

Se publican a continuación los resúmenes de las comunicaciones orales presentadas en el XIX Congreso Nacional de la SECOM, celebrado en Tenerife en mayo de 2007, que por error no fueron impresas en el suplemento de resúmenes de dicho Congreso.

Comunicaciones Orales

INJERTO LIBRE VASCULARIZADO DE PERONÉ EN LA RECONSTRUCCIÓN CONDÍLEA TRAS RESECCIÓN MANDIBULAR

R. González-García, L. Naval-Gías, F.J. Rodríguez-Campo, J.L. Gil-Díez Usandizaga

Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

Objetivos. Evaluar la viabilidad del injerto libre vascularizado de peroné (ILVP) directamente apuesto en la fosa glenoidea, en la reconstrucción de resecciones mandibulares con afectación condilar.

Material y métodos. Seis pacientes afectados de carcinoma epidermoide, displasia fibrosa, osteorradionecrosis mandibular, ameloblastoma mandibular y granuloma de células gigantes requirieron resección mandibular con inclusión del cóndilo mandibular. Todos ellos fueron reconstruidos mediante (ILVP) directamente apuesto en la fosa glenoidea. Se realizaron radiografías panorámicas en el postoperatorio para evaluar la posición condilar y grado de resorción ósea.

Resultados. Cinco pacientes desarrollaron una función temporoponeal adecuada con ausencia de hipomotilidad y máxima apertura oral interincisal óptima, mientras que un paciente desarrolló anquilosis temporoponeal con limitación severa de la movilidad mandibular y apertura oral.

Conclusiones. El uso del ILVP directamente apuesto en la fosa glenoidea constituye un método viable en la reconstrucción condilar tras resección mandibular amplia. Sin embargo, la posibilidad de desarrollo de complicaciones severas como anquilosis debe ser considerada.

INJERTOS DE FASCIA TEMPORO-PARIETAL EN EL TRATAMIENTO DE LAS DEFORMIDADES SECUNDARIAS DEL BERMELLÓN EN LABIOS FISURADO

G.A. Pacino, A. Berengo, A. Meneghetti, R. Cenzi

University Hospital S. M. della Misericordia - Rovigo Italia.

Introducción. Las deformidades secundarias del labio leporino son más regla que excepción y la corrección de estas secuelas es una parte importante del tratamiento integral de los fisurados. Anatómicamente el borde libre del labio esta formado por el músculo orbicular y el tejido subcutáneo, el bermellón y la mucosa. Las alteraciones patológicas pueden involucrar una o más de estas estructuras y por eso una minuciosa evaluación preoperatoria nos ayuda en la elección de la técnica más útil y eficaz para conseguir el resultado mejor. Deficiencias menores del bermellón se benefician de la readaptación de la zona con colgajos locales. En otras circunstancias los defectos absolutos de sustancia muscular y submucosa necesitan de técnicas de aumento tisular capaz de restablecer tanto la morfología así como la funcionalidad labial. En casos seleccionados, el autotrasplante de fascia temporoparietal representa una solución terapéutica optimal porque ofreciendo tejido de adecuada consistencia, facilmente adaptable y con mínima tendencia a la

reabsorción se logra una adecuada y permanente corrección del volumen labial.

Objetivos. El proposito de este trabajo es presentar nuestra experiencia con los injertos libres de fascia temporoparietal utilizados para el aumento del borde libre en las deformidades secundarias del labio hendido tratado.

Materiales y métodos. En los ultimo cinco años, en nuestro departamento, la reconstrucción con injertos fasciales autólogos se llevó a cabo en 38 pacientes que presentaban deficiencias secundarias de labio fisurado. 20 pacientes eran de sexo femenino y 18 de sexo masculino con un promedio de edad de 22 años. 9 casos bilaterales y 29 unilaterales. Las indicaciones para la cirugía encluya la presencia de leve u moderado defecto sagital del borde libre labial con bermellón lateral normal u insuficiente. Algunos casos de esta serie anteriormente habían sido tratados para revisión de la queiloplastia primaria realizando variablemente realineamiento músculo-muco-cutáneo y corrección de cicatrices antiestéticas. El protocolo de actuación fue lo mismo para todo ellos: toma del tejido fascial temporo-parietal con tamaño adecuado para realizar una hipercorrección del defecto labial; cuidada disección de un bolsillo labial submucoso a través de una incision lineal mediana u alternativamente tras la realización de colgajo mucosos de avanzamiento en v-y o de z-plastia si se necesita una simultanea corrección de defectos mucosos o de contracturas cicatriziales; colocación del injerto con mínimo anclaje mediano del mismo al músculo orbicular y temporánea tracción comisural bilateral del mismo y cierre mucoso. En el mismo acto quirúrgico la mayoría de los pacientes fueron tratados también para la corrección de deformidades nasales y/o revisión de fisuras palatinas.

Resultados. El tiempo de seguimiento promedio fue de 3 años. En el postoperatorio inmediato en todos los casos no se observaron complicaciones significativas en correspondencia del sitio donante mientras que a nivel labial se objetivó una mínima reacción tisular con edema que desaparecio aproximadamente en 6 días. 3 pacientes presentaron una dehiscencia de la sutura labial que no requirió revisión quirúrgica evolucionando favorablemente por segunda intención. No se observaron hematomas o sieromas labiales. No hubo ningún trastorno significativo de la movilidad labial. En unos casos las alteraciones de la sensibilidad en forma de parestesias fueron transitorios. El endurecimiento labial inicial se resolvió a lo largo de los primeros meses y la consistencia labial conseguida fue considerada normal. A los 6 meses, la reabsorción tisular observada se estimó alrededor del 20% del volumen inicial con posterior mantenimiento definitivo del mismo. Los resultados morfológico-funcionales y estéticos a medio y largo plazo fueron satisfactorio en todo los casos observandose una balanceada simetría del bermellón, una satisfactoria eversión del reborde libre, una agradable proyección del tubercolo mediano y una relación armónica entre los dos labios.

Conclusiones. La utilización de la fascia temporoparietal posee algunas ventajas importantes dentro de los cuáles destacamos la facilidad para su obtención, usualmente está en el mismo campo operatorio, mínima disconformidad postoperatoria, insignificante deformidad cica-

triazal residual, mínima reabsorción. El aumento del borde libre labial con injertos fasciales autólogos son un método seguro y efectivo para la corrección de las deformidades secundarias de labios hendidos tratados consintiendo el restablecimiento de una morfología más natural y produciendo una gran satisfacción a los pacientes.

LINFADENECTOMÍAS SELECTIVAS DE LOS GANGLIOS CENTINELAS CERVICALES Y ESTADIAJE CERVICAL DE LOS CARCINOMAS ORALES EN ESTADIO PRECOZ

C. Rodríguez-Recio, P. Villarreal, L.M. Junquera, I. Peña, L. Gallego, P. Rosado, A. Pelaz

Hospital Central de Asturias. Oviedo.

Objetivo. Describir nuestra experiencia en el estadiaje cervical de los pacientes con carcinomas epidermoides orales en estadio precoz, mediante la biopsia exclusiva de los ganglios centinelas cervicales (GCC). Demostrar su eficacia valorando la evolución clínica durante su seguimiento (necesidad de realizar disecciones cervicales diferidas de rescate).

Material y métodos. Desde el año 2005 nuestro Servicio participa en un estudio multi-institucional prospectivo de la EORTC. El mismo incluye a los pacientes diagnosticados de un carcinoma de células escamosas con origen en la mucosa oral y orofaríngea en estadios precoces (T1, T2 y N0 clínico-radiológico). El estadiaje cervical se realiza mediante la linfadenectomía selectiva de los GCC. Los pacientes con metástasis ganglionares deben ser sometidos a una disección cervical convencional antes de 3 semanas de la primera intervención.

Resultados. La mayoría de los pacientes presentaban tumores linguales y del suelo oral. Un tercio de los mismos se localizaban en la línea media. Hemos conseguido localizar los GC en todos los casos con un promedio de 2 por paciente (rango entre 1 y 4). Los niveles cervicales donde localizamos los GC más frecuentemente fueron el I, IIa y III. Sólo 1 GC presentó metástasis en el estudio histológico correspondiendo a un paciente con un carcinoma del suelo oral. La evolución clínica ha sido favorable en todos los casos, sin presentar recidivas cervicales en el momento actual.

Conclusiones. La linfadenectomía selectiva de los GCC es una técnica en fase de validación, como alternativa a la disección ganglionar profiláctica en pacientes con carcinomas orales precoces. Los resultados iniciales son muy satisfactorios, reduciendo de forma importante la morbilidad que conlleva la disección cervical. Los diferentes estudios, que se están realizando a nivel europeo y mundial, nos permitirán en breve espacio de tiempo determinar si esta técnica debe incorporarse definitivamente en el protocolo de tratamiento de estos tumores.

LUXACIÓN RECIDIVANTE MANDIBULAR. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LOS COMPONENTES ÓSEO Y MUSCULAR

L.F. Pingarrón, J.L. Cebrián, J.G. M-Moro, M. Chamorro, M. BURGUEÑO

Hospital Universitario la Paz. Madrid.

Introducción. La luxación de la articulación temporomandibular (ATM) se refiere a la separación completa de las superficies articulares. Aunque es una patología poco frecuente, requiere un tratamiento definitivo. Los pacientes afectados peregrinan de uno a otro servicio de urgencias para solucionar episodios cada vez más fre-

cuentes y en ocasiones más difíciles de tratar. Se han diseñado Casi todas ellas centran su actuación en la eminencia articular, aumentándola o eliminándola.

Objetivos. Presentar nuestra experiencia en el H.U. "La Paz" en el tratamiento quirúrgico de la luxación recidivante de mandíbula, cuando se trata no sólo el componente óseo (eminencia), sino también el muscular (ptergoideo lateral) para evitar nuevas recidivas.

Métodos. Se revisan las historias clínicas de 20 pacientes intervenidos en los últimos 8 años. De ellos cuatro habían sido operados previamente en otros centros. Se realizaron 13 osteotomías glenotemporales y 3 eminectomías. En todos los casos se seccionó la inserción mandibular y articular del músculo pterigoideo externo. En los casos ya intervenidos en otros centros, únicamente se llevó a cabo el tratamiento del músculo pterigoideo.

Resultados. El postoperatorio cursó sin complicaciones. No se produjeron recidivas ni alteraciones articulares. Los pacientes permanecen asintomáticos, sin dolor y con buena apertura oral.

Conclusiones. En el tratamiento de la luxación recidivante mandibular, la osteotomía glenotemporal de aumento se presenta como una técnica sencilla y eficaz en pacientes jóvenes. En pacientes mayores con una eminencia muy aplanada, la eminectomía de myrhaug se presenta como una opción válida. Para evitar recidivas ambos tratamientos deben acompañarse del tratamiento o desinserción mandibular y articular del músculo pterigoideo lateral.

MANEJO DE LA OSTEONECROSIS MAXILAR RELACIONADA CON BIFOSFONATOS

J.L. Pérez, J. Hernández, D. Vaquero, J.J. Haro, P. Infante, J.L. Gutiérrez Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción. Los bisfosfonatos son compuestos análogos del pirofosfato, que presentan gran afinidad por los cristales de hidroxipatita, y que actúan inhibiendo la resorción ósea puesto que inactivan los osteoclastos.

Se han venido empleando en el tratamiento de enfermedades óseas tales como la osteoporosis, en el Mieloma Múltiple, y en determinados cánceres (mama y próstata) cuando existen metástasis óseas como tratamiento paliativo con el fin de disminuir el dolor, la hipercalcemia y evitar fracturas patológicas. Paralelamente al incremento en el uso de los bisfosfonatos se ha documentado la aparición de un cuadro clínico hasta entonces no descrito, la osteonecrosis avascular mandibular por bisfosfonatos, cuya incidencia está aumentando, y cuyo manejo actualmente resulta controvertido.

Material y método. Presentamos una serie de 9 pacientes con osteonecrosis maxilar que estaban tomando bisfosfonatos por diversos motivos. Mostramos su presentación clínica, aspecto radiográfico, manejo terapéutico y evolución. Con la intención de presentar unas normas básicas en su manejo realizamos una búsqueda bibliográfica en medline, empleando como palabras claves osteonecrosis jaw bisphosphonate, apareciendo aproximadamente unos 300 artículos, en referencia a varias áreas de conocimiento, tales como cirugía maxilofacial, endocrinología, oncología, urología, etc. No hemos centrados sobre todo en aquellos que aportan datos sobre el actitud terapéutica frente a la misma.

Conclusiones. Las medidas conservadoras tales como el empleo de antisépticos, de determinados antibióticos, junto con un manejo lo más conservador posible de dientes en mal estado, parecen ser las que mejores resultados proporcionan.

MANEJO QUIRÚRGICO DE LAS FRACTURAS SUBCONDILEAS MEDIANTE UN ABORDAJE TRANSPAROTÍDEO. EXPERIENCIA CLÍNICA EN 25 PACIENTES.

M. Jubilla, J. Rey, R. Gutiérrez, A. Fernández, I. Zubillaga, F. Nájera, J.J. Montalvo.

Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Introducción. El manejo quirúrgico de las Fracturas Subcondíleas genera una controversia en cuanto a la elección entre tratamiento conservador o abierto, y también respecto al abordaje más adecuado para esta localización.

Objetivo. Presentar nuestra experiencia con el abordaje transparotídeo en el tratamiento abierto de las Fracturas Subcondíleas, analizando resultados y complicaciones derivadas del mismo.

Material y métodos. Realizamos un análisis retrospectivo en 25 pacientes (16 hombres y 9 mujeres), entre octubre de 2003 y diciembre 2006, con un seguimiento de 3 meses a 3 años. Se incluyen 26 fracturas subcondíleas: 7 únicas; 15 asociadas a otras fracturas mandibulares y 3 con fracturas panfaciales, una de las cuales presento una fractura bicondílea. En todos los casos se realizó un abordaje transparotídeo, variando la fijación rígida empleada.

Resultados. Diecinueve pacientes no manifestaron ninguna complicación; 4 pacientes presentaron fístula salivar que en todos ellos remitió espontáneamente en un período aproximado de 2-3 semanas; 1 paciente presento infección en el postoperatorio inmediato que se resolvió con antibioticoterapia. Durante el seguimiento, 1 paciente ha presentado maloclusión, no evidenciándose en ningún caso paresia del nervio facial, ni limitación de la apertura oral. En un caso se comprobó fractura de la placa de osteosíntesis sin repercusión clínica.

