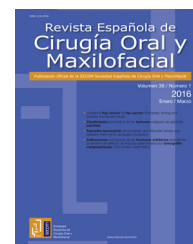




Revista Española de
Cirugía Oral y
Maxilofacial

www.elsevier.es/recom



Original

Reconstrucción mandibular con el colgajo pediculado osteofascial parietal bicortical: nuestra experiencia en 9 casos

Francisco Gálvez-Prieto*, Ramón Luaces-Rey, Beatriz Patiño-Seijas, María Pombo-Castro, Javier Collado-López y José Luis López-Cedrún

Servicio de Cirugía Oral y Maxilo-facial, Complejo Hospitalario Universitario de La Coruña, La Coruña, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 3 de septiembre de 2015

Aceptado el 17 de marzo de 2016

On-line el xxx

Palabras clave:

Reconstrucción mandibular
Colgajo osteofascial parietal
Colgajos de hueso parietal vascularizados
Colgajo de fascia temporoparietal

R E S U M E N

Objetivo: Describir las ventajas y desventajas del colgajo pediculado osteofascial parietal bicortical en la reconstrucción mandibular, mostrando nuestra experiencia en 9 casos.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de 9 casos consecutivos a los que se les realizó una reconstrucción ósea segmentaria mandibular con un colgajo pediculado osteofascial parietal bicortical. Se describen las indicaciones, la técnica, los resultados y las complicaciones, así como los datos clínicos más relevantes de los pacientes.

Resultados: El tamaño del defecto óseo reconstruido osciló entre 3,5 y 11 cm de largo (media 7 cm), y entre 2 y 4 cm de alto (media 3 cm). El tamaño del componente óseo del colgajo se correspondía aproximadamente con las dimensiones del defecto óseo mandibular. En todos los casos el colgajo fue viable. La incidencia de complicaciones fue alta, presentando dehiscencia en la zona donante dos tercios de los pacientes, requiriendo la reconstrucción del defecto 4 de ellos (44%). La zona receptora presentó diversas complicaciones, por lo que se precisó la reconstrucción con colgajos locales en 2 casos (22%).

Conclusión: El colgajo pediculado osteofascial parietal bicortical aporta a la reconstrucción mandibular un hueso membranoso vascularizado bicortical obtenido de una zona próxima a la receptora. Dicho colgajo puede ser una alternativa a las técnicas microquirúrgicas cuando estas no estén disponibles o no sean aplicables, y a la distracción osteogénica mandibular mediante transporte óseo. Las complicaciones en la zona donante de este colgajo, aun no siendo graves, pueden requerir cirugías de revisión.

© 2016 SECOM. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fgpgf@hotmail.com (F. Gálvez-Prieto).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.maxilo.2016.03.002>

1130-0558/© 2016 SECOM. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Mandibular reconstruction with the bicortical parietal osteofascial pedicled flap: Our experience in 9 cases

A B S T R A C T

Keywords:

Mandibular reconstruction
Parietal osteofascial flap
Vascularized parietal bone flaps
Temporoparietal fascial flap

Objective: To describe the advantages and disadvantages of segmental mandibular bone reconstruction with the bicortical parietal osteofascial pedicled flap, showing our experience in 9 cases.

Material and methods: Retrospective study of 9 consecutive patients undergoing segmental mandibular bone reconstruction with a bicortical parietal osteofascial pedicled flap. Indications, technique, results and complications as well as the most relevant clinical data of patients are described.

Results: The size of the reconstructed bone defect was from 3.5 to 11 cm of long (average 7 cm), and from 2 to 4 cm of high (average 3 cm). The size of the bone flap component corresponded approximately to the dimensions of the mandibular bone defect. In all cases the flap was viable. The incidence of complications was high, showing dehiscence at the donor site in two thirds of patients, requiring reconstruction of the defect in 4 patients (44%). The receiving area presented various complications, requiring reconstruction with local flaps in 2 cases (22%).

Conclusion: The bicortical parietal osteofascial pedicled flap gives to the mandibular reconstruction a vascularized membranous bicortical bone. It also presents the advantages associated with being a close flap. This flap can be an alternative to microsurgical techniques when these are not available or they are not applicable and to the mandibular distraction osteogenesis by bone transport. Complications in the donor area of this flap, although not serious, may require revision surgery.

© 2016 SECOM. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La reconstrucción de los defectos mandibulares es uno de los retos más difíciles que un cirujano maxilofacial puede afrontar. El objetivo final de la reconstrucción debe ser restaurar completamente la función y la apariencia estética de la cara. La continuidad de la mandíbula debe restablecerse con un hueso viable de similares características al existente, resistente a las infecciones y al estrés de la masticación y capaz de soportar una prótesis implantosoportada.

Muchas técnicas y materiales se han empleado en la reconstrucción mandibular, desde alambres de Kirschner hasta los más sofisticados colgajos óseos. Los colgajos microquirúrgicos como el de peroné, la cresta iliaca o la escapular, además de hueso, pueden aportar tejidos blandos, pero requieren un equipo entrenado y costoso, precisan utilizar más de un campo quirúrgico, consumen un tiempo quirúrgico considerable, exigen unas determinadas condiciones médicas en los pacientes y no están exentos de morbilidad en la zona donante. El colgajo microquirúrgico peroneo está considerado como el patrón de oro en la reconstrucción mandibular¹. Otros colgajos pediculados osteomiocutáneos u osteomusculares como el del músculo trapecio, pectoral mayor con costilla y esternocleidomastoideo con clavícula producen en mayor o menor medida un defecto funcional y estético en la zona donante². Los injertos óseos sufren en gran parte un proceso de reabsorción y son poco resistentes a las infecciones³. Los materiales aloplásticos son costosos, presentan riesgo de exposición y son poco resistentes a las

infecciones³. La distracción osteogénica mandibular (DOM) mediante transporte óseo consigue regenerar, a partir de los tejidos residuales, nuevo tejido óseo y partes blandas. La DOM elimina la necesidad de una zona donante, pero presenta el inconveniente de prolongar la duración del tratamiento y su seguimiento, necesitar dispositivos voluminosos y costosos y la colaboración del paciente⁴ y requerir más de una intervención en los defectos mandibulares anteriores⁵. La tasa de éxito de la DOM en mandíbulas irradiadas es controvertida^{6,7}.

La superioridad en los resultados demostrada en reconstrucciones realizadas con hueso membranoso frente a endocondra⁸ y con aporte vascular frente a los injertos óseos³ llevó a la búsqueda y el desarrollo de colgajos en la región craneal, pudiendo estar indicados actualmente como alternativa a la DOM⁴⁻⁷ y a las técnicas microquirúrgicas cuando estas no sean aplicables o no estén disponibles⁹. El uso de colgajos vascularizados de hueso craneal en la reconstrucción craneofacial ha sido bien documentada en la literatura¹⁰⁻¹⁴.

En la región temporoparietal se han descrito 3 tipos de colgajos vascularizados de la calota:

- 1) Colgajo de fascia temporoparietal: el más superficial. Vascularizado por la arteria temporal superficial. Presenta perforantes hacia el pericráneo y la calota en la región temporoparietal que permiten la obtención de hueso vascularizado bicortical¹⁵.
- 2) Colgajo de la fascia temporal profunda, que incluiría sus 2 componentes: el superficial y el profundo³. Vascularizado por la arteria temporal media, rama de la temporal superficial. Presenta un arco de rotación menor que el anterior.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8708219>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8708219>

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