



Cirugía de los tumores sinusales

A. Moya-Plana, F. Kolb, F. Janot

La cirugía de los tumores nasosinusales ha evolucionado mucho en los últimos 20 años. La cirugía endoscópica ha experimentado grandes avances, tanto en lo que respecta al instrumental quirúrgico como a las pruebas de imagen y la anestesia, lo que ha permitido ampliar sus indicaciones. Por tanto, esta técnica «mínimamente invasiva», que inicialmente era una cirugía funcional, permite en la actualidad el tratamiento de patologías tumorales benignas (papiloma invertido en particular) y el de tumores malignos nasosinusales (estesineuroblastoma, adenocarcinoma de etmoides, etc.). El análisis de la literatura muestra una disminución significativa de la morbilidad quirúrgica y una mejora de la calidad de vida de estos pacientes respecto a las vías transfaciales. En cuanto al tratamiento de los cánceres nasosinusales, varios estudios indican una seguridad oncológica de la cirugía endoscópica para los pacientes rigurosamente seleccionados. Sin embargo, el acceso endoscópico endonasal de los tumores sinusales sólo se plantea con un respeto estricto de sus contraindicaciones. Por tanto, las vías transfaciales son una alternativa terapéutica de elección cuando la extensión tumoral no permite una resección endoscópica satisfactoria desde el punto de vista oncológico. El desarrollo de la cirugía reconstructiva mediante colgajos libres microanastomosados ha supuesto un avance importante en el tratamiento de los tumores, al permitir resecciones extensas con unas secuelas estéticas y funcionales menores. El análisis preoperatorio preciso de la pérdida de sustancia del macizo facial y de sus implicaciones desde el punto de vista funcional y estético guía la estrategia de reconstrucción.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Vía transfacial; Vía sublabial; Cirugía endoscópica; Resección craneofacial; Reconstrucción

Plan

<ul style="list-style-type: none"> ■ Introducción 1 ■ Vías sublabiales 2 <ul style="list-style-type: none"> Técnica de Caldwell-Luc: acceso del seno maxilar 2 Técnica de Rouge-Denker (acceso transantronal): acceso de la fosa nasal, del seno maxilar, de la fosa infratemporal y del cavum 2 Técnica de <i>degloving</i>: acceso amplio de las cavidades nasosinusales, de las coanas, del cavum e incluso del clivus 2 ■ Vías transfaciales 2 <ul style="list-style-type: none"> Vía paralateronasal 2 Maxilectomía total 3 Vía de acceso de la órbita: exenteración orbitaria 4 ■ Acceso de los tumores con extensión a la base del cráneo: vía subfrontal de Raveh 5 ■ Vías de acceso endoscópicas 6 <ul style="list-style-type: none"> Maxilectomía medial 6 Vía transmaxilar 7 Vía transpterigoidea 8 Vía transcribosa 8 Contraindicaciones para la cirugía endoscópica 9 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Reconstrucción 9 <ul style="list-style-type: none"> Introducción 9 Análisis de las pérdidas de sustancia y clasificación de las pérdidas de sustancia del tercio medio facial 10 Técnicas de reconstrucción estándar 12 Algoritmo de decisiones de la reconstrucción del tercio medio facial 13 ■ Conclusión 19
--	---

■ Introducción

La cirugía de los tumores nasosinusales ha evolucionado mucho en los últimos 20 años. Los grandes avances de la cirugía endoscópica, tanto en lo que respecta al instrumental quirúrgico como a las pruebas de imagen y la anestesia, han permitido ampliar sus indicaciones. Por tanto, esta técnica, que inicialmente era una cirugía funcional, permite en la actualidad el tratamiento de patologías tumorales benignas (papiloma invertido en particular) y el de tumores malignos nasosinusales (estesineuroblastoma, adenocarcinoma de etmoides, etc.). El análisis de la literatura muestra una disminución

significativa de la morbilidad quirúrgica [1-5] y una mejora de la calidad de vida de estos pacientes [6] respecto a las vías transfaciales. En cuanto al tratamiento de los cánceres nasosinusales, varios estudios indican una seguridad oncológica de la cirugía endoscópica para los pacientes rigurosamente seleccionados [3, 4, 7]. Sin embargo, el acceso endoscópico endonasal sólo se puede plantear con un respeto estricto de sus contraindicaciones [8]. Por tanto, las vías transfaciales son una alternativa terapéutica de elección cuando la extensión tumoral no permite una resección endoscópica en buenas condiciones. El desarrollo de los colgajos libres microanastomosados ha supuesto un aporte importante en el tratamiento de los tumores al permitir resecciones oncológicamente satisfactorias con unas secuelas estéticas y funcionales menores. El análisis preoperatorio preciso de la pérdida de sustancia del macizo facial y de sus implicaciones desde el punto de vista funcional y estético guía la estrategia de reconstrucción.

En la primera parte de este artículo, se describen las distintas vías quirúrgicas posibles para la resección de los tumores nasosinusales (sublabial, transfacial, subfrontal, endoscópica). Después, se expone la estrategia de reconstrucción y sus modalidades.

