



Tratamiento de las pérdidas de sustancia amplias o complejas de la región cefálica

P. Patenôtre

La complejidad de la extremidad cefálica, su relevancia estética y las múltiples funciones que dependen de ella hacen que las reconstrucciones quirúrgicas a este nivel sean difíciles y siempre imperfectas. Las técnicas que se utilizan deben conciliar múltiples exigencias: calidad y estabilidad del resultado morfológico, pero también valor funcional (deglución, ventilación, recepción sensorial), posibilidad de tratamientos complementarios y de seguimiento mediante tomografía computarizada (TC) o resonancia magnética (RM), y todo ello en contextos difíciles desde los puntos de vista somático o psicológico. Algunas situaciones hacen que los intentos de reconstrucción sean poco realistas o que no estén justificados. Cada región presenta dificultades específicas: (exposición de la dura-madre (órbita, etmoides), amputación muy visible de un órgano (nariz, oreja, labios), estenosis o incontinencia de un orificio (conducto auditivo, narinas, boca), destrucción de las arcadas dentales (maxilares superior e inferior), alteración de las cavidades nasal y bucal, y de la función lingual en especial. En este artículo se describen las principales situaciones que se encuentran en la práctica y se ilustran con ejemplos de reconstrucciones. Se dedica un amplio apartado a las transferencias microquirúrgicas y a los materiales sintéticos, pues, en nuestra opinión, estas técnicas modernas permiten protocolos más rápidos, resultados mejores y una morbilidad que no supera a la de las técnicas más convencionales.

© 2013 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Reconstrucción facial; Colgajo; Exenteración orbitaria; Maxilectomía; Etmoidectomía; Traumatismo por arma de fuego

Plan

■ Prefacio	1	■ Principales situaciones prácticas	10
■ Introducción	2	Región frontosuperciliar	10
■ Métodos y estrategias	2	Región órbitaoculopalpebral	10
Jerarquía adoptada	2	Región máxilonasopalatina	10
Reconstrucción inmediata o diferida	2	Región etmoidal	12
Tratamiento en uno o varios tiempos	2	Región de la mandíbula y del piso de la boca	12
■ Exigencias técnicas	2	Región auriculopetrosa	13
Datos técnicos comunes	2	■ Conclusión	13
Exigencias según las etiologías	3		
Exigencias según el terreno	4		
Exigencias especiales según las regiones anatómicas	4		
■ Límites	9		
Reconstrucciones imposibles o para las que se carece de conocimientos	9		
Límites de la cirugía	9		

■ Prefacio

Este artículo es un poco especial, porque en él no se ofrecen detalles técnicos ni árboles de decisiones precisos. En su lugar, se trata de una ayuda a la reflexión para permitir a cada profesional ponderar los distintos

parámetros implicados antes de tomar una decisión, que será terapéutica antes que técnica. Varios casos servirán como ilustración; se ha combinado la literatura reciente con otra más antigua, lo que permite de forma implícita apreciar los progresos.

En cuanto a la literatura, se pueden citar todos los artículos o ninguno. Lo más sencillo para el lector es remitirse a los artículos especializados de esta obra en los que se puede consultar la técnica de extracción de los diversos colgajos indicados o para consultar un análisis más detallado de un problema preciso, como la reconstrucción de la mandíbula, de los labios, de los párpados, etcétera.

■ Introducción

La destrucción, accidental o terapéutica, de órganos o de tejidos en la región craneofacial siempre es dramática. Además de los problemas funcionales y vitales provocados por las lesiones de los órganos, la alteración de nuestra «fachada social», cada vez peor aceptada, hace que surjan dudas ante algunas indicaciones terapéuticas y algunas cirugías de rescate.

La reparación quirúrgica de estas mutilaciones es un reto. Por fortuna, las técnicas clásicas de plastias locales y de transferencias tisulares voluminosas que han tenido el honor de ser las pioneras de esta disciplina se han visto perfeccionadas por aportes tisulares más adecuados y por nuevos materiales que permiten esperar (aunque por desgracia no siempre) unos resultados más aceptables desde el punto de vista social.

Lamentablemente, aunque estos procedimientos no son necesariamente más laboriosos, son complejos y en ocasiones difíciles. Además, pueden englobarse en protocolos de varias intervenciones quirúrgicas muy variables según las escuelas. En la práctica, lo más difícil es conciliar la búsqueda del mejor resultado posible (tanto a corto como a largo plazo), el respeto de las necesidades vitales y oncológicas (que, evidentemente, son prioritarias) y las posibilidades de rescate en caso de complicación, de fracaso técnico o de recidiva.

