

# Cirugía de las malformaciones congénitas cervicales infantiles

R. Nicollas, S. Roman, J.-M. Triglia

*Las malformaciones congénitas del cuello pueden diferenciarse en aquellas que afectan a la línea media (quistes del conducto tirogloso, quistes dermoides y fisuras mentoesternales) y en las de asiento laterocervical. Estas últimas pueden ser de origen branquial (hendiduras primera y segunda, bolsas tercera y cuarta, quistes tímicos) o no (linfangiomas quísticos). Un grupo aparte lo forman las fístulas preauriculares. La extirpación debe ser completa para evitar la recidiva, a excepción de los linfangiomas quísticos y del tratamiento endoscópico de las cuartas bolsas.*

© 2007 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

**Palabras Clave:** Quistes del conducto tirogloso; Aparato branquial; Linfangiomas quísticos; Fisura mentoesternal

## Plan

■ <b>Introducción</b>	1
■ <b>Valoración preanestésica y preparación del paciente</b>	1
■ <b>Malformaciones del aparato branquial</b>	2
Malformaciones de la primera hendidura	2
Malformaciones de la segunda hendidura	3
Quistes tímicos	5
Malformaciones de la región del seno piriforme	5
Fístulas preauriculares	6
■ <b>Linfangiomas quísticos</b>	7
Linfangiomas quísticos cervicales	7
Linfangiomas quísticos cervicoparotídeos	9
Complicaciones y secuelas de la cirugía de los linfangiomas quísticos	9
■ <b>Malformaciones de la línea media</b>	9
Quistes del conducto tirogloso	9
Quistes dermoides	11
Fisuras mentoesternales	11

## ■ Introducción

Las malformaciones cervicales congénitas pueden subdividirse en laterales y de la línea media. Los arcos branquiales son los principales responsables de las malformaciones laterales. Las malformaciones del sistema linfático (linfangiomas quísticos) también suponen un porcentaje elevado. En cuanto a las alteraciones de la línea media, las causas son, respectivamente, la migración tiroidea y los fenómenos de cierre. El punto común de la cirugía de todas estas malformaciones es la necesidad de una exéresis inicial completa de la malformación para que no se produzca la recidiva. Dos casos suponen una excepción a esta regla: ciertas malformaciones de la cuarta bolsa endobranquial

cuando el tratamiento es endoscópico, y algunos linfangiomas quísticos para los cuales el propósito de realizar una exéresis totalmente completa provocaría una iatrogenia excesiva.

## ■ Valoración preanestésica y preparación del paciente

Las modalidades de la consulta preanestésica, de las medidas de hospitalización y de tratamiento del niño en el quirófano hasta la inducción anestésica son muy parecidas, con independencia de cuál sea la malformación que se vaya a operar, a excepción de los linfangiomas quísticos voluminosos. Estos últimos deben hacer que el período postoperatorio inmediato se realice en una unidad de cuidados intensivos pediátricos para los niños más pequeños. En esos casos, la preparación anestésica del niño debe ser fruto del consenso entre los equipos quirúrgico y anestésico. De forma esquemática, deben plantearse dos posibilidades. La primera es la de los linfangiomas que engloban los grandes vasos, o que al menos contactan con ellos: en tal circunstancia se recomienda una vía venosa central (preferentemente femoral) y otra arterial para asegurar la reposición vascular urgente si fuera necesario. Debe reservarse una bolsa de sangre. En la segunda posibilidad, donde no existe un riesgo vascular considerable, basta con disponer de dos vías venosas periféricas, siempre con una bolsa de sangre reservada, debido a la menor masa sanguínea circulante del neonato.

Con independencia de que se trate de un linfangioma o de otras malformaciones, si existe una compresión o desplazamiento de las vías respiratorias, existe el riesgo de que se planteen problemas de intubación. En nuestra experiencia, la inducción se realiza entonces casi del mismo modo que en la endoscopia laringotraqueal. Es progresiva, inhalatoria, y la anestesia local tiene una

función esencial. El niño debe conservar una ventilación espontánea y no presentar espasmos. Puede preverse una intubación guiada por fibroendoscopia. Es excepcional que tenga que recurrirse a la realización de una traqueotomía.

En las demás malformaciones congénitas, el tratamiento anestésico no presenta diferencias con el resto de la cirugía de las lesiones benignas cervicales y no requiere medidas especiales.

Respecto a la preparación del paciente, se trata sobre todo de medidas antiinfecciosas, pues la peculiaridad de las fístulas congénitas es su propensión a sobreinfectarse con frecuencia. Debe prescribirse un tratamiento antibiótico de amplio espectro, de tipo amoxicilina-ácido clavulánico, en caso de sobreinfección. La fecha de la intervención debe retrasarse hasta que la lesión se haya «enfriado» para disminuir el deterioro cutáneo por una parte, y por tanto el sacrificio de piel durante la intervención y, por otra, permitir una disección en las mejores condiciones posibles.

