resaltar las posibilidades de establecer un buen aprendizaje para aprovechar a fondo todo el potencial de la gran cantidad de información dada en estos días.

## AUMENTO DE TEJIDOS BLANDOS: TÉCNICA DEL COLGAJO DE ROTACIÓN PALATINO. A PROPÓSITO DE UN CASO

*De la Vega Buró S.; Sánchez Martín-Sauceda E.; Delgado Martín J.; Paredes Rodríguez VM; Peyró Fernández Montes B; López-Quiles Martínez J.*

**Introducción:** La técnica del colgajo de rotación palatino emplea tejido local para aumentar la superficie labial del reborde alveolar, en el caso de los implantes al aumentar la encía labial, elimina la visión del metal del implante subyacente. Fué introducida por Abrams para aumentar los sectores edéntulos de los puentes fijos. Tarnow describió una modificación de ésta técnica para defectos pequeños en el reborde y para tapar exposiciones de los implantes. Block también los describe para aumentar las localizaciones de los implantes.

**Caso clínico:** Paciente de 51 años con ausencia de incisivos centrales y laterales. Después de estudiar su ortopantomografía y su tomografía computerizada se observa a nivel de las ausencias un reborde alveolar estrecho, con defecto vestibular cóncavo. Se planifica la colocación de dos implantes con regeneración ósea y membrana, realizándose 6 m después colgajo de rotación palatina.

**Discusión:** El momento de la realización de esta técnica varía según autores: Huzzeler y Diezmar, Bahat y cols y otros autores, pudiéndose realizar antes de la inserción de los implantes, en el momento de la inserción, durante la segunda fase y en aquellos procedimientos que se llevan a cabo en la fase de mantenimiento.

**Conclusiones:** Esta técnica se reserva para pequeños defectos que necesitan un incremento relativo del grosor gingival, para eliminar la exposición del metal del implante a través de la encía o para defectos horizontales de dos milímetros. Es una técnica sencilla y de buen pronóstico pero la vascularización del tejido conectivo es crítica para obtener un buen resultado; si no se revasculariza se necrosa, y una vez retirado, aparecen cicatrices y recesión gingival, comprometiendo el resultado estético final.

## BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA: TRATAMIENTO DEL DOLOR Y LA INFLAMACIÓN TRAS LA COLOCACIÓN DE UNO A TRES IMPLANTES. BETAMETASONA VS. METILPREDNISOLONA

*Rayo Navarro A., Cervantes Haro N., Ambrosio Encinas M., García García V., Aragoneses Lama J. M.*

**Objetivo:** Determinar si tras la colocación de uno a tres implantes dentales en un paciente, el dolor y la inflamación provocada por la cirugía responde mejor al tratamiento con la administración de Betametasona o mediante el uso de la Metilprednisolona.

**Metodo:** Averiguar cuál de los dos glucocorticoides es el más eficaz es mediante una revisión bibliográfica de los

artículos publicados hasta el momento; realizando una comparación de los resultados obtenidos por los diferentes investigadores.

**Resultados:** No existen trabajos publicados en los que se compare la respuesta al dolor y a la inflamación tras el tratamiento con Betametasona y Metilprednisolona en pacientes que se les han colocado de uno a tres implantes dentales. Si hay artículos que dicen que existe un menor dolor y menor inflamación administrando glucocorticoides, pero sin realizar una comparativa para determinar con cual se obtienen mejores resultados.

**Conclusiones:** Ante la ausencia de bibliografía comparativa sobre este tema se debería realizar un estudio sobre pacientes en profundidad para determinar con que glucocorticoide (Metilprednisolona o Betametasona) se obtienen mejores resultados.

## CIRUGÍA MUCOGINGIVAL CON ALOINJERTO: A PROPÓSITO DE UN CASO

*Muñoz Soto E, Diéguez Guerrero J, Romero Olid N, Olmedo Gaya MV, Herrera Briones J, Alvaro Sánchez JA.*

**Introducción:** Existen diferentes técnicas para el tratamiento de las recesiones gingivales. Teniendo en cuenta las complicaciones postoperatorias del injerto de tejido conectivo autógeno, se plantea como alternativa la posibilidad de utilizar un injerto de dermis acelular humana (Alloderm®).

**Caso clínico:** Paciente con recesiones gingivales anteroinferiores extendidas de canino a canino inferiores. Por la necesidad de un gran injerto se indica la utilización de Alloderm® mediante la técnica de Langer.

**Discusión:** Está demostrado que la sustitución de un injerto de conectivo autógeno obtenido de paladar del paciente por un injerto de dermis acelular humana es una buena elección, ya que para el tratamiento de una o múltiples recesiones gingivales, el injerto autógeno lleva asociado un mal postoperatorio al precisar dos campos quirúrgicos diferentes, así como la limitación para la obtención del injerto en función de la extensión de la zona receptora del injerto y a la cantidad de tejido donante existente y estadísticamente se obtienen los mismos resultados. El uso de Alloderm® se considera seguro, por haber sido sometido previamente a procedimientos químicos con la finalidad de eliminar todas las células dérmicas del donante y de esta manera evitar un posible rechazo por una reacción inmunológica del paciente. El único punto en contra del uso de Alloderm® es el incremento en el coste de la cirugía, además de la posible negativa del paciente a ser tratado con material humano.

**Conclusiones:** Podemos valorar la cirugía como un éxito por haber conseguido un engrosamiento de la encía queratinizada. Teniendo en cuenta que el pronóstico del tratamiento de las mismas no era bueno por tratarse de recesiones tipo 3-4 de Miller.

## COLGAJO DE LA BOLA ADIPOSA BUCAL DE BICHAT PARA CIERRE DE COMUNICACIÓN BUCOSINUSAL

*M.Rodríguez-Portugal Parrilla, O.Oro Fernández, J.López Malla Matute, M<sup>a</sup> A. González Corchón, J. Delgado Gregori.*

**Objetivo:** Mostrar una técnica de cierre de una comunicación orosinusal utilizando un colgajo de bola adiposa bucal de Bichat.

**Material y Métodos:** Paciente varón de 31 años de edad al que tras exodonciar el tercer molar superior izquierdo, se le diagnosticó clínicamente una comunicación orosinusal mediante la maniobra de Valsalva. Basándonos en este caso realizamos una búsqueda de la bibliografía existente para documentar dicha técnica.

**Resultados:** La bola adiposa bucal de Bichat es tejido adiposo especializado, situado entre el músculo buccinador y la rama mandibular. Debido a la facilidad de acceso, y a su gran irrigación, se puede emplear en la reparación de defectos de la cavidad oral, una alta eficacia a largo plazo.

**Conclusión:** la utilización de un colgajo de la bola adiposa bucal de Bichat en el cierre de defectos intraorales, es una opción terapéutica válida y enormemente útil en la resolución de comunicaciones orosinusales secundarias a exodoncia quirúrgica de cordales superiores incluidos. Su baja morbilidad, así como la proximidad anatómica de la misma a los cordales superiores, hacen de esta la opción quirúrgica de elección ante este tipo de complicaciones.

## COLOCACIÓN DE 5 IMPLANTES EN MANDÍBULA CON REGENERACIÓN ÓSEA E INJERTO LIBRE DE ENCÍA

*Grande Andueza M., Olivan Molina S., Sánchez Gallego L., Arevalillo González R., López Osado R., Vazquez Vazquez L.*

**Introducción:** Los tratamientos implantológicos y la regeneración ósea con biomateriales han evolucionado, adaptándose a las demandas, cada día más exigentes de los dentistas. Actualmente contamos con materiales que nos permiten colocar implantes en pacientes con reabsorciones severas en la misma sesión de colocación de implantes sin tener los inconvenientes de los injertos autólogos.

**Caso clínico:** Se presenta el caso de una mujer de 74 años ASA tipo II (HTA arterial controlada con Enalapril, úlcera de estómago y ceguera parcial por desprendimiento de retinas). La paciente es edéntula mandibular y desea rehabilitarse con prótesis fija pero tiene una atrofia severa. Se planifica una cirugía con 5 implantes intermentonianos Mozo Grau de plataforma estándar y conexión externa para realizar una prótesis híbrida. Tras la colocación de los implantes quedaron espiras expuestas y se cubrió el defecto con Hidroxiapatita de origen Bovino, se cubrió con membrana reabsorbible de colágeno y posteriormente se realizó un injerto libre de encía. Actualmente se ha

terminado la fase protésica y existen signos clínicos y radiológicos de éxito.

La técnica de regeneración ósea mediante biomateriales en combinación con membranas reabsorbibles es una técnica predecible con resultados óptimos incluso en casos desfavorables.

## DIAGNÓSTICO DE LINFOMA NO-HODGKIN. MANIFESTACIÓN INTRAORAL POSTEXODONCIA

*Sánchez Ruiz J. Kathan Rodríguez K. García-Estrada Artajo A. Vergara de Frutos C. Medina Bautista DB. Vázquez Piñero M.T.*

**Introducción:** El linfoma no Hodgkin (LNH) comprende un grupo complejo de neoplasias con diferentes formas de presentación y pronóstico. Los linfomas intraorales son poco frecuentes, representan menos del 5% de las neoplasias malignas orales. Pueden ser primarios o secundarios por diseminación. La mayoría de casos se inician en los nódulos linfáticos, aunque existe también la forma extraganglionar. En la cavidad oral puede afectar a los maxilares y/o tejidos blandos.

**Caso clínico:** Mujer de 63 años que refiere antecedentes de un cuadro de lumbociática hace un mes. Acudió a su odontólogo por presentar movilidad en un molar del cuarto cuadrante realizándole la exodoncia. Al mes de la exodoncia presenta una tumoración exofítica en la zona de la exodoncia de 2x2,5cm de diámetro motivo por el que es remitida al Servicio de Estomatología del HGUGM. La histopatología nos informa que se trata de Linfoma B difuso de células grandes. Tras el diagnóstico se remitió al Servicio de Hematología del HGUGM para estudio de extensión y tratamiento, observándose afectación múltiple ganglionar y de médula ósea.

**Discusión:** Los LNH son un grupo heterogéneo de neoplasias malignas de histogénesis linforreticular. La aparición primaria intraoral de los LNH es poco frecuente, pero puede ser el primer signo de la enfermedad. En general, la manifestación intraoral es secundaria a la diseminación de la enfermedad a través del organismo. El linfoma B difuso de células grandes constituye entre el 30-40% de los LNH del adulto en países occidentales. La edad promedio de aparición es entre 60-70 años. El tratamiento tras el diagnóstico depende de la estadificación, consiste en quimioterapia, radioterapia, cirugía o una combinación de éstas. El tratamiento de elección es quimioterapia con el esquema clásico CHOP.