Conclusiones. 1) En nuestra experiencia el tratamiento quirúrgico de las fracturas subcondíleas mediante la vía transparotídea permite un abordaje seguro con baja tasa de complicaciones. 2) La fijación rígida con dos placas, permite el método de fijación más fiable y estable. 3) Creemos necesaria la realización de un estudio comparativo frente a otros abordajes quirúrgicos para demostrar de manera significativa las ventajas de este procedimiento.

METÁSTASIS EN LA CAVIDAD ORAL: REVISIÓN DE LA LITERATURA Y PRESENTACIÓN DE 4 CASOS

S. Sánchez¹, V. Vázquez¹, F. García¹, B. Rodríguez Caballero¹, T. González², B. García-Montesinos², M.F. García², J. Garmendia², C. Ruiz-Temiño², R.C. Saiz-Bustillo²

¹Médico residente del servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Santander. ²Médico adjunto del servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Santander. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Introducción. Las metástasis de la cavidad oral son lesiones infrecuentes que representan el 1-3% de todas las neoplasias malignas de la cavidad oral. Los tumores primarios que metastatizan son, por orden de frecuencia pulmón, mama y riñón que representan el 50%, seguido de tiroides, colon, próstata, estómago, testículos y vejiga (Lim 2006, Hisberg 1995). La mayoría se localizan en hueso (80%) y sobre todo en región retromolar mandibular (80-90%). La afectación de partes blandas se da a nivel de la encía adherida (20%). Un 60-70% de las metástasis se manifiestan después de presentarse el tumor primario y el resto son el primer signo de extensión de una neoplasia de otra localiza-

ción. No existen diferencias entre sexos. La edad media de aparición es de 40-70 años. Clínicamente pueden manifestarse como una lesión asintomática o ulceración, dolor, hemorragia, movilidad dental o disminución de la sensibilidad. El diagnóstico se realiza mediante la confirmación histológica y el despistaje del tumor primario y de metástasis en otra localización. Existen 3 criterios diagnósticos: confirmación histológica, histología similar al primario y exclusión de extensión directa de un tumor en espacio contiguo. Algunas de estas lesiones tienen similitud histológica con tumores primarios de la cavidad oral (p.e. carcinoma epidermoide con metástasis por carcinoma epidermoide pulmonar) El tratamiento curativo es pocas veces posible, en caso de metástasis única-resecable con primario controlado. En la mayoría de los casos es un tratamiento paliativo debido a la diseminación de la enfermedad. El pronóstico es muy malo. La mayoría de los pacientes fallecen al año del diagnóstico de la metástasis. La tasa de supervivencia a los 4 años es del 10%.

Objetivo. Revisión de la literatura existente sobre las metástasis en la cavidad oral.

Casos clínicos. Se presentan 4 casos clínicos: metástasis de cáncer de mama en mandíbula, cáncer de próstata en cóndilo, leiomiomas uterino mandibular y LLA en ambos maxilares.

Conclusiones. Las metástasis de la cavidad oral son consecuencia de una diseminación a distancia de la enfermedad, lo cual indica un mal pronóstico. Los avances en el diagnóstico y tratamiento de los tumores malignos ha aumentado la supervivencia de estos pacientes por lo que su detección precoz es muy importante.

NECESIDAD DE AUTODONACIÓN EN CIRUGÍA ORTOGNÁTICA BIMAXILAR: ANÁLISIS DE 102 PACIENTES CONSECUTIVOS

J. González, J.M. López-Arcas, J.L. Cebrián, M. Chamorro, M. Burguenio

Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introducción. La autodonación se ha empleado de forma rutinaria en pacientes sometidos a osteotomías bimaxilares. Entre sus ventajas destaca el evitar las transfusiones homólogas y su riesgo de contagio de enfermedades infecciosas. Sin embargo, las últimas publicaciones internacionales han destacado la baja tasa de transfusión y la seguridad de los métodos de screening actuales en los bancos de sangre. De hecho, la probabilidad de ser trasfundido es mucho mayor en pacientes con autodonación, por el menor hematocrito preoperatorio respecto al grupo control y por una política de transfusión más liberal.

Material y métodos. Estudio retrospectivo descriptivo, mediante revisión de las historias clínicas de los pacientes intervenidos de cirugía ortognática bimaxilar entre los años 2000 y 2006 (n=102). El grupo 1 consta de 48 pacientes que donaron 2 unidades un mes antes de la intervención, y el grupo 2 de 54 pacientes sin autodonación a los que se cruzaron 2 unidades homólogas el día previo.

Resultados. Tan sólo 7 pacientes fueron transfundidos (tasa de transfusión 6,8%), todos ellos pertenecientes al grupo 1 (tasa de transfusión del grupo 1: 14,5%). La revisión del historial médico demuestra que los criterios de donación en 4 de los 7 pacientes trasfundidos no fueron adecuados, con lo que los distintos índices ajustados a dicha corrección están por debajo del umbral requerido para recomendar la autodonación.

Conclusiones. La autodonación. no está justificada en cirugía ortognática bimaxilar debido a la baja tasa de transfusión. De hecho, el disponer de sangre autógena en depósito supone un riesgo importante para ser trasfundido, por una anemización prequirúrgica que no se corri-

ge por completo y por una política de transfusión más liberal. Deben tenerse en cuenta medidas alternativas para reducir la pérdida sanguínea, entre ellas la hipotensión controlada.

NUESTRA EXPERIENCIA EN RECAMBIO ARTICULAR CON PROTESIS DE LORENZ EN ATM

M.A. Morey, F. Rodríguez¹, J.I. Iriarte, C. Bosch, M.J. Pastor, V. Lasa, H. Hamdan, I. Forteza- Rey, J. Caubet², J.S. Mayoral²

¹Hospital de la Princesa. ²GBCOM. Complejo Asistencial Son Dureta, P. de Mallorca.

Introducción. Entre las indicaciones de la reconstrucción aloplástica de la articulación temporomandibular del adulto se encuentran la anquilosis, las enfermedades articulares inflamatorias severas (como artritis reumatoidea y osteoartritis muy evolucionadas) y el fracaso de otras técnicas reconstructivas con injertos autólogos o incluso con otras prótesis. La prótesis articular presenta algunas ventajas respecto a los injertos autólogos como no precisar zona donante, reducción del tiempo quirúrgico y de hospitalización, función postoperatoria inmediata sin bloqueo intermaxilar y capacidad para mantener la oclusión en el tiempo. Nuestra experiencia se basa en la utilización de la prótesis de Lorenz, diseñada en 1991, que consta de un componente fosa fabricado con polietileno de alto peso molecular y un componente condíleo de cromo cobalto recubierto con plasma de titanio para facilitar su adherencia a la rama mandibular.

Material y métodos. Presentamos 5 pacientes (7 prótesis: 2 casos bilaterales y 3 unilaterales) intervenidos en el servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Son Dureta de Palma de Mallorca en el período 2004-2007. La media de edad fue de 45 años (rango 25-60) y la distribución por sexos 4 varones y 1 mujer. La indicación del recambio articular fue: anquilosis postraumática en 3 casos (2 bilaterales), fallo de osteosíntesis en fractura de cóndilo con reabsorción del mismo (1 caso) y osteoartritis muy evolucionada con historia clínica de diversas intervenciones (caso mujer). Clínicamente todos los pacientes mostraban una severa limitación de la apertura oral de menos de 10 mm y dos de ellos asociaban dolor en ATM.

Resultados. La apertura oral postquirúrgica conseguida fue de 29 mm de media (rango 22mm- 32 mm) valorada a los 2 meses tras tratamiento fisioterápico. Se controló el dolor en los casos que lo presentaban (valorado mediante VAS).

Complicaciones. 4 casos con parestesia transitoria de al menos una rama del nervio facial, 1 caso con maloclusión con mordida cruzada y desviación de la línea media interincisal. No se presentó infección postquirúrgica ni rechazo al material protésico en ningún caso. En conclusión, la reconstrucción aloplástica de la ATM con prótesis total de Lorenz es una alternativa muy válida en el tratamiento de la anquilosis del adulto y además constituye una opción a tener en cuenta en enfermedades degenerativas de la ATM cuando han fracasado otros tratamientos, pudiendo ofrecer al paciente una ape.

NUESTRA EXPERIENCIA EN RECONSTRUCCIÓN CON COLGAJOS MICROQUIRÚRGICOS EN LOS ULTIMO 5 AÑOS

M. De Pedro Marina, F. Falahat Noushzady, L. Maniegas Lozano, J. Sánchez Gutiérrez

Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Introducción. La reconstrucción con colgajos microquirúrgicos en el ámbito de la reconstrucción del territorio facial constituye una

práctica habitual en los diferentes hospitales de nuestro medio. Es evidente que de la mano de una mayor experiencia se van minimizando la aparición de complicaciones y se van mejorando las cifras de morbi-mortalidad. Recogemos en esta comunicación nuestra experiencia en los últimos cinco años, analizando los resultados que hemos obtenido.

Material y métodos. Desde Enero del 2002 a Diciembre del 2006 han sido intervenidos en nuestro servicio 104 pacientes subsidiarios de reconstrucción microquirúrgica. Un total de 79 casos pertenecían al sexo masculino y 23 al femenino, dos pacientes del sexo masculino fueron intervenidos en dos ocasiones. Analizamos en nuestro estudio la localización tumoral, el estadio, el tipo de colgajo empleado en la reconstrucción, la necesidad de revisión del colgajo, y la aparición de complicaciones en el período postquirúrgico. La monitorización del colgajo se realiza en base a datos clínicos objetivos.

Resultados. La localización tumoral más frecuente en nuestro trabajo es en borde lateral de lengua (28 casos), seguido de suelo de boca (25 casos) La mayor parte de nuestros pacientes se encontraban en un estadio tumoral II/III. En todos los casos se realizaron vaciamientos funcionales, excepto en cinco pacientes en los que en el cuello homolateral a la lesión fue necesario realizar un vaciamiento radical. La reconstrucción microquirúrgica empleada con más frecuencia fue el colgajo radial de antebrazo (Chino). Fue preciso realizar revisión de la sutura en 13 ocasiones (12 %), y tan sólo se perdieron ocho colgajos, dos de forma directa, y seis a pesar de la revisión. La tasa de éxito que hemos obtenido es por tanto de un 92,4%. La media de estancia en la UCI fue de 2,5 días, teniendo en cuenta que no disponemos de guardias regladas en nuestro hospital. La complicación registrada con más frecuencia es la aparición de hematomas cervicales.

Discusión. Comparamos nuestros resultados con los obtenidos por otros autores en series relevantes obtenemos unos resultados parejos.

Conclusiones. La reconstrucción con colgajos microquirúrgicos es una técnica adecuada para corregir los defectos creados tras cirugías oncológicas o resultantes de traumatismos. Se obtienen buenos resultados con una funcionalidad y apariencia estética aceptables.

NUEVAS APLICACIONES DE LA TECNOLOGÍA CONE-BEAM EN EL DIAGNÓSTICO POR IMAGEN ORAL Y MAXILOFACIAL

N. Montesdeoca, J. Giner, G. Schoendorff, A. Castro, C. Concejo
Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona/Iruña, Navarra.

Objetivos. En contraste con los escáneres médicos convencionales, que reconstruyen una imagen de manera aproximada a través de cortes bidimensionales, la nueva generación de escáneres "cone-beam" y captador "flat-panel", obtienen imágenes volumétricas a tamaño real que proporcionan una reconstrucción anatómica tridimensional con una dosis de radiación 10 veces menor. Ilustramos de manera gráfica las distintas aplicaciones del escáner i-CAT en diferentes áreas como implantología, cirugía oral, cirugía ortognática y patología obstructiva de la vía aérea y articulación temporomandibular.

Material y método. Se expone nuestra experiencia en el tratamiento de imágenes obtenidas con el escáner de haz cónico i-CAT a través de distintos programas de tratamiento y segmentación de imágenes. Describimos las aplicaciones precisas y nuestros protocolos de estudio e indicaciones en las distintas áreas de la Espacialidad. Para ello, nos serviremos de casos clínicos ilustrativos.

Resultados. Las ventajas de la tecnología "cone-beam" frente al escáner médico convencional son innegables. Al paciente le supone una menor dosis de radiación, menor tiempo de exposición, posición de

sentado durante la adquisición de las imágenes y un menor costo económico. Para el cirujano, facilidad de acceso a la información, autonomía en la obtención del diagnóstico y ausencia total de magnificación y distorsión de la imagen. Además, la compatibilidad con otros softwares de tratamiento de imágenes como Simplant, Dolphin o Nobel-Guide optimizan la elaboración de un plan de tratamiento, la comunicación con el paciente y la comunicación interprofesional.

Conclusiones. La tecnología "cone-beam" supone una verdadera revolución en el campo del diagnóstico por imagen en Cirugía Oral y Maxilofacial. Sus importantes ventajas frente a la radiología convencional la han convertido en una herramienta diagnóstica casi indispensable.

OSTEOMIELITIS CAUSADAS POR IMPLANTES DENTALES

J. Morán, S. Bescós, J. Pamias, C. Pigrau, G. Raspall
Hospital General Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

Objetivos. Se revisan los casos de OM asociados a implantes dentales, evaluando los factores de riesgo, las exploraciones realizadas, la etiología y sensibilidad al antibiótico, las intervenciones quirúrgicas llevadas a cabo y el tratamiento administrado.

Material y métodos. Estudio retrospectivo que incluye todos los pacientes ingresados en nuestro servicio con osteomielitis durante un periodo de 10 años (1995-2005). De un total de 47 osteomielitis en ambos maxilares, en 8 casos la OM estaba asociada a implantes dentales (17%). Todos los casos fueron diagnosticados a partir del 2001. Se revisan las OM asociadas a implantes dentales evaluando los factores de riesgo (HTA, DM, vasculopatía...), relación con el consumo de tabaco y alcohol. A todos los pacientes se les realizó cultivo y antibiograma. Las exploraciones complementarias realizadas fueron TC y ortopantomografía a todos los pacientes y sólo en casos seleccionados se solicitó gammagrafía. Se recogen las intervenciones quirúrgicas realizadas para curar la osteomielitis.

