

Outcome of preoperative concurrent chemoradiotherapy and surgery for respectable lingual squamous cell carcinoma greater than 3 cm: The possibility of less extensive surgery

Iguchi H, Kusuki M, Nakamura A.
Oral Oncology 2006;42:391-97

En muchas ocasiones, el tratamiento local de los carcinomas epidermoides de lengua (CEL) en estadios precoces suele tener una evolución favorable. En cambio, en los tumores de misma localización pero mayores de 3 cm. no suele ser suficiente la resección quirúrgica para el control locoregional de la enfermedad. En este trabajo se presenta un protocolo de tratamiento con quimiorradioterapia previa a la cirugía de CEL. En el estudio se incluyeron, entre los años 2001 a 2004, 24 pacientes con una edad media de 64 años. Todos los pacientes fueron diagnosticados de CEL mayor de 3 cm. sin evidencia de metástasis a distancia. El estudio histológico demostró 11 tumores bien diferenciados, 7 moderadamente diferenciados y 2 pobremente diferenciados. Según el estadiaje TNM se clasificaron en T4 (1 caso), T2 (13 casos) y T3 (6 casos). Todos los pacientes recibieron un protocolo de tratamiento combinado de quimioterapia y radioterapia. Tras dicho tratamiento preoperatorio, a 12 pacientes se les extirpó el tumor de lengua mientras que los 8 pacientes restantes rehusaron el tratamiento quirúrgico; de estos últimos, a 5 pacientes se les amplió el tratamiento radioterápico, negándose los 3 pacientes restantes a cualquier otra modalidad de tratamiento adyuvante.

Los 12 pacientes del estudio que fueron tratados con quimiorradioterapia y cirugía mostraron una remisión tumoral completa. En 8 pacientes el análisis histológico de la pieza quirúrgica no reveló células tumorales, mientras que en los otros 4 pacientes se encontraron células tumorales en la pieza quirúrgica, aunque no en los márgenes quirúrgicos, y, por tanto, ayudó a reducir el área de resección quirúrgica en comparación con los casos sin el tratamiento preoperatorio. En todos los pacientes se observó una evolución postoperatoria satisfactorio excepto en un caso donde se produjo una recidiva local con metástasis pulmonar a los 10 meses. Por otro lado, 5 de los 8 pacientes que rechazaron el tratamiento quirúrgico tuvieron una evolución satisfactoria sin recurrencia tumoral, lo que sugiere que el tratamiento quimiorradioterápico previo a la cirugía para CEL mayores de 3 cm. es muy efectivo. Tampoco se observó ninguna complicación en los colgajos de reconstrucción en los pacientes sometidos previamente a dicho protocolo de tratamiento, mientras que sí se revelaron signos de mucositis y leucopenia.

Este estudio recomienda para los CEL mayores de 3 cm. un tratamiento quimiorradioterápico previo a la glosectomía y a la disección cervical. Las mayores ventajas de esta modalidad de tratamiento son la completa remisión de la enfermedad, la preservación de la lengua o, al menos, permitir una cirugía menos agresiva lo cual inevitablemente incide directamente en la calidad de vida del paciente.

Reason for miniplate removal following maxillofacial trauma: A 4 years study

Rallis G, Mourouzis C, Papakosta V, Papanastasiou G, Zachariades N. *J Cranio Maxillofac Sur.* 2006; 34: 435-9

La utilización de miniplacas de titanio en el tratamiento de las fracturas del esqueleto facial es una práctica enormemente extendida desde hace mucho tiempo, dado el excelente resultado que éstas han demostrado. La controversia surge al plantear la necesidad o no de retirarlas una vez hayan cumplido su función. La mayor parte de los estudios realizados hasta la fecha sugieren que lo ideal es retirarlas en caso de que den algún tipo de sintomatología.

En este artículo se revisa una serie de 280 pacientes tratados en los últimos cuatro años, con un total de 599 miniplacas utilizadas. El 50,6% de las mismas se colocaron en fracturas mandibulares y el resto en fracturas del tercio facial. Todas las miniplacas del estudio eran de 2,0 mm. Del total de pacientes se retiraron en 27 de ellos un total de 37 miniplacas.

El rango de edad de los pacientes en los que se retiraron las miniplacas es de 17 a 75 años, siendo la diferencia de sexo destacable, 74% varones frente a 26% de mujeres. El tiempo medio transcurrido desde la inserción hasta la retirada fue de 12 meses.

Las causas que derivaron en la retirada de las miniplacas son, por orden de importancia: infección y/o exposición del material de osteosíntesis (46%), petición del propio paciente (22%) y palpación obvia de la miniplaca a través de los tejidos blandos (19%). El resto de las causas comprenden reintervención de la zona, fracaso en la osificación o desplazamiento de la miniplaca.

En cuanto a la relación entre localización de la miniplaca y su retirada destacan la región de la sutura frontonasal, la pared anterior del seno maxilar y el cuerpo de la mandíbula, siendo más frecuentes las miniplacas problemáticas en la mandíbula que en el tercio medio facial.

En principio, en la mayor parte de servicios de Cirugía Maxilofacial del mundo el protocolo establece que únicamente aquellas miniplacas que den sintomatología deben ser retiradas y no de forma protocolizada. Quizá en el estudio debería haberse ampliado la serie con aquellos pacientes en los que se utilizaron otro tipo de miniplacas, como las de bajo perfil, etc.