**Conclusiones:** Los linfomas son poco frecuentes en la cavidad oral. Los LNH intraorales primarios son menos frecuentes que secundarios. Los Linfomas B difusos de células grandes representan del 30-40% de los LNH. El tratamiento de elección es quimioterapia.

## EL EFECTO SOBRE LA OSEOINTEGRACIÓN DE IMPLANTES CON MODIFICACIONES QUÍMICAS Y NANOTOPOGRÁFICAS. UN ESTUDIO HISTOMORFOMÉTRICO EN CONEJOS

*Velasco-Ortega E, Pato-Mourello J, Jiménez-Guerra A, Ortiz-García I, González-Cantalapiedra A, Muñoz-Guzón F.*

**Introducción.** El desarrollo de nuevas superficies de implantes está impulsando la investigación básica y aplicada en implantología oral. El objetivo del presente estudio es valorar histológica e histomorfométricamente, el grado de oseointegración de una nueva superficie con estructura nanométrica.

**Material y Metodos.** 12 implantes fueron insertados en el fémur distal de 6 conejos Nueva Zelanda . Dos diferentes tipos de superficies de implantes fueron valorada (1): chorreado de arena TiO<sub>2</sub> y otra (2) con nanoestructura. Las superficies fueron evaluadas mediante microscopia electrónica de barrido, y perfilometría. La respuesta ósea fue investigada mediante un estudio histológico e histomorfométrico. Resultados. Después de 12 semanas, los hallazgos histológicos muestran una formación de hueso nuevo alrededor de las dos superficies de implantes sin signos de fibrosis, inflamación y necrosis. El contacto medio hueso-implante (BIC) fué del 53,69 % ± 8,46 en la superficie de implante con nanoestructura y del 50,94 % ± 16,42 en la de chorreado de arena TiO<sub>2</sub>.

**Conclusiones.** El presente estudio demuestra que las modificaciones químicas y nanotopográficas en la superficie de los implantes pueden mejorar la oseointegración.

## EL TRATAMIENTO CON IMPLANTES DENTALES MEDIANTE LA TÉCNICA DE ELEVACIÓN DEL SENOMAXILARYRELLENO CON BETAFOSFATO TRICALCICO

*Jiménez-Guerra A, Pato-Mourello J, Lorrio-Castro JM, Medel-Soteras R, Ortiz-García I, Velasco-Ortega E.*

**Introducción:** El objetivo del presente estudio era mostrar los resultados del tratamiento con implantes dentales insertados con elevación del seno maxilar utilizando un biomaterial de relleno óseo.

**Material y Metodos:** 60 pacientes con pérdidas dentales en el sector posterior maxilar fueron tratados con 190 implantes Microdent ® mediante la elevación directa del seno maxilar. En todos los casos, como biomaterial para regeneración ósea se utilizó el beta-fosfato tricálcico KeraOs® . Los implantes fueron insertados en el mismo acto operatorio de la elevación sinusal y fueron cargados después de un periodo de cicatrización de 6 meses.

**Resultados y Discusión:** Los hallazgos clínicos indican una supervivencia y éxito de los implantes del 97,4%. 5 implantes se perdieron durante el periodo de cicatrización. En el 80 % de los pacientes se realizó técnica de elevación sinusal unilateral y en el 20 %, bilateral. Después de

un periodo medio de carga funcional de 28,2 meses, no ha habido complicaciones tardías. Los resultados son comparables a otros estudios realizados y demuestran que esta técnica es predecible y segura. El 88% de las prótesis realizadas fueron puentes fijos y el 12% rehabilitaciones completas fijas.

**Conclusiones:** Este estudio indica que la inserción de implantes mediante la elevación del seno maxilar y relleno con beta-fosfato tricálcico constituye una técnica implantológica con éxito en la rehabilitación del paciente con atrofia maxilar posterior.

## ESTÉTICA INMEDIATA: FORMACIÓN DE PAPILA ENTRE IMPLANTES

*Herrera Sánchez M., Encabo Durán MJ., Faraco Blanco C., Iglesias Rodríguez S., Aragonese Lama J. M.*

**Introducción:** Es preciso contar con una estética adecuada en la papila, para ello se ha de tener en cuenta la anchura biológica, el hueso interproximal y la distancia desde el punto de contacto de las coronas provisionales a la cresta ósea.

**Objetivos:** En la presente revisión bibliográfica los parámetros a estudiar han sido enfocados para conseguir mayor estabilidad en la altura de la cresta ósea entre implantes, mejorar la estética con provisionales inmediatos y mantener la papila.

**Material y Método:** Revisión sistemática de artículos publicados en la literatura que contengan las palabras clave "swich platform" obtenidos de la base de datos PubMed. Revisión bibliográfica de los artículos publicados en los últimos 6 años, utilizando la base de datos PUBMED con las siguientes palabras clave: " point of contact "; "provisional"; "implant provionalization" , "papilla".

**Discusión:** En los estudios se observa que es conveniente la provisionalización inmediata. La distancia vertical (punto de contacto-cresta ósea) debe ser 3mm y la horizontal 3,5 o 4mm.

**Conclusiones:** Un implante debe promover el mantenimiento de hueso en la cresta ósea para una adecuada estética en la papila.

Reemplazar dientes mediante implantes con provisionalización inmediata.

La distancia ideal entre los implantes adyacentes es 3,4mm y la distancia desde el punto de contacto a la cresta ósea de dos coronas protésicas debería ser 3-4 mm y nunca mayor de 6mm.

La distancia entre implantes tiene que ser > 3mm para la interacción entre las dimensiones verticales y horizontales.

La organización de tejidos similar en distintos implantes.

## ESTUDIO LONGITUDINAL, ANÁLISIS Y EVOLUCIÓN DE UNA MUESTRA DE 118 QUISTES PERIAPICALES

*Elena Sánchez-Fernández, Irina Sacchi Orloff, Antonio Valiente Alvarez, Juan Eladio González de Buitrago, Antonio Lucena Bello, Jara Trigueros Zatarain, Pablo Galindo-Moreno.*

**Introducción y objetivos:** Debido a la controversia sobre la evolución de los quistes periapicales y a su alta prevalencia, se decidió realizar un estudio para tipificar el diagnóstico, tratamiento y evolución de los mismos.

**Material y Métodos:** Este estudio fue realizado entre el Hospital Regional Universitario Carlos Haya de Málaga y la Facultad de Odontología de Granada. Se hizo un análisis retrospectivo de 118 pacientes tratados con patología quística, y que posteriormente fueron diagnosticados anatomopatológicamente como quistes periapicales. Las variables estudiadas fueron: sexo, edad, localización del quiste, tamaño, pieza afectada y tipo de tratamiento instaurado, las cuales se sometieron a tratamiento estadístico.

**Resultados y discusión:** Tras el análisis descriptivo y analítico de la muestra, se obtuvieron resultados significativos en algunas de las variables analizadas en el estudio, donde se discuten nuestros resultados con los obtenidos por otros autores en la bibliografía consultada. Coincidimos en la existencia de una mayor prevalencia de los quistes periapicales en sectores molares posteriores.

**Conclusiones:** Entre otras y extrapolando nuestros resultados a la población general, podemos decir que, el tratamiento conservador de la pieza está justificado cuando es posible una correcta endodoncia y exéresis del quiste, esto dependerá principalmente de la pieza afectada y del tamaño del mismo.

## ESTUDIO META-ANÁLITICO SOBRE EL TRATAMIENTO DE LA OSTEONECROSIS DE LOS MAXILARES POR BIFOSFONATOS

*Lanchares de Pablo J, Molina García A, Buesa Báez JM, Barona Dorado C, Martínez-González JM.*

**Introducción:** Los bifosfonatos o bisfosfonatos (BFF) son fármacos análogos no metabolizados de los pirofosfatos endógenos, capaces de fijarse al hueso e inhibir la función de los osteoclastos reduciendo el recambio óseo y disminuyendo el remodelado activo en los lugares donde existe una reabsorción ósea excesiva. Recientemente, se ha descrito una nueva forma de osteonecrosis que afecta a pacientes, usualmente con cáncer, que reciben o recibieron tratamiento con estos fármacos. Desde que se describiera por primera vez en 2003, multitud de casos han ido apareciendo sin que se haya podido establecer un protocolo de actuación consensuado por todos los autores. La terapéutica ha sido muy diversa con diferentes pautas antibióticas

con o sin cirugía, mostrando en general un pronóstico incierto con bajos índices de curación.

**Objetivo:** Evaluar las diferentes pautas terapéuticas de la osteonecrosis valorando sus resultados y evolución para poder establecer el mejor tratamiento posible de esta enfermedad.

**Material y Métodos:** Se ha realizado un estudio meta-analítico, observacional, retrospectivo en el que se han seleccionado un total de 22 artículos publicados en el período comprendido entre 2004 y 2009 tras la aplicación de los siguientes criterios de inclusión: presentar casos de pacientes con diagnóstico de osteonecrosis de los maxilares establecida y que en todos ellos figurase el tratamiento realizado y la evolución respecto a ese tratamiento. Las variables analizadas en el estudio fueron: sexo, edad, patología de base, tipo de bifosfonato utilizado, manifestaciones clínicas y localización de la osteonecrosis, factores desencadenantes, tratamiento y resultados. Hemos obtenido un tamaño muestral de 549 pacientes.

**Resultados:** Un 67% eran mujeres, con una media de edad de 64,43 años. Un 44% presentaban mieloma múltiple y un 34% cáncer de mama. La mayoría, un 42% estaba en tratamiento con zoledronato y un 57% presentaba como factor desencadenante una extracción o otra cirugía bucal. El 63% de las osteonecrosis aparecieron en la mandíbula. Hemos agrupado a los pacientes según las manifestaciones clínicas que presentaban siguiendo la clasificación de Ruggiero y cols. Un 29% se encontraban en el estadio 1, un 56% en el estadio 2 y un 15% en el estadio 3. Además, hemos establecido 3 grupos de tratamiento: 1. Medidas conservadoras, 2. Cirugía menor y 3. Cirugía mayor. El tratamiento más empleado ha sido la cirugía menor (61%) y también el que mejores resultados obtiene: 29% presentaban curación completa y un 30% mejora en la osteonecrosis. Un 83% de los pacientes que recibieron este tratamiento se encontraba en el estadio 2.

**Conclusión:** La cirugía menor acompañada de antibioterapia y en ocasiones de clorhexidina y retirada por un tiempo del bifosfonato es el tratamiento que mejores resultados obtiene.

## ESTUDIO SOBRE LA COLOCACIÓN Y POSTERIOR EVALUACIÓN DE IMPLANTES INMEDIATOS CERTAIN® PREVAIL™ EN ALVEOLOS POSTEXTRACCIÓN

*Trapote S; Garcés R; López-Quiles J; Agudo JF; Peyró B; Meniz C.*

**Introducción:** La colocación de implantes inmediatos a la exodoncia se inició en los años 80, en la Universidad de Tübingen. En los últimos diecisiete años, numerosos estudios han confirmado que la colocación de implantes inmediatos a la extracción es un tratamiento predecible, que puede ser utilizado con éxito.