Resultados. Se trató un total de 8 pacientes, 5 mujeres y 3 hombres. La infección fue polimicrobiana en 5/8 casos. Los estreptococos del grupo viridans fueron los microorganismos aislados con mayor frecuencia (6/8 casos). Todos los pacientes requirieron desbridamiento, legrado y retirada del implante para curar la infección, aunque en un caso la retirada se realizó tras el fracaso de un tratamiento médico prolongado. La duración del tratamiento osciló entre 2 y 12 meses. Las fluorquinolonas asociadas o no a clindamicina fueron el tratamiento antibiótico más empleado. Tras 6 meses de seguimiento, ningún paciente experimentó recidiva de su enfermedad.

Conclusiones. En nuestra serie el 17% de las osteomielitis en los maxilares están asociadas a implantes dentales. Hemos detectado unas elevadas tasas de resistencia entre los estreptococos del grupo viridans (la etiología más común) a la clindamicina, relacionada con el uso previo de dicho antibiótico o macrólidos. La resolución de la infección requiere de la retirada precoz del implante dental.

OSTEONECROSIS DE LOS MAXILARES INDUCIDAS POR EL EMPLEO DE BIFOSFONATOS. ESTADO ACTUAL Y PROTOCOLOS TERAPÉUTICOS. REVISIÓN DE NUESTRA EXPERIENCIA

J.L. Del Castillo, J.A. García De Marcos, J. Calderón, M. Galdeano, S. Arroyo
Hospital General Universitario de Albacete Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Complejo Hospital General de Albacete, Albacete.

Introducción. Los bifosfonatos constituyen un grupo de fármacos inhibidores de la resorción ósea, utilizados en el tratamiento de numerosas patologías como la osteoporosis, la enfermedad de Paget, el mieloma múltiple, la hipercalcemia maligna y las metástasis óseas asociadas al cáncer de mama o de próstata. El principal efecto farmacológico de los bifosfonatos es la inhibición de la resorción ósea, mediante una disminución de la actividad de los osteoclastos, sin intervenir en la formación y mineralización del hueso. Numerosas publicaciones durante los últimos años y debido a su utilización masiva consideran que la osteonecrosis de los maxilares está asociada al tratamiento con bifosfonatos.

Objetivos. Queremos presentar las últimas recomendaciones para la prevención de dicha complicación y los protocolos de tratamiento en pacientes con necrosis establecida. Presentamos 14 casos de osteonecrosis inducida por bifosfonatos para el tratamiento de las metástasis óseas en pacientes oncológicos bajo tratamiento con quimioterapia, mostrando las medidas adoptadas y la evolución de las lesiones.

Conclusiones. La osteonecrosis maxilar en pacientes en tratamiento con estos fármacos parece estar causada por la combinación de falta de aporte vascular y falta de remodelado y regeneración ósea. Es importante que los pacientes sean informados del riesgo de presentarse esta complicación para tener la oportunidad de someterse a procedimientos dentales previos al inicio del tratamiento. El inicio se retrasará hasta que se hayan completado y realizado los mismos. El desencadenante de la necrosis ósea en la mayor parte de los pacientes es una actuación quirúrgica por parte del odontólogo, estomatólogo o del cirujano maxilofacial. La gran mayoría de actuaciones suele producir el aumento de la zona necrótica expuesta o la aparición de zonas nuevas. Por todos estos motivos los tratamientos quirúrgicos o dentales agresivos deben retrasarse o evitarse en la medida de lo posible. Son necesarias nuevas investigaciones para aclarar la etiología y encontrar un tratamiento realmente eficaz a un grave problema que puede llegar a afectar a miles de pacientes en todo el mundo.

OSTEOQUIMIONECROSIS EN LOS MAXILARES POR BIFOSFONATOS

J. García Linares, J. Mareque, J. Molina, J. González Lagunas, C. Bassas, G. Raspall
Hospital General Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

Objetivos. Estudiar un grupo de pacientes en tratamiento con bifosfonatos por su patología de base, que han desarrollado osteoquimionecrosis maxilar. Se valoran la localización, pruebas de imagen (ortopantomografía, tomografía computarizada y gammagrafía ósea), cultivos, tipo de tratamiento y evolución del paciente.

Material y métodos. Estudio prospectivo de un grupo de 12 pacientes en tratamiento con bifosfonatos controlados en consultas externas del servicio de Cirugía Maxilo-facial del Hospital Vall d'Hebron (Barcelona). El rango de seguimiento oscila entre 3 y 16 meses. Se valoran: datos epidemiológicos, la localización de la lesión por exploración física, los hallazgos radiológicos de la ortopantomografía, tomografía computarizada y gammagrafía óseas, resultado de cultivos, tipo de tratamiento y la evolución posterior.

Resultados. -Objetivamos que un grupo de pacientes en tratamiento con bifosfonatos presentan cuadros de osteoquimionecrosis ósea a nivel de maxilar. -Estos pacientes presentan de forma constante imágenes de rarefacción ósea en la ortopantomografía. En la tomografía computarizada y la gammagrafía óseas se corresponden con imágenes compati-

bles con osteomielitis. -En el 25% de estos pacientes se ha objetivado la presencia de *Actinomyces* en el cultivo de la lesión. -En el 50% de los casos se practicó legrado óseo ante la presencia de sequestro óseo.

Conclusión. La osteoquimionecrosis constituye una entidad patológica descrita hace pocos años y de fisiopatología parcialmente desconocida que afecta a las personas que están en tratamiento con bifosfonatos, de especial prevalencia el zometá, usado en tratamiento de metástasis óseas en las neoplasias de mama. Se presentan como procesos inflamatorios óseos en maxilares de aparición insidiosa, dolorosas, con exposición ósea y de difícil manejo por su lenta recuperación. La base principal de su abordaje ahora mismo es la prevención, evitando en lo posible la manipulación dental que constituye su factor predisponente destacado y principal, pero una vez establecido el ente, el abandono del tratamiento con bifosfonatos, la higiene oral adecuada, antibioterapia y legrado cuando sea oportuno conformaran el manejo más adecuado para la mejoría clínica del paciente.

OSTEOSARCOMA MAXILAR Y MANDIBULAR. SERIE DE 4 CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

G-Y. Cho, P.L. Martos, M. Mancha, R. González, S. Rosón, F.J. Rodríguez, L. Naval, A.L. Capote, V. Escorial, J. Sastre, M.F. Muñoz, F.J. Díaz

Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid.

Objetivos. El osteosarcoma maxilar y mandibular (OSM) se trata de una entidad extremadamente infrecuente que supone el 5% de todos los osteosarcomas (OS). Diversos aspectos lo diferencian del osteosarcoma de otras localizaciones, hasta el punto de ser considerado como una entidad específica. Clínicamente se presenta como una masa indolora de crecimiento progresivo maxilar o mandibular. Aparece más tarde, en la 3ª o 4ª década de la vida y su comportamiento biológico es más benigno, con agresividad local pero metástasis de aparición tardía e infrecuente. La obtención de márgenes libres en la resección quirúrgica del tumor es el factor pronóstico más importante. Presentamos 4 casos de OSM, 2 de localización maxilar y 2 de localización mandibular. Se analizan sus características clínicas e histológicas. Se describe su tratamiento y se revisa la literatura.

Pacientes y métodos. Desde 1986 hasta 2007, se identificaron todos los casos de OSM tratados en nuestro Servicio. Se revisaron sus características clínicas e histológicas. Se realizó un estrecho seguimiento con la finalidad de detectar posibles recurrencias. Todos los casos cumplieron los criterios histológicos de OSM y requirieron tratamiento quirúrgico. Se aplicaron técnicas de reconstrucción primaria para la reparación de los defectos quirúrgicos.

Resultados. Se identificaron 4 casos de OSM en el período de 20 años, 2 hombres y 2 mujeres, de edades comprendidas entre los 27 y 40 años. Los dos primeros casos, una mujer y un hombre, presentaron osteosarcomas de localización mandibular y fallecieron en el postoperatorio inmediato por complicaciones ajenas a la naturaleza del tumor. Los dos casos restantes se trataron de osteosarcomas de localización maxilar, de histología condroblástica (bajo grado) y de alto grado, respectivamente. El tiempo entre la aparición de la clínica y el diagnóstico fue de 1,5 y 3 meses, y en ninguno de los dos casos la cirugía se demoró más de 1 mes desde el diagnóstico. Clínicamente la presentación fue de tumoración dura e indolora de crecimiento progresivo en todos los casos. Uno de ellos se trató mediante maxilectomía subtotal, injerto de músculo temporal e injerto óseo de calota; con RT pos-

terior. El injerto de calota se extrajo por necrosis postradioterapia, presentando el paciente una fístula orosinusal que requirió reconstrucción secundaria mediante injerto libre microvascularizado de peroné. Recientemente se colocó un distractor intraoral en maxilar superior. El segundo caso se trató mediante maxilectomía parcial y reconstrucción con injerto óseo de calota y músculo temporal; con QT posterior. El estrecho seguimiento de los pacientes se ha llevado a cabo durante 6 y 3 años respectivamente, sin haberse observado signos de recidiva local/regional hasta el momento actual.

Conclusiones. El OSM es una entidad muy infrecuente. Su histología (condroblástica, osteoblástica y fibroblástica) es similar al OS de otras localizaciones, pero su naturaleza difiere de éstos en varios aspectos: presentación etaria más tardía (3ª-4ª década) y mejor pronóstico (gran agresividad local pero aparición de metástasis muy tardía e infrecuente). No está demostrada la correlación entre el subtipo histológico y el pronóstico. Debido a su similitud histológica y de comportamiento clínico, debe ser bien diferenciado de lesiones óseas benignas como los osteoblastomas y la displasia fibrosa ósea. Debido a su rareza, el diagnóstico preoperatorio es difícil. Las modalidades de tratamiento empleadas son la resección quirúrgica, la RT y la QT, pero no hay tratamientos protocolizados debido a que es un tumor muy infrecuente. La disección cervical ipsilateral sólo está indicada en casos en los que el cuello sea clínicamente positivo, debido a que las metástasis cervicales son raras. El diagnóstico precoz y la resección quirúrgica con márgenes libres de tumor son los determinantes pronósticos más importantes. La RT y la QT no mejoran el pronóstico sin los requisitos previos.

PERFORACIONES DISCALES: HALLAZGOS CLÍNICOS Y ARTROSCÓPICOS. NUESTRA EXPERIENCIA

M.L. Maniegas Lozano, R. Martín-Granizo López, S. González Luque, J.J. Sánchez Gutiérrez, A. Berguer Sández
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivo. El objetivo principal de este trabajo es estudiar la correlación que existe entre los hallazgos artroscópicos y la evolución clínica de pacientes con perforación discal articular. Material y métodos: Se realizan un total de 361 artroscopias en 243 pacientes durante un período de 8 años (1998-2006). Se selecciona un grupo de 29 pacientes en los que se han encontrado perforaciones discales y se estudian y comparan diferentes parámetros clínicos, artroscópicos y evolutivos (revisiones postoperatorias: 1, 3, 6 y 12 meses).

Resultados. La mayoría de los pacientes son del sexo femenino. La edad media oscila en torno a los 45 años. Se realizan 10 artroscopias en el lado derecho y 21 en el izquierdo. En dos pacientes se encuentra perforación discal bilateral. En todos los casos se lleva a cabo un lavado de la articulación y en 2/3 se inyectan corticoides intraarticulares. La mayoría de los pacientes presentan dolor preoperatorio, chasquido y limitación a la apertura oral (30 mm de media); aproximadamente un 80% refiere bruxismo nocturno. En la artroscopia se observa que en el 60% de los casos el disco articular está reducido y en el 40% desplazado. La perforación discal crónica es más frecuente, y se localiza fundamentalmente en posición central; en cambio, cuando la perforación se sitúa más posterior o anterior, tiende a ser aguda. En un paciente encontramos dos perforaciones en el mismo disco, una aguda posterolateral y otra crónica central. La mayoría de los valores de roofing oscilan entre 60 y 100%. En 17 casos la inflamación sinovial se corresponde con grados III-IV de Holmlund; en un 80% se aprecian adherencias, sobretudo en el receso anterior, y en 2 casos, pseudodiscos. La

degeneración cartilaginosa suele ser avanzada (condromalacia grados III-IV), con presencia de osteofitos y, en un pequeño porcentaje, de cuerpos libres. La evolución de todos los pacientes resulta favorable excepto en un caso. Se observa disminución o desaparición del dolor y en muchos casos del chasquido, con aumento de la apertura oral (40 mm de media).

Conclusiones. Las perforaciones discales no constituyen un hallazgo artroscópico frecuente (8-9%). Parece que se asocian con mayor frecuencia a articulaciones con osteoartritis avanzadas y a desplazamientos discales anteriores sin reducción. No siempre se relacionan con estadios clínicamente avanzados. En general los pacientes presentan evoluciones muy favorables con regresión de la sintomatología y recuperación de la funcionalidad articular a corto y medio plazo. A pesar de los buenos resultados sería necesario realizar más estudios para determinar la utilidad de la cirugía abierta en el tratamiento de las perforaciones discales.

POSIBILIDADES RECONSTRUCTIVAS EN TUMORES AVANZADOS DE LABIO

T. Bucci, M. Cuesta Gil, F. de Asís Riba García, B. Duarte Ruiz, M. Castrillo Tambay

Complejo Hospitalario de Ciudad Real, Ciudad Real.

Objetivos. La reconstrucción de los defectos extensos del labio, (los cuales incluyen más de dos tercios del labio, piel del mentón y comisura labial), frecuentemente resultan un gran desafío para todo cirujano. Los objetivos estéticos y funcionales a perseguir, comprenden el mantenimiento de una buena competencia labial (restableciendo la continuidad muscular y la acción del esfínter), de una adecuada apertura oral (evitando todos aquellos procedimientos que nos conducen a la microstomía), y de una simetría labial, tanto en la visión frontal como en la lateral. La reconstrucción labial ideal es aquella que se realiza en un solo acto quirúrgico, y que nos permite reconstruir el defecto creado tras la extirpación, con idéntico tejido. Cuando este hecho no sea posible, debemos recurrir a colgajos microquirúrgicos.

