

Reparación de las pérdidas de sustancia extensas o complejas de la región craneofacial

P. Patenôtre

La complejidad de la región craneofacial, su relevancia estética y las múltiples funciones que dependen de ella hacen que las reconstrucciones quirúrgicas sean difíciles y que siempre resulten imperfectas. Las técnicas aplicadas deben satisfacer múltiples exigencias: sin duda, la calidad y estabilidad del resultado morfológico son unas de ellas, pero también la funcionalidad (deglución, ventilación, recepción sensorial), la posibilidad de aplicar tratamientos complementarios y de realizar una vigilancia mediante tomografía computarizada (TC) o resonancia magnética (RM), y todo ello en un contexto difícil desde el punto de vista somático o psicológico. Algunas situaciones presentan características que convierten los intentos de reconstrucción en poco realistas o en injustificados. Cada región presenta limitaciones específicas: exposición de la duramadre (órbita, etmoides), amputación llamativa de un órgano (nariz, oreja, labios), estenosis o incontinencia de un orificio (conducto auditivo, narinas, boca), destrucción de las arcadas dentales (maxilar, mandíbula), así como alteración de las cavidades nasal y bucal (sobre todo de la función lingual). Las principales situaciones que se encuentran en la práctica se detallarán e ilustrarán con ejemplos de reconstrucción. Un apartado amplio se dedica a las transferencias microquirúrgicas y a los materiales sintéticos, pues creemos que estas técnicas modernas ofrecen protocolos más rápidos, mejores resultados y una morbilidad que no es superior a las técnicas más convencionales.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras Clave: Reconstrucción facial; Colgajo; Exenteración orbitaria; Maxilectomía; Etmoidectomía; Traumatismo por proyectiles

Plan

■ Introducción	1
■ Métodos y estrategias	2
Elección de la estrategia	2
Reconstrucción inmediata o diferida	2
Tratamiento en una o en varias etapas	2
■ Imperativos técnicos	2
Datos técnicos comunes	2
Obligaciones en función de las etiologías	3
Obligaciones según las características del paciente	3
Obligaciones especiales según las regiones anatómicas	4
■ Límites	5
Reconstrucciones imposibles o para las que se carece de solución actual	5
Límites de la cirugía	6
■ Principales situaciones prácticas	6
Región frontosuperciliar	6
Región órbita-óculo-palpebral	7
Región máxilo-naso-palatina	9
Región etmoidal	11
Región de la mandíbula y del piso de la boca	12
Región auriculopetrosa	13
■ Conclusión	15

■ Introducción

En la región craneofacial, la complejidad y la intrincación de los elementos anatómicos plantean problemas de reparación especialmente arduos. Su complejidad es aún mayor en el caso frecuente de las reparaciones posteriores a una exéresis oncológica, debido a las obligaciones de vigilancia y de tratamientos complementarios.

Por lo general, la reparación de estos defectos craneofaciales se realizaba mediante plastias locales y en ocasiones con epítesis. Por desgracia, los resultados estéticos y sociales se relegaban respecto al éxito vital y funcional.

En la actualidad, la exigencia social es más apremiante y los aportes de otras técnicas suelen permitir obtener mejores resultados mediante intervenciones que no tienen por qué ser más complejas. Hoy en día, la dificultad consiste en escoger una técnica de un abanico de opciones de complejidad muy variable y, sobre todo, que se integran en organigramas muy diferentes según las escuelas.

En esta actualización, suele proponerse como primera opción los protocolos complejos (en especial, las transferencias microquirúrgicas) y se reservan las técnicas

más convencionales y de menor rendimiento a las intervenciones de rescate para los fracasos.

■ Métodos y estrategias

En cada situación suelen existir múltiples técnicas que pueden proponerse, lo que obliga a escoger. La elección depende de numerosos parámetros: conocimientos del cirujano, estado del paciente y posibilidades técnicas, pero sobre todo de la enfermedad responsable.

Por tanto, se trata de un problema de estrategia, en el que surgen tres cuestiones:

- ¿Qué jerarquía técnica se debe adoptar?
- ¿La reconstrucción debe ser inmediata o tardía?
- ¿Se debe realizar una única intervención o, por el contrario, hay que actuar en varios procedimientos sucesivos?

