

TRABAJOS CIENTÍFICOS

Tumores malignos de la cavidad oral. Operación comando. Reconstrucción mandibular

Dr. FELIPE CAPDEVILLE F

*Cirujano oncólogo. Jefe de equipo de cirugía oncológica de cabeza y cuello. Instituto Nacional del Cáncer.
Cirujano. Clínica Alemana de Santiago.*

TRABAJO DE INGRESO

RESUMEN

El cáncer intraoral representa alrededor de un 6% de todos los cánceres de la economía. Está íntimamente relacionado con factores ambientales como el tabaquismo y el alcoholismo. El tratamiento quirúrgico implica secuelas funcionales y cosméticas. Se han diseñado una serie de cirugías reconstructivas de la región mandibular e intraoral con el fin de mejorar estas secuelas. En este trabajo retrospectivo, se muestra la experiencia del Instituto Nacional del Cáncer de Chile en el tratamiento de 214 pacientes portadores de tumores malignos que afectan a la cavidad oral. Se analizó: sexo, antecedentes de consumo de tabaco y alcohol, subsitio oncológico, operación realizada, tipo de reconstrucción, sobrevida actuarial según estadio y subsitio, el tipo de reconstrucción mandibular realizada y las complicaciones derivadas de la cirugía. Conclusiones: De este trabajo se concluyó que es un cáncer más frecuente en la población masculina, y que está asociado al consumo de tabaco y alcohol. El 77% de los pacientes tenía, histológicamente, un carcinoma epidermoide. El 88% de los pacientes operados requirieron algún procedimiento de reconstrucción, los cuales fueron agrupados en 5 tipos.

PALABRAS CLAVES: *Cáncer intraoral, reconstrucción mandibular*

SUMMARY

Oral cavity cancer (OCC) accounts for approximately 6% of all cancers that affects humans. Tobacco and alcohol use are deeply related with its genesis. Surgical treatment implies severe functional and cosmetic side effects, leading to the development and refinement of mandibular and intraoral reconstructive techniques. We retrospectively reviewed the experience of the Chilean National Cancer Institute in the treatment of 214 patients presenting malignancies compromising the oral cavity. Gender, alcohol and tobacco use, oncologic specific area affected, surgical technique, type of reconstruction, actuarial survival rate and surgical complications were analyzed. Conclusions: OCC was more frequent in male population, and tobacco and alcohol use appeared frequently in their history. Epidermoid carcinoma was present in 77% of the cases, while the anterior 2/3 of the tongue was found to be the most frequent specific area affected. 88% of the surgical treated patients required some kind of reconstruction procedure, all of which were classified in five groups.

KEY WORDS: *Oral cavity cancer. Mandibular reconstruction*

INTRODUCCIÓN

Dentro de los cánceres de toda la economía, el intraoral representa alrededor de la 6° causa de cáncer en el mundo. Su incidencia varía según ubicación geográfica. Excede los 40/100000 habs. en Francia, Sudeste asiático, Hungría y Singapur.¹

En Chile se desconocen datos de incidencia.

Los principales factores de riesgo, asociados al cáncer intraoral conocidos son: tabaquismo, alcoholismo, consumo de betel, fenómenos de inmunodepresión.

Se presenta habitualmente en la población masculina en la 5ª ó 6ª década de la vida.

La histología más común es el carcinoma epidermoide (90%).

El diseño del tratamiento se realiza en un comité oncológico multidisciplinario.

El pilar principal del tratamiento del cáncer intraoral es la cirugía, la cual debe lograr resecciones oncológicas seguras, y debe preocuparse de la reconstrucción funcional y cosmética. La radioterapia juega un rol importante como terapia adyuvante. En la actualidad los esquemas de radioterapia se han combinado con quimioterapia concomitante, logrando mejores resultados adyuvantes. La radioterapia exclusiva puede ser ocupada en estadios muy iniciales de la enfermedad, y en tratamientos paliativos.

En la década del 50 Hayes Martín en el Memorial Hospital de Nueva York, inicialmente defensor de la radioterapia para el tratamiento del cáncer intraoral, rescató la disección radical clásica del cuello, realizada por el Dr. George Washington Crile en 1906 (La que estaba desacreditada por la alta mortalidad del procedimiento), combinó cirugía más radioterapia postoperatoria y logró mejorías significativas en la sobrevida de los pacientes portadores de cáncer intraoral, creando las bases del tratamiento moderno oncológico, que es usado en la actualidad. También diseñó una técnica que combinaba una resección en bloque del tumor intraoral, con una resección mandibular, y disección cervical. Esta operación fue denominada "Operación Comando".²

Desde entonces a la fecha la cirugía de cabeza y el cuello, ha experimentado un enorme progreso en técnicas resectivas, reconstructivas, radioterapia, quimioterapia y todas sus combinaciones.