Material y métodos. Presentamos nuestra experiencia en la reconstrucción de los defectos extensos del labio, basada en 11 pacientes. Nueve de ellos fueron intervenidos por un carcinoma epidermoide localizado en el labio inferior (8 casos) o en el superior (1 caso). Otro paciente presentó un carcinoma basocelular infiltrante en la unidad labio-mentón. Otro caso corresponde a un angioma cavernoso de labio superior. Seis pacientes fueron reconstruidos con un colgajo fasciocutáneo radial cuya paleta cutánea fue desdoblada en cuatro de ellos para realizar la reconstrucción intra y extraoral. En el resto de pacientes se utilizaron colgajos locales bilaterales tipo Colmenero. En todos los pacientes afectos de carcinoma epidermoide, asociándose a la resección del tumor, se llevó a cabo tratamiento cervical.

Resultados. Hemos valorado los resultados funcionales (competencia labial y apertura oral), estéticos (a medio y largo plazo), índice de complicaciones e índice de satisfacción global de nuestros pacientes. La competencia labial y apertura oral logradas ha sido aceptable en diez de los 11 pacientes. El resultado estético cicatricial ha sido bueno, sin embargo los pacientes reconstruidos con colgajo radial presentan una diferencia de coloración llamativa. A lo largo del seguimiento de los pacientes (6 meses-6.8 años), hemos registrado un caso de recidiva local y una recidiva cervical. La complicación más frecuente fue la dehiscencia parcial de sutura acompañada de fístula, que se presentó en dos pacientes. En la mayoría de casos, el índice de satisfacción de los pacien-

tes ha sido alto. En cinco de ellos, hemos tenido que llevar a cabo una segunda intervención (en dos casos, se ha realizado una plastia del colgajo radial para la reducción del tamaño del mismo, y en tres casos hemos practicado una comisuroplastia).

Conclusiones. Los defectos extensos del labio producen secuelas estéticas y funcionales muy importantes si no se reparan adecuadamente. La reconstrucción de dichos defectos es fundamental, y debe ser llevada a cabo siempre en el mismo acto quirúrgico. A día de hoy, no existe un algoritmo establecido y estandarizado, que nos pueda determinar la técnica de reconstrucción ideal para cada defecto de labio. No obstante, nosotros preferimos utilizar siempre que sea posible, colgajos locales en la reconstrucción de los defectos de labio, dado que nos otorgan la misma textura y color de las partes blandas contiguas. Cuando este hecho no sea posible, está indicado llevar a cabo una reconstrucción microquirúrgica del defecto.

PROTOCOLO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO EN EL SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO. NUESTRA EXPERIENCIA Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

M.A. González Corchón, J.J. Sánchez Gutiérrez, V. Ordoñez Soblechero, A. Alonso Ovies, A. Berguer Sánchez
Hospital de Madrid-Montepríncipe. Boadilla del Monte, Madrid.

Introducción. El síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) es una entidad de incidencia creciente en nuestro medio, constituido por una constelación de síntomas y signos relacionados con la fragmentación del sueño y la desaturación arterial de oxígeno; sus consecuencias desde el punto de vista social, sanitario y laboral resultan enormemente invalidantes, por ello su manejo clínico y terapéutico ha de ser multidisciplinar, donde el papel del cirujano maxilofacial es destacado.

Objetivos. Mostrar el protocolo diagnóstico y terapéutico empleado en el síndrome de apnea obstructiva del sueño en el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Clínico San Carlos de Madrid.

Método. Para la realización del protocolo se ha realizado una extensa revisión bibliográfica en consenso con radiólogos, neumólogos y neurofisiólogos.

Conclusiones. el protocolo de actuación que empleamos es un protocolo en consenso con las tendencias actuales de diagnóstico y tratamiento del SAOS. Del análisis se extrae que la radiofrecuencia es una opción terapéutica de baja morbimortalidad, que no excluye otras alternativas de tratamiento más agresivas en caso de no resultar efectiva. Por ello se considera la alternativa terapéutica de primera elección en nuestro protocolo.

PROTOCOLO RECONSTRUCTIVO TRAS GRANDES RESECCIONES ONCOLÓGICAS QUE AFECTAN AL ÁREA CRANEO-FACIAL: NUESTRA EXPERIENCIA

S. Ramírez, J. Acero, S. González, V. Pérez, J. Herrera, C. Navarro
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Introducción. La compleja anatomía de las estructuras vitales de la base del cráneo dificulta mucho la resección quirúrgica de los tumores que afectan a esta zona. Los más frecuentes son los originados en la cavidad nasal y el etmoides pudiéndose extender a la fosa craneal anterior a través de la base del cráneo. La diseminación de estos tumores

puede originar una extensión intracraneal, con afectación de la duramadre o del encéfalo. Cuando se realizan intervenciones quirúrgicas en estas áreas se debe disponer de un cráneo en el quirófano para revisar la anatomía, así como los estudios radiológicos y la angiografía del paciente. Las diferentes técnicas quirúrgicas empleadas en el abordaje de estos tumores deben obtener una exposición adecuada del área de resección quirúrgica con una mínima retracción encefálica.

Objetivo. Proponemos un protocolo de reconstrucción tras resecciones de tumores que afectan al área cráneo-facial describiendo tanto el abordaje como la técnica quirúrgica empleada en cada caso.

Pacientes y método. Presentamos cuatro casos de tumoraciones cráneo-faciales remitidas a nuestro servicio para resección y reconstrucción. Tres de ellos fueron reconstruidos con colgajos locorreregionales y el cuarto con un colgajo microquirúrgico. En todos ellos se realizó un abordaje combinado craneal y facial, lo que permitió una adecuada visión del área de trabajo, preservando todas las estructuras neuroquirúrgicas y conservando el hueso craneal para su posterior reconstrucción.

Resultados. En todos los casos se consiguió la extirpación total de la tumoración gracias al abordaje realizado que permitió una amplia exposición del área afectada. En ningún caso resultó dañada la duramadre ni la masa encefálica gracias a la cuidadosa disección neuroquirúrgica realizada. El fragmento óseo obtenido tras la craneotomía se volvió a reponer mediante osteosíntesis con microplacas y tornillos.

Conclusiones. El principal problema de los tumores que afectan a la base del cráneo es la dificultad del abordaje. Cuando se utiliza un abordaje exclusivamente facial, sin exposición ni control del componente intracraneal la resección del tumor resulta inadecuada produciéndose numerosas complicaciones postoperatorias. La reconstrucción puede realizarse mediante el uso de diferentes técnicas quirúrgicas según la localización del tumor y el tamaño de la resección.

RECONSTRUCCIÓN CRANEAL MEDIANTE MALLAS DE TITANIO Y CEMENTOS DE HIDROXIAPATITA. NUESTRA EXPERIENCIA EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS

G. Demaría Martínez, J.L. Cebrián Carretero, E. Palacios Weiss, M. Chamorro Pons, M. Burgueño García

Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introducción. La reconstrucción de grandes defectos de la bóveda craneal constituye un reto para el cirujano reconstructor. Tradicionalmente los mejores resultados se obtenían mediante reconstrucciones con hueso autólogo. Las limitaciones en cantidad de injerto y las secuelas del lugar donante han llevado a buscar nuevas posibilidades reconstructivas.

Objetivos. Presentamos nuestra experiencia en los últimos 5 años en la reconstrucción de defectos craneales post traumáticos y tras cirugía oncológica empleando mallas de titanio y cementos de hidroxiapatita informando acerca de las secuelas, complicaciones ocurridas y resultados estéticos.

Materiales y métodos. Se revisan las historias clínicas de 25 pacientes reconstruidos en el Hospital Universitario La Paz en los últimos 10 años. Estudiamos el resultado funcional y estético, así como las complicaciones a corto y largo plazo. Se analizan los resultados de 12 reconstrucciones con mallas preformadas, 12 casos asociando malla preformada y Norian CRS, 1 caso utilizando Polibone.

Resultados. En los casos en se utilizo malla de titanio asociada a cementos de hidroxiapatita los resultados estéticos fueron excelentes. En aquellos en los que no se aplicó cemento, persistía una cierta defor-

midad debido a la falta de relleno de partes blandas. No existieron casos de rechazo a la malla de titanio. Las complicaciones descritas incluyen la fractura del cemento con una capa mayor a 6-7 mm. En 1 caso así como el desprendimiento de una capa de cemento durante el fraguado y posterior infección en 1 caso. En ambos casos el cuadro se soluciono eliminando el cemento libre asociado a tratamiento antibiótico.

Conclusiones. La reconstrucción con malla de titanio y cementos de hidroxiapatita es una alternativa satisfactoria en el momento actual ya que en grandes defectos el hueso autólogo presenta mayor morbilidad del sitio donante y una reabsorción ósea impredecible. Hemos utilizado Norian debido a su facilidad de manejo ya que fragua en medio húmedo y se considera que es completamente remplazado por hueso.

RECONSTRUCCIÓN CRANEOFACIAL CON NORIAN

F. Nájera, A. Romance, I. García Recuero, J. Rey, I. Zubillaga, J.J. Montalvo

Hospital Universitario 12 de Octubre. Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Madrid.

Introducción. En el campo de la cirugía maxilofacial, nos encontramos con que en muchos casos tenemos el problema de reconstruir defectos óseos que se crean en el tratamiento de diversas patologías, pudiendo utilizar para ese fin tanto material autógeno como biomateriales.

Objetivos. El Norian es un cemento de hidroxiapatita biocompatible y maleable, que es útil en la reparación de defectos óseos craneofaciales con una superficie máxima de 25 cm², y en la remodelación de los contornos óseos craneofaciales como la región frontoorbitaria, malar y mentoniana.

Material y métodos. Durante el período 2004-2006 se empleó el Norian en 12 casos para reconstrucción craneofacial. Dos Treacher-Collins, dos braquicefalias no sindrómicas, un síndrome de Pfeiffer, seis plagiocefalias anteriores, un defecto craneal parietal bilateral secundario apolisinostosis. Las complicaciones que se vieron en este período: retirada de material por no fraguado, teniendo que hacer otra remodelación con éste mismo material en un segundo acto quirúrgico; edema local; exposición y fístula cutánea crónica de malla de titanio empleada para reconstrucción de defecto parietal en asociación con éste tipo de cemento; ninguno de los pacientes presentó infección y en ninguno de ellos fue necesaria la retirada del material.

Conclusiones. El cemento Norian es un buen material para reconstrucción craneofacial ya que es compatible, moldeable y no altera el crecimiento. Presenta buenos resultados y satisfacción por parte de los pacientes. Presenta también un bajo porcentaje de complicaciones. Se trata de un material de elección en la edad pediátrica para defectos óseos en la reconstrucción craneofacial en la que se desaconseja el uso de mallas de titanio en asociación con Norian.

RECONSTRUCCIÓN DE CÓNDILO CON OSTEOTOMÍA DESLIZANTE, RESULTADOS A LARGO PLAZO

M. Pezzi, R. Jiménez, T. Martínez-Iturriaga, J.L. Martínez-Lage

Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción. Entre los años 1997-1999 se operaron en nuestro servicio cuatro casos de tumores de cóndilo mandibular realizando reconstrucción inmediata elevando el borde posterior de la rama con una osteotomía vertical.

Pacientes y métodos. Cuatro pacientes adultos, tres varones y una mujer, fueron intervenidos de resección de cóndilo por presentar dos de ellos un osteocondroma y los otros dos una gran hiperplasia condílea pseudotumoral en fase activa. En la misma intervención se practicó osteotomía vertical de rama, ascendiendo el muñón de la resección a la cavidad glenoidea, se reinsertó el músculo pterigoideo externo y se realizó fijación rígida del fragmento, dejando boca abierta. A los cuatro años de media, se realiza un control clínico y radiológico.

Resultados. Buena apertura oral con mínima desviación en apertura máxima; preservación de los movimientos de lateralidad mandibular a ambos lados; se mantiene la simetría facial; el grado de satisfacción de los pacientes es máximo y no se desarrolló patología articular, sin aparecer fenómenos de reabsorción ósea a nivel del neo-cóndilo.

Conclusión. En casos de tumores de cóndilo, la reconstrucción con osteotomía deslizante del borde posterior de rama mandibular proporciona unos excelentes resultados inmediatos y a largo plazo, pudiendo ser esta técnica empleada en otros tipos de patología a ese nivel.

RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS COMPLEJOS DE TERCIO MEDIO CON EL COLGAJO LIBRE DE PERONÉ

A. García-Perla, P. Infante, D. Sicilia, R. Belmonte, J.D. González, E. Torres, J.L. Gutiérrez
Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción. Las principales causas de defectos complejos del tercio medio facial son la cirugía ablativa oncológica y los grandes traumatismos, entre los que destacan las heridas por arma de fuego. Cuando estos severos defectos no se reconstruyen o se hace de manera insuficiente, el paciente podrá presentar enoftalmos, distopia orbitaria, trastornos alimentarios y del habla y pérdida de la proyección del tercio medio y de la dimensión vertical. En estos pacientes debe valorarse la utilización de un colgajo libre compuesto (hueso-tejidos blandos) para lograr todos los objetivos reconstructivos.

Método. Presentamos los resultados preliminares de nuestra experiencia en cinco pacientes con defectos complejos de tercio medio, reconstruidos con un colgajo libre de peroné. De ellos, dos correspondían a cirugía oncológica (dos mujeres) y tres a secuelas de herida por arma de fuego (tres varones).

Resultados. En todos los casos se reconstruyó el maxilar superior y en cuatro de ellos la pirámide nasal. En tres de ellos fue preciso aportar piel facial, que en dos de los casos se sustituyó secundariamente por piel de un colgajo frontal (en uno de los pacientes se utilizaron previamente expansores tisulares). El resultado ha sido en todos los casos satisfactorio.

Conclusión. El colgajo libre de peroné debe ser considerado para la reconstrucción de grandes defectos de tercio medio con insuficiente soporte óseo, ya que permite restaurar las estructuras de soporte óseo y la proyección facial logrando buenos resultados estéticos y funcionales.

