

Perception by the public and medical profession of oral and maxillofacial surgery has it changed after 10 years?

Ifeacho SN, Malhi GK, James G.

Br J Oral Maxillofac Surg 2005; 43: 289-93.

El usuario acude al médico general, odontólogo, o servicios de urgencia, con problemas que requieren en ocasiones la participación de los cirujanos orales y maxilofaciales (COM). El conocimiento por parte del usuario de las competencias reales de estos profesionales, debería conducir a mejorar el acceso y los tratamientos eficaces por parte de los servicios de calidad. Nuestros colegas médicos y dentales necesitan disponer de un conocimiento preciso de nuestras actuaciones para tomar decisiones informadas. El público también debe saber qué es lo que le ofrece un COM. Estudios publicados hace una década mostraban que existía un conocimiento limitado de la actividad de los COM entre el público y la profesión médica, si comparáramos esta información con la que disponían de otras especialidades como la Otorrinolaringología (ORL) y la Cirugía Plástica (CP). El objetivo del estudio es comparar el conocimiento que se dispone actualmente de nuestra especialidad.

Emplean cinco grupos diferentes de personas para realizar su cuestionario. Los cinco grupos eran médicos generales (MG), odontólogos, estudiantes de medicina, estudiantes de odontología y población adulta general. Seleccionan un total de 100 MG y 100 odontólogos a los que envían un cuestionario. Los estudiantes de medicina y de odontología se escogen de la Universidad Médica de Birmingham y de la Escuela Dental. Eligen una muestra simple de público general entre la que distribuyen 100 cuestionarios. El cuestionario incluye cinco secciones, los aspectos más relevantes del mismo inciden en la edad del encuestado, conocimiento de la Cirugía Oral y Maxilofacial, ORL y Cirugía Plástica, y si habían sido tratados en alguna ocasión por estas especialidades. Finalmente a los participantes se les pregunta de una lista de ocho condiciones patológicas, por cuál de las tres especialidades considera que debería ser tratado. El listado incluye, heridas en la cara, fractura de mandíbula, cáncer de lengua, infiltrado o bulto en la cara, niño con labio o paladar hendido, bulto en la boca, apariencia de la cara y, finalmente, presencia de un bulto cervical. El objetivo del cuestionario era conocer el porcentaje en cada grupo que conocía la COM y su nivel de conocimiento de la misma con respecto a la ORL y a la Cirugía Plástica. Tanto los cuestionarios, como los grupos, estaban basados en estudios previos con objeto de poder realizar comparaciones. Los resultados obtenidos se tratan con un paquete estadístico para Ciencias Sociales.

Los resultados que obtienen son los siguientes. En cuanto a la tasa de respuesta y los grupos de edad, existe una gran diferencia entre las respuestas, desde un 28 de 100 en los dentis-

tas, a 98 de 100 en los estudiantes de Odontología, con una diferencia significativa en el rango de edad entre los grupos. No hay correlación entre la edad y el conocimiento de la COM. Existían diferencias significativas en cuanto al conocimiento de la CP, ORL y CMF entre los distintos grupos, en particular, el público general era el que poseía un menor conocimiento, siendo la CMF la más desconocida 18 de 53 (34%) frente a 47 de 53 (89%) de la cirugía plástica y 44 de 53 (83%) de la ORL. Entre los estudiantes de medicina y odontología el conocimiento no era total, como sería deseable. Un 30% del público general había sido tratado previamente por un CMF; sin embargo, esto no implicaba tener un conocimiento de la especialidad. La mayoría de los participantes en todos los grupos estaban de acuerdo que cuatro de las ocho propuestas eran ámbito de la COM; estas patologías eran: mandíbulas rotas, bultos en la boca, labio y paladar hendido y cáncer de lengua. En las otras cuatro propuestas las respuestas variaban. El mayor conocimiento de las competencias de nuestra especialidad radicaba en los dentistas y estudiantes de odontología. Las tasas de respuesta eran inferiores al 40% en todos los grupos cuando se trataba de relacionar a nuestra especialidad con la apariencia facial de gente descontenta.

Los autores consideran un hecho importante que ninguno de los grupos nos considera a los Cirujanos Maxilofaciales como los responsables del tratamiento de los pacientes con deformidad facial, quizá la expresión descontento con la apariencia facial puede inducir a error, ya que puede orientar al tratamiento de una condición no patológica. Sin embargo, valoran como un hecho positivo que se nos considere como los cirujanos de referencia en el tratamiento de el paladar hendido y el cáncer de lengua, circunstancia que no se daba en estudios previos.