El propósito de esta comunicación fue dar a conocer la experiencia de 8 años de tratamiento de tumores malignos intraorales, en el Instituto Nacional del Cáncer. En este trabajo también se comunican los métodos resectivos y reconstructivos utilizados en los pacientes operados.

MATERIAL Y MÉTODO

Se estudiaron en forma retrospectiva las observaciones clínicas de 301 pacientes portadores de cáncer intraoral, que fueron tratados en el Instituto Nacional del Cáncer, entre el 1° de enero de 1994 y el 19 de marzo del 2002.

Todos los pacientes fueron evaluados y se decidió el tratamiento en un comité oncológico de cabeza y cuello. Todos los pacientes fueron estadiados según UICC/AJCC.³

Las biopsias fueron analizadas por la unidad de patología de nuestra Institución.

Se analizó: sexo, antecedentes de consumo de tabaco y alcohol, subtipo oncológico, operación realizada, tipo de reconstrucción, complicaciones, sobrevida actuarial según estadio y subtipo.

Se analizó el tipo de reconstrucción mandibular realizada y las complicaciones derivadas de la cirugía.

Se excluyeron 87 pacientes portadores de cáncer de labio, con lo cual el número de pacientes en estudio fue de 214.

RESULTADOS

El número de pacientes analizado fue de 214. La edad tuvo una dispersión entre los 20 y 95 años, con un promedio de 60 años.

68% de los pacientes eran hombres y 32% mujeres.

El antecedente de tabaquismo se encontró presente en 98 pacientes (45%), 47 pacientes no eran fumadores (21%), y 69 en pacientes se desconocía el antecedente (32%). De los 98 pacientes fumadores, 59 eran, además, alcohólicos (60%).

En cuanto a la histología, en 152 pacientes (72%) correspondió a carcinoma epidermoide, 24 pacientes (11%) correspondió a cánceres derivados de glándulas salivares, 5 pacientes (2%) a melanoma de la mucosa intraoral, y 8 pacientes (3%) a otros. En 26 pacientes (12%) no fue posible obtener el informe de la biopsia.

Un 74% de los pacientes que consultaron eran vírgenes de tratamiento, y un 26% ya estaba perturbado por un tratamiento inadecuado.

De los 214 pacientes, se logró objetivar el subtipo de inicio de la enfermedad en 186 pacientes. La distribución por subtipos oncológicos intraorales fue la siguiente (Tabla 1).

De los 214 pacientes con cánceres intraorales 176 corresponden a carcinomas epidermoides y a cánceres derivados de glándulas salivares menores. En 4 de estos pacientes no fue posible estadiarlos por falta de datos en la ficha. La distribución

Tabla 1

Subsitio	n	%
Lengua:	64	31
Piso de boca:	48	22
Paladar:	24	11
Trígono retromolar:	22	10
Reborde alveolar:	16	7
Mejilla:	12	6
No consignado:	28	13

por estadio de estos 172 pacientes, según AJCC 6^o edición, fue la siguiente: (Tabla 2).

Los tratamientos fueron diseñados en un comité oncológico tratando de ajustar lo más posible al tratamiento estándar, pero adecuándolo a cada caso:

- Cirugía exclusiva: 4%
- Cirugía más radioterapia postoperatoria: 43%
- Cirugía de rescate: 1,4%
- Tratamiento paliativo: 9,3%
- Radioquimioterapia concomitante: 8%
- Otros, y desconocido: 29%

En el grupo que fue sometido a un tratamiento quirúrgico (106 pacientes), las cirugías realizadas fueron las siguientes: (Tabla 3).

Después de una resección intraoral, muchos pacientes no necesitan ningún tipo de reconstrucción. Los que necesitaron algún tipo de reconstrucción, se resumen en la siguiente (Tabla 4).