RECONSTRUCCIÓN DEL TERCIO MEDIO FACIAL TRAS CIRUGÍA ONCOLÓGICA. NUESTRO PROTOCOLO RECONSTRUCTIVO

L. García Monleón, J. Acero, S. González, V. Pérez García, J. Herrera, C. Navarro Vila
Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Introducción. La pérdida de estructuras del tercio medio facial tras la cirugía oncológica conlleva importantes secuelas tanto funcionales como estéticas, por lo que estos defectos suponen un importante reto para el cirujano a la hora de su reconstrucción.

Material y métodos. Revisamos una serie de 46 resecciones oncológicas del tercio medio realizadas en los últimos 4 años en el Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Analizaremos características epidemiológicas, localización del tumor, diagnóstico histológico, tipo de resección realizada, método de reconstrucción y resultados. Utilizaremos la clasificación de los defectos maxilares descrita por Brown en el 2000 que subdivide el defecto dependiendo del nivel y anchura de la resección.

Discusión. El diagnóstico más frecuente fue el carcinoma epidermoide (43%). Realizamos 31 maxilectomías bajas (tipos I-IIA de Brown), cinco maxilectomías bajas más allá de línea media (IIB), cuatro maxilectomías bajas bilaterales (IIC), tres maxilectomías altas incluyendo el suelo de órbita (IIIA-B) y una maxilectomía radical (IV-A). El método reconstructivo más frecuente fue el colgajo de músculo temporal, indicado en resecciones tipo I y IIA de Brown (41%). En estos casos, la rehabilitación dental se basó en el hemimaxilar contralateral. Se utilizaron colgajos microvascularizados en resecciones más extensas (34%): radial para maxilectomías bajas con gran defecto de partes blandas, colgajo de peroné (para resecciones IIB-C), colgajo de cresta iliaca en resecciones altas (2 casos III) o bilaterales (IIC), el colgajo escapular para reconstrucciones medias-altas con gran defecto de partes blandas y un colgajo de recto abdominal (IV A). Observamos las siguientes complicaciones: 1 necrosis total de un colgajo de cresta iliaca, dos necrosis parciales de colgajos temporales, 1 necrosis parcial de la paleta cutánea de un peroné, 3 dehiscencias de la herida y una comunicación orosinusal. Los resultados funcionales y estéticos fueron clasificados como buenos o muy buenos por el 79% de los pacientes.

Conclusiones. El colgajo miofascial temporal es un buen método para la reconstrucción de defectos maxilares bajos unilaterales. Cuando un defecto bajo sobrepasa la línea media preferimos el colgajo de peroné, siendo el escapular nuestra segunda opción. En el caso de maxilectomías altas, consideramos el colgajo de cresta iliaca el más idóneo, ya que da soporte al globo ocular y posibilita la colocación de implantes osteointegrados. El colgajo de recto abdominal está indicado en la reconstrucción de defectos masivos del tercio medio.

RECONSTRUCCIÓN MICROQUIRÚRGICA DE LA CAVIDAD ORAL Y OROFARINGE. REVISIÓN CLÍNICA DE LOS RESULTADOS

I. Juárez, A. Marí, A. Monner, A. Díaz, C. Arranz, J.M. Lluch, S. Cuscó, R. Sieira
Ciutat Sanitaria de Bellvitge-Prnceps d'Espanya. Hospitalet de llobregat, Barcelona.

Introducción. Actualmente, para la reconstrucción en el área de cabeza y cuello, las técnicas quirúrgicas, actualmente elegidas, son los injertos microvascularizados. Estos colgajos permiten disponer de gran volumen para la reconstrucción de los defectos complejos secundarios a exéresis oncológica, traumatismos severos o infecciones.

Material y métodos. Se realiza una descripción retrospectiva de nuestra experiencia con cirugía de los injertos libres microvascularizados en nuestro hospital durante un período de 7 años (enero de 1999 a diciembre de 2006). De 61 injertos libres, realizados en Hospital Universitario de Bellvitge, para la reconstrucción de la cavidad oral y orofaringe, 27 corresponde a colgajo radial, 18 de peroné, 8 recto anterior

de abdomen, 4 anterolateral y 3 cresta ilíaca y un caso laterobraquial. En el estudio evalúa las ventajas de la reconstrucción inmediata con injerto libres versus la reconstrucción diferida, permitiendo la incorporación antes del paciente a su actividad profesional y disminuyendo los problemas psicológicos de su posible deformidad estética.

Conclusión. Desde los primeros colgajos, se han realizado modificaciones de los mismos, mejorando el aporte vascular y dando una mejor versatilidad en su uso, consiguiendo unos resultados excelentes tanto estéticos como en la funcionalidad, y permitiendo mejorar la calidad de vida en estos pacientes.

RECONSTRUCCIÓN NASAL TOTAL CON COLGAJOS LOCALES: REFINAMIENTOS TÉCNICOS DEL COLGAJO FRONTAL

J. González, M. Burgueño, M.J. Morán Soto, T. González, J. Arias
Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introducción. La reconstrucción de defectos nasales totales y sub-totales sigue siendo por su frecuencia y repercusión estética un reto en la práctica clínica. Disponemos de un amplio abanico de colgajos locales para su reparación, siendo el colgajo frontal el que mejores resultados proporciona en nuestra experiencia.

Material y métodos. Revisión de la casuística disponible en el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital La Paz en los últimos 5 años, y selección de los casos más representativos de origen tanto traumático como oncológico. La reconstrucción cutánea debe acompañarse de una correcta reconstrucción del esqueleto de soporte y cobertura mucosa interna. Empleamos un colgajo frontal paramediano pediculado en la arteria supratroclear, realizando un mínimo de dos tiempos quirúrgicos. El empleo de un tiempo intermedio de desgrasado del colgajo mejora el resultado final sin comprometer su viabilidad. Para conseguir un óptimo ajuste del tamaño es conveniente emplear una plantilla que transforme el defecto tridimensional en uno bidimensional, que se traslada a la frente. Optamos por un cierre directo de la zona donante, sin expansión previa. Tras la sección del pedículo, debe prestarse atención a la reposición de la región medial de la ceja.

Resultados. Conseguimos una reconstrucción del defecto con piel de características muy similares a la nativa, sin limitación de tamaño, y con una cicatriz muy aceptable en la región donante. Los resultados estéticos vienen condicionados por el respeto de las subunidades nasales. A pesar de los tiempos intermedios, el resultado final lo convierte en una técnica bien aceptada por el paciente.

Conclusiones. El colgajo frontal, por su fiabilidad y excelentes resultados estéticos, supone la primera opción en reconstrucción nasal total y subtotal de cualquier origen. Para ello es necesario un conocimiento exhaustivo de la técnica en sus diferentes pasos.

REFINAMIENTOS TÉCNICOS EN PAROTIDECTOMÍA

A.B. Guerra, J. Acero, J. Rey, V. de Paz, I. García, J. Ruiz, A. Capote
Instituto de Cirugía Maxilofacial Dr. Acero. Hospital Quirón, Madrid.

Objetivos. Presentar un estudio retrospectivo de 205 casos de parotidectomía recogidos en nuestro centro entre los años 99-2006 mostrando los refinamientos técnicos empleados y los resultados obtenidos.

Material y métodos. Comparamos nuestra casuística con un estudio realizado previamente por el Dr Barra (entre 1988 y 1999) de 241 casos. Se tienen en cuenta tres tipos de refinamientos: -incisión cutánea

tipo lifting -preservación de la rama posterior del nervio auricular mayor -cobertura del lecho quirúrgico, generalmente con colgajo de SMAS, para prevenir la deformidad estética postparotidectomía.

Resultados y conclusiones. En nuestra casuística, los refinamientos técnicos- incisión tipo lifting o SMAS- se realizan en un 70% de los pacientes, mientras que en el estudio previo solamente se llevaba a cabo en casi el 30% de los mismos. Podemos concluir que los refinamientos logran mejores resultados estéticos y que el papel en la prevención del Síndrome de Frey no está claro

REHABILITACIÓN DE DEFECTOS AURICULARES CON TI-EPIPLATING SYSTEM Y EPÍTESIS SUJETA SOBRE BARRA

D. López-Vaquero, M. Acosta, P. Infante, R. Belmonte, A. García-Perla, T. Gómez-Cía
Hospital Virgen del Rocío, Sevilla.

Objetivos. En la práctica clínica diaria nos encontramos situaciones como la rehabilitación de defectos complejos como el pabellón auricular, que además de acarrear déficit funcional, suponen un déficit estético y una carga emocional añadida que limitan enormemente la vida del enfermo. Nuestro objetivo es mostrar cómo ha evolucionado la rehabilitación de estos defectos, desde que en 1977 se emplearan los primeros implantes osteointegrados extraorales como anclaje de epítisis, hasta la aparición del Ti-Epiplating System, capaz de proporcionar una rehabilitación protésica funcional y estética excelente en un corto período de tiempo superando a las técnicas existentes.

Material y métodos. Se muestra nuestra experiencia con Ti-Epiplating System, en tres pacientes con defecto de pabellón auricular, de etiología muy variada (quemadura, malformación congénita y secuela oncológica), mostrando la técnica quirúrgica de implantación con la modalidad de anclaje de la epítisis sobre barra.

Resultados. Los resultados estéticos y funcionales conseguidos con Ti-Epiplating System y epítisis anclada sobre barra han sido excelentes tras un seguimiento de 18 meses.

Conclusiones. El Ti-Epiplating System posee ciertas ventajas sobre las epítisis convencionales sobre implantes osteointegrados de manera directa, siendo la más importante el reparto de fuerzas transmitidas por la prótesis, distribuyéndose sobre una placa (de fijación subperióstica) y luego hacia múltiples tornillos óseos, siendo de gran utilidad en pacientes con mala calidad ósea. Los implantes están hechos de titanio y el diseño de la placa está adaptado a la anatomía del esqueleto facial. El Ti-Epiplating System es una técnica de rehabilitación para defectos craneofaciales complejos y pabellón auricular, con tiempos de cicatrización muy reducidos.

RESECCIÓN DE TUMORES DE LA CAVIDAD ORAL CON BISTURÍ HARMONIC

A. Dean A, F.J. Alamillos, J.J. Ruiz Masera, J.M. Calderón, B. Valenzuela, A. García Laínez, C. Miranda, R. Arévalo
Hospital Reina Sofía. Córdoba.

Introducción. El bisturí Harmonic® es un instrumento que corta y coagula los tejidos mediante la conversión de energía eléctrica en mecánica. Está compuesto por un generador y un transductor responsables de la vibración del terminal a alta frecuencia (55.500 Hz). Los ultrasonidos originados provocan la desnaturalización de las proteínas titulares y la coagulación de vasos sanguíneos de pequeño calibre. Aunque

ha sido utilizado por otras especialidades quirúrgicas, el bisturí Harmonic® se presenta como un instrumento novedoso en cirugía oncológica maxilofacial.

Objetivos. El propósito de la presente comunicación es evaluar las ventajas e inconvenientes de la resección de tumores de la cavidad oral mediante bisturí Harmonic®.

Material y métodos. Hemos realizado la resección mediante bisturí Harmonic® en un total de 45 pacientes con carcinoma epidermoide de cavidad oral. En todos los pacientes hemos evaluado la capacidad hemostática, el tiempo quirúrgico empleado en la resección, la facilidad de manejo del instrumento, las posibles complicaciones derivadas de la utilización del bisturí Harmonic®.

Resultados. En todos los casos se obtuvo una disminución considerable del sangrado intraoperatorio durante la resección. El tiempo empleado en la ablación tumoral disminuyó un 15%. El manejo del terminal mejora conforme progresa la curva de aprendizaje. No ha habido complicaciones relacionadas con el empleo del bisturí Harmonic®.

Conclusiones. El bisturí Harmonic® permite el corte y la hemostasia local de vasos de hasta 2-3 mm de diámetro. La disminución del sangrado en el campo quirúrgico facilita la cirugía y acorta el tiempo operatorio. El bisturí Harmonic® produce menor daño térmico tisular y evita posibles complicaciones derivadas de la transmisión eléctrica. El control del sangrado operatorio y la reducción del tiempo de resección tumoral lo convierten en un instrumento muy útil en cirugía ablativa de tumores de la cavidad oral. El manejo del instrumento mejora y se hace más confortable conforme progresa la curva de aprendizaje.

RESULTADOS A LARGO PLAZO EN LA RECONSTRUCCIÓN CRANEOFACIAL CON INJERTO AUTÓLOGO DE CALOTA CRANEAL

M. Cuesta Gil, F. de Asís Riba García, B. Duarte Ruiz, M. Castrillo Tambay, T. Buccì

Complejo Hospitalario de Ciudad Real. Ciudad Real.

Introducción. Los autoinjertos óseos siguen teniendo un protagonismo importante en la reconstrucción de defectos óseos craneofaciales. La calota craneal, es un hueso membranoso, de fácil obtención con técnica cuidadosa, que permite la adquisición de un gran volumen óseo.

Objetivos. Presentar nuestra experiencia acumulada durante 20 años en la reconstrucción de defectos óseos craneofaciales empleando injerto óseo autólogo de calota craneal.

Material y métodos. Se han seleccionado 15 pacientes tratados mediante esta técnica (5 reconstrucciones orbitomaxilomales, 5 reconstrucciones nasales y 5 reconstrucciones mandibulares). Se ha realizado un seguimiento clínico y radiológico (TAC 3D, Rx simple y OPG). En todos los casos hay un seguimiento mínimo de 24 meses.

Resultados. En los 15 pacientes hemos constatado que tanto clínica como radiológicamente no ha existido ningún tipo de pérdida ósea precoz o tardía que haya ensombrecido el resultado estético y funcional. En ningún caso registramos complicaciones dignas de mención, ni en el área donante ni en la receptora, a excepción de la fractura de uno de los injertos colocado en dorso nasal tras agresión física.

Conclusiones. Queremos destacar la versatilidad del injerto óseo de calota para la reconstrucción de distintas áreas del territorio facial, así como la fiabilidad de los resultados a largo plazo que ofrece dado su escaso índice de reabsorción (en la mayoría de las series menor del 10%). La obtención del injerto de calota parietal, siempre y cuando se realice de manera cuidadosa está exenta de complicaciones mayores.

