

Sobre la cirugía primero

De manera regular van apareciendo artículos dedicados a hablar sobre los pacientes tratados con cirugía primero. La *surgery first*, o cirugía primero, es la cirugía ortognática que se hace sin una preparación de ortodoncia previa y en que, una vez operado el paciente, se debe acabar el tratamiento con ortodoncia. En la literatura se han reportado las experiencias quirúrgicas de cirugía primero en forma de casos clínicos, secuencias de casos y estudios comparativos de la eficiencia de la técnica de cirugía primero comparándola con la cirugía ortognática convencional. En este editorial de la REO me gustaría compartir la información de dos artículos recientes que tienen por objetivo valorar la calidad de vida de los pacientes que reciben este procedimiento quirúrgico.

En el artículo de Pelo, et al.¹, se compararon los cuestionarios contestados por un total de 30 pacientes de cirugía ortognática repartidos aleatoriamente en dos grupos: los que se asignaron a un tratamiento de cirugía ortognática convencional y los asignados a un tratamiento de cirugía primero. Los pacientes contestaron un cuestionario sobre calidad de vida en cirugía ortognática (OQLQ) y otro sobre el impacto en la salud oral (OHIP). Al grupo de pacientes operados con cirugía ortognática convencional se les pasaron estos cuestionarios antes de la colocación de los *brackets*, un mes antes de la cirugía y un mes después. Los pacientes con cirugía primero solo llenaron el cuestionario antes de la colocación de los *brackets* y, al igual que el otro grupo, un mes después de la cirugía. Aunque el periodo de estudio fue muy corto, la conclusión más importante sobre la valoración de la calidad de vida indica que los tratamientos con cirugía primero manifiestan una mejora inmediata en la calidad de vida porque evitan el empeoramiento facial y estético causado por el tratamiento ortodóncico prequirúrgico y la incomodidad de un tratamiento de ortodoncia demasiado largo. En ambos grupos pacientes de cirugía convencional o de cirugía primero se demostró que la mejora facial y masticatoria una vez realizada la cirugía mejoraba la calidad de vida, sin diferencias significativas. Con respecto al empeoramiento de la valoración de la calidad de vida, en los pacientes de cirugía ortognática convencional la causa se debió a la frustración por llevar los *brackets* durante más tiempo y al empeoramiento progresivo del perfil facial y de la función masticatoria causado por la descompensación dental. Los resultados de este estudio son interesantes, aunque parece obvio que debería repetirse con un seguimiento de los pacientes mucho más allá de un mes tras la cirugía.

Por su parte, en el estudio de Wang, et al.² se compararon también dos grupos de 25 pacientes cada uno asignados aleatoriamente a tratamiento de cirugía ortognática convencional o de cirugía primero. En este artículo, se programaron más tiempos a lo largo del tratamiento para cumplimentar los cuestionarios de salud oral relacionados con la calidad de vida (OHRQoL) que en los del trabajo de Pelo, et al., y hubo un cuestionario final al completar todo el tratamiento. Como en el artículo anterior, en los pacientes en los que se realizó una cirugía ortognática convencional, con ortodoncia de descompensación previa a la cirugía, hubo un empeoramiento de la calidad de vida hasta después del periodo postoperatorio. La encuesta confirmó que en ambos grupos de pacientes la cirugía pudo mejorar la calidad de vida de los pacientes rápidamente, sin que se detectaran diferencias significativas entre ambos grupos al finalizar el tratamiento.

La primera conclusión de estos estudios que se debe señalar es que la calidad de vida de los pacientes quirúrgicos, evaluada mediante cuestionarios validados internacionalmente, mejora después de la cirugía. La segunda conclusión es que los pacientes tratados con cirugía primero experimentan una mejora de la calidad de vida mucho antes que los pacientes tratados con cirugía ortognática convencional cuando se comparan los resultados de los cuestionarios. Visto así, la cirugía primero parece una buena opción para los pacientes quirúrgicos, sobre todo si se tiene en cuenta lo más importante, la calidad de vida del paciente.