Elección de la estrategia

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

En este contexto, esta conducta parece poco adecuada. Las técnicas más simples (cicatrización e injertos) apenas tienen indicaciones en las pérdidas de sustancia complejas, salvo de forma transitoria y en casos infrecuentes de lesiones amplias, pero superficiales. Parece más adecuado adoptar la estrategia contraria, que propone de entrada a los pacientes las técnicas más ambiciosas y con mayor rendimiento (transferencias libres, distracción), reservando las soluciones más antiguas y también menos refinadas para los casos de recursos y características del paciente especiales. Como es evidente, debe procurarse no invalidar posibles alternativas, sobre todo por un uso irreflexivo de los pedículos vasculares.

Reconstrucción inmediata o diferida

Los casos de urgencia real son excepcionales, al igual que los problemas de disponibilidad de medios (al menos en Europa). Las dificultades surgen sobre todo debido a la existencia de un período de impracticabilidad que depende del contexto.

En cirugía oncológica, la reconstrucción suele estar relacionada con el tratamiento radioterápico postoperatorio, que es muy frecuente y que ha de iniciarse sin demora, por lo que dicha reconstrucción ha de efectuarse de inmediato (teniendo cuidado con las complicaciones, incluso un simple retraso de la cicatrización, que demoran el tratamiento complementario), o bien aplazarse hasta varios meses después del final de la irradiación.

En traumatología, el tratamiento inicial sólo se centra en los problemas vitales; la reconstrucción propiamente dicha suele diferirse para evitar los obstáculos que representan las atriciones tisulares, las incertidumbres vasculares y los demás problemas infecciosos. Existe el riesgo de comprometer una reconstrucción reglada posterior por procedimientos poco razonables, en especial las plastias locales. A veces, se efectúa una cobertura «provisional» mediante injertos, sobre todo para las quemaduras.

Las lesiones vasculares, y más en concreto las malformaciones arteriovenosas, plantean problemas especiales que incluyen las anomalías de las presiones intravasculares, inducidas, por una parte, por la malformación y, por otra, por la actitud hacia un posible resto inextirpable. Las técnicas de reconstrucción mediante colgajos se

encuentran especialmente indicadas y requieren precauciones especiales que son difíciles de desarrollar en este caso.

Tratamiento en una o en varias etapas

En la mayoría de las ocasiones, las reconstrucciones tras una exéresis oncológica dan prioridad a los protocolos en una sola intervención quirúrgica, con excepción de los posibles retoques posteriores. No sucede lo mismo en traumatología, donde las pérdidas de sustancia suelen ser menos estructuradas y se extienden por varias unidades anatómicas y funcionales. En tal caso, la reparación suele efectuarse en varias etapas, zona por zona o estructura por estructura.

■ Imperativos técnicos

Datos técnicos comunes

Limitaciones

Incluso las pérdidas de sustancia amplias deben considerarse como la suma de subunidades de pequeño tamaño, a su vez complejas, una reparación monobloque mediante un único procedimiento sólo puede ofrecer un resultado muy mediocre y es mejor plantear la reparación o la compensación de cada elemento deficitario. En la práctica, suelen necesitarse varios procedimientos, que en ocasiones se asocian en la misma intervención quirúrgica.

La complejidad de los problemas que se plantean suele requerir varias competencias. En tales casos, se requiere la colaboración de médicos de diversas especialidades: cirujano oncológico, otorrinolaringólogo (ORL), cirujano plástico reconstructor, cirujano maxilofacial, protésico dental, neurocirujano, etc. Como es evidente, existen problemas organizativos considerables en los procedimientos que se realizan en una sola intervención quirúrgica.

Ventajas regionales

A pesar de que en ocasiones las pérdidas de sustancia son extremadamente impresionantes y de la existencia de un compromiso de las funciones vitales, la supervivencia del paciente pocas veces corre un riesgo inmediato: la respiración y la alimentación pueden derivarse de forma provisional o definitiva, la hemostasia se puede controlar, e incluso las posibles lesiones cerebrales frontales no provocan secuelas desalentadoras de forma automática. Por tanto, el paciente sobrevivirá con el rostro que se le reconstruya.

La abundancia de la vascularización regional, en especial a nivel del cuello, permite a la vez realizar plastias arriesgadas y transferencias microquirúrgicas.

Salvo en la mandíbula, las reconstrucciones óseas no exigen una estabilidad y una resistencia mecánica perfectas. En ocasiones, basta con realizar una sustitución con simples estabilizaciones sintéticas.

Aporte de los materiales sintéticos

El método ideal para reemplazar las estructuras óseas rígidas es el uso de injertos autólogos. Si se recurre a injertos convencionales, es obligatorio realizar procedimientos de extracción, que son tediosos y, en el caso de los injertos vascularizados, los colgajos son complejos y difíciles de modelar y de colocar.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4109323>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4109323>

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