RESULTADOS DE LA DISTRACCIÓN OSTEOGÉNICA DE MAXILAR SUPERIOR EN PACIENTES CON HIPOPLASIA MAXILAR SECUNDARIA A FISURA LABIOPALATINA

A. Martínez Plaza, D. Durán, I. Labrot, A. Cabello, M. Menéndez Núñez, E. Valencia

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Introducción. La distracción de maxilar superior se ha comprobado que es una técnica efectiva para mejorar el perfil facial y la maloclusión en pacientes con hipoplasia severa del maxilar superior. Los pacientes con fisura labiopalatina, presentan con frecuencia maloclusión clase III a expensas de la retrusión del maxilar superior. En estos pacientes tiene una especial indicación la distracción osteogénica por la ventaja que aporta en cuanto a formación de nuevo hueso en combinación con una expansión funcional de los tejidos blandos.

Objetivo. el propósito de este estudio fue examinar pre y postoperatoriamente los cambios producidos en el perfil facial de los pacientes que fueron sometidos a distracción maxilar.

Material y método. 5 pacientes fueron sometidos a distracción de maxilar superior mediante un distractor trans-sinusal. Se realizó estudio preoperatorio mediante teleradiografía lateral de cráneo, modelos de estudio convencionales, modelos estereolitográficos y fotos clínicas; el mismo estudio se realizó 6 meses después de la distracción maxilar, donde se evidenciaron los cambios en la posición de los tejidos blandos y duros, el ángulo nasolabial y la altura facial.

Resultados: los cambios que se produjeron en los tejidos blandos y duros fueron significativos. Hubo un incremento en el ángulo nasolabial, y aumento de la altura subnasal, así como un avance en tejidos blandos y duros. Los pacientes necesitaban avances de 8, 9, 10, 12 y 13 mm respectivamente.

Conclusiones. Los resultados sugieren que los cambios en el perfil mediofacial son buenos y se mantienen en el tiempo. Sin embargo el distractor utilizado tiene limitaciones. Cuando los pacientes necesitaron un avance maxilar superior a 10 mm. (2 casos), el distractor se manifestó insuficiente, y necesitaron compensaciones dentales. Obtuvimos un avance medio de 9,4 mm, con un rango de 8-10 mm. La tasa de éxito de avance del maxilar superior fue del 89%.

RINOTOMIA LATERAL EXTENDIDA COMO VÍA DE ACCESO PARA EL TRATAMIENTO DE TUMORES MALIGNOS NASO-SINUSLES

J.L. Cebrián-Carretero, J. Glez Martín-Moro, M. Chamorro Pons, J.M. López Arcas, J. García Polo, M. Burgueño García

Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introducción. El abordaje quirúrgico de la patología tumoral maligna de los senos paranasales y fosa nasal se ha realizado tradicionalmente mediante la incisión de Webber-Ferguson combinada con la bicoronal en aquellos casos en que existiese invasión de la base del cráneo.

Objetivos. Presentar nuestra experiencia en el H.U. "La Paz" en el abordaje de patología tumoral de los senos paranasales empleando la rinotomía lateral modificada combinada con la incisión coronal para abordaje anterior a base de cráneo en los casos que sea necesaria.

Métodos. En los últimos cuatro años se han intervenido 12 casos de tumores malignos naso-sinusales empleando la rinotomía lateral modificada. Para su realización se traza una incisión transversal en el puente nasal que se sigue de la incisión lateral, y finalmente se dirige al vestíbulo nasal a través de la crura medial. Esto permite pedicular la pirá-

midre nasal en el lado contralateral, y acceder a fosa nasal, senos etmoidales, frontales y maxilar tras realizar las osteotomías oportunas. En 10 casos fue necesario realizar un abordaje craneal anterior mediante barra fronto-orbitaria.

Resultados. El abordaje permitió la resección total en todos los casos. Se repusieron los colgajos óseos, y se realizaron los injertos y colgajos pertinentes para asegurar el sellado de la base del cráneo y permitir un buen resultado estético y funcional. Todos los pacientes presentaron buena evolución al alta y algunos precisaron radioterapia postoperatoria. El resultado estético y funcional final fue aceptable.

Conclusiones. El abordaje de los senos paranasales y fosa craneal anterior mediante rinotomía lateral modificada y eventual barra fronto-orbitaria, permite la extirpación completa de los tumores de dicha localización y es una alternativa fiable a abordajes con mayor morbilidad.

RINOTOMÍA LATERAL MODIFICADA PARA EL ABORDAJE DE TUMORES MALIGNOS INTRA-SINUSALES CON INVASIÓN INTRACRANEAL

J.L. Cebrián, G. Demaría, M. Chamorro, J.M. López Arcas,

J.G. M-Moro, I. Navarro, M. Burgueño

Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introducción. El abordaje quirúrgico de la patología tumoral maligna de los senos paranasales y fosa nasal se ha realizado tradicionalmente mediante la incisión de Webber-Ferguson combinada con la bicoronal en aquellos casos en que existiese invasión de la base del cráneo.

Objetivos. Presentar nuestra experiencia en el H.U. "La Paz" en el abordaje de patología tumoral de los senos paranasales empleando la rinotomía lateral modificada combinada con la incisión coronal para abordaje anterior a base de cráneo en los casos que sea necesaria.

Material y métodos. En los últimos cuatro años se han intervenido 12 casos de tumores malignos naso-sinusaes empleando la rinotomía lateral modificada. Para su realización se traza una incisión transversal en el puente nasal que se sigue de la incisión lateral, y finalmente se dirige al vestíbulo nasal a través de la crura medial. Esto permite pedicular la pirámide nasal en el lado contralateral, y acceder a fosa nasal, senos etmoidales, frontales y maxilar tras realizar las osteotomías oportunas. En 10 casos fue necesario realizar un abordaje craneal anterior mediante barra fronto-orbitaria.

Resultados. El abordaje permitió la resección total en todos los casos. Se repusieron los colgajos óseos, y se realizaron los injertos y colgajos pertinentes para asegurar el sellado de la base del cráneo y permitir un buen resultado estético y funcional. Todos los pacientes presentaron buena evolución al alta y algunos precisaron radioterapia postoperatoria. El resultado estético y funcional final fue aceptable.

Conclusiones. El abordaje de los senos paranasales y fosa craneal anterior mediante rinotomía lateral modificada y eventual barra fronto-orbitaria, permite la extirpación completa de los tumores de dicha localización y es una alternativa fiable a abordajes con mayor morbilidad.

SELECCIÓN DE PEDÍCULOS RECEPTORES EN RECONSTRUCCIÓN MICROQUIRÚRGICA DE CABEZA Y CUELLO.

F.J. Alamillos, A. Dean, A. Redondo, J.J. Ruiz, B. Valenzuela,

A. García, C. Miranda C, R. Arévalo, J.M. Calderón

Hospital Reina Sofía. Córdoba.

Objetivos. Analizar los vasos receptores empleados en los últimos 150 colgajos libres microquirúrgicos realizados en nuestro servicio para reconstrucción en cabeza y cuello.

Material y método. Se han revisado los últimos 150 casos de reconstrucción microquirúrgica de cabeza y cuello realizados en nuestro servicio. Se analizaron edad, sexo, causa, defecto a reconstruir, tratamiento previo o simultáneo del cuello, número de reconstrucciones, reconstrucción primaria o diferida, tipo de colgajo empleado, lado de la anastomosis, antecedentes de tratamiento radioterápico y arterias y venas empleadas.

Resultados. Los colgajos más empleados han sido el fasciocutáneo radial y el colgajo peroneo. La reconstrucción tras resección oncológica ha sido predominantemente primaria, mientras que la reconstrucción postraumática ha sido secundaria siempre. En la serie han fracasado tres colgajos, uno de los cuales pudo rescatarse. La arteria receptora más empleada ha sido la arteria facial, seguida de la arteria tiroidea. La anastomosis ha sido siempre término-terminal. La anastomosis venosa ha sido prácticamente siempre doble, predominando la anastomosis a las venas yugular externa y tirolinguofacial. En un caso fue necesario el empleo de un injerto venoso para poder realizar la anastomosis arterial. Nunca se tomó la decisión intraoperatoria de abandonar la reconstrucción por defecto de pedículos receptores.

Conclusiones. Creemos que la reconstrucción microquirúrgica es prácticamente siempre posible en cabeza y cuello, dada la abundancia de posibles vasos receptores. No obstante, consideramos muy importante la preparación cuidadosa de los mismos y la conveniencia de preparar vasos de reserva para las anastomosis. Si bien el empleo de colgajos con pedículo largo da más facilidad para emplear cualquier pedículo receptor, el empleo de injertos venosos posibilita la anastomosis incluso de colgajos con pedículos cortos.

SEPTOPLASTIA EXTRACORPÓREA EN EL TRATAMIENTO DE LAS DESVIACIONES SEPTONASALES

J. Arias, T. González, M. Burgueño, M.J. Morán, E. Gómez,

J. González, G. Demaría, J.M. López-Arcas

Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Objetivos. La desviación septal es una de las causas principales de insuficiencia respiratoria nasal y de asimetría externa. En ocasiones las técnicas habituales de septorinoplastia, abiertas o cerradas, no son suficientes para obtener un buen resultado, debido la mayor parte de las veces a una desviación severa de la parte anterior del septum. Mostramos las ventajas de la septoplastia extracorpórea en el manejo de casos difíciles de desviaciones septonasales.

Material y métodos. El primer autor ha efectuado 124 septorinoplastias en los 8 años previos. La septoplastia extracorpórea ha sido utilizada en 13 casos, siempre mediante un abordaje abierto. Consiste en una completa disección del septum óseo y cartilaginosos, seguido de una resección septal completa. En la mesa se reconstruye una L anterior enderezada, a partir del septum deformado. Esta L anterior se sutura a la zona K, a los cartílagos laterales y a la espina nasal anterior. Otras maniobras de septorinoplastia son efectuadas según sea necesario. Revisamos las historias clínicas y las fotografías pre y postoperatorias.

Resultados. La principal indicación para la cirugía es una nariz gravemente desviada (11 casos) seguida por secuelas de labio paladar hendido (2 casos). Dos pacientes eran casos de rinoplastia secundaria. El hallazgo intraoperatorio más frecuente fue la fractura conminuta del cartílago. Todos los pacientes informan de una completa resolución de

la obstrucción nasal, y de una clara mejoría en su aspecto estético. No se han producido perforaciones septales postoperatorias. Las fotografías muestran una mejoría significativa de la simetría nasal, así como un mayor equilibrio de la proyección del dorso, punta y columela, en los casos que así lo requerían.

Conclusiones. La septoplastia extracorpórea es un método muy útil para casos difíciles de septorhinoplastia, sin complicaciones relevantes en nuestra experiencia. Se muestran las indicaciones y ciertos detalles técnicos para evitar la aparición de complicaciones.

SISTEMA DE OSTEOSÍNTESIS RAPID SORB EN CIRUGÍA CRANEOMAXILOFACIAL: EXPERIENCIA CLÍNICA

J. Rey, F. Nájera, I. García, M. Jubilla, A. Fernández, A. Romance
Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Introducción. La necesidad de obtener fijación ósea rígida en el tratamiento quirúrgico de las deformidades craneomaxilofaciales ha originado la constante aparición de nuevas ideas, dispositivos y sistemas de osteosíntesis. Debido a la corta edad de estos pacientes y al peculiar patrón de crecimiento del esqueleto de su calota, el uso de dispositivos metálicos constituye un problema potencial. El uso de sistemas de osteosíntesis reabsorbibles puede aportar fijación rígida junto a otras ventajas cuando se trata de zonas de carga baja. Asimismo presenta un menor riesgo de necesidad de procedimientos secundarios y aporta mejores imágenes radiológicas.

Objetivos. Revisamos nuestra experiencia en el tratamiento de craneosinostosis en la edad pediátrica mediante el uso del sistema de osteosíntesis Rapid Sorb. Se considera no sólo el crecimiento del esqueleto óseo craneofacial sino también la aparición de complicaciones.

Materiales y métodos. Se analiza de forma retrospectiva el uso de este sistema en 21 pacientes entre 2004 a 2006, con seguimiento medio de 15,4 meses. 15 pacientes presentaban diferentes tipos de craneosinostosis, 4 hipertelorismo, 1 distopia orbitaria y 1 microsomía hemifacial con un defecto en la calota craneal.

Resultados. En todos los casos no hemos observado complicación alguna, incluyendo infección, inestabilidad, reacciones a cuerpo extraño u osteolisis alrededor del tornillo.

Conclusiones. El uso de osteosíntesis reabsorbible en el tratamiento de las deformidades del esqueleto de la calota craneal presenta menos morbilidad que los dispositivos metálicos tradicionales. Constituye no sólo un sistema alternativo de fijación sino probablemente el de primera elección en estos pacientes.

SISTEMA MINIATURIZADO DE ESTIMULACIÓN ELÉCTRICA DE GLÁNDULAS SALIVARES SOBRE IMPLANTE DENTAL PARA EL TRATAMIENTO DE LA XEROSTOMÍA: RESULTADOS FINALES

J.M. García Rielo, R. Martín-Granizo, F. Falahat, A. González,
A. Berguer, Saliwell Team

Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Introducción. Los medicamentos actualmente aprobados para el tratamiento de la xerostomía están indicados para tan solo el 25-30% de los pacientes que la sufren, tienen efectos de corta duración, numerosas contraindicaciones, efectos secundarios y coste elevado.

Objetivos. Presentación de los resultados finales de la electroestimulación de la secreción salivar en un grupo de pacientes a los cuales

se les coloca un sistema miniaturizado electrónico sobre un implante dental estándar insertado en la zona retromolar de la mandíbula.

Material y métodos. Estudio prospectivo, randomizado, doble ciego. Siete pacientes, 4 mujeres y 3 varones entraron en el estudio. Se colocó a cada uno de ellos un implante dental estándar osteointegrado en la zona retromolar de la mandíbula. Los implantes eran 4 de 8 mm de longitud, dos de 6 mm y uno de 13 mm siendo todos ellos de 3,75 mm de anchura con hexágono externo compatible. Tras un período de espera de 4 meses en 5 pacientes se colocó el tornillo de cicatrización y posteriormente la corona Saliwell que contiene un sistema miniaturizado electrónico, que detecta la deficiencia de humedad en la boca mediante unos sensores y al que se le aplican distintos patrones de estímulo eléctrico mediante control remoto, que actúan sobre los nervios implicados en la secreción salivar (lingual, bucal y dentario inferior). A cada paciente se le aplica el mismo protocolo durante cuatro visitas consecutivas semanales; antes y después de cada sesión: cuestionario sobre la sensación de sequedad bucal, inspección intraoral, medición de tensión arterial y pulso y medición de la recolección de saliva antes y después de la aplicación del estímulo.