**Objetivos:** Valoración y estudio de los criterios que miden el éxito en la colocación de implantes inmediatos

postextracción, aplicando dichos criterios a los implantes Certain® Prevail™, de la casa Biomet 3i® en alveolos postextracción, para la posterior medición de: pérdida ósea, estabilidad primaria y nivel de encía queratinizada.

**Material y Método:** Los 20 pacientes necesarios deben reunir los criterios de inclusión preestablecidos. Se usaron los implantes “Certain® Prevail™”, de 10/11.5 x 4 mm y el motor de implantes de la casa Biomet 3i®. A todos ellos se les realizó ortopantomografía, radiografía periapical y tomografía computarizada. Tras la colocación del implante, se midieron 4 parámetros en 4 puntos (mesial, distal, vestibular y lingual). A los 6 y 12 meses se evaluaron en las 4 localizaciones otros 6 parámetros.

**Discusión:** Según diversos autores, esta técnica aporta tanto ventajas como inconvenientes en relación con la técnica habitual, además de otras consideraciones en cuanto a la conservación de tejidos duros y blandos. Hemos observado cambios estadísticamente significativos en cuanto a la conservación de estos tejidos.

**Conclusiones:** Los implantes inmediatos aseguran un resultado predecible que satisfaga las necesidades de los pacientes. Además reúnen múltiples ventajas para el paciente, así como para el profesional. Los implantes Certain® Prevail™ de la casa Biomet 3i®, pueden utilizarse como implantes inmediatos en alveolos postextracción, permitiendo la obtención de unos resultados favorables.

#### EVALUACIÓN BIOQUÍMICA DE DOS CIANOACRILATOS. ESTUDIO EXPERIMENTAL EN RATAS

*Molina-Miñano F; López-Jornet P; Camacho-Alonso F; Gómez-García F.*

**Introducción:** El cierre de las heridas es uno de los más comunes procedimientos en medicina. La introducción de cianoacetatos representa una alternativa a la sutura, por lo que tiene numerosas ventajas (tratamiento rápido, sin anestesia, etc.).

**Objetivo:** Estudiar los efectos bioquímicos en el hígado y riñón a los 2,14 y 28 días posterior a la aplicación de diferentes adhesivos tisular.

**Material y Método:** Se realizó un estudio longitudinal prospectivo, en el cual 20 ratas adultas fueron asignadas a 2 grupos. Tras realizar una incisión en la mucosa yugal, n-butyl-2-cianoacrilato fue aplicado en el primer grupo y el 2-octil-cianoacrilato (OCA) en el segundo. Se estudiaron los parámetros bioquímicos: albumina (ALB), alanina aminotransferasa (ALT), amilasa (AMI), bilirrubina total (BIT), urea nitrogenada en sangre (UNS), creatinina (CRE), glucosa, globulina, proteínas totales (PT) y los iones calcio, fosforo, sodio y potasio.

**Resultados:** El grupo tratado con n-butyl-2-cianoacrilato no mostró diferencias estadísticamente significativas con respecto al grupo control, pero la aplicación de OCA producía alteraciones estadísticamente significativas en UNS, ALT, TP, BIT y AMI.

**Conclusiones:** La aplicación del n-butyl-2-cianoacrilato en heridas de la mucosa yugal no produce alteraciones significativas en los perfiles hepáticos y renal de los animales estudiados, mientras que el OCA produce grandes cambios en los perfiles bioquímicos.

#### EVALUACIÓN Y COMPORTAMIENTO DE UNA MUESTRA DE 80 AUTOTRASPLANTES DENTARIOS. ESTUDIO LONGITUDINAL A 3 AÑOS

*Fernández-Valencia Caballero R; Hita Iglesia C; Sánchez-Sánchez FJ, Jiménez Burkhardt A; Galindo Moreno P; Sánchez Fernández E.*

**Introducción:** Ante una inclusión dentaria existen varias opciones de tratamiento, entre las que se encuentra el autotrasplante dentario. Este tratamiento consiste en trasladar un diente (vital o no), o un germen dentario de una posición a otra en la arcada dentaria de un mismo individuo. La técnica del autotrasplante consigue resultados estéticos y funcionales muy satisfactorios para el paciente.

**Objetivos:** El objetivo del presente estudio es evaluar la supervivencia de una muestra de autotrasplantes dentarios, así como la percepción estética por parte del paciente.

**Material y Método:** En este estudio participaron 60 pacientes a los que se le realizaron 80 autotrasplantes dentarios, con un seguimiento mínimo de 3 años cada uno de ellos. Las variables estudiadas fueron: movilidad, percusión, rizolisis, sondaje (al año y a los 3 años), y percepción de la estética por parte del paciente.

**Resultados y Discusión:** La supervivencia de un autotrasplante dental alcanza un 90% a los 3 años encontrando en otros estudios publicados porcentajes similares. La movilidad del diente autotrasplantado es un factor a tener en cuenta ya que es indicativo de éxito del tratamiento. En nuestro estudio obtuvimos un 78,8% de ausencia de movilidad al año y de un 76,3% a los 3 años. En cuanto a la percepción por parte del paciente existe más de un 80% de satisfacción ante el resultado obtenido.

**Conclusiones:** Se obtienen resultados muy satisfactorios en cuanto a ausencia de movilidad del diente autotrasplantado en los diferentes periodos estudiados, por lo que se debe incluir esta opción de tratamiento ante la posibilidad de tratar un diente incluido. En cuanto a la percepción por parte del paciente se consigue el objetivo de satisfacer la estética y funcionalidad.

#### EXODONCIA DE CANINO INCLUIDO MIXTO Y COLOCACIÓN DE IMPLANTES INMEDIATOS POSTEXTRACCIÓN PARA UNA SOBREDENTADURA. A PROPÓSITO DE UN CASO

*Sánchez Gallego L., Flores Caballero Josefa, Lozano García-Gallardo M, Puente Gutierrez C, Vázquez Vázquez L, Vasallo Torres J.*

**Introducción:** Los tratamientos implantológicos han evolucionado, adaptándose a las demandas, cada día más exigentes, de los pacientes. La realización de implantes postextracción acorta el tiempo de los tratamientos y su predictibilidad está ampliamente demostrada.

**Caso clínico:** Se presenta el caso de M.F. varón sano de 55 años y raza caucásica. El paciente perdió los dientes por causa periodontal.

Cuando acudió a consulta conservaba las piezas 11,12 y 21 en el maxilar y un 23 incluido en posición mixta, con la corona hacia vestibular. Se procedió a la extracción de 11,12 y 21, así como a la exodoncia quirúrgica del 23. Se colocaron 4 implante Mozo Grau de conexión externa y plataforma estándar en posiciones 14, 12, 22 y 24 para la retención de una sobredentadura. La exodoncia del canino incluido dejó una cresta ósea remanente con una altura de 4mm, por lo que se procedió al relleno del defecto con hidroxiapatita de origen bovino.

Se esperaron 6 meses para la realización de la sobredentadura con locutor. Se realizaron revisiones periódicas y tras 1 años con la prótesis el paciente presenta signos clínicos y radiológicos compatibles con salud y éxito del tratamiento implantológico.

#### FRACASOS EN CIRUGÍA PERIAPICAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

*Martínez Barrero A, Suárez Rivaya J, Saiz Carrasco S, Urizar Gorosarri M, González Sánchez SM, Cáceres Madroño E.*

**Introducción:** La cirugía periapical es un tratamiento quirúrgico conservador para el mantenimiento de dientes cuyo tratamiento endodóncico no ha conseguido solucionar la patología apical.

**Caso Clínico:** Se presenta el caso de mujer de 56 años de edad, hipertiroidea, alérgica al AAS que acudió al Servicio de Cirugía Bucal e Implantología de la UCM. La paciente presentaba una fistula en zona vestibular de 22-23. Refería sensibilidad y dolor en ambos dientes. En la radiografía panorámica, se observó lesión radiolúcida asociada a los ápices de 22 y 23 endodonciados. Debido al tamaño de la lesión, se decidió realizar apicectomía del 22 y legrado quirúrgico de la lesión, encontrando dificultad en el legrado del área palatina radicular. El estudio anatomopatológico fue de quiste radicular. A los 6 meses persistió la fistula en la misma localización. Se reintervino a la paciente, realizando apicectomía del 23. En las siguientes revisiones, de nuevo presentaba fistula asociada a sintomatología en los dos dientes. Finalmente se realizó la exodoncia de los dos dientes y regeneración mediante relleno de Bio-Oss® y membrana de colágeno para un futuro tratamiento con implantes.

**Discusión:** Debido al alto porcentaje de fracasos registrados en la literatura el tratamiento con implantes ha desplazado las técnicas de cirugía periapical.

A veces por tratarse de dientes en sectores estéticos, al

intentar mantener los dientes del paciente, se realizan estas técnicas antes de tomar otras decisiones más agresivas.

**Conclusión:** Las lesiones periapicales de gran tamaño y difícil acceso, son complejas de abordar mediante cirugía periapical.

#### IMPLANTE INMEDIATO EN SECTOR ESTETICO. CASO CLINICO

*Lucas Yacovino, Pablo Vilar Company, Bruno Negri, Paz Meseguer, Jose Luis Calvo Guirado.*

**Introducción:** Los implantes inmediatos se indican en reemplazo de piezas dentarias que han perdido toda posibilidad de tratamiento. Esta técnica quirúrgica reduce el tiempo de tratamiento y evita someter al paciente a una segunda intervención para la colocación del implante. Es fundamental realizar una exodoncia cuidadosa para preservar la mayor cantidad de hueso sano posible. Se emplean técnicas de regeneración ósea guiada con membranas, siendo éste un punto en el que los diferentes autores plantean controversias respecto a los materiales de elección.

**Caso clínico:** Se presenta un paciente varón de 42 años, radiográficamente se observa reabsorción radicular de las piezas 11 y 12. Se realizaron las extracciones de ambas piezas e inmediatamente se colocó un implante en el alveolo del 11. Se realizó provisionalización inmediata. Luego de 5 meses de cicatrización y remodelación ósea se procede a las impresiones finales y colocación de la prótesis definitiva.

**Discusión:** Las comparativas de implantes inmediatos vs. implantes tardíos no encuentran diferencias estadísticamente significativas. Tampoco se han encontrado diferencias en cuanto a la prótesis, fracaso implante, complicaciones, estética evaluada por el paciente y altura de la papila evaluada por el profesional.