Parece evidente que pese a que los años van pasando, hay que seguir tratando de acercarnos al público general con campañas bien articuladas desde nuestras Sociedades Científicas, para que sean conscientes de forma precisa, de cuál es realmente el abanico de nuestra competencias, haciendo especial incidencia en que es posible que no seamos los únicos cirujanos con capacidad para tratar todo el rango de patologías, pero sin duda sí de los más preparados.

Preoperative radiation therapy and its effects on outcomes in microsurgical head and neck reconstruction

Lin S, Dutra J, Keni J, Dumanian GA, Fine E N, Pelzer H.
Otolaryngol Head Neck Surg 2005; 132: 845-8.

Se ha venido considerando la radioterapia previa como un factor significativo para que los colgajos microquirúrgicos fracasen. Los autores estudian sus tasas de supervivencia de los colgajos microquirúrgicos, analizan las complicaciones mayores y

menores que se han encontrado, las tasas de revisión de colgajos que han tenido que realizar y los tiempos de isquemia para su serie de 114 pacientes.

Los criterios de inclusión en su estudio son, pacientes que habían sufrido transferencia de tejidos libres tras resección tumoral u otra patología. En cada paciente realizan un registro de nombre, sexo, edad, lugar donante y colgajo, procedimientos oncológicos realizados, lesión histológica, días en la unidad de cuidados intensivos tras la cirugía, vasos en los que se realiza la anastomosis, estadio tumoral, tiempo de isquemia, tamaño el colgajo, riesgo ASA, usos de alcohol y tabaco, radiación previa y necesidad de transfusión. En los últimos ocho años, revisan 114 pacientes. El resultado quirúrgico valora supervivencia del colgajo, necesidad de revisión, morbilidad del sitio donante, e isquemia del colgajo o pérdida del mismo. Se consideran complicaciones mayores la pérdida del colgajo y la necesidad de revisión, complicaciones menores incluyen necrosis limitada del colgajo, infección y necesidad de cuidado prolongado de la herida. Los autores consideran dos grupos, por un lado los pacientes que habían recibido irradiación previa, y por otro el resto. Emplean un factor sencillo de análisis (ANOVA), para comparar los resultados entre grupos en base a las siguientes variables: edad, tiempo de isquemia y tamaño del colgajo. Eligen estas variables por la eficacia de la comparación con cada paciente.

Respecto a las variables comentadas, la comparación entre los dos grupos no arroja diferencias estadísticamente significativas. La media de edad del grupo radiado fue de 58,4 años, y en el grupo no radiado de 55,2. El tiempo medio de isquemia en el grupo radiado fue de 94,1 minutos y en el otro de 102,8.

Finalmente, el tamaño medio del colgajo era en el grupo radiado de 69,5 cm² y en el otro de 72,0 cm². Los pacientes que recibieron radioterapia lo hicieron en rangos que oscilan entre 1.000 cGy y 7.350 cGy. Un 50% de casos recibieron quimioterapia coadyuvante. Los resultados de los pacientes no se vieron condicionados por la aplicación de radioterapia previa. La tasa total de complicaciones mayores fue aproximadamente del 10%. En los 44 pacientes radiados se apreció una pérdida total del colgajo, y 5 pacientes requirieron reoperación por trombosis de vasos, o para cubrir dehiscencia de lechos quirúrgicos bien con injertos dérmicos y/o colgajos locales. En los 70 casos no radiados, 7 pacientes requirieron revisión quirúrgica, y todos los colgajos se salvaron.. La tasa total de supervivencia en los dos grupos fue de un 99% y la tasa de complicaciones mayores, del 10%. Los colgajos microquirúrgicos más empleados por los autores fueron el peroné en 31,6% de casos y el antebraquial en un 24,6%.

Los autores concluyen que la radioterapia es un factor no relevante para la reconstrucción microvascular.

Trabajo interesante, pero creo que se precisa corroborar con más estudios, dado que a los cirujanos nos sigue resultando incómodo y nos impone cierto respeto, la existencia de radioterapia previa.

Manuel de Pedro Marina

PD: La revisión bibliográfica ha resultado menos extensa que en otras ocasiones por circunstancias nada patológicas. Felices vacaciones a todos.

Fe de erratas

Se ha producido un error en la numeración de las cubiertas de la revista, correspondientes a los números 2 y 3 del volumen 27 de 2005:

La segunda revista de 2005, que apareció en portada como "Volumen 27, Número 2 - Marzo-Abril 2005 - 106" y en el lomo como "Volumen 27, Número 1 - Enero-Febrero 2005 - 106", corresponde al ["Volumen 27, Número 2 - Marzo-Abril 2005 - 107"](#). La tercera revista de 2005, que apareció en portada como "Volumen 27, Número 3 - Mayo-Junio 2005 - 107", corresponde al ["Volumen 27, Número 3 - Marzo-Abril 2005 - 108"](#). Rogamos disculpen las molestias.