

## Revisión Bibliográfica General

### Surgical reconstruction of maxilla and midface: Clinical outcome and factors relating to postoperative complications

Smolka W, Iizuka T.

*J Cranio-Maxillofac Surg* 2005; 33: 1-7.

Los defectos de tercio medio y maxilar provocados por cirugía ablativa, o traumatismo, involucran al sistema estomatognático, este incluye paladar, dientes, cavidad nasal, y seno maxilar. En la reconstrucción existen diferentes técnicas con colgajos libres y pediculados, con o sin injertos óseos. Aunque la elección del método parece depender del defecto, esto no parece estar tan claro. Es difícil encontrarnos con un análisis comparativo de los resultados clínicos obtenidos con los diferentes métodos, la reconstrucción maxilar se suele asociar a complicaciones y esto conduce a resultados insuficientes. Además, hay métodos que permiten una rehabilitación dental limitada, solo con prótesis removible. El objetivo de los autores en su trabajo es evaluar diferentes técnicas empleadas para reparar defectos maxilares, con pérdida parcial o total del reborde alveolar. Las técnicas empleadas de reconstrucción fueron: colgajos locales pediculados de tejidos blandos, colgajos locales pediculados osteomusculares, injertos de huesos libres no vascularizados cubiertos con colgajos locales pediculados o bien, cubiertos con colgajos de tejidos blandos revascularizados y, finalmente, colgajos osteocutáneos revascularizados. Ponen especial atención al éxito o fracaso de la rehabilitación dental.

Incluyen en el estudio 41 pacientes que sufrieron reconstrucción secuencial del tercio medio facial, en un periodo de 10 años, desde 1991 al 2001. Varones eran 27 y mujeres 14. El rango de edad oscilaba entre 17 y 84 años con una media de 54,4 años. Evaluaron 47 cirugías reconstructivas. Un total de 36 cirugías se realizaron en 31 pacientes con defectos secundarios a cirugía ablativa tumoral. La reconstrucción fue primaria en 25 casos, y secundaria en 11. Realizan 11 reconstrucciones en 10 pacientes con defectos secundarios a traumatismos. Tres casos de trauma eran fracturas conminutas por armas de fuego. Recogen datos sobre la supervivencia del colgajo y la aparición de complicaciones, como infección de la herida, dehiscencia, fístula oronasal/oroantral, y pérdida total o parcial del injerto óseo. La media de seguimiento fue de 4.5 años y medio con un rango de 1-12 años. Para caracterizar el defecto óseo emplean la clasificación de Brown y cols, existen cuatro clases que definen el componente vertical. La clase 1 implica maxilectomía sin fístula oro-antral. La clase 2 es una maxilectomía baja, que no incluye el suelo de la órbita o su contenido. La clase 3 hace referencia a una maxilectomía alta que involucra el contenido orbitario, y la clase 4 incluye además exenteración orbitaria. A las clases 2-4, además, se las cataloga con las letras a, b, o c para clasificar el componente horizontal o palatal. Así se considera a, que es una maxilectomía

unilateral alveolar, b, maxilectomía alveolar bilateral y c, resección alveolar total maxilar. Dividen los pacientes en tres grupos. No había ningún paciente en la clase 1 de Brown. El primer grupo de pacientes pertenecería a la clase 2a. Un segundo grupo de pacientes pertenecerían a los grupos 2b y 2c. El tercer grupo de pacientes serían los correspondientes a los grupos 3-4 de Brown, ya pertenezcan a los grupos horizontales a, b y c.