Los pacientes sometidos a una operación comando requirieron diferentes tipos de reconstrucción, estas se pueden agrupar de la siguiente manera:

Tabla 2

Estadio	n	%
Estadio I:	12	7
Estadio II:	25	15
Estadio III:	25	15
Estadio IV:	110	63

Tabla 3
NÚMERO DE PACIENTES

Operación	c/ R. mandibular	s/ R. mandibular	Total
Op. Comando	27	17	44
Pullthrough		2	2
Hemiglosectomía, mas disección cervical		7	7
Otros		53	53
Total			106

Tabla 4

Tipo reconstrucción	Colgajo	n pacientes
Reconstrucción de partes blandas (con o sin reconstrucción mandibular)	Antebraquial* Lateral de muslo* Pectoral** Trapezial**	10 1 7 14
Rec. Mandibular, con colgajos óseos	Esternocleidomastoideo+ Lengua+ Trapezial Osteomiocutáneo Cresta ilíaca# Peroné*	1 3 2 2

*Colgajos libres microvascularizados.

**Colgajos pediculados.

#Colgajos libres no microvascularizados.

1. Cierre primario o reconstrucción de partes blandas, sin reconstrucción ósea, ni protésica mandibular

Con o sin rehabilitación protésica dental.

Destinado a pacientes ancianos, edentados, con resecciones mandibulares pequeñas, o pacientes que han recibido radioterapia previa.

Estos pacientes quedan con un defecto cos-mético y funcional característico (Figuras 1 y 2).

En nuestros pacientes las formas de reconstrucción de partes blandas en este grupo fue la siguiente: (Tabla 5).

2. Reconstrucción mandibular con placa y cierre primario de la mucosa o cierre con algún colgajo de partes blandas

Destinado a defectos mandibulares laterales, menores a 6 cm (Figuras 3, 4 y 5), en los cuales la rehabilitación funcional y cosmética tiene buen re-



Figura 1.



Figura 2.

Tabla 5

Tipo de reconstrucción de pacientes

Cierre primario de la mucosa	3
Colgajo Trapezial	5
Colgajo pectoral	4
Colgajo E.C.M.	1
Colgajo de lengua	2
Total	15

sultado. El defecto es cerrado perprima o con un colgajo de partes blandas (Figura 6).

En este grupo de pacientes los tipos de reconstrucción fueron las siguientes: (Tabla 6).

3. Reconstrucción mandibular con colgajo óseo no vascularizado

Ideal en defectos menores a 6 cm (Figuras 7, 8, y 9) en los cuales *no se realizará radioterapia*.

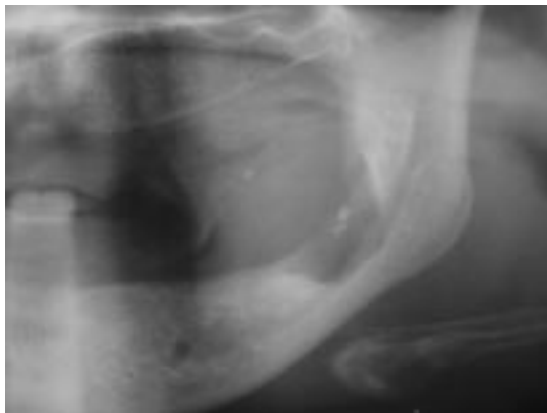


Figura 3.

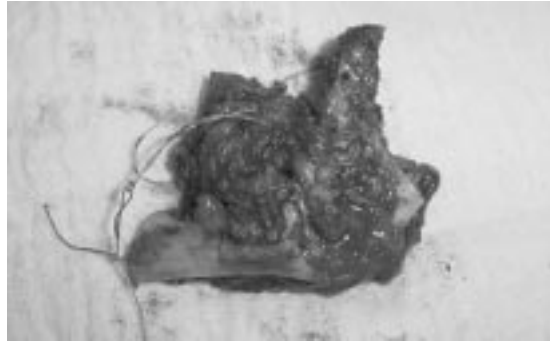


Figura 4.



Figura 5.



Figura 6.

Tabla 6

Tipo de reconstrucción	n de pacientes
Placa de titanio y cierre primario	5
Placa de titanio, más colgajo de lengua	1
Placa de titanio más colgajo pectoral.	3
Placa de titanio más colgajo trapecial	6
Placa de titanio más colgajo libre	7
Total	22



Figura 7.



Figura 8.