■ Vías sublabiales

Técnica de Caldwell-Luc: acceso del seno maxilar

Después de la infiltración del vestíbulo superior mediante una solución con adrenalina, se realiza una incisión vestibular (en un tiempo hasta contactar con el hueso), comenzando en la vertical de la fosa canina, paralela y a distancia del cuello de los dientes, continuándola en sentido lateral hasta el pilar maxilomalar. Un despegamiento subperióstico libera la pared anterior del seno maxilar lateralmente hasta el arbotante maxilomalar, en sentido superior hasta el borde orbitario (identificando el orificio del nervio V_2) y medialmente hasta la pared lateral del orificio piriforme. El acceso al seno maxilar se realiza por trepanación (fresa u osteótomo), que se efectúa al nivel de la fosa canina o por creación de una ventana ósea (que se recoloca o no al final de la intervención) si se precisa un acceso amplio de la cavidad sinusal. El cierre (cuyos principios son comunes a todas las vías transfaciales) se efectúa por planos con hilo reabsorbible y se realiza un taponamiento endonasal. Para minimizar el riesgo de enfisema subcutáneo, el paciente no debe sonarse la nariz durante 6 semanas.

Técnica de Rouge-Denker (acceso transantronal): acceso de la fosa nasal, del seno maxilar, de la fosa infratemporal y del cavum

Después de la infiltración del vestíbulo labial superior, se realiza una incisión vestibular de tipo Caldwell-Luc, desde el pilar canino contralateral hasta el sector molar homolateral (por lo general, en ala de gaviota al nivel del frenillo labial). Mediante un despegamiento subperióstico, se libera medialmente el o los orificios piriformes y la espina nasal anterior, lateralmente la cara lateral del maxilar hasta el arbotante maxilomalar y, en sentido superior, el borde orbitario (identificación y conservación del nervio V_2) (Fig. 1). El acceso de las cavidades nasosinusales se puede realizar por la resección sucesiva (cirugía con pérdida de hueso con escoplo o con fresa motorizada) de la pared anterior del seno maxilar, de la pared lateral del orificio piriforme y, después, por la resección de la pared insersinusonasal. El tabique cartilaginoso se puede luxar fuera de su surco vomeriano en sentido contralateral para ampliar la vía de acceso (se repone al final de la

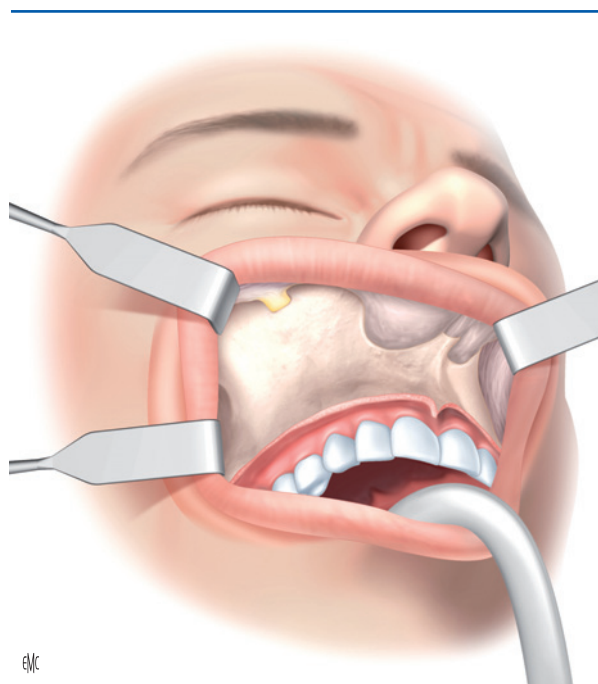


Figura 1. Vía de acceso de Rouge-Denker.

intervención). La resección de la pared posterior del seno maxilar y de la porción anterior del vómer puede permitir el acceso a las estructuras homolaterales más posteriores, que son el cavum, el esfenoides, el etmoides posterior, la fosa pterigomaxilar y la fosa infratemporal.

Técnica de degloving: acceso amplio de las cavidades nasosinusales, de las coanas, del cavum e incluso del clivus

Después de la infiltración, se realiza una incisión vestibular superior bilateral, en ala de gaviota al nivel del frenillo labial. El despegamiento subperióstico libera la pared anterior de los senos maxilares en sentido superior hasta el borde orbitario y la salida del nervio infraorbitario, lateralmente hasta el arbotante maxilomalar y en sentido medial liberando los orificios piriformes y la espina nasal anterior. A continuación, se realiza una incisión inter-septo-columelar bilateral que se continúa en sentido superior en un plano intercartilaginoso en la plica nasi y en sentido inferior al nivel de la mucosa del piso nasal. Esto permite un despegamiento medial del revestimiento cutaneomuscular de la pirámide nasal hasta la sutura frontonasal si es preciso, lo que proporciona una exposición completa y amplia del tercio medio facial. El acceso a las cavidades nasosinusales se obtiene del mismo modo que en una vía de Rouge-Denker. Por otra parte, si existe una extensión tumoral a la infraestructura, se puede realizar una maxilectomía total del mismo modo que en una vía paralateronasal (PLN) (cf infra) (Fig. 2).

Estas vías de acceso se utilizan cada vez menos, sustituidas por las vías de acceso endoscópico, debido a la complejidad del procedimiento, al desarrollo de un instrumental endoscópico eficaz y a las complicaciones postoperatorias (dolor/neuralgia del nervio V_2 , enfisema subcutáneo, nasostoma, deformaciones faciales, etc.).

■ Vías transfaciales

Vía paralateronasal

Es el acceso del tercio medio facial, clásicamente para las lesiones invasivas del seno maxilar que requieran

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8805817>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8805817>

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