En el primer grupo de pacientes se reparan 19 defectos, en el segundo grupo reparan 8 defectos (7 de la clase 2b y 1 de la clase 2c). En el tercer grupo se reparan 20 defectos (11 casos de la clase 3a, 3 casos de la clase 3b, 1 caso de la clase 3c y, finalmente, 5 casos de la clase 4a). La mayor parte de los defectos de clase 2a, se repararon con colgajos pediculados locales e injertos no vascularizados de hueso libre. Los grandes defectos 2b, 2c, y los de las clases 3 y 4, se reparan con transferencia de tejidos revascularizados. En la clase 2b combinan colgajos microvasculares de tejido blando, con injertos óseos libres. Un caso de la clase 2c se reparó con un colgajo chino. En el tercer grupo de pacientes emplean colgajos osteocutáneos microvascularizados, o trasplantes compuestos con colgajos de tejido blando revascularizados e injertos óseos libres. Defectos que pasen la línea media solo se apreciaron en 4 ocasiones. Se reconstruyó en 2 de ellos con colgajos escapulares, en un caso con un radial con hueso libre de cresta iliaca, y en un caso con un temporal osteomuscular. La supervivencia de las 47 reconstrucciones maxilares fue en términos del 79%. No aparecían complicaciones postoperatorias en las reconstrucciones con colgajos locales sin injerto de hueso, ni en los colgajos de tejido blando revascularizados, o combinados con injerto de calota. En un caso de reconstrucción con músculo temporal apareció fístula oroantral con infección que curó con tratamiento antibiótico. En los colgajos osteocutáneos se vió una tasa baja de complicaciones. Se perdieron dos colgajos osteocutáneos revascularizados, un colgajo de escápula por trombosis venosa, y un colgajo de cresta iliaca por dehiscencia de la herida. La mayor parte de complicaciones aparecen en los colgajos pediculados osteomusculares, y en los injertos libres de cresta iliaca. Detectan una pérdida total del injerto óseo en 7 de los 18 casos. Se aprecia pérdida parcial en otros 4 pacientes. Realizan 25 reconstrucciones en 20 pacientes que habían sido sometidos a radioterapia. En este subgrupo emplean 2 colgajos de tejido blando pediculados, 7 colgajos osteomusculares temporales, 6 colgajos compuestos con injerto de cresta iliaca y colgajo revascularizado y 10 colgajos osteocutáneos revascularizados. En esta última opción reconstructiva solo perdieron 2 colgajos, sin embargo, en los reconstruidos con colgajo pediculado osteomuscular, hubo tres fracasos, y en los compuestos de cresta y colgajo hubo problemas en cinco casos. Se pudo completar una reconstrucción dental exitosa en 31 (66%). En 15 casos (32%) la reconstrucción fue con implantes implantosoportados, y en 16 (34%) con prótesis removibles. En la clase 2a, 16

de 19 rehabilitaciones dentales tuvieron éxito (84%), de ellos 7 casos tenían rehabilitación con dentadura implanto-soportada (37%). En la clase 2b, 4 de 7 casos (57%) tuvieron rehabilitación dental, tres de ellos con dentadura implanto soportada. En el tercer grupo de pacientes, en un 50% de ocasiones fue posible la restauración dental (10 de 20 pacientes), 5 casos mediante dentadura implanto-soportada. La no posibilidad de restauración dental fue debida siempre a pérdida del transporte óseo.

Los autores concluyen en su estudio, que las dificultades de rehabilitación dental las encontraban sobre todo en la pérdida de hueso que se produce en los colgajos pediculados osteomusculares del temporal, y en la pérdida del hueso de cresta óseo. La radioterapia no tenía influencia negativa.

Sin duda alguna este tipo de trabajos resultan interesantes, pero por lo menos a título personal, me gustaría encontrar con más frecuencia algoritmos de tratamiento con los que poder contrastar nuestras actuaciones diarias, con objeto de rectificar o por el contrario seguir incurriendo en el error.

### Speech and swallowing following radial forearm flap reconstruction of major soft palate defects

McCombe D, Lyons B, Winkler R, Morrison W.  
*Br J Plastic Surg* 2005; 58: 306-11.