**Conclusiones:** El paciente está en función desde hace 3 meses, y no se han presentado complicaciones. Los implantes inmediatos reducen los tiempos de tratamiento, y son una buena técnica para la conservación del reborde óseo. Son una alternativa de tratamiento siempre que el paciente cumpla con los requisitos clínicos, anatómicos y de higiene oral) adecuados.

#### IMPLANTES DE CARGA INMEDIATA POST-EXTRACCIÓN. A PROPÓSITO DE UN CASO

*Herrera Briones FJ., Rodríguez Pérez M., Avilés Martínez JJ., Romero Olid MN., Olmedo Gaya MV., Muñoz Soto E.*

**Introducción:** los requerimientos de los pacientes y el mayor conocimiento de la fisiopatología periimplantaria y biomecánica de los implantes nos ha llevado a la aparición de tratamientos más avanzados y de ejecución más rápida, como es el caso de la carga inmediata.

**Caso clínico:** presentamos un caso de extracción de los incisivos antero-inferiores, colocación de dos implantes en 32 y 42, valoración de estabilidad (Mediante Ostell®) y adaptación, in situ, de prótesis inmediata.

**Discusión:** se trata de un tratamiento predecible y de alto porcentaje de éxito, siempre que se respeten unos requisitos mínimos, como son: estabilidad primaria (50-65Nw), calidad ósea (500-600 unidades Hounsfield, hueso tipo II-III), número de implantes adecuado, diámetro el mayor posible, longitud de implantes (8.5-15mm), evitar micromovimientos (ferulizar implantes), conseguir ajuste pasivo, evitar sobrecargas oclusales y el trabajo en equipo (Cirujano-Prostodoncista-laboratorio).

**Conclusiones:** el porcentaje de éxito en carga inmediata en implantes post-extracción descende, respecto a la práctica habitual implantológica, por lo que es necesario valorar correctamente si es necesaria realizar la misma.

### IMPLANTES INMEDIATOS POSTEXTRACCIÓN CON REGENERACIÓN ÓSEA: ESTUDIO EXPERIMENTAL EN PERROS

*Guillermo Pardo Zamora, José-Luis Calvo Guirado, Bruno Negri, M<sup>a</sup> Rosario Sánchez Carreño.*

**Objetivos:** realizamos el estudio de las alteraciones dimensionales del hueso alveolar tras la extracción dental así como los procesos de modelado y remodelado óseo en implantes inmediatos con el relleno del gap residual con xenoinjerto Apatos..

**Material y Métodos:** Se utilizaron seis perros Beagle en el estudio. Realizamos la extracción de las raíces distales del 3er y 4º premolares y del primer molar mediante odontosección de ambos cuadrantes de la mandíbula y del maxilar. Insertamos 72 implantes SPI Element de 4 mm Ø x 9.5 mm de longitud (Tomen Medical, Waldenburg, Switzerland). En la hemimandíbula derecha se insertaron los implantes sin regeneración, mientras que en el lado contralateral los implantes se insertaron, rellanando el gap residual con xenoinjerto de origen porcino Apatos (Osteobio®). Los perros fueron sacrificados a las 2, 4 y 12 semanas de cicatrización. Los bloques óseos correspondientes a los implantes se disecaron y descalcificaron con EDTA, se introdujeron en bloques de parafina y se realizaron cortes de 5 µm en sentido vestibulo-lingual. Se tiñeron las muestras en hematoxilina-eosina para su estudio histomorfométrico.

**Resultados:** El porcentaje de nuevo hueso formado en contacto con la superficie del implante (BIC) fue mayor al mes en el caso de los implantes con el xenoinjerto, tanto en la pared bucal (38.33 ±1.4 %) como en la pared lingual (49±1.4 %); mientras que en los implantes del grupo control los valores fueron (36.83±1.6 %) y (38±1.6 %) en la pared bucal y lingual respectivamente.

**Conclusiones:** El uso de injertos en el relleno del gap residual en implantes inmediatos postextracción, reduce la

reabsorción vertical de la cresta alveolar pero no de manera significativa en nuestro estudio. Estudio morfológico reveló que el nuevo hueso formado a partir del xenoinjerto Apatos (Osteobio®) era mineralizado y bien estructurado a las 12 semanas del estudio. El xenoinjerto de origen porcino Apatos, puede ser considerado como material de elección en el relleno de los defectos óseos periimplantarios en implantes inmediatos postextracción.

### IMPLANTES INMEDIATOS Y CARGA INMEDIATA EN EL SECTOR ANTERIOR. A PROPÓSITO DE UN CASO

*Flores Caballero J., Lozano Gallardo-García M, Vassallo Torres J., Arevalillo González R., Grande Andueza M., Vázquez Vázquez L.*

**Introducción:** Los tratamientos implantológicos han evolucionado, adaptándose a las demandas, cada día más exigentes, de los pacientes. Los objetivos actuales de la implantología son acortar tiempos de espera y conseguir estética desde el momento de la cirugía. Para satisfacer estas demandas utilizaremos protocolos de implantes postextracción con carga inmediata, siempre y cuando las características de los pacientes así lo permitan.

**Caso clínico:** Se presenta el caso de una mujer sana de 62 años. Presenta abanicamiento del sector anterosuperior debido a enfermedad periodontal (ya tratada y en fase de mantenimiento) y con prótesis fija sobre dientes naturales con falta de ajuste y caries en los muñones.

Se planifica una cirugía con implantes postextracción en las piezas 12 y 22 (Mozo Grau 4x13mm) y carga inmediata atornillada para los 4 incisivos anterosuperiores.

Actualmente la paciente ha concluido el periodo de cicatrización y se va a comenzar la fase protésica puesto que existen signos clínicos y radiológicos del éxito de los implantes.

### IMPLANTES POSTEXTRACCIÓN Y REGENERACIÓN ÓSEA EN REHABILITACIONES MAXILARES. A PROPÓSITO DE UN CASO

*Olivan Molina S., Grande Andueza M., Flores Caballero J., Lozano García-Gallardo M., Sánchez Gallego L., Lopez Osado R.*

**Introducción:** Los tratamientos implantológicos han evolucionado, adaptándose a las demandas, cada día más exigentes, de los pacientes. Uno de los objetivos actuales de la implantología es acortar tiempos de espera; y para satisfacer estas demandas utilizaremos protocolos de implantes postextracción y regeneración en el mismo acto quirúrgico siempre y cuando las características de los pacientes así lo permitan.

**Caso Clínico:** Se presenta el caso de una mujer de 62 años ASA tipo I. Presenta edentulismo parcial del maxilar y

restos radiculares. Se planifica una cirugía con 6 implantes postextracción de la marca Mozo Grau para la posterior colocación de una prótesis fija de tipo híbrido. En los implantes en los que la "jumping distance" es mayor de 2mm se procede al relleno del defecto con Hidroxiapatita de origen bovino. Actualmente, tras 12 meses con la prótesis definitiva, existen signos clínicos y radiológicos de éxito.

Los implantes dentales pueden ser colocados en situaciones poco favorables como en alveolos postextracción, siempre que exista un anclaje apical y estabilidad primaria.

### **INJERTO DE MENTÓN PARA EL AUMENTO DE VOLUMEN DE TEJIDOS DUROS EN MAXILAR Y MANDÍBULA**

*Blanca Guisado, Bárbara Peyró, Marcos de la Osa, Sara Saiz, Víctor Manuel Paredes, Juan López-Quiles.*

**Introducción:** Cuando el volumen de la cresta ósea es insuficiente en altura o anchura para la colocación de implantes, el injerto óseo autógeno es el procedimiento más fiable para aumentar el volumen del reborde alveolar. Las características del mentón hacen que sea un material ideal para incrementar la dimensión transversal de la cresta alveolar, especialmente en el maxilar superior y en sectores posteriores de la mandíbula.

**Caso clínico:** Se presentan dos casos clínicos en los que se ha llevado a cabo un injerto de mentón, uno de ellos a nivel posterior mandibular y otro en el sector anterior del maxilar. En ambos casos el tratamiento consistió en un procedimiento de regeneración ósea guiada con injerto autógeno de mentón en bloque, que fijamos con tornillos en la zona receptora con la utilización de materiales de relleno óseo y membrana reabsorbible de colágeno. Una planificación exhaustiva de cada caso es un factor indispensable para llevar a cabo estas técnicas, además hoy en día disponemos de medios diagnósticos avanzados como la tomografía computerizada que resultan de gran ayuda en estos procedimientos.

**Discusión:** En gran parte de la literatura se describe el injerto de mentón como la zona donante intraoral ideal para realizar técnicas de aumento óseo ya que nos ofrece ventajas biológicas tales como la menor reabsorción comparando con otros injertos, al ser corticomembranoso se revasculariza más rápido, mayor concentración de proteínas morfogenéticas que permiten una mayor capacidad de regeneración ósea, capacidad de reabsorción más lenta que otros injertos autógenos y ventajas quirúrgicas como la buena aceptación por el paciente, baja morbilidad y volumen suficiente para pequeñas reconstrucciones.

**Conclusiones:** En los dos casos que presentamos el injerto de mentón se ha comportado como el material ideal para pequeños defectos principalmente en anchura de la cresta alveolar tanto en maxilar como en mandíbula.

### **"KISSING MOLARS": UNA FORMA DE INCLUSIÓN DENTARIA DE RARA PRESENTACIÓN**

*Valdivieso del Pueblo C, Crespo Torres S, Benítez Rodríguez J, González Pérez LM, González Martín MI, Torres Lagares D, Gutiérrez Pérez JL.*

**Introducción:** Las inclusiones dentarias son un problema muy frecuente en la población general, siendo la del tercer molar inferior la inclusión más común.

La existencia de inclusiones dentarias múltiples en un mismo cuadrante, con enfrentamiento de superficies oclusales en el seno de un único saco folicular, constituye una entidad denominada "Kissing Molars", descrito inicialmente por Vann Hoof en 1973.

**Caso Clínico:** Mujer de 29 años de edad, con antecedentes de anoxia cerebral perinatal y retraso mental, que fue remitida al Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial de los H. U. U. Virgen del Rocío de Sevilla por su odontólogo. Presenta los síntomas clásicos de pericoronaritis y algias hemifaciales en el lado derecho de la cara de dos meses de evolución.

Realizamos Ortopantomografía y TAC y podemos observar la completa impactación del diente 48 con su superficie oclusal en íntima relación con la del diente 47, en posición distoangular y la presencia de un quiste que engloba ambos dientes.

El estudio anatomopatológico confirma la presencia de un "Quiste Folicular" único que incluye ambos dientes.

**Discusión:** Existe muy poca literatura sobre "Kissing Molars" y la mayoría de los artículos son publicaciones antiguas que describen casos clínicos sin estudiar en profundidad esta forma de inclusión. Aunque si existe consenso en el hecho de exodonciar ambos dientes incluidos junto con el quiste asociado a ellos.

