

Bone healing following immediate versus delayed placement of titanium implants into extraction sockets: A prospective clinical study

Schropp L, Kostopoulos L, Wenzel A.
Int J Oral Maxillofac Implants 2003; 18: 189-99

Los autores realizan un estudio comparando la regeneración ósea y los cambios que se producen en la cresta ósea tras la colocación inmediata, versus diferida, de implantes de titanio con superficies de ácido grabado en el interior de las bolsas alveolares.

Presentan un estudio randomizado en 46 pacientes, que aleatoriamente se introducen bien en el grupo de implantes inmediatos (IN), bien en el de diferidos (DI). Incluyen 23 pacientes en cada grupo. Los implantes son colocados en las regiones incisivas, canina, o premolar, de maxilar o mandíbula. El implante se coloca en un rango de 10 días tras la extracción en el grupo IN y de aproximadamente tres meses tras la extracción en el grupo DI. La anchura (paralela y perpendicular al implante), y la profundidad del defecto óseo marginal alrededor del implante son medidas justo tras la colocación del implante, y a los tres meses. Los cambios que se producen en el hueso crestal, mesial y distalmente, fueron evaluados radiográficamente mediante medidas lineares.

Las tasas de supervivencia que obtienen son del 91 % en el grupo IN y del 96% en el grupo DI. En el grupo IN, el promedio de disminución en la anchura paralela, perpendicular y de profundidad, en el defecto mayor de cada implante, asciende al 48% (de 4,4 a 2,3 mm), 59% (de 2,2 a 0,9 mm) y 48% (de 6,9 a 3,6 mm), respectivamente. El promedio de reducción correspondiente al grupo DI alcanza unas cifras del 39% (3,1-1,9 mm), 77% (1,3-0,3 mm) y 34% (4,4-2,9 mm). La reducción en el tiempo fue estadísticamente significativa en ambos grupos ($P=0,4$). En ambos grupos, se obtiene un grado mayor de cicatrización ósea cuando los defectos se sitúan por debajo del reborde alveolar (defectos verticales, profundidad > 60%), que en los defectos tipo dehiscencia (paralelos, 25 % aproximadamente). Un 70% de los defectos mayores del 60% de profundidad, con tres paredes, anchura paralela de más de 5 mm, profundidad de más de 4 mm y anchura perpendicular de máximo 2 mm, tenían capacidad de cicatrización ósea espontánea en un periodo de tres meses.

Los autores concluyen que la formación de hueso nuevo ocurre en mayor medida en los defectos localizados dentro del hueso (verticales), cuando se asocian a implantes cargados inmediatamente en las bolsas de extracción.

Combination chemo-immunotherapy does not improve survival compared with chemotherapy alone for advanced malignant melanoma

Atzpodien J, Neuber K, Kamanabrou D, Fluck M, Brocker E, Neumann C, Runger T, Schuler G, Von den Driesch P, Muller I, Paul E, Patzelt T, Reitz M.
Br J Cancer 2002; 86: 179-84.

No existen tratamientos estándares de quimioterapia para las metástasis del melanoma. La mayor parte de regímenes de agentes sencillos tiene bajas tasas de respuesta. Se han tratado de combinar regímenes con éxito variable. Las citoquinas, así como la interleukina-2 y el interferón-alfa pueden incrementar la respuesta.

El objetivo de los autores es comparar la eficacia de la quimio-inmunoterapia frente a la de la quimioterapia aplicada sola para el tratamiento de los melanomas malignos avanzados. Los autores plantean un estudio randomizado controlado, que se realiza en un periodo comprendido entre 1995 y 1999 en un lugar sin especificar. Los pacientes incluidos en el estudio fueron 124, de los cuales, un 33% eran mujeres y en todos ellos se confirmó histológicamente el diagnóstico de melanoma metastático. El 78% no había recibido tratamiento sistémico previo. Todos presentaban un índice de Karnofsky superior al 80%, y la expectativa de vida no era superior a tres meses. Presentaban analíticamente, un número adecuado de células blancas y de plaquetas.

La quimioterapia sola incluía cisplatino, carmustina, dacarbazina y tamoxifeno, el protocolo de quimio-inmunoterapia presentaba la misma pauta de quimio seguida de interleukina-2 subcutánea e interferón-alfa subcutáneo. La media de seguimiento fue de 12 meses (entre 0-62 meses).