Con todo, una nota de prudencia sobre la indicación indiscriminada de cirugía primero. En las publicaciones de profesionales con mucha y buena experiencia quirúrgica en ortognática convencional y en cirugía primero se mencionan de forma muy clara algunos aspectos: la necesidad de una amplia experiencia previa de ambos profesionales, cirujanos y ortodoncistas, en cirugías convencionales; la planificación exhaustiva de los tratamientos; y una buena selección del paciente. La planificación antes del tratamiento ha de abarcar las tres dimensiones, con una visualización exacta de la oclusión final que ha de tener el paciente tras la cirugía. En esta planificación se ha de valorar si son necesarios la descompensación dental por parte del cirujano, el uso de corticotomías y la colocación de un anclaje esquelético.

La buena selección del paciente pasa por evaluar muy bien su aspecto psicológico: lo que nos pide, lo que le preocupa, para poder atenderlo bien. Además, si se ha de empezar a adquirir experiencia, es bueno seguir las indicaciones sobre las condiciones ideales para realizar un tratamiento de cirugía primero: pacientes que necesiten ser operados de cirugía ortognática en uno o ambos maxilares, con poco apiñamiento con curvas de Spee poco exageradas y con una inclinación correcta de los incisivos maxilares, o, dicho de otro modo, pacientes que precisen muy poca descompensación dental previa a la cirugía. Evidentemente, los profesionales con experiencia pueden practicar la cirugía primero en todo tipo de pacientes, incluso cuando hay que hacer grandes descompensaciones dentales y también en casos de extracciones. En pacientes con situaciones oclusales mucho más difíciles, empezar con un tratamiento de ortodoncia corto que permita conseguir una primera alineación y nivelación del paciente puede facilitar el tratamiento. Es lo que se denomina una cirugía temprana, que sigue los mismos principios, necesidades de planificación y métodos de estabilización de los maxilares que la cirugía primero.

Por todas estas razones, para prever todas las situaciones clínicas, es necesaria una amplia experiencia previa del equipo de cirujano y ortodoncista en tratamientos de cirugía ortognática convencional antes de plantearse un caso de cirugía primero. Con respecto a la responsabilidad exclusiva del ortodoncista, además, se ha de tener muy presente el tratamiento de una oclusión «de transición» la oclusión inmediata que tiene el paciente al salir de la intervención, que en muchas ocasiones es difícil de manejar, especialmente en casos de extracciones, grandes mordidas abiertas y maxilares segmentados.

Como profesionales de la salud, pensar en el beneficio del paciente es lo fundamental. En los pacientes de cirugía ortognática, la posibilidad de mejorar su calidad de vida de una manera más rápida con un tratamiento de cirugía primero o de cirugía temprana que con una cirugía ortognática convencional es una opción más que debe contemplarse. El deseo equivocado de ser más rápidos o de seguir lo que se ha puesto de «moda» con menoscabo de la calidad y el beneficio último del paciente, o sin ser conscientes de que no se tiene la experiencia necesaria, es un gran error. La mayor exigencia en el caso de que se decida hacer una cirugía primero o una cirugía temprana es seleccionar bien al paciente y contar tanto con un cirujano como con un ortodoncista con experiencia que sepan realizar una planificación detallada del tratamiento, que prevean con exactitud los movimientos a realizar durante la cirugía y que sepan manejar oclusiones muy inestables en el postoperatorio inmediato.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pelo S, Gasparini G, Garagiola U, et al. Surgery-first orthognathic approach vs traditional orthognathic approach: Oral health-related quality of life assessed with 2 questionnaires. *Am J Orthod Dentofac Orthod.* 2017;152(2):250-4.
2. Wang J, Chen W, Ni Z, et al. Timing of orthognathic surgery on the changes of oral health-related quality of life in Chinese orthognathic surgery patients. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2017;151(3):565-71.

ANDREU PUIGDOLLERS