**Conclusiones:** La inclusión dentaria en "Kissing Molars" constituye una entidad de rara presentación.

La indicación quirúrgica debe establecerse cuando existe una historia recidivante de procesos infecciosos o cuando aparecen lesiones quísticas en relación con las inclusiones dentarias.

La exodoncia de "Kissing Molars" exige un conocimiento exhaustivo de la anatomía de la región, unas adecuadas habilidades quirúrgicas y una rigurosa planificación del caso.

Existe escasa evidencia científica en relación con esta patología, siendo necesarias más publicaciones que aborden este tema.

### **LA CARGA PRECOZ DE IMPLANTES UNITARIOS CON SUPERFICIE GRABADA CON ACIDOS. UN ESTUDIO A 5 AÑOS**

*López-Frías J, García-Méndez A, Pato-Mourelo J, Ortiz-García I, Medel-Soteras R, Velasco-Ortega E.*

**Introducción:** La implantología oral representa en la actualidad, una modalidad terapéutica odontológica en los pacientes con pérdida dental total y parcial. El objetivo del estudio es evaluar los resultados de los pacientes tratados con coronas unitarias mediante la carga precoz de los implantes oseointegrados de titanio con superficie grabada con ácidos.

**Material y Métodos:** 39 pacientes con pérdidas dentales unitarias fueron tratados con implantes con superficie grabada con ácidos TSA Defcon®. Todos los implantes fueron insertados en 1 cirugía. Los implantes fueron cargados funcionalmente tras un periodo de tiempo de 6 semanas en la mandíbula y 8 semanas en el maxilar superior. Los hallazgos clínicos (implantológicos y prostodóncicos) se han seguido durante 5 años.

**Resultados y Discusión:** 75 implantes fueron insertados en ambos maxilares (42 en el maxilar superior y 33 en la mandíbula) para su rehabilitación prostodóncica con coronas implantosoportadas. 15 implantes fueron insertados en el sector anterior y 60 implantes en el sector posterior. Después de 5 años de seguimiento clínico, los resultados indican una supervivencia y éxito de los implantes del 96%. Durante el periodo de cicatrización libre de carga funcional, se perdieron 3 implantes por movilidad. No se observaron complicaciones tardías, lo que demuestra que la carga precoz puede constituir un protocolo adecuado unido a una mejor unión hueso-implante basada en la superficie grabada con ácidos.

**Conclusiones:** Los hallazgos clínicos del presente estudio indican que la rehabilitación prostodóncica con coronas unitarias mediante la inserción de implantes de titanio con superficie grabada al ácido y cargados precozmente, representa una terapéutica odontológica con éxito.

## MEMORIA DEL MASTER DE CIRUGÍA BUCAL E IMPLANTOLOGÍA DE LA U.C.M. ACTIVIDAD QUIRÚRGICA

*M<sup>a</sup> Isabel Sánchez Jorge, Virginia Aparicio García, Sara Saiz Carrasco, Alicia Martínez Barrero, Javier Suárez Rivaya, Mikel Urizar Gorosarri.*

**Introducción:** El Master de Cirugía Bucal e Implantología de la Universidad Complutense de Madrid comenzó en el curso académico 2006-2007. Sus tres años de duración (180 crédito ECTS) se reparten en 16 meses dedicados a la Cirugía Bucal y 14 a la Implantología propiamente dicha.

**Objetivos:** Cuantificar y clasificar los procedimientos realizados por los seis alumnos de la segunda promoción (2007-2010) del Master de Cirugía Bucal e Implantología, así como las complicaciones acontecidas, durante la etapa de Cirugía Bucal; analizando además el tipo de paciente en cuanto a edad y sexo que acude a este Servicio.

**Material y Método:** Se realizó un estudio retrospectivo de la actividad quirúrgica empleando los datos obtenidos a partir de los libros de quirófano e historias clínicas del

postgrado y sometiéndolos a su análisis descriptivo. Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, tipo de intervención y complicaciones.

**Resultados:** Durante el período de formación quirúrgica de este Master, los seis alumnos realizaron un total de 3194 (532.33 por alumno) intervenciones siendo las extracciones de terceros molares la más frecuente. El 1.7% de los procedimientos cursaron con complicaciones; la más habitual la fractura tuberositaria. El 56% de los pacientes estaban en el rango de edad comprendido entre los 18 y 30 años, con un ligero predominio femenino.

**Conclusión:** Las memorias de los Master son imprescindibles para el control de la asistencia quirúrgica y complicaciones así como para su comparación con los datos de otros Servicios de Cirugía Bucal.

## MÚLTIPLES RECIDIVAS DEL GRANULOMA PERIFÉRICO DE CÉLULAS GIGANTES

*Kathan Rodríguez K, Sánchez Ruiz J, Vergara de Frutos C, García-Estrada A, Martín López FM, Vázquez Piñero M.*

**Introducción:** El granuloma periférico de células gigantes (GPCG) es una lesión exofítica no neoplásica, también denominada épolis de células gigantes, osteoclastoma, granuloma reparativo de células gigantes o hiperplasia de células gigantes. Se manifiesta en la encía o en el reborde alveolar, es de carácter benigno y de etiología no bien definida aunque se cree que se trata de un proceso inflamatorio hiperplásico, desarrollado como respuesta a una irritación crónica que actúa en el periostio, en el ligamento periodontal o en el corion de la encía. Son de especial interés ya que constituyen aproximadamente el 7% de los tumores benignos de los maxilares, el 1,5-12 % de las lesiones hiperplásicas gingivales y es la lesión más común de células gigantes en los maxilares.

**Caso clínico:** Se presenta el caso de un niño de 10 años, sin antecedentes médicos ni odontológicos de interés que presentó una lesión exofítica en hemiarcada superior izquierda con afectación vestibular y palatina. Se realizó exéresis con anestesia local y estudio histopatológico, presentando múltiples recidivas aunque cada vez eran de menor tamaño y finalmente la curación.

**Discusión:** Las lesiones de células gigantes constituyen un grupo de entidades que presentan un patrón histopatológico similar, aunque su comportamiento clínico sea diferente. Ha sido descrito en grupos de edad muy variables, hay autores que la incidencia máxima la sitúan por debajo de los 30 años, mientras que otros la sitúan entre los 40 y 60, con un predominio en mujeres en una proporción de 2/1. El tratamiento consiste en la escisión quirúrgica con legrado eliminando toda la base de la lesión.

**Conclusiones:** La tasa de recidiva se sitúa en torno al 10% y ésta es mayor si no se eliminan todos los factores irritativos como la gingivitis, retenedores protésicos, obturaciones desbordantes, etc. que mantienen localmente el proceso.

Otros autores sitúan la recurrencia entre un 1,39% a un 11%. Se han descrito casos en niños en los que el GPCG ha mostrado un comportamiento más agresivo, produciendo la reabsorción de la cresta interproximal, desplazamiento de los dientes adyacentes y múltiples recurrencias como el caso que se presenta.

### NECROSIS ÓSEA PERIIMPLANTARIA POR BISFOSFONATOS ORALES: A PROPÓSITO DE UN CASO

*Bonet C, Gonzalez-Lemonnier S, Flichy-Fernández AJ, García-Mira B, Peñarrocha-Diago M.*

**Introducción:** Tras intervenciones quirúrgicas en la cavidad oral de pacientes medicados con bisfosfonatos orales puede aparecer una necrosis ósea del maxilar (ONM). Existen unas pautas a seguir con estos pacientes, difundidas por la American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons (AAOMS) de 2007. No está contraindicada la colocación de implantes dentales en estos pacientes si seguimos las pautas de la AAOMS, disponiendo del test del suero CTX para determinar el riesgo a padecer ONM.

**Caso clínico:** Se presenta un caso clínico de una paciente de 61 años de edad, que siguiendo las pautas de la AAOMS y obteniendo un riesgo nulo de padecer ONM según las tablas del valor del suero CTX (340 pg/ml), se produjo una necrosis ósea periimplantaria. Se le instauró el tratamiento con enjuagues (0,12%, 3 veces/día) y gel (0,2% 3 veces/día) de clorhexidina, insistiendo en el mantenimiento de una buena higiene oral y reducción del consumo de tabaco. A los 7 meses la herida cicatrizó por completo. Una vez cerrada el área expuesta, se procedió a la carga de los implantes y su seguimiento.

**Conclusión:** Por tanto, se cuestiona la predictibilidad del valor del suero CTX para establecer el riesgo de padecer ONM. Se deben realizar más estudios para obtener métodos más fiables para el diagnóstico del riesgo de ONM.

### NIVELES DE MEDICION OSSTELL EN CARGA INMEDIATA

*Arando Iriarte I., Van der Worf Úbeda C., Iglesias Rodríguez S., Ambrosio Encinas M., Aragonese Lama J. M*

**Introducción:** La carga inmediata se basa en realizar la restauración protésica en oclusión con el antagonista dentro de las 48 horas tras la colocación del implante.

Existen diversas formas para medir la estabilidad primaria, y una de ellas es del análisis de la frecuencia de la resonancia (RFA). Estos valores de RFA han sido trasladados a una unidad más manejable que es el nivel de estabilidad del implante (ISQ) que se puede realizar mediante el Osstell®.

**Objetivo:** Valorar si el nivel de estabilidad obtenido mediante el Osstell es relevante en los protocolos de carga inmediata.

**Materiales y Métodos:** Revisión bibliográfica de artículos encontrados en la base de datos de MedLine con las palabras clave: resonance frequency análisis, immediate loading implants, implant stability quotient y Osstell.

**Discusión:** Investigaciones anteriores sugieren que el ISQ 60 es el límite inferior para carga inmediata.

Según Sennerby y Meredith si el ISQ es inferior a 40 son más propicios a fracasar y si el ISQ desciende 10 puntos del ISQ inicial indica un fracaso del implante.

Según Glauser R y cols. el RFA inicial en implantes estables desciende los 3 primeros meses y aumenta a partir del tercer mes hasta el duodécimo.

**Conclusión:** El nivel de estabilidad obtenido mediante el Osstell es relevante porque en función de que estabilidad inicial presente el implante se cargará o no y a su vez si el implante está cargado y presenta un descenso importante del ISQ se podría valorar el dejarlo sin carga.