Valoran la supervivencia libre de progresión, la respuesta y la supervivencia total. Aproximadamente un tercio de los participantes obtenían respuesta considerando ambos grupos. La media de supervivencia libre de progresión fue de 4 meses, y la super-

vivencia total de 1 año en ambos grupos. No apreciaron toxicidad que amenazara la vida durante el tratamiento ni se objetivaron muertes.

Los autores concluyen que la adición de interleukina-2 e interferón-alfa a la quimioterapia estándar, no incrementa la respuesta ni la supervivencia en los melanomas avanzados

Health-related quality of life and psychosocial function 5 years after orthognatic Surgery

Motegi E, Hatch JP, Rugh JD, Yamaguchi H.
Am J Orthod Dentofacial Orthop 2003; 124:138-43.

La salud contribuye a la calidad de vida, y el impacto de la salud y la enfermedad en esta calidad se ha demostrado repetidamente. Muchos pacientes deciden someterse a una cirugía ortognática con la esperanza de que mejore su calidad de vida. Normalmente estos pacientes aducen que sus motivos para decidir la cirugía son, mejorar su aspecto físico y las funciones orales, pero los beneficios psicosociales también influyen. Así, son dignos de valorar aspectos como el cambio de personalidad, la mejora de la autoconfianza y la mejora de relaciones personales. Algunos estudios retrospectivos muestran resultados notorios en este sentido, sin embargo, carecen de un diseño prospectivo y de un seguimiento a largo plazo. Los autores documentan en este artículo la estabilidad a largo plazo de las mejoras psicosociales en una muestra de 93 pacientes reevaluados a los 5 años de las cirugías.

Los autores recogen de forma prequirúrgica una base de datos, dividen a los pacientes de forma randomizada en grupos quirúrgicos, aquellos que tienen sus fragmentos de hueso estabilizados con fijación rígida interna con tornillos bicorticales, y los que tienen osteosíntesis con alambre y seis semanas de fijación intermaxilar. La evaluación de los pacientes se realiza de 1-2 semanas antes de la cirugía y, a la semana, 6 semanas, 6 meses, 1 año, dos años y 5 años tras la cirugía. Dado que los autores centran su estudio en la estabilidad a largo plazo de las mejoras psicosociales, se concentran, sobretudo, a los 5 años. Incluyen en el estudio 93 pacientes que presentaban una Clase II dentofacial y que fueron remitidos por sus ortodoncistas para el tratamiento quirúrgico. El estudio incluía 27 varones (29%) y 66 mujeres (71%). En

19 mujeres y 40 varones se realizó una fijación rígida. La media de edad era de $29,0 \pm 10,5$ con un rango entre 14-57 años. El perfil de impacto de enfermedad (PIE) es un cuestionario con 136 preguntas. Intenta medir un ancho rango de habilidades relacionadas con la salud. Hay subescalas orientadas a medir la deambulación, movilidad, cuidado del cuerpo y movimiento, etc., que se agregan en la puntuación de la dimensión física. La interacción social, la comunicación, el comportamiento emocional, el comportamiento de alerta, son subescalas que se agregan a la puntuación de la dimensión psicosocial. Las 5 escalas remanentes que completan la puntuación total son: comida, trabajo, sueño y descanso, mantenimiento del hogar y aspectos recreativos y lúdicos. El cuestionario sobre el estatus de la salud oral (CESA) incluye aspectos como salud oral general, su influencia sobre el trabajo y las actividades sociales, la estética, dolor y sensibilidad y función oral. Fue desarrollado para su uso en pacientes sometidos a cirugía ortognática. La lista chequeo de síntomas 90 revisada (LCS-90-R) se utiliza para medir los síntomas psicopatológicos, se puntúa en base a 9 complejos sintomáticos primarios psicopatológicos, somatización, compulsiones obsesivas, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, fobias, ideas paranoides y psicotismo. El inventario de personalidad de Eysenck es otro test que se administra antes de la cirugía (IPE) y que mide la tendencia hacia la labilidad emocional e hipereactividad. Se plantean tres cuestiones importantes.

- Considerando que es una cirugía electiva, ¿Se la recomendarías a otros?
- ¿Volverías a someterte a la intervención?
- Considerando todos los aspectos, ¿Estás satisfecho con los resultados?

Los pacientes fueron incluidos en el estudio desde Septiembre de 1990 a Junio de 1994. El estudio finalizó en Noviembre de 1999. Los pacientes completaron los cuestionarios bajo supervisión clínica. Las puntuaciones en los tests de IPE, CESA y LCS-90-R fueron incluidas positivamente, además emplearon métodos de libre distribución para el análisis estadístico. Las comparaciones entre los dos grupos se realizaron con el test de Mann-Whitney U.