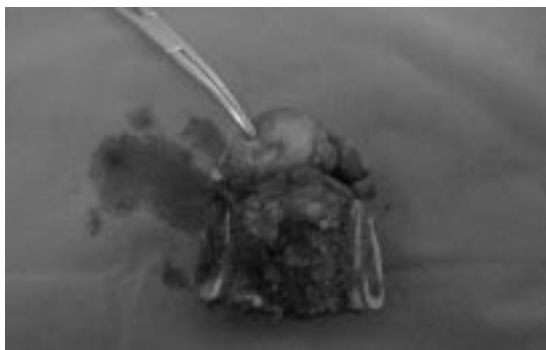


Figura 9.

Soportan implantes osteointegrados y rehabilitación dental (Figuras 16, 17, y 18) Los huesos mas usados son cresta iliaca (Figuras 10, 11, 12, 13, 14, y 15), hueso esponjoso en soporte de malla.

Colgajo de cresta iliaca no vascularizado: 2 pacientes.

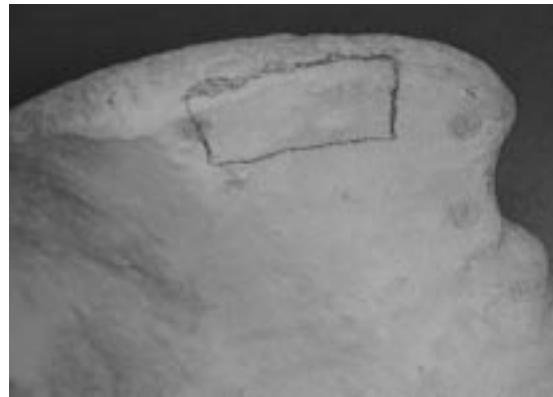


Figura 10.



Figura 11.

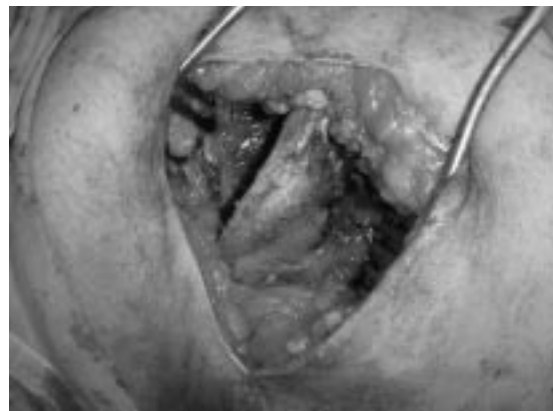


Figura 12.



Figura 13.

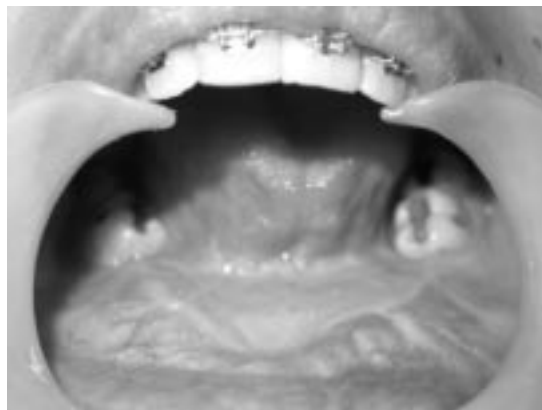


Figura 16.

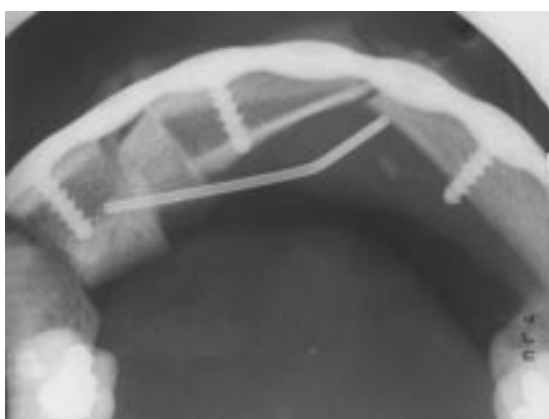


Figura 14.



Figura 17.

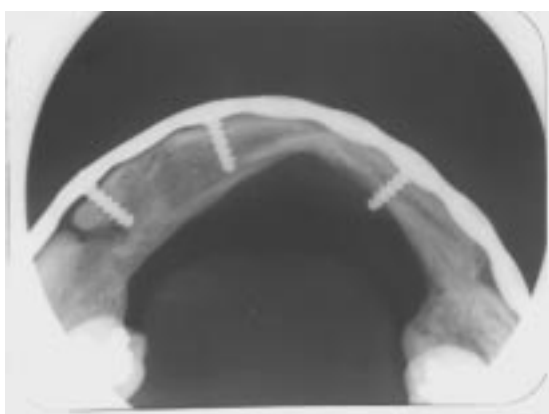


Figura 15.