### PLANIFICACIÓN DE TÉCNICAS REGENERATIVAS MEDIANTE LOS PROGRAMAS NATIVOS DE TOMOGRAFÍA DE HAZ CÓNICO

*España-López A, García-Méndez A, López-Frías J, Ortiz-García I, Pato-Mourello J, Velasco-Ortega E.*

**Introducción:** La técnica tomográfica de haz cónico captura el maxilar y la mandíbula en una sola rotación. El paciente recibe menos radiación y supone un coste menor para el paciente. El uso de los programas nativos supone una herramienta simple y fácil para la planificación técnicas regenerativas avanzadas. Es posible mediante esas herramientas informáticas el calcular situaciones clínicas como expansiones cretales, aumentos de seno maxilar, etc, sin necesidad de recurrir a programas complejos y costosos. Esto permitirá ubicar los implantes dentales en los lugares idóneos aprovechando todo el potencial óseo de la zona, evitando lesiones en zonas que hay que preservar. En el presente estudio, mediante un proceso informático se crean varias vistas de la zona explorada: axial, panorámica, paraaxial y tridimensional y se valoran diversas situaciones clínicas, tales como necesidad de expansión, injertos, y elevamientos de seno.

**Conclusiones.** Los programas informáticos nativos de las técnicas topográficas de haz cónico ofrecen una gran calidad de imagen para la aplicación en el ámbito de la implantología oral permitiendonos hacer simulaciones en un entorno sencillo y con un coste económico bajo.

### PRESERVACIÓN DEL HUESO CRESTAL MEDIANTE CARGA INMEDIATA SOBRE UN NUEVO DISEÑO DE IMPLANTE

*Tovar García A, Calvo Guirado JL, Roig Vanaclocha A.*

**Introducción.** Los implantes inmediatos postextracción con carga inmediata tienen como objetivo el mantenimiento de la arquitectura ósea y gingival periimplantaria. La falta de entendimiento de los principios biológicos y mecánicos que actúan en el sistema formado por el implante, la prótesis y el entorno que éstos ocupan, puede llevar al fracaso de dicha técnica. La conexión del pilar protésico al implante, estando sometido a cargas funcionales, da como resultado una pérdida de hueso crestral en sentido horizontal que puede generar una pérdida ósea vertical si no se respeta la distancia con dientes o implantes adyacentes. La anchura biológica se reestablece con estos cambios óseos y la estética gingival se ve afectada. Una forma de controlar este proceso se basa en la modificación del diseño del implante y la aplicación de la técnica de cambio de plataforma.

**Caso clínico:** Mujer de 52 años, sin antecedentes clínicos de interés, acude a nuestra consulta presentando dolor agudo. Tras una exhaustiva anamnesis y exploración clínica y radiológica mediante radiografía periapical y panorámica, se diagnostica una fractura vertical en primer premolar superior izquierdo. Incluimos el TAC para valorar la disponibilidad ósea y posibles defectos en cortical vestibular. Se decide la exodoncia del diente y colocación de un implante postextracción con carga inmediata. Utilizamos un implante de 4 mm de diámetro y plataforma expandida de 4.8mm. Realizamos carga inmediata usando un pilar protésico de diámetro 4.1 mm, y se modifica la corona natural del diente extraído para utilizarla a modo de prótesis provisional.

**Discusión:** El establecimiento de la anchura biológica alrededor del implante restaurado es inevitable y suele cursar con reabsorción ósea crestral, planteando complicaciones estéticas. Las modificaciones que se introducen en el diseño del implante y su conexión protésica para resolver este problema se basan en un diámetro de la plataforma ligeramente mayor al del cuerpo del implante, siendo éste de paredes paralelas que se irán abriendo en ángulo de 30°. La ampliación de este cuello mejora el sellado del alveolo postextracción y la estabilidad primaria. La utilización de un pilar de diámetro menor a la plataforma del implante sitúa la conexión de ambos en la zona central del implante proporcionando dos grandes ventajas: ganamos un espacio para el asentamiento de la anchura biológica y la conexión permanece alejada del hueso crestral periimplantario minimizando las repercusiones negativas sobre éste, tanto las debidas a factores mecánicos, ya que las fuerzas se transmiten hacia el eje central del implante, como las debidas a factores biológicos, el infiltrado bacteriano que afecta al tejido conectivo más superficial se mantiene lejos del hueso.

**Conclusión:** La plataforma expandida como modificación en el diseño de implantes dentales incorporando el concepto de "platform switching" es un manera simple y efectiva de conseguir resultados estéticos y predecibles.

## QUISTE DENTÍGERO: A PROPÓSITO DE UN CASO

*Sara Sáiz Carrasco; Alicia Martínez Barrero; Javier Suárez Rivaya; Virginia Aparicio García; M<sup>a</sup> Isabel Sánchez Jorge; Jose María Buesa Báez.*

**Introducción:** El quiste dentígero es un quiste epitelial odontógeno del desarrollo; son los segundos más frecuentes de la patología quística (37%-10%); está relacionado con un diente retenido en maxilar o mandíbula. La clínica es indolora, a veces supuración y/o tumefacción. El diagnóstico se realiza mediante radiografía y confirmación con anatomía patológica

**Caso clínico:** Se presenta un caso clínico de un paciente de 35 años de edad, que acudió a consulta refiriendo dolor e infección. Mediante radiografía panorámica se diagnostica una imagen radiolúcida en ángulo mandibular izquierdo en relación con pieza 38. Se realizó eliminación del quiste y extracción de tercer molar incluido; y control de parestesia de nervio dentario inferior y evolución del defecto óseo.

**Discusión:** El tratamiento de elección en los quistes dentígeros es la enucleación, pero en determinados casos, por la extensión de la lesión o la relación con estructuras anatómicas importantes se opta por métodos más conservadores.

**Conclusión:** El diagnóstico precoz de este tipo de lesiones es muy importante, para conseguir eliminar por completo la lesión con una técnica cuidadosa y mínimas complicaciones.

## QUISTE FOLICULAR DIAGNOSTICADO A PARTIR DE UNA GAMMAGRAFÍA ÓSEA. A PROPÓSITO DE UN CASO

*Paredes Rodríguez VM, González Sánchez SM, Peyró Fernández-Montes B, De la Vega Buró S, Sánchez Martín-Sauceda E, Guisado Moya BF.*

**Introducción:** La gammagrafía ósea es una técnica de medicina nuclear que produce una captación de imágenes procedentes del acúmulo de un radiofármaco en los tejidos, destacando el Tecnecio 99 (99Tc). Ésta técnica es un método muy sensible al aumento del metabolismo en la zona estudiada, es decir, a los procesos inflamatorios y tumorales.

**Caso clínico:** Se presenta el caso de una paciente que fue sometida a un rastreo óseo mediante gammagrafía ósea con 99Tc para descartar posibles procesos tumorales. Fue remitida al servicio de Cirugía Bucal al detectar una imagen hipercaptante en el ángulo mandibular izquierdo.

Tras estudio radiológico mediante ortopantomografía se decide intervenir para exodoncia de cordal inferior izquierdo junto a lesión compatible con quiste folicular. El estudio anatomopatológico confirma el diagnóstico de sospecha.

**Discusión:** La gammagrafía ósea tiende a detectar sobre

todo la actividad osteoblástica, estando indicada en procesos que cursan con dichas características, como por ejemplo las metástasis blásticas. En este tipo de lesiones la imagen gammagráfica demuestra un acúmulo del radiotrazador en forma de foco único o difuso. No obstante, los estudios realizados no sopesan la posibilidad de utilizar la gammagrafía ósea como diagnóstico de quistes odontógenos.

**Conclusión:** Pese a no ser una prueba diagnóstica de primera utilidad, la gammagrafía ósea se presenta como una prueba válida para el diagnóstico inicial de entidades tales como el quiste folicular.

### QUISTE NASOPALATINO: A PROPOSITO DE UN CASO

*E. Núñez-Samper Repáraz, C. Martín Carreras-Presas, R. Baca Pérez-Bryan, E. Bermejo del Yelmo, B. Lizaur Ajuria, G. Hernández-Vallejo.*

**Introducción:** El quiste del conducto nasopalatino es el más frecuente dentro del grupo de los quistes no odontógenos del maxilar superior. Este tipo de quiste se origina durante el desarrollo a partir del epitelio que recubre el conducto nasopalatino, bien sea en la parte superior como en la parte inferior del mismo.

Ante signos clínicos o radiológicos que indiquen la presencia de un quiste en el conducto nasopalatino, es necesario realizar un diagnóstico diferencial con otras posibles lesiones como quiste radicular de los incisivos centrales o un quiste dentígero de un diente supernumerario.

**Caso Clínico:** Se presenta el caso de un paciente al que tras realizar las pruebas radiográficas necesarias se diagnostica la presencia de un posible quiste nasopalatino, realizándose la extirpación del mismo y el estudio histológico por el que se obtuvo el diagnóstico definitivo.

### QUISTE ODONTOGÉNICO CALCIFICANTE (QUISTE DE GORLIN)

*Vergara de Frutos C., García-Estrada Artajo A., Sánchez Ruiz J., Kathan Rodríguez K., Gómez Rodríguez R., Vázquez Piñeiro M T.*

**Introducción:** El quiste odontogénico calcificante (QOC) es una lesión poco frecuente. Descrito por primera vez como entidad patológica en 1962 por el Dr. Gorlin y su equipo, fue en 1971 cuando la OMS lo clasificó dentro de los tumores de origen odontogénico. Se describe como lesión quística rodeada por epitelio con masas de células "fantasma". Tiene características poco invasivas, por lo que se considera una lesión benigna. Se puede presentar también como variedad no quística, con comportamiento agresivo e infiltrando tejido, considerándose en estos casos como neoplasia.

**Caso clínico:** Mujer de 74 años con antecedentes de histerectomía más doble anesectomía, diabetes y marcapasos. Acude al Servicio de Estomatología del HGUGM por presentar una tumoración gingival de 6 meses de evolución, de aparición brusca e indolora en cuarto cuadrante. Se realizan pruebas radiológicas complementarias y la exéresis para su estudio histopatológico.

**Discusión:** El QOC se considera central si aparece en hueso, y es más frecuente en la segunda década de la vida. Se considera periférico si aparece de forma extraósea y es más frecuente en la sexta década de la vida. No tiene predilección por sexo, ni localización, siendo casi igual en mandíbula que maxilar. Los QOC periféricos se suelen encontrar en la encía y en tramos edéntulos y supone el 25% de los QOC. Las imágenes radiológicas suelen ser uniloculares radiotransparentes y en ocasiones multiloculares. El diagnóstico diferencial se realiza con quiste dentígero, quiste radicular, ameloblastoma, quiste globulomaxilar o quiste periodontal lateral.

**Conclusiones:** El QOC representa menos del 1% de los quistes de mandíbula. La malignización es rara, aunque en el estudio histopatológico se debe medir la actividad mitótica, pleomorfismo nuclear y necrosis, ya que la diferenciación con el benigno es mínima. Tras la excisión completa de la lesión rara vez recidiva.