Todos los análisis fallaron al revelar cualquier diferencia estadísticamente significativa debida al trata-

miento, el lugar o cualquiera de las medidas descritas. Además, los dos grupos quirúrgicos fueron combinados y se realizó el análisis de los datos en el grupo combinado. La puntuación en la dimensión psicosocial muestra una mejoría significativa en todos sus componentes al compararla con la puntuación prequirúrgica ($P < 0,5$). Los cambios entre el segundo y quinto año no fueron significativos. La puntuación en la dimensión física y sus componentes, no sufrió ninguna mejora. La calidad de vida relacionada con la salud oral también mejoró, todos los componentes puntuados en la CESA mostraron una mejoría significativa a los 5 años con respecto a la valoración prequirúrgica ($P < 0,05$). También se mostraba estable entre los 2 y 5 años salvo la salud oral general, la cual mostraba un leve empeoramiento, pero estadísticamente significativo. En los test LCS-90-R también se evidenció una mejoría significativa a los cinco años de la cirugía, aunque en cuanto a somatización y fobias la mejoría no era estadísticamente significativa. Además, los síntomas de somatización aumentaban entre los 2 y 5 años. La escala de satisfacción de 7 puntos mostró que los pacientes se encontraban satisfechos con los resultados postquirúrgicos y que se mantenía a los cinco años.

Los autores concluyen que la salud general y dental relacionada con la calidad de vida, así como la función psicosocial, muestran una mejoría significativa tras la osteotomía sagital bilateral. Esta mejoría es estable entre los 2-5 años tras la cirugía.

The results of microneurosurgery of the inferior alveolar and lingual nerve

Pogrel MA.

J Oral Maxillofac Surg 2002; 60: 485-9.

El daño de los nervios dentario inferior y lingual se produce secundariamente a traumatismos y crecimiento tumoral. Su etiología más frecuente es la cirugía dentoalveolar, sobretodo la exodoncia de terceros molares, siendo otras causas las quistectomías, colocación de implantes, tratamiento de conductos e inyección de anestésico. La evaluación y manejo de estos pacientes es controvertida. Se intentan estandarizar los protocolos de tratamiento, pero en el momento actual no existe ninguno en uso. Además, los resultados a largo plazo de la microcirugía son variables y en algu-

nos casos anecdóticos. Los artículos sugieren que entre un 5-10% de los pacientes evaluados por presentar lesiones de estos nervios sufrieron intervención quirúrgica. La cirugía es esencialmente exploratoria, dado que en el momento actual no existen técnicas de imagen u otra naturaleza diagnósticas. Una vez que se determina la disfunción sensorial se indica la cirugía. Es difícil determinar los resultados obtenidos porque existen escasas publicaciones. Hay estudios que apoyan la intervención pronta en el tiempo, pero esto no se acepta universalmente e incluso otras publicaciones afirman que el momento de realización de la intervención no afecta el resultado. Experiencias en animales parecen apoyar que la intervención temprana obtiene mejores resultados, aunque en algunos casos se ha obtenido éxito transcurridos doce meses. Por otra parte, tampoco existe consenso en cuanto a lo que se considera pronto o tarde. Parece que se obtienen mejores resultados con la sutura directa que con la interposición de injertos. Los autores presentan su experiencia en una unidad quirúrgica durante un periodo de cinco años.

Durante un periodo comprendido entre enero de 1994 y enero de 1999, se valoran los pacientes vistos en el Departamento de Cirugía Oral y Maxilofacial de la Universidad de California en San Francisco (EE.UU.), por lesiones de los nervios dentario y lingual. La mayoría de los casos son valorados por el autor, salvo el 14% que son evaluados por un facultativo con suficiente experiencia. En todos los casos realizan el test con pelos de Frey, para tacto fino y dirección de sensibilidad. Emplean una aguja calibrada de Boley para discriminar entre dos puntos y también utilizan la diferenciación entre agua fría y caliente para registrar la sensación de temperatura y si el paciente detecta la diferencia entre agua caliente y fría realizan una valoración más fina de temperatura con los discos termales de Minnesota. En algunos casos, evalúan el sabor con sabores estándar. En todos los casos, el área afectada del labio o la lengua se define por una aguja hipodérmica dental, se traza el área y se fotografía.

