

del hueso parietal supone en estas situaciones muchas ventajas tales como la obtención de un hueso membranoso que es el más adecuado para la reconstrucción maxilofacial ya que la revascularización se produce antes y la reabsorción es menor, además de que se pueden tomar grandes cantidades en forma de bloques cortiesponjosos, esponjosos y/o atróficos. Los bloques son muy adecuados para la

fijación rígida y la compresión contra el lado receptor.

El postoperatorio es mejor que el de cualquier toma de injertos de localización extra o intraoral, cursa con mucho menos dolor e inflamación.

También conviene reseñar los inconvenientes de este tipo de injerto tales como la necesidad de anestesia general y que aunque la incidencia de complicaciones en la toma de injer-

tos craneales es pequeña, el cirujano debe estar acostumbrado a la toma de injertos y tener experiencia en cirugía craneofacial, ya que las potenciales complicaciones pueden ser severas.

Nuestra experiencia colocando implantes sobre injertos de calota tras la elevación sinusal en 2 fases es de 99,5% de éxitos en integración y un 1,5 % de pérdida del injerto por

infección, por secuelas postoperatorias y por aparición de fístula oroantral sobre un total de 370 elevaciones y 712 implantes en 15 años. El hueso injertado se comporta como un hueso de calidad tipo II y como complicaciones en la zona dadora hemos observado alopecia difusa en la zona de incisión en 2 casos y un caso de infección de cuero cabelludo.

BIBLIOGRAFÍA

- Cobb CM, Eick JD, et al.** Restoration of mandibular continuity defects using combinations of hydroxylapatite and autogenous bone. *J Oral Maxillofac Surg.* 1990; 48: 268-275.
- De Lange GL, De Putter C, Burger EH, De Groot K.** The bone-hydroxylapatite interface. *Biomaterials Clin Applications* 1987; 217-222.
- Maloney PL, Welch TB, Chris Doku H.** Augmentation of the atrophic edentulous maxilla with hydroxylapatite. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1990; 69: 533-538.
- Whittaker JM, James RA, Lozada J, Cordova C, Garey DJ.** Histological response and clinical evaluation of heterograft and allograft materials in the elevation of the maxillary sinus for the preparation of endosteal dental implant sites. Simultaneous sinus elevation and root form implantation: An eight-month autopsy report. *J Oral Implantol* 1989; 15(2): 141-144.
- Chanavaz M.** Sinus grafting related to implantology. Statistical analysis of 15 years of surgical experience (1979-1994). *J Oral Implantol* 1996, 12(2): 119-130.
- Triplett RG, Schow SR.** Autologous bone grafts and endosseous implants: Complementary techniques. *J Oral Maxillofac Surg* 1996; 54: 486-494.
- Jensen J, Krantz Simonsen E, Sindet-Pedersen S.** Reconstruction of the severely resorbed maxilla with bone grafting and osseointegrated implants: A preliminary report. *J Oral Maxillofac Surg* 1990, 48: 27-32.
- Jensen J, Sindet Petersen S.** Autogenous mandibular bone grafts and osseointegrated implants for reconstruction of the severely atrophied maxilla: A preliminary report. *J Oral Maxillofac Surg* 1991; 49: 1277-1287.
- Hirsch JM, Ericsson I.** Maxillary sinus augmentation using mandibular bone grafts and simultaneous installation of implants. A surgical technique. *Clin Oral Impl Res* 1991; 2: 91-96.
- Lundgren S, Moy P, Johansson C, Nilsson H.** Augmentation of the maxillary sinus floor with particulated mandible: A histologic and histomorphometric study. *Int J Oral Maxillofac Implants* 1996. 11: 760-766.
- Keller EE, Triplett WW.** Iliac bone grafting: Review of 160 consecutive cases. *J Oral Maxillofac Surg* 1987; 45: 11-14.
- Tidstrom KD, Keller EE.** Reconstruction of mandibular discontinuity with autogenous iliac bone graft: Report of 34 consecutive patients. *J Oral Maxillofac Surg* 48: 336-346, 1990. Discussion: Boyne PJ. *J Oral Maxillofac Surg* 1990; 48: 347.
- Kalk WWI, Raghoobar GM, Jansma J, Boering G.** Morbidity from iliac crest bone harvesting. *J Oral Maxillofac Surg* 1996; 54: 1424-1429.
- Kuziak FJ, Zins JE, Ring E, Whitaker LA.** The early revascularization of membranous bone grafts. *Surg Forum* 1981, 32: 567-568.
- Zins JE, Whitaker LA.** Membranous versus endochondral bone: Implications for craniofacial reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 1983; 72: 778-784.
- Raghoobar GM, Batenburg RHK, Vissink A, Reintsema H.** Augmentation of localized defects of the maxillary ridge with autogenous bone before insertion of implants. *J Oral Maxillofac Surg* 54: 1180-1185, 1996. Discussion: Triplett RG. *J Oral Maxillofac Surg* 1996; 54: 1185-1186.
- Tidwell JK, Blijdorp PA, Stoelinga PJW, et al.** Composite grafting of the maxillary sinus for placement of endosteal implants. A preliminary report of 48 patients. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1992; 21: 204-209.
- Lazzara RJ.** Criterios para selección de implantes: consideraciones quirúrgicas y protésicas. *Actual Implantol* 1995; 7: 17-32.
- Lozada JL, James RA, Boyne P, Lorca FJ.** Valoración clínica y respuesta histológica de materiales autólo-