### REHABILITACIÓN IMPLANTOSOPORTADA DE SECTORES POSTERIORES MANDIBULARES ATRÓFICOS. TÉCNICAS QUIRÚRGICAS

*Rodríguez Pena Karen, Bilbao Alonso Arturo.*

**Introducción:** La rehabilitación implantosoportada de sectores posteriores mandibulares presenta frecuentemente limitaciones anatómicas por la pérdida progresiva del tejido óseo. Estos casos requieren técnicas quirúrgicas complementarias que posibiliten la colocación de implantes.

**Objetivos:** Resumir las técnicas para la rehabilitación quirúrgica del maxilar inferior posterior atrófico.

**Discusión:** Indicaciones, ventajas e inconvenientes de las técnicas quirúrgicas para rehabilitar el sector posterior mandibular atrófico: Transposición y lateralización del nervio dentario. Distracción alveolar. Injertos en bloque "Onlay". Sagital Split. Casos clínicos.

**Conclusiones:** No existe una técnica de aplicación universal. La distancia al nervio dentario y el espacio protésico condicionan la técnica elegida. Una adecuada relación corona implante debe ser un objetivo a alcanzar en el tratamiento. La información exhaustiva al paciente de pros y contra es necesaria.

## REHABILITACIÓN SUPERIOR E INFERIOR SOBRE IMPLANTES INMEDIATOS POSTEXTRACCIÓN CON CARGA INMEDIATA SOBRE IMPLANTES TRANSICIONALES

*Bretones López P, Lorrio Castro C, Hernández Aliaga M, Calvo Guirado JL.*

**Introducción:** La colocación de implantes inmediatos postextracción ofrece numerosas ventajas entre las que cabe destacar la reducción de la pérdida de reborde alveolar y de los tiempos en los protocolos de actuación.

**Caso Clínico:** Presentamos un caso clínico de rehabilitación superior e inferior en una paciente con síndrome de boca seca mediante la colocación de implantes inmediatos postextracción y su control a los dos años, añadiendo implantes transicionales para permitir la carga inmediata y evitar así la pérdida de los implantes inmediatos por continuo contacto de dichas prótesis.

**Discusión:** Dado que la estabilidad primaria de los implantes inmediatos postextracción no garantiza la seguridad a la hora de hacer carga inmediata y para evitar el periodo edéntulo durante la osteointegración, la colocación de implantes transicionales permite la rehabilitación inmediata, de forma temporal.

**Conclusión:** La utilización de implantes transicionales reduce los inconvenientes de la colocación de implantes inmediatos postextracción con poca estabilidad primaria si los sometieramos a carga inmediata funcional

## RELACIÓN ENTRE LAS MEDIDAS DE ANALISIS DE FRECUENCIA DE RESONANCIA Y LA CALIDAD ÓSEA

*María Victoria Olmedo Gaya, María Pilar Quesada García, Esther Muñoz Soto, Estrella Prados Sánchez, José Dieguez Guerrero, María Paloma González Rodríguez.*

**Introducción:** La cicatrización ósea en la interfase hueso-implante se activa tras la lesión que supone la preparación quirúrgica del lecho del implante. Las propiedades mecánicas del hueso influyen en la duración del periodo de cicatrización hasta alcanzar la estabilidad secundaria (formación y remodelación ósea en la interfase implante-hueso). Éstas permiten la carga inmediata o temprana de implantes con estabilidad primaria alta y en casos de aquellos colocados en hueso blando con poca estabilidad se precisan periodos más largos de curación. El análisis de frecuencia de resonancia (RFA) es un sistema de medida no invasivo que se utiliza para medir la estabilidad de los implantes dentales.

**Objetivos:** Analizar la influencia de la calidad ósea en las medidas RFA recogidas a las 12 semanas de cicatrización.

**Material y Métodos:** En un estudio clínico prospectivo basado en una muestra de 235 implantes colocados en 93 pacientes, se realizan mediciones (valores ISQ) con la

técnica RFA a las 12 semanas de cicatrización. Se evalúa la localización de los implantes y la calidad ósea.

**Resultados:** La localización y el tipo de hueso influyen de manera significativa en la estabilidad de los implantes medida con RFA a las 12 semanas, obteniendo mayores valores ISQ en los implantes colocados en maxilar superior ( $p=0.001$ ) y en los insertados en hueso tipo 1 ( $p=0.009$ ).

**Conclusiones:** La estabilidad de los implantes medida con RFA es menor en implantes colocados en maxilar superior y mayor en hueso tipo 1.

## SISTEMÁTICA PARA LA CONFECCIÓN DE UNA IMPLANTOPRÓTESIS PARA FUNCIÓN/CARGA INMEDIATA, CON CIRUGÍA GUIADA

*Bárbara Peyró, Enrique Borobio, Juan López-Quiles, Jaime del Rio, Mikel Urizar, Rocío Garcés.*

**Introducción:** Hoy en día los protocolos propuestos originalmente por Branemark han cambiado considerablemente y han dado paso a distintos conceptos en relación al momento en que vamos a cargar nuestros implantes, como la carga inmediata, temprana, función inmediata etc.

La cirugía guiada se considera otro gran avance dentro de este campo que nos permite, utilizando la información que nos da la tomografía computerizada combinándola con una simulación en 3D de la posición en la que queremos que vayan los implantes, obtener unas férulas quirúrgicas a través de las cuales podemos colocar los implantes en la posición planificada.

Generalmente los problemas aparecen a la hora de realizar la prótesis inmediata, asociados a las pequeñas variaciones en la ubicación final del implante debidas al factor humano.

**Caso clínico:** A partir de tres casos, dos de ellos para realizar carga inmediata con prótesis híbrida mandibular y otro para función inmediata con prótesis parcial anteroinferior desarrollamos la siguiente sistemática: Selección del paciente. Confección de las prótesis convencionales mucosoportadas. Cirugía guiada Adaptación de su prótesis convencional como prótesis provisional inmediata, utilizando unos nuevos pilares dinámicos y mucosoportación.

**Discusión:** Las técnicas para la confección de prótesis inmediatas sobre implantes analizadas en la literatura, presentan los inconvenientes de no compensar las pequeñas variaciones en la ubicación quirúrgica empleando férulas que son debidas al factor humano, ligeras variaciones en altura y angulación de los implantes que han de ser compensadas y por otro lado el correcto establecimiento de un plano oclusal.

La técnica que presentamos compensa ambos inconvenientes a partir del empleo de pilares orientables y manteniendo la mucosoportación de las prótesis provisionales.

**Conclusiones:** El protocolo utilizado nos ha permitido

reducir algunos de los problemas que surgen en la fase protésica. En el póster describimos paso a paso con imágenes la técnica descrita.

### SPLIT CREST AND BONE EXPANSION

*Lafuente Martínez H, Sánchez Pardo M, Torres Navarro C, Hernández Montero S, Rodríguez Torres P, Velasco Bohorquez P.*

**Introducción:** La expansión alveolar y corticotomía permite colocar implantes en rebordes alveolares que tengan como mínimo de 5 a 8 mm de altura y de 3 mm de anchura ósea.

**Caso clínico:** Paciente con hepatitis c, de 75 años de edad, con hepatitis c que acude a la clínica odontológica solicitando la rehabilitación fija mediante implantes. se realiza tac dental observándose un hueso residual de 11 mm de altura y 3 mm de anchura, se le realiza una corticotomía mas expansión ósea, se colocan implantes de 3,75 x 10mm, puntos simples. seis meses después, se realiza un colgajo de reposición apical y se colocan pilares de cicatrización de 3,5mm, dos semanas después se toman medidas para las coronas definitivas.

**Discusión:** Valoramos la realización de técnicas de expansión ósea con colocación simultanea de implantes frente a técnicas de regeneración ósea y colocación diferida de los implantes en maxilares atroficos.

**Conclusion:** Las técnicas de expansión ósea nos permiten la realización de tratamientos implantológicos en pacientes con maxilares atroficos evitando la realización de técnicas de regeneración.

### SPLIT DE CRESTA ALVEOLAR MAXILAR: A PRO- PÓSITO DE UN CASO

Roig Vanaclocha Ana; Tovar García Ana; Lledó Gil Miguel; Calvo Guirado José Luís

**Introducción:** Los tratamientos con implantes dentales no son siempre favorables debido a las limitaciones anatómicas del hueso alveolar residual. En presencia de crestas óseas delgadas pero con altura suficiente debemos recurrir a técnicas quirúrgicas avanzadas que nos permitan colocar implantes. Una de estas técnicas es el split de cresta alveolar que consiste en la separación de las crestas óseas vestibular y palatina y la posterior inserción de implantes dentales.

**Caso clínico** Se presenta un caso clínico de rehabilitación del maxilar superior con atrofia de la cresta alveolar en el sector anterior tratado con técnica de Split de cresta alveolar, colocación de 6 implantes y posterior confección de la prótesis implantorretenida.

**Discusión** Aunque es una técnica quirúrgica arriesgada que precisa de requisitos anatómicos y requiere un adiestramiento

quirúrgico y científico adecuado, el Split de cresta alveolar es una técnica predecible para la rehabilitación de crestas óseas delgadas pero con altura adecuada.

**Conclusiones** Esta técnica quirúrgica presenta unas ventajas como son el riesgo disminuido de reabsorción del injerto contenido entre ambas corticales, el riesgo disminuido de exposición del injerto y la menor cantidad de injerto necesario y además nos permite realizarla en clínica debido a la accesibilidad de los instrumentos a la zona quirúrgica

### SUPERFICIES BIOACTIVAS

*Aresti Allende A., Encabo Durán MJ., Carrillo de Albornoz Sáinz A., Rioboo M., Aragonese Lama J. M.*

**Propósito:** La utilización de monocapas orgánicas ensambladas de ácido fosfónico sobre la superficie de Titanio mejora de la estabilidad fisico-química, adhesión celular o biocompatibilidad, factores que son cruciales en la aceptación del implante por parte del tejido circundante.

**Materiales y Métodos:** En este trabajo se han propuesto dos modificaciones para mejorar la osteointegración realizadas sobre probetas rectangulares de 1.05 cm<sup>2</sup> de aleación de titanio Ti6Al4V, por un lado, aumento de la humectabilidad que se llevó a cabo mediante un proceso de inmersión en una mezcla realizada con tetrahidrofurano (THF) y ácido carboxietilfosfónico durante 24 horas a 76°, y formación de unión covalente con proteínas previa activación de los grupos carboxilo en superficie con Etil-3-[3-dimetilaminopropil]carbodamida hydrochloride (EDC) y N-hidroxisulfamida (NHS) e incubación de la proteína, la glucosa oxidasa, durante 4 horas.

**Resultados:** Las muestras tratadas presentan una mejora de la humectabilidad mediante ensayos de mojado en superficie y por lo tanto mayor capacidad de adhesión y se comprobó la inmovilización de la proteína modelo empleada en la interfase del titanio evaluada mediante fluorescencia.