Los criterios que usan para ofrecer cirugía en este estudio son:

1. Transección inadvertida
2. Anestesia completa del área afectada dos meses tras el accidente
3. Falta de reflejos protectores tras cuatro meses y que no mejoran durante el periodo de dos meses que

precede a la cirugía. Los reflejos protectores se considera que existen cuando el paciente presenta al menos un 30% de sensación normal o mayor (registran si el paciente se muerde la lengua o el labio, o hay quemaduras accidentales). Si la lectura con pelos de Frey es de 5,18 o mayor (escala entre 1,65 y 6,65) parece que hay mayor posibilidad de pérdida de los reflejos protectores.

4. Cuando la disestesia es el síntoma predominante del paciente.

Establecen los siguientes criterios de estudio postoperatorio en los pacientes intervenidos:

1. Consideran una buena mejoría si se objetivan dos de los siguientes tres criterios.
 - A. Mejoría de 5 o más en el test de pelos de Frey
 - B. Mejoría de 10 mm o más en la discriminación de 2 puntos
 - C. Mejoría en la sensación de temperatura de no distinguir entre agua fría y caliente a distinguirla. O de ésta, a diferenciar tres discos termales de Minnesota.
2. Validan alguna mejoría con dos de los tres siguientes criterios.
 - A. Mejoría entre 2-5 en el test de pelos de Frey
 - B. Mejoría entre 5-10 mm en la discriminación de puntos.
 - C. Cualquier mejoría en la sensación de temperatura.
3. No consideran mejoría con dos de tres de los criterios:
 - A. En test de Frey mejoría o descenso de dos pelos en cualquier dirección
 - B. Menos de 5 mm en cualquier dirección en el test de discriminación de dos puntos.
 - C. No mejoría en la sensación de temperatura.
- 4.- Consideran empeoramiento del paciente con 1 de los tres criterios sucesivos.
 - A. Descenso en el test de Frey de más de dos pelos
 - B. Aumento de 5 mm o más en el test de discriminación de dos puntos
 - C. Cualquier pérdida de sensación de temperatura.
5. La evaluación postoperatoria de disestesia es subjetiva por parte del paciente valorando si el dolor es menor, igual o mayor tras la cirugía.

Los autores valoran un total de 880 pacientes durante un periodo de 5 años, lo que representa 3.5 pacientes por semana. De ellos, 91 pacientes cumplían totalmente los criterios. De éstos, 51 sufrieron cirugía, lo que representa 10 casos por año. En cinco casos utilizan descompresión. La anastomosis del nervio lingual la realizan en 16 casos y del alveolar en 10. Emplean injerto en 13 casos de nervio lingual y en 7 de alveolar. En 1 caso el nervio dañado era por bloqueo nervioso porque la cirugía no se llegó a realizar. En este caso y en otros cuatro adicionales no se objetivó lesión del nervio. La causa del fallo nervioso en dichos casos permanece en duda. Los 46 casos restantes presentaban un daño nervioso evidente y se procedió a su reparación.

En 8 pacientes la cirugía fue por transección inadvertida dentro de las primeras 96 horas del daño. Ninguna cirugía se realizó más allá de 9 meses tras el daño. Todos los pacientes fueron seguidos al menos un año. Dado el pequeño número de pacientes alcanzado en cada categoría y la gran cantidad de formas de interpretar los números, los resultados no alcanzan significación estadística. Sin embargo, algunas tendencias fueron aparentes. Había mejores resultados en el grupo del nervio alveolar que en el del lingual. La reparación temprana parece ir mejor que la tardía (consideran menos de 10 semanas y más). Los autores obtienen buena mejoría en 10 casos, alguna mejoría en 18 pacientes, ninguna en 22 y empeoramiento en 1. No existía una correlación fuerte entre los resultados de la cirugía ensayados con nuestros test semiobjetivos y la evaluación subjetiva del paciente; así, algunos pacientes en los que los test neurosensoriales mostraban mejoría subjetivamente no la consideraban y en otros casos se daba la circunstancia inversa. Quizá en esto influya un proceso de acomodación o implicaciones médico legales.

Conceptualmente, el autor considera que el éxito de la anastomosis puede depender de factores como la formación de neurinoma o la degeneración del cabo distal, y que estas circunstancias se incrementan con el paso del tiempo. Concluye que en pacientes seleccionados la exploración y la reparación microquirúrgica puede dar resultados satisfactorios aunque también considera que la reparación temprana obtiene mejores resultados (antes de 10 semanas). Ningún paciente en el estudio desarrolló disestesia tras la cirugía que no la tuviera previamente.