■ Métodos y estrategias

Por lo general, se pueden plantear múltiples soluciones técnicas y el cirujano debe valorar las opciones y adoptar una estrategia, que dependerá de la enfermedad y del estado del paciente, pero también de las posibilidades proporcionadas por los medios técnicos y de la formación del cirujano.

En estos casos se plantean tres cuestiones, referentes a la jerarquía que se debe adoptar, a la decisión del momento en el que se debe efectuar la reconstrucción y a la necesidad de realizarla en una sola intervención o, por el contrario, llevarla a cabo en ajustes sucesivos.

Jerarquía adoptada

Los principios de la jerarquía plástica incluyen una jerarquía técnica correspondiente a una escalada terapéutica, que va de la cicatrización dirigida a las transferencias tisulares microquirúrgicas.

En estos casos, esta jerarquía parece poco adecuada. Las técnicas más sencillas (cicatrización e injertos) apenas tienen indicaciones en las pérdidas de sustancia complejas (salvo de forma transitoria y en pocos casos de lesiones amplias, pero superficiales). Parece más pertinente adoptar una estrategia contraria, en la que se proponen de entrada a los pacientes las técnicas más ambiciosas

y más eficaces (transferencias libres, distracción), reservando las soluciones más antiguas y también más toscas a situaciones y pacientes especiales. Como es evidente, no hay que quemar las naves, en especial por un uso insensato de los pedículos vasculares.

Reconstrucción inmediata o diferida

Es infrecuente (al menos en Europa) tener que diferir un procedimiento por falta de medios técnicos y, por otra parte, los casos de verdadera urgencia son excepcionales. En cambio, algunas limitaciones pueden hacer que sea imposible o poco sensato realizar unas intervenciones ambiciosas precoces.

En el contexto de la cirugía oncológica, el problema es que es muy frecuente tener que realizar un tratamiento radioterapéutico sin demora. Es posible realizar una reconstrucción inmediata, pero se debe evitar que una complicación retrase el tratamiento complementario. En caso contrario, sólo se podrá plantear a distancia, varios meses después de finalizar la radioterapia.

Desde el punto de vista tisular, hay dos efectos contrapuestos: por una parte, la radioterapia puede alterar la reparación, pero, por otra, el aporte de tejidos «nuevos», en especial en las recidivas, mejora la vascularización y, por tanto, la eficacia de este tratamiento.

En traumatología, el tratamiento inicial sólo implica a los problemas vitales: la reconstrucción propiamente dicha suele diferirse para evitar los obstáculos debidos a las atriciones tisulares, las incertidumbres vasculares y otros problemas infecciosos. Existe el riesgo de comprometer una reconstrucción programada posterior por procedimientos imprudentes, en especial las plastias locales. En ocasiones, se realiza una cobertura provisional mediante injertos, sobre todo en las quemaduras. Sin embargo, en estos casos el período de impracticabilidad sólo es de unas semanas.

Las lesiones vasculares y, más precisamente, las malformaciones arteriovenosas, plantean problemas especiales referentes, por una parte, a las anomalías del régimen de presión en los vasos inducidos por la malformación y, por otra, a la actitud respecto a un posible resto inextirpable. En estos casos están especialmente indicadas las técnicas de reconstrucción mediante colgajos y requieren precauciones especiales, que son difíciles de desarrollar en este artículo.

Tratamiento en uno o varios tiempos

La reconstrucción precoz o inmediata, así como un número limitado de intervenciones conllevan más comodidad para el paciente y constituyen la tendencia actual en cirugía programada (oncológica). En cambio, en traumatología, las lesiones son menos estructuradas, pueden extenderse a varias unidades anatómicas y funcionales y son difíciles de evaluar con precisión en el período inicial. En cambio, la reparación se realizará en varias etapas, zona por zona o estructura por estructura.

■ Exigencias técnicas

Datos técnicos comunes

Limitaciones

Existen múltiples problemas que deben resolverse y una reparación en monobloque mediante un único procedimiento sólo proporcionaría un resultado muy tosco. La reparación o la compensación de cada elemento requerirá la colaboración de diversas especialidades médicas: cirujano oncológico otorrinolaringológico (ORL) o cutáneo, cirujano plástico reparador, cirujano maxilofacial, protésico dental, neurocirujano, etcétera. Esto plantea, como

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4109212>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4109212>

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