La recuperación de las funciones del habla y la deglución están integradas en la rehabilitación de los pacientes que han sufrido tratamientos por cánceres de cavidad oral y orofaringe. La aplicación de los colgajos microquirúrgicos ha incidido positivamente en este aspecto. Sin embargo, la función del paladar blando es dependiente de la movilidad, funciona junto con las paredes faríngeas como una valva que genera una presión oral, necesaria para la normal resonancia del habla y la propulsión del bolo alimenticio durante la deglución. Por lo tanto, se requiere movilidad para su reconstrucción. Los autores evalúan un grupo de pacientes con defectos palatales de al menos el 50%, con defectos variables de la orofaringe lateral. En todos los casos se procedió a reconstruir con un colgajo radial de antebrazo. Clasifican los pacientes según la extensión de la resección de paladar y evalúan la función velofaríngea.

Incluyen en el estudio pacientes intervenidos desde enero de 1995 a enero del 2000, con resecciones de al menos el 50% del paladar. Debían estar vivos y libres de enfermedad. Valoran 8 casos, cinco hombres y 3 mujeres. En todos se había intervenido un carcinoma de células escamosas. En todos se reseccó el margen posterior del paladar, en continuidad con la pared lateral y la base de la lengua si era necesario. Los colgajos radiales se doblan sobre si mismos para tapizar la superficie nasal y

la oral. En los defectos totales de paladar incluían en el colgajo el tendón del músculo palmar mayor. Este se usa para crear una cincha desde el borde libre del paladar reconstruido. Se sutura a la musculatura orofaríngea tan lejos posterior y superiormente como sea posible. En siete pacientes la reconstrucción fue primaria y en el resto secundaria. Cinco pacientes recibieron radioterapia postoperatoria.

Los pacientes fueron valorados de forma independiente por un cirujano y un foniatra. Diseñan un cuestionario que incluye escala visual analógica de deglución y del habla, además de cuestionarios específicos sobre estos temas. Estos aspectos se valoran de acuerdo a la escala de severidad de la esclerosis lateral amiotrófica, que analiza la función bulbar. También ensayan con la escala de disartria de Frenchay, que se gradúa de 0 a 5, representando 0 no función y 5 función normal. Comprueban la inteligibilidad y los componentes palatino y lingual. Examinan el contorno y la movilidad del paladar, y realizan valoraciones posteriores con videofluoroscopia. Se comparan los resultados con los de voluntarios sanos.

El periodo de seguimiento de los ocho pacientes fue de 22 meses de media con un rango entre 4 y 54 meses. El contorno palatino parecía aceptable sin demasiada sensación de bulto. La movilidad palatina estaba ausente en los pacientes con defectos iguales o mayores del 75%. En relación al cuestionario, un paciente refería deglución normal y tolerancia de dieta normal. Tenía una resección del 50% del paladar y no se aplicó radioterapia posterior. De los siete restantes, cinco mantenían su peso con una dieta suplementada, y dos, requerían de gastrostomía percutánea endoscópica. La tasa de tolerancia a los sólidos era de 1,5 en una escala de 0 a 4, y de 0,5 para los líquidos, estando controlada la deglución. El grado de afectación del habla variaba de normal, a marcada afectación siendo solo entendidos por su familia. Ninguno consideraba que su habla era ininteligible. Con respecto a la escala de severidad de la ELA, el habla se encontraba en un 6,75 para un rango entre 4 y 9. Para la función deglutoria la puntuación era de 5,5, para un rango de 3 a 8. El ensayo de la disartria de Frenchay mostraba un deterioro importante de la función palatina y de la inteligibilidad. Finalmente, en la valoración con videofluoroscopia, aquellos paladares reconstruidos en su totalidad, o casi, aparecían péndulos. Eran inmóviles y no se elevaban o contraían con la deglución. La eficacia de la deglución era pobre, con aumento del tiempo de tránsito y del residuo. Evidentemente en los casos de hemipalatectomía el rango de movimiento era mayor. La parte de paladar reconstruida permanecía inmóvil en todos los casos.

En mi opinión los autores ofrecen una casuística reducida acompañada de unos resultados previsibles.

**Manuel de Pedro Marina**