Resultados. Se midió la tasa de flujo salivar (TFS) así como las preferencias subjetivas por parte de los pacientes. La TFS era mayor tras la finalización de la estimulación activa. También, había una clara preferencia de los pacientes hacia la neuroestimulación activa en comparación con el placebo. No se observaron efectos secundarios significativos. Hubo de retirarse un implante ya integrado por mala tolerancia por parte del paciente.

Conclusiones. Las glándulas salivares de los pacientes xerostómicos estudiados tienen una buena respuesta a la electroestimulación, llevando a un efecto beneficioso sobre la sensación subjetiva de sequedad en la boca de los pacientes. Los resultados de este estudio son prometedores y animan a la finalización de esta última fase del proyecto Saliwell en coordinación con otros dos centros clínicos en Nápoles y Berlín.

SUPERVIVENCIA Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CÁNCER DE LA CAVIDAD ORAL Y OROFARINGE CON RADIOTERAPIA O QUIMIORADIOTERAPIA

A. Marí, C. Arranz, J.M. Lluch, I. Juárez, A. Díaz, S. Cusco, R. Seira, A. Monner

*Ciutat Sanitaria de Bellvitge-Prnceps d'Espanya. Hospitalet de Llobregat
Barcelona.*

Objetivos. La calidad de vida de los pacientes afectados de carcinoma escamoso de cabeza y cuello es un plus a tener en cuenta a la hora de la decisión terapéutica de los mismos. La supervivencia de estos pacientes en los últimos 20 años no muestra avances significativos habiendo aumentado las secuelas y toxicidades por los tratamientos primarios de las mismas. Desde el 2003 en nuestra unidad de cabeza y cuello hemos implementado el tratamiento con quimioradioterapia complementaria en pacientes con factores de riesgo histológicos (invasión perineural, vascular, márgenes afectados, o rotura capsular) con la intención de mejorar la supervivencia pero sin aumentar la toxicidad. Valorar la supervivencia y la calidad de vida de los pacientes sometidos a cirugía por carcinoma escamoso de cabeza y cuello y que han recibido tratamiento complementario con radioterapia exclusiva o bien quimioradioterapia.

Material. Estudio transversal de dos cohortes de pacientes afectados de carcinoma escamoso de la cavidad oral y orofaríngea. Pacientes tra-

tados con cirugía más radioterapia complementaria (factores de riesgo: invasión neural, vascular, margen afecto, o rotura capsular) del 1999 a 2003; pacientes tratados con cirugía más quimioradioterapia complementaria 2003-2006 con los mismos factores de riesgo histológicos. Valoración supervivencia comparativa de ambos grupos (Kaplan-Meyer). Cumplimentación cuestionario calidad de vida EORTC QLQ C-30 versión 3.0 y QLQ-H&N35. Análisis estadístico mediante programa SPSS.

Resultados. Se presenta la supervivencia global de ambas series de pacientes con especial incidencia en los pacientes con factores histológicos de riesgo a los cuales se les ha administrado el cuestionario de calidad de vida.

Conclusiones. La supervivencia de ambas series es equivalente. Pendiente el tratamiento estadístico de los cuestionarios de calidad de vida. La calidad de vida es un factor importante en la decisión terapéutica por lo que los criterios para QRT complementaria deben basarse en estudios prospectivos randomizados.

TÉCNICA DEL GANGLIO CENTINELA EN EL CARCINOMA EPIDERMÓIDE PRECOZ (T1-2) DE LA CAVIDAD ORAL. NUESTRA EXPERIENCIA

G. Demaría Martínez, J.M. Muñoz Caro, J.M. López Arcas Calleja, J. Arias Gallo, M.J. Morán Soto, M. Burgueño García
Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introducción. Los tumores malignos de cabeza y cuello son una enfermedad curable en sus estadios precoces. No obstante, el tratamiento de elección aún no está plenamente consensuado. Una de las controversias estriba en la indicación del tratamiento de las cadenas ganglionares asociadas en el estadio N0. En los últimos años, se están llevando a cabo importantes esfuerzos para determinar antes del tratamiento qué pacientes son portadores de micrometástasis y por tanto se beneficiarían de un tratamiento sobre los ganglios linfáticos más agresivo. La técnica más prometedora es la del ganglio centinela.

Objetivos. Actualmente llevamos a cabo un estudio prospectivo en nuestro hospital para evaluar la utilidad de la técnica del ganglio centinela en el tratamiento del cáncer de cabeza y cuello. Los criterios de inclusión son: carcinoma epidermoide de cavidad oral con estadio clínico I o II no tratado previamente, que requiera como parte del tratamiento una disección ganglionar. Presentamos los resultados histológicos sobre un total de 18 pacientes consecutivos, tratados en los últimos 4 años.

Materiales y métodos. Se incluyen en el estudio 18 carcinomas epidermoides de cavidad oral. La metodología consiste en la inyección submucosa de nanocoloide de albúmina marcada con Tc99 alrededor de la lesión el día previo a la intervención quirúrgica. Se obtienen imágenes dinámicas (inmediatas) y estáticas (a la hora) con gammacámara en el Servicio de Medicina Nuclear. Se identifican el ganglio o ganglios centinelas como los primeros en captar el trazador radiactivo, y se marca su localización en la piel con un rotulador indeleble. Al día siguiente se efectúa la intervención quirúrgica. La primera maniobra quirúrgica consiste en la identificación y extirpación del ganglio centinela con ayuda de una sonda de mano con una funda estéril, se identifica el ganglio centinela, se extirpa y se envía a anatomía patológica en bote aparte. Luego se completa el vaciamiento cervical y la extirpación del tumor con márgenes en todos los casos. Se estudian histológicamente todas las piezas.

Resultados. Se realizaron 22 disecciones cervicales. Localización correcta ganglio en 17 de 18 casos (94,4%). 1 caso de localización inco-

recta de GC con estudio AP de Glándula salival. Se detectó una única metástasis cervical en 5 casos. 1 caso detección exclusivamente por técnicas de inmunohistoquímica. No existen casos de bilateralidad de metástasis.

Conclusión. Se obtienen buenos resultados aunque se trata de una técnica compleja y que requiere un trabajo multidisciplinar. Si bien se objetivo 1 caso aislado de falso positivo por error en la técnica debido a acumulación en glándula salival, esta técnica permitiría evitar un porcentaje de disecciones electivas y realizar un estadiaje con procedimientos menos invasivos.

TRANSPORTE ÓSEO PARA LA RECONSTRUCCIÓN MANDIBULAR: UNA SERIE DE 13 CASOS

M. Mancha de la Plata, R. González García, P. Martos Díaz, L. Naval Guías, A. Capote, G.Y. Cho Lee, F.J. Rodríguez Campo, M. Muñoz Guerra, J. Sastre Pérez, V. Escorial, F.J. Díaz-González
Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

Objetivos. La distracción osteogénica (DO) ha demostrado ser una técnica efectiva para la reconstrucción de los defectos mandibulares y de los tejidos blandos. El transporte óseo es una aplicación de la DO en el tratamiento de los defectos óseos tras resecciones oncológicas, traumatismos o deformidades congénitas. Ésta consiste en el movimiento gradual de un disco óseo vascularizado realizado mediante una osteotomía en uno de los extremos del defecto, induciendo la formación progresiva de nuevo hueso. Los pacientes oncológicos pueden presentar el factor añadido de la radioterapia postoperatoria (RT). Existen pocos datos en la literatura del efecto de la RT en la DO. Presentamos los resultados a largo plazo de nuestra serie de pacientes tratados de defectos mandibulares postoncológicos mediante el transporte óseo.

Material y métodos. Trece pacientes con edad media de 59 años (rango 47-80) tratados por nuestro servicio mediante transporte óseo por defectos mandibulares tras resecciones oncológicas u osteorradionecrosis. Ocho pacientes presentaron RT previa a la DO. Siete pacientes presentaban el defecto a nivel del cuerpo mandibular, cinco en el cuerpo mandibular y sínfisis y uno a nivel del ángulo mandibular; con longitudes comprendidas entre 30 y 80 mm. Tras la realización del disco de transporte se colocaron distractores yuxtapariósicos intraorales con dispositivos de activación extraoral. La distracción se inició diez días tras la cirugía con una tasa de 0,5 mm/día.

Resultados. El período de seguimiento tras la cirugía fue de 4 a 56 meses. Dos casos presentaron una exposición cutánea parcial y una exposición intraoral del dispositivo durante la distracción. Al final del período de seguimiento, 10 pacientes presentaron una DO exitosa, sin aparición de pseudoartrosis o consolidación prematura. En cuanto a los pacientes con RT previa, en dos casos no se produjo formación o calcificación ósea, persistiendo el defecto radioluciente en las radiografías panorámicas. En el resto de los casos con RT previa se obtuvo una adecuada formación de hueso de calidad buena o excelente aunque retardada en algunos casos. Tras la reconstrucción mandibular mediante transporte óseo, se realizó en cuatro pacientes rehabilitación protésica, tres de ellos con implantes, con buenos resultados.

Conclusión. Con el uso de DO se obtienen buenos resultados clínicos en la reconstrucción de defectos mandibulares (segmentarios??) y de tejidos blandos tras cirugía oncológica. La DO constituye una técnica segura para la reconstrucción de defectos mandibulares segmentarios en aquellos pacientes que no son candidatos para la realización de otras técnicas reconstructivas más agresivas.

TRATAMIENTO CON OK-432 PARA EL LINFANGIOMA EN NIÑOS

S. Heredero, I. Heras, A. Romance, I. García Recuero
Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Introducción y objetivos. El OK-432 es un agente inmunomodulador derivado del *Streptococcus pyogenes*. El objetivo de este trabajo es presentar nuestra experiencia para el tratamiento de linfangiomas cervicofaciales en niños mediante inyecciones intralesionales de OK-432.

Material y métodos. Entre 2004 y 2006, 5 niños con linfangiomas de gran extensión en el territorio de cabeza y cuello fueron tratados con OK-432. En todos los casos las lesiones presentaban un componente macroquístico. Las inyecciones se realizaron mediante control ecográfico y sedación. Tras identificar y vaciar el contenido de los quistes grandes, se inyectaba OK-432 en una dilución de 1mg en 10 cc de suero salino. Se realizaron de 1 a 3 inyecciones por paciente.

Resultados. La inyección intralesional de OK-432 se relacionó con una disminución del tamaño del linfangioma a expensas de su componente macroquístico. El período de seguimiento fue de 3 a 36 meses (media de 20 meses). En un caso se produjo un intenso edema local asociado a la inyección. No fueron observadas otras complicaciones.

Conclusiones. la inyección intralesional de OK-432 es un tratamiento efectivo que reduce notablemente el componente macroquístico de los linfangiomas, por lo que la terapia con OK-432 debería ser considerada previa a la intervención quirúrgica. Es imprescindible un seguimiento estrecho para detectar precozmente complicaciones potencialmente graves.

TRATAMIENTO DE LA ANQUILOSIS TEMPORO MANDIBULAR. ESTUDIO DE 20 AÑOS

A. James¹, C. Mejías², J. Valcacer³

¹*Clinica Central Cirugía, 2Hospital Joaquín Albarrán, 3Hospital William Soler.*

Objetivos. Conocer el comportamiento del tto utilizado en ptes con Anquilosis de la ATM. Conocer la ganancia en mm de la ABM postquirúrgica. Identificar relación entre apertura bucal y ejercicios mandibulares. Identificar beneficios con la tracción cráneo-mandibular. Describir complicaciones.

Material y método. Trabajo retrospectivo, descriptivo, que incluye a 40 ptes con Anquilosis de la ATM en un período de 20 años. Tto. condilectomía uni o bilateral según lados anquilosados. Abre boca de Molt y fisioterapia. En 20 ptes se utilizó tracción cráneo-mandibular (Halo Frame).

Resultados. El sexo M 75 % y el F 25%. Los más afectados de 15 a 24 años y de 45 y más, los menos. Lado izq (50%), (32,5%) derecho y ambos 17,5%. Las causas fueron Fract. Mand. (72,5%), Fract. A. Cigomático (12,5%), Herida A. Fuego (10%) y Sepsis (5%). ABM pre promedio 8 mm en los H y 9 mm en las M. En ambos 9 mm. 32 ptes realizaron ejercicios post y 8 no. La ABM media lograda en el salón 50 mm. A 1 mes con ejercicios alcanza espontáneamente una media de 48 mm y sin ellos o pocos, 46 mm. A 10 años post ABM de 44 mm los que realizaron ejercicios y 25 mm los que no. La ABM post con ejercicios, de -2 mm en el primer mes, -4 mm en un año y de -6 mm en 10 años, mientras que sin ejercicios con regularidad fue -4 mm, -15 mm y -25 mm. La tracción cráneo mandibular se utilizó en 22 ptes y se retiró a los 21 días. en la operación 2 hemorragias y 2 comunicaciones con la cavidad bucal. En el post 3 infecciones en el área quirúrgica. Se reportó 4 recidivas. Como secuelas 5 ptes desviaban la mandíbula al abrir y cerrar la bucal, 3 laterognatismo y 2 micrognatismos mandibular, 5 con ada-

quia y 1 defecto óseo. 18 ptes llevan de 11 a 20 años de operados, 16 de 5 a 10 años y 6 menos de 5 años.

Conclusiones. El método utilizado fue efectivo en el 90 % de los operados. La ABM descendió tanto en los ptes que realizaron ejercicios, como los que no lo realizaron. Se demostró una relación directamente proporcional entre los ejercicios mandibulares y la apertura bucal post quirúrgica. La edad y el nivel escolar influyeron indirectamente en la ganancia de la ABM. No existió diferencia significativa entre los tratados con tracción cráneo mandibular y el resto. Las complicaciones más frecuentes accidentes quirúrgicos y la infección. Las secuelas respondieron al desarrollo de la mandíbula y su reposición.