Figura 18.

4. Reconstrucción mandibular con placa, más colgajo osteomiocutáneo

El más usado es el colgajo trapecial. Permite rehabilitación protésica, e implantes osteointegra-

dos. El inconveniente de este colgajo es que el tamaño y la altura del hueso logrado no siempre son óptimos.

Placa más colgajo OMC trapecial: 4 pacientes.

5. Reconstrucción mandibular con placa, más colgajo óseo libre

Con o sin reconstrucción de partes blandas. Los más usados son peroné y cresta iliaca. Ideal en pacientes oncológicos. Permiten una excelente rehabilitación. Con huesos de muy buen tamaño y calidad.

Placa más Colgajo libre de peroné: 2

Las complicaciones observadas en 106 pacientes operados fueron las siguientes (Algunos pacientes presentaron más de una complicación):

Muerte:	1 paciente CID
Broncopulmonares:	16 pacientes.
Exposición de placa:	4 pacientes
Fístula salival:	7 pacientes.
Infección de herida op:	20 pacientes.
Necrosis de colgajo:	4 pacientes (3 parciales 1 completo).

En cuanto a la sobrevida total por estadio a 5 y 8 años en 176 pacientes portadores de cáncer intraoral de estirpe epidermoide, los resultados fueron los siguientes:

	5 años	8 años
Estadio I:	100%	100%
Estadio II:	74%	74%
Estadio III:	75%	37%
Estadio IV:	49%	38%

COMENTARIO

El cáncer intraoral representa la sexta incidencia de cáncer en el mundo. En Chile no tenemos datos al respecto. Nuestra población es derivada de otras Instituciones, por lo tanto, los resultados epidemiológicos no siempre concuerdan con los reportados en poblaciones no seleccionadas. La exposición a carcinógenos como alcohol y tabaco constituyen un factor etiológico bien documentado. El tabaquismo aumenta el riesgo en 7 veces con relación a la población normal, el tabaquismo y alcoholismo, en conjunto, aumenta en 38 veces el riesgo. Este riesgo de la población normal es comparable con el de la población que detuvo el consumo de tabaco por más de 15 años.¹

El diagnóstico se basa en una buena historia clínica, un buen examen físico local regional y general, estudio histopatológico, y algunos exámenes de imágenes (cuando están indicados). La cavidad oral tiene subsitios oncológicos bien definidos, con



Figura 19. Cancer transmural.



Figura 20. Defecto.



Figura 21. Pieza operatoria.

drenaje linfático predecible, comportamiento bio-oncológico conocido, pronóstico diferente, y por lo tanto, el diseño terapéutico varía en cada caso. En nuestros pacientes destacan lengua libre, piso de



Figura 22. Colgajo trapecial.



Figura 23. Postoperatorio.



Figura 24. Defecto cutáneo.

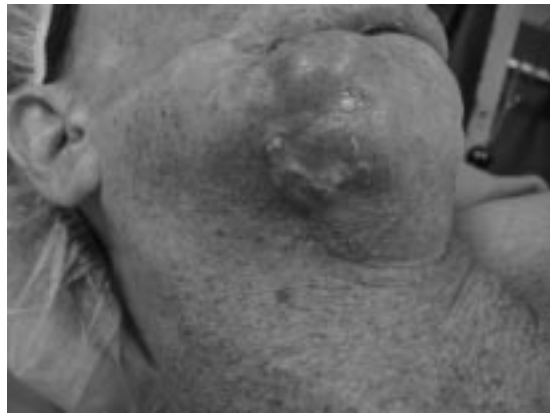


Figura 25. Cáncer transmural.

boca y trígono retromolar, como los subsitios más frecuentes, así como la presentación en estadios avanzados de la enfermedad III, y IV (78%).³

Los pilares del tratamiento oncológico moderno del cáncer intraoral son:

a) Cirugía: Debe asegurar una resección oncológica completa, segura, una reconstrucción funcional y una reconstrucción cosmética adecuada.

b) Radioterapia: Destinada al tratamiento adyuvante, de la enfermedad microscópica. Debe

cumplir con plazos biooncológicos determinados. En algunos casos, tiene un rol en tratamiento de tumores en forma exclusiva. Asociado a quimioterapia en esquemas combinados ha logrado mejorar tasas de control loco-regional, especialmente en tumores avanzados, como tratamiento adyuvante.

