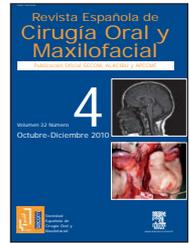


Revista Española de  
**Cirugía Oral y  
 Maxilofacial**

www.elsevier.es/recom



## Caso clínico

# Translocación del tercio medio facial en un paciente en edad infantil. Fijación con un nuevo sistema de placas y pines reabsorbibles

Manel Coll-Anglada\*, Julio Acero-Sanz, Alejandro Thomas-Santamaría, Sergio Ramírez-Varela y Carlos Navarro-Vila

Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, HGU Gregorio Marañón, Madrid, España.

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 24 de abril de 2010

Aceptado el 21 de diciembre de 2010

#### Palabras clave:

Translocación facial;  
 Tumores de base de cráneo;  
 Clivus;  
 Material reabsorbible

### R E S U M E N

La translocación del tercio medio facial, técnica consistente en la movilización del esqueleto centrofacial pediculado a los tejidos blandos, ha demostrado permitir un amplio acceso para el abordaje de lesiones situadas en las regiones faciales profundas y la región central de la base del cráneo. Uno de los principales inconvenientes que presentaba este abordaje en niños era la fijación del esqueleto con placas y tornillos de titanio, ya que podía interferir en el crecimiento del hueso en desarrollo. Todo ello planteaba el problema de una segunda intervención para la retirada del material, aumentando, de forma significativa, la morbilidad del procedimiento. Como solución al problema se comercializa, a partir de la década de 1980, el material de osteosíntesis reabsorbible. Presentamos a una paciente de 13 años de edad diagnosticada de un cordoma localizado en el clivus. Como abordaje, se realiza una translocación bilateral del tercio medio facial y se utiliza, para la fijación del esqueleto facial, un nuevo sistema de placas y tornillos reabsorbibles basado en ultrasonidos (Sonic Weld®. KLS Martin, LP, Jacksonville, Florida, USA). Se describen los principales abordajes a las regiones faciales profundas y centromediales de la base del cráneo, las principales variantes de la translocación del tercio medio facial, la técnica de aplicación del nuevo sistema Sonic Weld® y sus diferencias principales respecto a los sistemas reabsorbibles tradicionales.

© 2010 SECOM. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mcollang@yahoo.es (M. Coll Anglada).

## Mid-facial translocation in children using a new system of absorbable plates and pins. A case report

### A B S T R A C T

#### Keywords:

Facial translocation;  
Skull base tumors;  
Clivus;  
Absorbable material

Mid-facial translocation, which involves mobilization of the central facial skeletal structures together with soft tissue pedicles, provides generous access to the anterior and central regions of the skull base. One of the drawbacks of this approach in children is skeletal fixation with titanium osteosynthesis plates and screws, which may affect the growth of developing bone. Consequently, a second intervention is required to remove titanium osteosynthesis material, which increases the morbidity of the procedure. Absorbable osteosynthesis material has been marketed since the 1980s as a solution to this problem. We report the case of a 13-year-old female patient diagnosed of chordoma of the clivus. A bilateral mid-facial approach was used with a new system of absorbable plates and pins affixed ultrasonically (SonicWeld®. KLS Martin, LP, Jacksonville, Florida, USA). The primary approaches to tumors located in the deep facial regions and skull base, the main variations of the mid-facial translocation technique, application of the new SonicWeld® absorbable system, and the main differences compared to traditional absorbable plates and screws are reviewed.

© 2010 SECOM. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

## Introducción

Se han descrito diferentes abordajes centofaciales en la literatura para el acceso a lesiones situadas en las regiones mediocentrales de la base del cráneo así como a las regiones profundas faciales relacionadas con dicha zona<sup>1,2</sup>. Entre ellos diferenciamos, principalmente, entre los abordajes endoscópico<sup>3,4</sup>, transoral<sup>5,6</sup> y transfacial<sup>1,2,7</sup>. La elección de uno u otro dependerá de la localización de la lesión, de su naturaleza, del tamaño y de la experiencia del equipo quirúrgico.

La translocación del tercio medio facial se basa en el ensamblaje de las diferentes unidades faciales a través de las líneas de fusión existentes entre los procesos faciales embriológicos, lo que garantiza la buena vascularización de dichas unidades a través del sistema carotídeo externo y un acceso adecuado a la base del cráneo<sup>8,9</sup>. En la literatura se han descrito diferentes variantes, entre ellas la translocación hemifacial clásica y la translocación facial bilateral<sup>7,8,10</sup>.

La translocación hemifacial clásica se inicia con una incisión subciliar. Se extiende inferiormente y lateral a la pirámide nasal, lóbulos alares y labio superior (incisión de Weber Ferguson ampliada). Intraoralmente se realiza una incisión vertical en el sulcus vestibular y una incisión palatina paramedial, extendiéndose posteriormente hasta la región posterior de la tuberosidad ipsilateral. Las estructuras óseas subyacentes se exponen, incluyendo parte del cigoma, el reborde infraorbitario y el área nasomaxilar, prolongándose inferiormente hasta el proceso alveolar y preservando, siempre que se pueda, las inserciones musculares óseas. Una vez expuesto el esqueleto facial, se diseñan las líneas de osteotomía y se posicionan las placas de osteosíntesis, que serán retiradas previamente a la realización de las osteotomías. Después de la extirpación de la lesión, las unidades del tercio medio facial son recolocadas y el esqueleto facial es fijado con las placas preconformadas.

La translocación facial bilateral comprende la translocación bilateral estándar supraalveolar o bien con osteotomía palatina, incluyendo todo el maxilar superior. La incisión de la piel se extiende bilateralmente desde el canto externo al canto externo contralateral, prolongándose unilateralmente por el área paranasal y el labio superior. Las osteotomías se diseñan bilateralmente. Este amplio abordaje permite el acceso a ambas fosas infratemporales y a los compartimentos central y paramedial de la base del cráneo, incluyendo el clivus y ambas arterias carótidas internas. Si la osteotomía es completa, incluyendo todo el maxilar inferiormente, podemos acceder a las vértebras C2-C3 y, combinado con una mandibulotomía media o paramediana, a las vértebras C3-C4.

Hasta la aparición del material reabsorbible, la translocación del tercio medio facial presentaba serios inconvenientes para ser utilizada en niños, ya que las placas y tornillos de titanio, utilizadas en el adulto, podían interferir con el normal desarrollo del hueso en crecimiento, por lo que se planteaba el problema de una segunda intervención para la retirada del material, aumentando considerablemente la morbilidad del procedimiento<sup>11,12</sup>. Otros inconvenientes que presenta el titanio son el riesgo de migración pasiva de las placas y los tornillos a través de la duramadre, cuando se utiliza en cirugía craneofacial, y el depósito de partículas en tejidos blandos y ganglios linfáticos<sup>13,14</sup>.

La aparición y comercialización, a partir de la década de 1980, de las placas y pines fabricados con materiales reabsorbibles, principalmente de ácido poliglicólico (PGA), ácido poliláctico (PLA) y sus copolímeros, supuso un importante avance en la cirugía craneomaxilar<sup>15</sup>. Con ello se solucionaba el principal problema que presentaba el titanio para la fijación del esqueleto infantil, evitando posibles alteraciones en el crecimiento óseo y la reintervención del paciente para la retirada del material de osteosíntesis.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3172848>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3172848>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)