



# Tratamiento quirúrgico de las secuelas del noma

B. Pittet, E. Rüegg, D. Baratti-Mayer, A. Jaquinet

*El noma es una afección gangrenosa que provoca destrucciones graves en la cara. Afecta de forma casi exclusiva a niños de corta edad que viven en países en vías de desarrollo y tiene una mortalidad elevada. Los niños que sobreviven suelen sufrir secuelas muy mutilantes que les marginan de la sociedad. Los factores de riesgo son conocidos (malnutrición, enfermedades debilitantes), pero no así su etiología. El servicio de cirugía plástica y reconstructiva de los Hospitales Universitarios de Ginebra (Suiza) tiene más de 30 años de experiencia en la cirugía de las secuelas del noma. Los pacientes que presentan las lesiones menos graves se operan en misiones quirúrgicas, mientras que los que precisan una reconstrucción más compleja se trasladan. En este artículo, después de describir las particularidades de las secuelas del noma y las dificultades que se encuentran en el tratamiento de estos pacientes, se revisan las principales técnicas quirúrgicas utilizadas para su reconstrucción. Los problemas que se han descubierto durante el seguimiento a largo plazo de estos pacientes han contribuido a la evolución de las técnicas quirúrgicas utilizadas: empleo de grandes colgajos libres para la reconstrucción de los tejidos blandos yugales con el fin de disminuir el riesgo elevado de recidiva de constricción mandibular (colgajo miocutáneo de serrato anterior), reconstrucción de las pérdidas de sustancia óseas con colgajos óseos vascularizados (colgajo prefabricado de bóveda craneal vascularizado) y conservación de los sitios donantes potenciales para nuevas reconstrucciones al final del crecimiento (sobre todo en la reconstrucción nasal). La cirugía de las secuelas complejas requiere unos buenos conocimientos de cirugía craneomaxilofacial y de microcirugía. Cuando se utilizan técnicas quirúrgicas inadecuadas, se obtienen resultados insuficientes, a los que se añaden mutilaciones cicatriciales, que a menudo son inaceptables. En paralelo a esta actividad quirúrgica, se ha desarrollado un importante proyecto de investigación etiológica sobre el noma, cuyos resultados principales se expondrán aquí.*

© 2015 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

**Palabras clave:** Noma; Reconstrucción facial; Microcirugía; Colgajo libre de serrato anterior; Colgajo prefabricado de bóveda craneal vascularizado; Constricción bucal

## Plan

■ <b>Introducción</b>	1
■ <b>Presentación clínica</b>	2
Descripción de la enfermedad	2
Clasificación	3
■ <b>Tratamiento</b>	3
Fase 1	3
Fase 2	4
Fase 3	4
■ <b>Tratamiento quirúrgico de las secuelas</b>	4
Evolución de las técnicas quirúrgicas	5
■ <b>Estrategias terapéuticas</b>	6
Evaluación de la pérdida de sustancia	6
Etapas de la reconstrucción	7

■ <b>Técnicas quirúrgicas y elección de los colgajos</b>	8
Colgajos de la cara y el cuello	8
Colgajos pediculados a distancia	10
Colgajos libres	13
Expansión ósea	13
■ <b>Cuidados postoperatorios</b>	13
■ <b>Seguimiento a largo plazo</b>	14
■ <b>Investigación</b>	15
■ <b>Conclusión</b>	16

## ■ Introducción

Muchos cirujanos se han interesado en el tratamiento de las secuelas del noma. Existen distintos planteamientos

según las técnicas quirúrgicas empleadas, pero también en función del lugar donde se trata a los niños<sup>[1,2]</sup>: misión quirúrgica sobre el terreno<sup>[3-7]</sup>, hospitales africanos especializados<sup>[7-11]</sup> o no<sup>[12,13]</sup> o transferencia a un país europeo<sup>[12,14-16]</sup>.

Los problemas que aparecen en las secuelas de noma son tan variados y complejos que, con independencia del lugar de tratamiento escogido, el cirujano plástico que decide ocuparse de esta patología debe estar familiarizado con un amplio abanico de técnicas de cirugía reconstructiva en campos tan variados como la reconstrucción facial tras cánceres o traumatismos, pero también en el manejo y tratamiento de las malformaciones craneomaxilofaciales<sup>[17,18]</sup>.

En este artículo, se presenta la estrategia de sus autores que, desde 1980 han operado a más de 320 niños o adultos jóvenes con secuelas de noma. En el transcurso de estos 34 años, las técnicas quirúrgicas han evolucionado teniendo en cuenta los problemas observados a largo plazo y buscando constantemente soluciones adecuadas para las necesidades específicas de esta enfermedad.

## ■ Presentación clínica

El noma es una enfermedad gangrenosa que provoca destrucciones faciales graves. Se asocia a una morbilidad y mortalidad considerables<sup>[19-22]</sup>. El noma afecta sobre todo a niños de 2-6 años de edad, que viven en las regiones más desfavorecidas de los países en vías de desarrollo, en especial en África subsahariana<sup>[22-25]</sup>. Los distintos factores de riesgo de noma son la malnutrición, las enfermedades concomitantes que provocan una disminución de las defensas inmunitarias (sarampión, paludismo) y una mala higiene oral. El punto de partida de la lesión parece ser una lesión de la barrera mucosa gingival, generalmente en

forma de una gingivitis necrosante<sup>[1,22,26]</sup>. Para explicar la etiología del noma, se han propuesto numerosas teorías, como las carencias nutricionales<sup>[19-22,27]</sup> o los agentes patógenos bacterianos<sup>[28,29]</sup> o virales<sup>[30-32]</sup>, sin que se haya podido confirmar ninguna hipótesis localmente. Varios trabajos publicados recientemente permiten en la actualidad comprender mejor los factores implicados en realidad en la etiología del noma<sup>[27]</sup>.

## Descripción de la enfermedad

Es probable que el noma se preceda de una gingivitis necrosante aguda (GNA). Si esta lesión no se trata, en algunos niños puede progresar destruyendo el hueso alveolar subyacente; en este caso, se habla de estomatitis necrosante<sup>[22]</sup>.

A partir de aquí, el noma propiamente dicho se desarrolla en tres fases:

- la fase 1 presenta un edema facial que sólo dura unos días (Fig. 1A). En la exploración intrabucal durante esta fase precoz, se observa una zona de necrosis gingival que expone el hueso subyacente (Fig. 1B). Existe halitosis y el estado general se caracteriza por una postración extrema, fiebre y deshidratación marcada. Las lesiones intrabucales son dolorosas e impiden la alimentación, lo que agrava el estado del niño, cuyas condiciones generales ya eran precarias<sup>[1,22,33]</sup>;
- la fase 2 se caracteriza por la aparición de una placa de necrosis tisular en el seno de la zona edematizada (Fig. 1C). Esta necrosis, de olor fétido bien reconocible, se delimita con rapidez. Por lo general, es penetrante a nivel de los tejidos blandos y suele afectar al hueso<sup>[1,22,33,34]</sup>. Los tejidos desvitalizados se eliminan de forma espontánea o se desbridan mediante cirugía<sup>[35]</sup>. El final de esta segunda fase se presenta en forma de una herida abierta, que corresponde a los bordes de la pérdida de sustancia<sup>[1,34]</sup> (Fig. 1D);



Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4109199>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4109199>

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