c) Rehabilitación y reintegro social y laboral: Es uno de los objetivos primordiales en esta enfermedad, en el participa una serie de profesionales

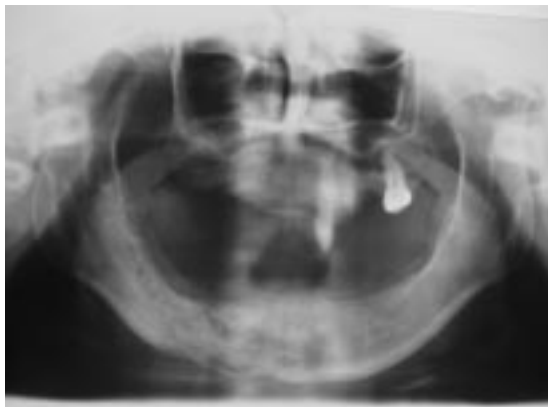


Figura 26. Defecto radiológico.



Figura 28. Colgajo peroné.



Figura 27. Planificación toma de Colgajo libre de peroné.



Figura 29. Resección y disección Ganglionar.

(fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionales, enfermeras, fisiatras, kinesiólogos, nutricionistas, etc.).

En esta serie se practicó el tratamiento estándar (cirugía más radioterapia postoperatoria), en el 62% de los pacientes. Dentro de las técnicas realizadas, destaca la operación comando, la más frecuente en este grupo (42%). Esto es coincidente con el gran número de pacientes en estadios avanzados de la enfermedad.

La reconstrucción con implante óseo vascularizado libre fue descrita inicialmente por Struch en 1971, y asociado a placas de reconstrucción comenzó a reportar muy buenos resultados con bajas tasas de fracaso, de complicaciones y de mortalidad. Los huesos libres utilizados han sido, costilla, radio, escápula, cresta iliaca y peroné. Los dos últimos son los más usados en la actualidad. Posteriormente se han realizado procedimientos reconstructivos más complejos, incluyendo más de un colgajo para la reconstrucción oral, y procedi-

mientos de reconstrucción dental con implantes osteointegrados.

También se han usado colgajos pediculados para la reconstrucción mandibular, y en estos el que más destaca es el colgajo osteomiocutáneo trapecial, tiene la desventaja que el aporte óseo es de poca altura y no siempre permite la rehabilitación dental óptima.

Existen defectos laterales pequeños de la mandíbula, los que dependiendo del caso pueden no requerir reconstrucción mandibular, o reconstrucción con placa exclusivamente. Sin embargo, grandes defectos mandibulares o defectos del arco anterior de la mandíbula requieren siempre algún tipo de reconstrucción mandibular ya que funcional y cosméticamente pueden conducir a graves secuelas. El tipo de reconstrucción dependerá de: la edad del paciente y su patología asociada, como también de la necesidad real de rehabilitación en cada caso

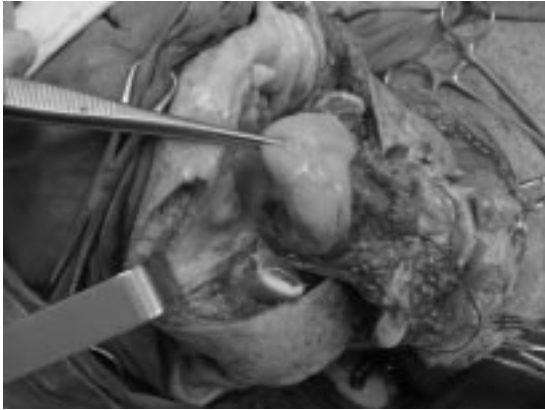


Figura 30. Defecto quirúrgico.



Figura 33. Colgajo in situ.



Figura 31. Modelación del colgajo.



Figura 34. Postoperatorio.



Figura 32. Anastomosis microvascular.



Figura 35. Resultado a largo plazo.

Las técnicas de reconstrucción actualmente vigentes se pueden resumir así:

Técnicas de cierre primario intraoral: destinado a lesiones de pequeño tamaño.

Técnicas de reconstrucción de la mucosa intraoral con colgajos locales. Estos pueden ser:

Colgajos de mejilla o mucosa intraoral.
Colgajos de lengua.