La colocación del paciente es específica en cada malformación. No obstante, algunos elementos son comunes a todas ellas. Se trata de una posición en decúbito supino, por lo general con un rodillo bajo los hombros. Los autores de este artículo suelen hacer que la mesa del instrumental se disponga en una mesapunte que se pasa por los pies y se asciende hasta la vertical del tórax. Esto permite al instrumentista acceder con facilidad a todos los elementos, pero también que el cirujano lo haga en caso de problema urgente durante la intervención. El cirujano se suele colocar del lado de la malformación que se va a operar, o a la derecha en caso de lesión de la línea media. El ayudante se sitúa frente a él, y el instrumentista entre él y la mesapunte. Un segundo ayudante puede ser útil en algunos casos y se puede ubicar en la cabecera del paciente. El equipo de anestesia se desplaza a los pies.

## “ Para recordar

### Conceptos generales.

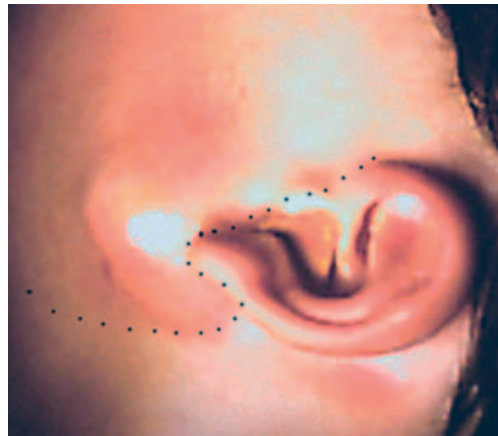
- Repercusión de la malformación sobre la vía respiratoria: consenso entre anestesista y cirujano.
- Distinción entre los grandes linfangiomas quísticos y las demás malformaciones.
- Necesidad de solicitud de sangre en los casos de masas voluminosas o que presenten un riesgo vascular.
- Prever una vigilancia postoperatoria en cuidados intensivos pediátricos para los grandes linfangiomas quísticos.

## ■ Malformaciones del aparato branquial

### Malformaciones de la primera hendidura

#### Técnicas

Al tratarse de malformaciones localizadas en la región parotídea, la base de esta cirugía es la parotidectomía. Se distinguen dos grandes formas anatómicas, las formas quísticas puras y las que presentan fístulas. Las relaciones variables que la lesión presenta con el nervio facial hacen que su disección sea difícil, lo que también se debe a la localización de estas malformaciones en la



**Figura 1.** Forma quística de una malformación de la primera hendidura. La incisión se representa con una línea de puntos.

cara. Esto supone un riesgo de secuela estética especialmente visible, por lo que es obligatorio enfriar en primer lugar la lesión en caso de sobreinfección.

#### Formas quísticas

En lo que respecta a las formas quísticas, el tratamiento es el de un tumor parotídeo, por lo que el acceso y el procedimiento siguen los principios de la parotidectomía. La incisión es casi la misma que la descrita por Adson y Ot en 1923, modificada por Redon en 1955 [1] (Fig. 1). La disección del sistema musculoponeurótico superficial (SMAS) se efectúa en primer lugar. A continuación, se localiza el tronco del facial. En ese momento deben evitarse dos escollos. El primero se debe a la malformación, que puede encontrarse en situación subfacial y desplazar el nervio hacia arriba. El segundo se debe a la edad del niño: cuanto más joven es éste, menos desarrollada estará la punta de la mastoidea, por lo que el nervio facial saldrá enseguida. Estas dos dificultades pueden resumirse en una frase: atención al carácter más superficial del nervio facial en la cirugía de las malformaciones de la primera hendidura.

#### Formas con fístula

La fístula, situada en la región cervicoparotídea, puede presentar unas relaciones variables con el nervio facial, que han sido objeto de varios trabajos, sobre todo por parte de Work [2], quien distingue dos tipos: el tipo I, puramente ectodérmico, que sería exofacial, y el tipo II, que reúne derivados de las tres hojas embrionarias y que sería subfacial. De hecho, si se observa la mayor serie de malformaciones de la primera hendidura publicada por Triglia et al [3], parece que el estudio clínico asociado a las pruebas de imagen es más útil que las clasificaciones para el tratamiento. Con independencia de la localización de la fístula, los principios quirúrgicos serán los mismos. La incisión cutánea, al igual que en las formas quísticas, es la de una parotidectomía. En función de su situación, el orificio cutáneo de la fístula puede incluirse en la incisión para extirparse en la misma intervención, como se muestra en la Figura 2. Si se encuentra muy alejado del trayecto habitual de la incisión cutánea, se somete a una escisión en «gajo de naranja» separada. La intervención, guiada por las pruebas de imagen (Fig. 3), suele comenzar por la búsqueda del tronco del nervio facial (93% según Triglia et al [3], que puede ser muy superficial respecto a su posición habitual, debido a la existencia de una fístula en posición subfacial. Dicha fístula también puede ser exofacial o discurrir entre las ramas de división del nervio [3]. Una vez localizado y disecado éste, lo que conlleva la realización de una parotidectomía, la atención se dirige al trayecto fistuloso a partir de su orificio cutáneo. Se realiza una disección de contacto, manteniendo los elementos nerviosos en el campo visual

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4109156>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4109156>

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