Microsurgical reconstruction in the head and neck region: An 18-year experience with 500 consecutive cases

Eckardt A, Fokas K.
J Cranio Maxillo Fac Surg 2003; 31: 197-201.

Con independencia de la etiología de un defecto creado en la región anatómica de la cabeza y el cuello, el objetivo reconstructivo debe ser siempre conseguir una función y estética adecuadas para mejorar la calidad de vida del paciente. En comparación con los colgajos locales y regionales, los colgajos libres son mas efectivos para defectos complejos y extensos, tienen un mejor aporte sanguíneo y se asocian a escasas complicaciones. Los autores presentan su experiencia con los colgajos libres microvascularizados durante un periodo de 18 años.

Recogen los datos de pacientes intervenidos en un periodo desde marzo de 1982 a septiembre del 2000. De un total de 1.164 pacientes documentados con cáncer de cabeza y cuello, 451 sufrieron reconstrucción microquirúrgica tras la cirugía ablativa. Incluyen también 28 casos secundarios a trauma o infección. En todos los casos se tiene en cuenta la etiología, el lugar del defecto y el sitio donante. La sutura la realizan en el vaso posible de mayor calibre. Farmacológicamente emplean postoperatoriamente un dextrano de bajo peso molecular durante 24-48 horas. Monitorizaron los colgajos clínicamente y en alguna ocasión con doppler. Con respecto a las complicaciones postoperatorias se diferenció entre las totales, locales y médicas. La complicación total es aquella local o médica que requiere una terapia adicional para el paciente. Las complicaciones locales son las que se dan en la herida quirúrgica incluyendo dehiscencia de la herida, complicaciones del lugar receptor, fallos del colgajo, hematoma y necesidad de procedimientos quirúrgicos adicionales. Las complicaciones médicas incluyen aquellas de índole infeccioso, cardiovascular, pulmonar, neurológico y miscelánea. Analizan los factores de riesgo usando una tabla de análisis de contingencias de dos vías. Un valor de $p < 0,05$ se considera estadísticamente significativo.

Los autores realizan un total de 500 colgajos libres en 479 pacientes, 353 varones y 124 mujeres, con un rango de edad entre 6-88 años. En este estudio 140 casos (31%) estaban incluidos en un ensayo clínico con cisplatino y radioterapia postoperatoria. De los lugares receptores del colgajo, la cavidad oral y orofaringe se reconstruyó en 344 pacientes (69,3%), el scalp y la piel facial representa un 10.6%, la mandíbula un 15%, y el maxilar y tercio medio un 5%. Un 88% de pacientes fueron diagnosticados de carcinoma de células escamosas, en mucha menor medida incidían los osteosarcomas y el carcinoma de células escamosas cutáneo. En cuanto a los colgajos utilizados predomina el yeyunal con 181 reconstrucciones (36,2%), a continuación el radial con 140 casos (28%). Se realizó reconstrucción inmediata en el 88% de los casos, en el 12% se realizó reconstrucción secundaria para restaurar la continuidad mandibular. La media de duración de la anestesia fue de 10,1 horas.

Obtienen una tasa total de éxito del 94%. En 40 casos se precisó exploración quirúrgica por complicaciones postoperatorias. La tasa de recuperación fue del 25% (10 pacientes). La tasa total de fallo por necrosis del colgajo y retirada fue de 30 de 500 colgajos (6%). Un total de 15 pacientes fallecieron en los 30 días postoperatorios, lo que supone una tasa de mortalidad quirúrgica del 3,1%. Los factores significativos asociados con el desarrollo de complicaciones totales son la edad y el uso de tabaco, para las complicaciones médicas también la edad y el uso de tabaco, y para las quirúrgicas la edad y el tiempo quirúrgico.

Los argumentos que emplean los autores para la reconstrucción inmediata son el fácil acceso a los vasos receptores en la vecindad del defecto, los tejidos blandos no han sufrido fibrosis secundaria ni distorsión y no se le deja al paciente con una discapacidad funcional considerable. Los autores concluyen que la reconstrucción con colgajos microvascularizados es un método seguro en su empleo para los defectos de cabeza y cuello, presentando una tasa de éxito que oscila entre el 92-98%.

Manuel de Pedro Marina