Destinados a defectos de mayor envergadura.
Técnicas de reconstrucción de la mucosa intraoral y de la mandíbula con colgajos a distancia:

- Fasciocutaneos: Bakamjiam
- Miocutaneos pediculados: Trapezial, pectoral, esternocleidomastoideo.
- Osteomiocutaneo pediculados: Trapecio/escapular.

- Colgajos libres:

Microvascularizado: Antebraquial, recto anterior, lateral de muslo, dorsal ancho, peroné, cresta ilíaca, escapula, radial

No vascularizado: Cresta ilíaca. Hueso esponjoso.

Técnicas de reconstrucción con placas de titanio: Con placas completas o parciales de mandíbula y con microplacas.

Técnicas de rehabilitación dental con implantes osteointegrados y con prótesis.

En nuestra población estudiada destaca un sinnúmero de métodos de reconstrucción, realizados acorde a las necesidades de cada paciente.

Los tratamientos efectuados influyen en las tasas de supervivencia y en la rehabilitación. Internacionalmente se espera que los resultados globales de los pacientes en estadio I,II de la enfermedad, tengan supervivencia que van del 70 a 90% a 5 años. Los pacientes en estadio III tienen supervivencia que no superan el 50%, y para pacientes en estadio IV la supervivencia es menor que 20% a 5 años.

CONCLUSIONES

1. El cáncer intraoral es una enfermedad más frecuente en hombres en nuestro medio.
2. El tabaquismo y el alcoholismo son frecuen-

tes en la población estudiada(45% de tabaquismo, 60% de tabaquismo y alcoholismo asociado).

3. La histología más frecuentemente encontrada fue el carcinoma epidermoide (77%).

4. La mayoría de los pacientes se presentó en estadios avanzados de la enfermedad (63% estadio IV).

5. El subsitio oncológico más frecuente fue la lengua móvil.

6. En la mayoría de los pacientes tratados se practicó el tratamiento estándar de cirugía más radioterapia postoperatoria.

7. La "Operación Comando" fue la cirugía más frecuente en este grupo.

8. La reconstrucción intraoral y/o mandibular se logró realizar en un 88% de los pacientes sometidos a una operación comando.

9. Hemos logrado implementar, en forma regular, técnicas de reconstrucción mandibular que se ajustan a las necesidades de cada paciente, y cumplen con los estándares internacionales modernos.

10. Las complicaciones más frecuentes fueron la infección de herida operatoria, y las complicaciones broncopulmonares.

11. La sobrevida total por estadio, en nuestra Institución, se ajusta a los estándares internacionales de tratamiento de esta enfermedad.⁴

REFERENCIAS

1. Jatin P Shah. Cancer of the head and neck, B.C Decker Inc, 2001
2. Arnold Komisar. Mandibular reconstruction, Thieme Medical Publishers, Inc. 1997.
3. TNM 6° edición. 2002.
4. Practice Guidelines in Oncology. NCCN 2002.

INFORME

En primer lugar, deseo agradecer al directorio de nuestra Sociedad, la distinción que se me ha conferido al solicitarme informar el trabajo de ingreso "Cáncer intraoral. Operación comando. Reconstrucción mandibular", presentado por el Dr. Felipe Capdeville Fuenzalida.

El Dr. Capdeville, a quien tengo el agrado de conocer desde hace un tiempo, en el interior de la Sociedad de Cirugía de Cabeza y Cuello, de la cual es uno de sus Directores y activo participante, se ha perfilado como un respetado especialista, de manera que nos presenta su trabajo con suficientes méritos y fundamentos.

El autor ha elegido y desarrollado un interesante tema. El cáncer oral, con sus diferentes subtipos anatómicos, es parte de los cánceres escamosos de la vía aéreo-digestiva superior. Es una patología neoplásica en la que se dan las diferentes etapas del desarrollo de un cáncer: los factores predisponentes y desencadenantes, claramente identificados, la evolución de lesiones premalignas a malignas invasoras y opciones terapéuticas diversas.

Tal como se señala al comienzo de su trabajo, los datos epidemiológicos, lamentablemente no nacionales, demuestran la importante incidencia de cáncer oral. Por esta razón, el tema elegido por el

Dr. Capdeville cobra ahora desde este punto de vista especial interés y vigencia. La patología maligna de cabeza y cuello, especialmente el cáncer escamoso de la vía aéreo-digestiva superior, algo alejada del quehacer quirúrgico general, es frecuente en nuestro medio y sigue siendo una consulta y un diagnóstico poco dimensionado por los médicos no especialistas.