**Conclusiones:** El tratamiento químico del Titanio mediante ácido fosfónico permite mejorar la humectabilidad incrementando el carácter hidrofílico del Titanio mediante una reacción sencilla de realizar y se puede inducir el crecimiento celular en la superficie del titanio tras la inmovilización de proteínas.

### TASAS DE ÉXITO SEGÚN LA INFLUENCIA DEL HUESO RESIDUAL EN LA COLOCACION SIMULTANEA DE IMPLANTES CON TÉCNICA DE ELEVACIÓN SINUSAL MEDIANTE VENTANA DE ACCESO VESTIBULAR

*Ambrosio Encinas M., Faraco Blanco C., Sala Martí L., Armijo Salto AD., Aragonese Lama JM.*

**Objetivo:** El objetivo de esta revisión bibliográfica es analizar la influencia del hueso residual basal en la tasa

de supervivencia de los implantes colocados con elevación sinusal simultánea mediante ventana de acceso vestibular. **Material y método:** Se realizó una búsqueda bibliográfica utilizando como base de datos medline, y utilizamos las palabras claves “elevación sinusal, implantes y hueso residual”. Los artículos revisados fueron de los últimos diez años.

**Resultados:** Todos los estudios coinciden en la importancia de los siguientes factores: altura de hueso residual, tipo de injerto y la utilización de membrana en ventana vestibular; para el éxito de los implantes.

**Conclusiones:** La colocación simultánea de implantes con elevación sinusal mediante ventana de acceso vestibular puede ser realizada con una altura de hueso residual de 1 a 7 mm mediante una planificación cuidadosa de cada caso clínico y una técnica correcta adecuada. de esta forma disminuimos los costes y el número de cirugías, aunque los casos de 1 a 3 mm de hueso residual presentan una mayor dificultad para conseguir buena estabilidad primaria y la colocación adecuada de los implantes.

#### **TECNICA ABORDAJE EXTERNO CALDWELL-LUC (TAECL) VS. TECNICA BALLOON LIFT CONTROL SINUS ELEVATION (TBLCSE)**

*Jiménez A, Bayoll J.*

**Introducción:** La elevación del seno maxilar es un procedimiento quirúrgico que permite aumentar la disponibilidad ósea en maxilares atróficos. Para ello existen descritas diferentes técnicas.

**Objetivos:** Valorar las ventajas e inconvenientes de TAECL frente a la reciente técnica de BLCSE.

**Descripción de las técnicas:** TAECL descrita por Tatum, que consiste en abrir una ventana lateral intentando no romper la membrana de Schneider y creando un espacio entre el suelo sinusal y la membrana que se rellena con hueso autólogo o biomateriales. TBLCSE, con el mismo objetivo que la técnica de abordaje externo pero con la utilización de una sonda introducida por una pequeña apertura en la cresta ósea que creará el espacio para el relleno de hueso autólogo o biomaterial.

**Discusión:** Al no utilizar el bisturí en la TBLCSE, los puntos de sutura no son necesarios, la curación y la posterior cicatrización son más rápidas. Y lo más importante, consigue reducir sensiblemente el tiempo de tratamiento. Se reduce el tanto por ciento de lesiones en la membrana Schneider, por lo tanto se reduce la infección, la invasión bacteriana, la alteración de la función fisiológica del seno maxilar. No se colapsa el material de relleno utilizado para el mantenimiento y elevación de la membrana Schneider. La TBLCSE requiere de 3-4mm de hueso remanente que no son necesarios en TAECL.

**Conclusión:** Tanto en la TAECL como en la TBLCSE se obtienen unos resultados similares en ganancia de hueso, siendo la TBLCSE una técnica menos invasiva.

#### **TECNICA BALLOON LIFT CONTROL SINUS ELEVATION (TBLCSE) VS. TÉCNICA DE SUMMERS MEDIANTE OSTEOTOMOS (TSMO)**

*Bayoll J, Jiménez A.*

**Introducción:** La elevación del suelo de la cavidad sinusal es un procedimiento quirúrgico que permite aumentar la disponibilidad ósea en maxilares atróficos. Para ello existen descritas diferentes técnicas.

**Objetivos:** Valorar las ventajas e inconvenientes de TSMO frente a la reciente técnica de BLCSE.

**Descripción de las técnicas:** La técnica de Summers o aproximación a la membrana de Schneider mediante osteotomos desde la cresta ósea dejando 1-2mm de hueso hasta el suelo sinusal. Esta distancia de hueso se salva mediante presión empujando la membrana hacia arriba sin perforarla y creando el espacio necesario para alojar el biomaterial o el implante. TBLCSE, mediante la utilización de una sonda introducida por una pequeña apertura en la cresta ósea que creará el espacio entre la membrana y el hueso cortical para el relleno de hueso autólogo o biomaterial

**Discusión:** Para aplicar la técnica de Summers la mayoría de estudios coinciden en que es necesaria una altura de reborde óseo remanente mínima de entre 5 y 7 mm, y con ella se pueden conseguir elevaciones de hasta 14 mm. La técnica de Summers es menos invasiva, minimiza los tiempos quirúrgicos y reduce las molestias postoperatorias del paciente. La TBLCSE produce mayor ganancia de espacio desde la membrana al hueso por lo que nos permite elevaciones sinusales en maxilares más atróficos, aunque los tiempos del tratamiento son mayores.

**Conclusiones:** La TBLCSE será utilizada en pacientes con hueso remanente menor de 5 -7mm y mayor de 3-4mm. La TSMO será realizada en pacientes con hueso remanente de 5-7mm. La TBLCSE es una técnica reciente con una excasa literatura que la apoye frente a la TSMO que dispone de unos amplios estudios que sostienen su eficacia y predictibilidad

#### **TECNICA QUIRURGICA DE TRANSPOSICIÓN DEL NERVI0 DENTARIO INFERIOR UTILIZANDO COMO MODELO UN CADAVER**

*Alejandro Jimenez, Elena García Melero, Ignacio García-Morís, Eugenia Asian, Daniel Torres, JL. Gutierrez*

**Introducción:** La transposición del nervio dentario inferior (NDI) es una solución quirúrgica para la rehabilitación protésica en casos de severa reabsorción ósea. El objetivo de la presente comunicación es describir esta técnica con posterior colocación de implantes, destacando que se realiza sobre un modelo biológico ideal.

**Material y Método:** La técnica se realiza en cadáveres durante la formación continuada de postgrado en

“Anatomía Aplicada a la Implantología e Implantoprótesis” en los cursos académicos 2007-08 y 2008-09. Se comienza con una incisión crestal con descarga anterior sinfisaria y se localiza el agujero mentoniano en zona premolar, a continuación se realiza la disección del nervio mentoniano. La osteotomía se realiza excéntrica y medial alrededor del foramen mentoniano conformando una roseta de cuatro milímetros que deja libre el tejido nervioso y nos permite seccionar la rama incisiva. La osteotomía lateral se empieza desde bucal, siguiendo la trayectoria anteroposterior del NDI, se extrae un bloque de cortical que después se recoloca junto con hueso recogido del fresado con un filtro adosado al equipo de aspiración aplicado. El procedimiento se concluye mediante la separación y protección con material específico que permite manipular el paquete vasculo-nervioso durante el fresado del lecho implantológico, esta secuencia de fresado para la colocación de los implantes se realiza siguiendo el protocolo habitual.

**Discusión:** Es importante la utilización de instrumental específico que preserve el nervio de posibles traumas así como la interposición de biomateriales entre los implantes y el paquete vasculonervioso a fin de conseguir un aislamiento neural. Esta opción quirúrgica nos permite la inserción de implantes de mayor longitud.

La transposición del NDI presenta excelentes resultados con aparición de alteraciones neurales pero con la recuperación completa de la sensibilidad tras varios meses después del procedimiento quirúrgico.

**Conclusión:** La realización de esta técnica en el cadáver es un entrenamiento ideal para el cirujano bucal. Actualmente representa una técnica de cirugía avanzada que con una indicación adecuada presenta resultados muy predecibles.

## TRATAMIENTO DE DEFECTO ÓSEO POR QUISTE PARA REHABILITACIÓN COMPLETA

*Lasa García A., García AI., Roselló Laporta R., Cervantes Haro N., Aragoneses Lama J. M.*

Varón de 61 años fumador, desdentado total, demanda rehabilitación fija sobre implantes en arcadas superior e inferior. En la exploración intraoral observamos arcadas con suficiente cantidad de hueso y encía queratinizada. En el estudio radiográfico complementario en la arcada inferior presenta suficiente cantidad ósea con ausencia de tabla vestibular en la zona de caninos y premolares, planificamos la colocación de seis implantes. En la arcada superior observamos en el seno maxilar una imagen radiolúcida de 10mm de diámetro aproximadamente compatible con quiste de retención mucoso. Realizamos la cirugía de la arcada inferior donde se colocan los 6 implantes en las posiciones planificadas, 15 días después ejecutamos la cirugía de la arcada superior procediendo a la extirpación del quiste y regeneración ósea con membrana y fosfato beta tricálcico y colocamos 7 implantes. Tras 2 meses de espera efectuamos la colocación del octavo implante en el

lugar de la regeneración y procedemos a comenzar con la fase protésica. Tomamos todos los registros necesarios para la elaboración de prótesis fijas de metal porcelana sobre los implantes colocados.

Se presentan fotografías y pruebas complementarias para documentar el caso.

## VALORACIÓN DEL RIESGO MÉDICO EN LA CONSULTA DENTAL MEDIANTE UNA ENCUESTA DE SALUD – EMRRH

*Escudero Mariño M B, Castro Sabugueiro E, Lewis Gibson R, Aguado Santos A, Balboa Gómez JL, Mosquera Taboada L.*

**Introducción:** El aumento del número de complicaciones médicas en las consultas dentales, unido a la demostración de la poca objetividad de la encuesta verbal entre el profesional y el paciente, hacen necesaria la creación de un cuestionario apropiado para recopilar toda la información necesaria sobre el paciente. Surge así el European Medical Risk Related History (EMRRH)

**Objetivos:** Determinar si la población gallega presenta factores de riesgo específicos que puedan dar lugar a complicaciones médicas posteriores, su distribución, y analizar la validez de la encuesta EMRRH en la detección de enfermedades de riesgo.

**Metodología:** recogimos una muestra de 150 pacientes a la que le aplicamos el cuestionario EMRRH

**Discusión y resultados:** A grandes rasgos los problemas médicos detectados coinciden con los reflejados en la bibliografía consultada, aunque nos encontramos con unos porcentajes de riesgo ASA II-IV relativamente más altos que en estudios anteriores. Además hemos analizado dos elementos innovadores, alcohol y tabaco, que demuestran ser dos problemas médicos relevantes en nuestra población.