En su trabajo realiza una adecuada introducción, mencionando datos como los ya señalados, aspectos históricos y una visión general de las alternativas terapéuticas.

Presenta una casuística retrospectiva y descriptiva adecuada, en que destacan 214 pacientes con diagnóstico confirmado, tratados en un solo centro, entre 1994 y el año 2002. Se incluyeron estrictamente pacientes con cáncer oral, detallándose las respectivas subzonas comprometidas. El Dr. Capdeville nos muestra, tal como lo expresa en sus objetivos, "la realidad de 8 años de trabajo", en un centro de renombre como es el Instituto Nacional del Cáncer.

La distribución etaria de la muestra obtenida es amplia, destacando pacientes jóvenes en la serie, lo que confirma la posibilidad de desarrollar cáncer escamoso de cabeza y cuello en este grupo, probablemente con tumores más agresivos y, por lo tanto, de etiología y conducta biológica diferente a lo habitual. Este aspecto debiera ser motivo de análisis posterior del autor de esta comunicación.

Presenta un detalle de la distribución del cáncer en subzonas, del estadio de la enfermedad, generalmente avanzado, y del tratamiento planificado y realizado. Menciona la relevancia de someter a esos pacientes a discusión en comités especializados y multidisciplinarios. Este último aspecto, de absoluta necesidad, especialmente considerando lo complejo de las decisiones terapéuticas en el territorio de cabeza y cuello.

Se observa y destaca la alta proporción de pacientes en estadios avanzados, esto es, etapas III y IV, es decir con tumores de más de 4 cm, con infiltración de estructuras óseas o importante compromiso linfático regional. Esta es la realidad permanente en nuestro medio lo que se traduce en bajas sobrevividas y procedimientos terapéuticos de alta morbimortalidad, como los recién señalados en el trabajo.

Este trabajo muestra un enfoque terapéutico eminentemente quirúrgico y de tratamiento estándar de los pacientes. Esto es, cirugía mayoritariamente con intención curativa y radioterapia post-

operatoria en tiempos oportunos, de acuerdo a indicaciones establecidas.

Se hace especial hincapié en los procedimientos resectivos y reconstructivos, más que a evaluar los resultados oncológicos de acuerdo a técnicas diferentes. Nos entrega información de sobrevida libre de enfermedad y sobrevida total, que se ajustan a la estadística aceptada. Debe sin embargo, recordarse que no todos los cánceres orales tienen el mismo pronóstico y conducta biológica.

En este punto, el de los procedimientos reconstructivos, el Dr. Capdeville, nos ha mostrado la diversidad de los métodos de reconstrucción, en manos de quienes tratan a estos pacientes. La introducción de técnicas consistentes en colgajos microvascularizados y osteosíntesis y reconstrucción con placas de titanio está incorporada en el grupo dirigido por el autor y denota la "puesta a día" del equipo que él lidera.

El 42% de las cirugías de este grupo de pacientes fue la llamada operación comando, lo que va en relación con la proporción de estadios avanzados y es en lo que se centra el trabajo. Esta técnica considerada por cirujanos y pacientes una técnica compleja, de alta morbilidad y mutiladora, sigue vigente hoy en día en muchos centros, como técnica estándar.

Sin embargo, como algo insinuó el autor, han aparecido esquemas de tratamientos no quirúrgicos en pacientes con cánceres escamosos de cabeza y cuello localmente avanzados, dentro de los que se incluye el cáncer oral, consistentes en quimioterapia y radioterapia concomitantes, con respuestas locoregionales y control de la enfermedad aparentemente comparables al tratamiento estándar de cirugía y radioterapia, que aquí hemos visto.

Debemos reconocer el avance y diversidad de estudios con este último tipo de tratamiento, especialmente en relación a la conservación de órganos funcional y estéticamente complejos del territorio cervicofacial, que es su principal fortaleza.

Finalmente, el trabajo presentado por el Dr. Capdeville tiene el mérito de mostrarnos una extensa casuística, desarrollada en un solo centro, en la que él ha participado activamente.

Lo felicitamos y estimulamos a continuar en esto.

Señor Presidente y Directores, basándose en su calidad profesional y personal, recomiendo la incorporación del Dr. Felipe Capdeville Fuenzalida como miembro titular de Sociedad de Cirujanos de Chile.