TRATAMIENTO DE LA LIPOATROFIA FACIAL POR VIH

J. García, Pérez Rojo, Blanco, Depaz, Martínez Alegría, Benito-Sendín

Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Virgen de la Vega. Salamanca.

Tratamiento multidisciplinario de la lipoatrofia por VIH. Estudio en 20 pacientes Clasificación de la lipoatrofia facial por VIH Valoramos el estudio en 4 estadios, con diferentes afectaciones tanto en intensidad como en región facial (Submalar, temporal, infragomática etc).

Material y métodos. Criterios de exclusión Pacientes que en el último año no han seguido TAR Pacientes con supresión previa de la replicación del VIH que mantengan carga viral detectable en los últimos 6 meses Pacientes con comorbilidad que implique riesgo anestésico elevado según valoración preanestésica Criterios de tratamiento Lipoatrofia con ausencia de bula de Bichat y más afectaciones Tiempo de evolución de la lipoatrofia Transtornos de ánimo en relación con la lipoatrofia Pacientes con 3 criterios: Preferencia absoluta Tipos de tratamiento Tratamientos con infiltración superficial y/o profunda Prótesis Protocolo de tratamiento según clasificación Según clasificación uno o más tipos de tratamiento Tipos de materiales utilizados en el estudio: -Ac poliláctico (Sculptra) -Hidroxiapatita (Radiess) - Endoprótesis (Aquamid) -Prótesis submalares específicas - Otras prótesis Casos clínicos Presentación de casos clínicos y su resolución.

Resultados del estudio y conclusiones. Valoración de materiales utilizados Toma de decisiones para utilizar material reabsorbible o permanente Valoración de cuando se pueden utilizar prótesis Grado de percepción del resultado por los pacientes.

TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS SUBCONDILEAS DE MANDÍBULA POR VÍA ENDOSCÓPICA: RESULTADOS PRELIMINARES

J. Fernández Sanromán, A. Costas, M. Fernández Ferro
Policlínico Vigo, S.A. (Povisa), Vigo. Pontevedra.

Objetivos. Presentar nuestros resultados en el tratamiento de 8 pacientes con fracturas subcondíleas de rama mandibular tratados mediante abordaje intraoral y bajo control endoscópico.

Material y métodos. En el período comprendido entre Agosto de 2005 y Diciembre de 2006 se trataron 8 pacientes con fracturas unilaterales de rama mandibular, mediante reducción abierta y osteosíntesis. Tras bloqueo intermaxilar mediante el uso de tornillos bicorticales, se realiza abordaje intraoral, se introduce un separador endoscópico de lifting frontal (Storz®) con un endoscopio de 4 mm y 30° (Storz®) con el que se realizará el control endoscópico directo. Se realiza la reduc-

ción de la fractura y osteosíntesis con miniplacas y tornillos 2.0 (vía transyugal). Tras completar el procedimiento se libera el bloqueo intermaxilar y se comprueba la oclusión. Se realizó estudio clínico y radiológico (OPG y TC en casos seleccionados) antes de la cirugía, inmediatamente tras la cirugía y a los 1, 3 y 6 meses de la misma. Se estudió en dichos momentos la oclusión, la máxima apertura oral, los movimientos protrusivos y las lateralidades.

Resultados. La edad media del grupo fue de 33,4 años (18-47), todos eran varones. La causa fue la agresión en 4 ocasiones, 3 accidentes de tráfico y 1 caída casual. En 5 casos la fractura afectaba sólo a la rama mandibular, en 3 casos se asoció a otras fracturas (cuerpo: 1, parasinfisaria: 2). En todos los casos se realizó la osteosíntesis con 1 miniplaca de titanio. En todos los casos se produjo consolidación de la fractura a los 6 meses del tratamiento inicial. Los resultados clínicos obtenidos mostraron pequeñas alteraciones oclusales en 6 de los 8 casos tratados, con normalización de la dinámica articular en todos los casos. En 2 casos se produjo hipoestesia del nervio dentario inferior postoperatoria recurriendo en 1 caso a los 12 meses del procedimiento quirúrgico. No se constataron lesiones del nervio facial.

Conclusiones. Las fracturas de rama mandibular pueden tratarse quirúrgicamente mediante control endoscópico de forma predecible y con menor morbilidad que con las técnicas convencionales de abordaje abierto. Sin embargo el procedimiento quirúrgico demanda de medios técnicos y formación específica y alarga de forma significativa el procedimiento respecto a las técnicas convencionales.

TRATAMIENTO DEL DOLOR NEUROPÁTICO ORAL RESISTENTE A FÁRMACOS MEDIANTE RADIOFRECUENCIA PULSADA

G. Schoendorff, J. Pérez, N. Montesdeoca, J. Giner, A. Castro, C. Concejo.

Clinica Universitaria de Navarra, Navarra.

Introducción. Uno de los motivos más frecuentes de nuestra consulta diaria es el dolor bucofacial, siendo una de las características más importantes de estos dolores, que diferentes entidades clínicas, se pueden presentar con dolores referidos muy similares. Por ello el conocimiento del dolor y sus causas, son obligados para el correcto tratamiento del paciente. El dolor neuropático oral se presenta como una odontalgia atípica, refractaria a tratamientos médicos habituales y que se debe a una alteración de las fibras aferentes que inervan un territorio sensitivo. Puede afectar a un tronco nervioso o a terminaciones periféricas.

Objetivos. El objetivo de este estudio es mostrar nuestra experiencia en el tratamiento del dolor neuropático oral, mediante el uso de radiofrecuencia pulsada.

Material y método. Presentamos una serie de 42 pacientes, con un rango de edad entre 29 y 78 años. El 81% de los pacientes son mujeres. La media del VAS inicial es de 7,59. Los pacientes que entran en este grupo de tratamiento presentan los siguientes criterios de inclusión: · Dolor crónico y continuo mucogingival en un área precisa. · Antecedente de manipulación dental. · Ausencia de puntos gatillo. · No se objetiva daño tisular en la zona. · Estudio radiológico normal. · El bloqueo anestésico puede no ser efectivo. · Refractariedad al tratamiento · Seguimiento mínimo de 3 meses.

Resultados. 19 de los pacientes tratados se presentan prácticamente asintomáticos, con una gran mejoría. 17 pacientes tuvieron una mejoría significativa tras el tratamiento, quedando un dolor leve residual. En 6 de los casos, la radiofrecuencia no fue efectiva. En 19 de los casos fue necesaria una segunda radiofrecuencia a los 6 meses.

Conclusiones. La radiofrecuencia es una opción efectiva tras el fracaso de la terapia farmacológica, es reversible y segura la técnica, dando mejores resultados en dolores localizados o que afectan claramente a una metámera sensitiva y con menor tiempo de evolución.

TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE FREY CON TOXINA BOTULÍNICA. PRIMEROS RESULTADOS DE NUESTRA EXPERIENCIA

P.L. Martos, M. Mancha, G. Cho, R. González, S. Rosón, J. Sastre, L. Naval.

Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

Introducción. El Síndrome de Frey consiste en un cuadro de hiperhidrosis local ante estímulos gustatorios. Se debe a una alteración a nivel de la secreción de las glándulas sudoríparas ecrinas, producida principalmente, tras la realización de una parotidectomía, y con una incidencia entre el 5 y el 50%. Se han propuesto diversas formas de tratamiento, y prevención, sin resultar ninguna de ellas totalmente concluyente. Últimamente, ha surgido una nueva forma de tratamiento mediante infiltraciones de Toxina Botulínica, obteniéndose resultados muy esperanzadores. Nuestro objetivo es analizar los resultados de nuestra experiencia en el tratamiento del síndrome de Frey mediante este fármaco.

Material y métodos. Entre los años 2005-2006 hemos tratado 10 pacientes afectados de síndrome de Frey. Las causas de la resección parotídea fueron Adenoma Pleomorfo en el 71% y Tumor de Warthin en el 29%. En el 73% de los casos se realizó elevación del SMAS de forma completa. En el resto, no se realizó, o éste estaba desestructurado. Todos fueron tratados mediante la infiltración de Toxina Botulínica intradérmica. Se registraron las unidades empleadas, la superficie afectada, el tiempo hasta la mejoría de los síntomas, así como la evolución al mes, a los 6 meses y al año de la infiltración. También fueron anotadas las posibles complicaciones o efectos adversos.

Resultados. La media de superficie afectada por paciente fue de 26 cm², (17-40). Se infiltró una media de 31 unidades por paciente, con 1,4 Ui/cm². El tiempo hasta que se producía mejoría de los síntomas fue de 7 días. A todos los pacientes menos uno, se les constató una clara mejoría de los síntomas, llegando muchos a la ausencia total de sudoración. Al año de la infiltración, la mayoría ellos tuvieron recidiva de los síntomas aunque la superficie afectada era muy inferior a la previa. Entre los efectos adversos, el más destacado fue la sequedad de boca, que ocurrió en 2 de los pacientes.

Conclusión. Consideramos efectivo el tratamiento del Síndrome de Frey mediante Toxina Botulínica. La duración del tratamiento es prolongada, y los efectos adversos mínimos y temporales. Se precisa de nuevas infiltraciones aproximadamente tras un año de la primera, aunque el territorio afectado suele ser bastante menor. No sabemos, por la falta de estudios a largo plazo, si con el tiempo, y tras varias infiltraciones, los síntomas terminan por desaparecer, o por el contrario perduran toda la vida.

TRATAMIENTO DEL SÍNDROME MIOFASCIAL MEDIANTE INFILTRACIONES CON TOXINA BOTULÍNICA

P. Martos¹, R. González¹, M. Mancha¹, G. Cho¹, S. Rosón¹, G. Schoendorff², F.J. Rodríguez Campo¹

¹Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. ²Clinica Universitaria de Navarra.

Introducción. El síndrome de disfunción temporomandibular, incluye tanto las alteraciones internas articulares como la patología muscu-

lar. Está establecido, que el tratamiento de dicho síndrome siga un orden escalonado. Comenzamos con medidas higiénico-dietéticas y tratamiento farmacológico. Si no hay mejoría, se intentará un tratamiento mediante fisioterapia y consideraremos las férulas oclusales. Si la evolución no es buena, podría estar indicada la realización de una artroscopia. Sin embargo, existe una serie de pacientes con un claro patrón muscular, en los que la cirugía no estaría indicada, debiendo buscar otras opciones terapéuticas viables con las que consigamos un alivio de la sintomatología. El objetivo de la presente comunicación es hacer una valoración del uso de Toxina botulínica en pacientes con Síndrome Miofascial que no han respondido a otros tratamientos previos.

Material y métodos. Se incluyen un total de 8 pacientes, con edades entre 26 y 56 años. Todos diagnosticados de Síndrome Miofascial, con o sin alteraciones articulares. Entre los datos recogidos, destacan el dolor, tanto en reposo como a la palpación, la apertura oral y lateralizaciones mandibulares. Se registró el tipo de toxina, las unidades empleadas en cada grupo muscular, así como los posibles efectos adversos. Los datos clínicos se recogieron antes de comenzar el tratamiento, al mes, a los 5 meses y al año.

Resultados. A todos los pacientes, se les indicó previamente un tratamiento con medidas higiénico-dietéticas, antiinflamatorios no esteroideos y relajantes musculares, sin beneficio alguno. Cinco de los 8, habían estado con férula de descarga al menos un año. Dos de los pacientes habían sido intervenidos por desarreglos internos articulares mediante artroscopia. De forma global, se obtuvo una mejoría del dolor, pasando de 6,4 puntos antes del tratamiento, a 2,8 a los 5 meses, y a 4,9 al año de la infiltración. La apertura oral previa era de 28 mm, obteniendo a los 5 meses 32 mm y al año 37 mm. Entre los efectos adversos, el más referido por los pacientes fue la debilidad mandibular para la masticación, de lo cual se les informaba previamente, por resultar bastante previsible.

Conclusiones. El tratamiento con Toxina Botulínica en el Síndrome Miofascial puede resultar eficaz. El éxito, comienza por realizar una correcta selección los pacientes con una clara alteración muscular que no han respondido a tratamientos conservadores previos.

TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO MEDIANTE ABORDAJE TRANSORAL DE LAS FRACTURAS SUBCONDÍLEAS MANDIBULARES

G-Y. Cho, F. J. Rodríguez, J. Sastre, R. González, P.L. Martos, M. Mancha, S. Rosón, M. F. Muñoz, L. Naval, A.L. Capote, V. Escorial, F.J. Díaz

Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid.

Introducción. El tratamiento de las fracturas subcondíleas es uno de los aspectos más controvertidos de la traumatología maxilofacial. Los argumentos que justifican esta discrepancia se centran en las ventajas e inconvenientes de los abordajes abiertos y cerrados para el tratamiento de este tipo de fracturas. Las técnicas abiertas conducen a una buena reducción y osteosíntesis a expensas del potencial riesgo de afectación del nervio facial y de la producción de cicatrices faciales. La técnica cerrada, mediante bloqueo intermaxilar, evita estos riesgos, pero rara vez proporciona una correcta reducción anatómica, y presenta potenciales complicaciones como la anquilosis, la necrosis condilar y la inhibición del crecimiento mandibular con la consiguiente alteración de la oclusión. A pesar de ello, esta última modalidad de tratamiento sigue siendo el más empleado. El tratamiento endoscópico mediante abordaje transoral es

una técnica novedosa que ha sido diseñada para aunar las ventajas de las dos técnicas convencionales anteriormente mencionadas.

Objetivos. Descripción detallada de la técnica endoscópica mediante abordaje transoral para el tratamiento de las fracturas subcondíleas. Se muestran los resultados clínicos y radiológicos obtenidos.

Material y métodos. Resultados. Presentamos la técnica endoscópica mediante abordaje transoral para el tratamiento de las fracturas subcondíleas.

Conclusiones. El tratamiento endoscópico con abordaje transoral permite una buena reducción anatómica del foco de fractura y osteosíntesis aportando una óptima visualización de la misma y un buen control intraoperatorio. Minimiza las incisiones faciales y el riesgo de afectación del nervio facial es nulo. La principal indicación de esta técnica son las fracturas subcondíleas desplazadas sin gran conminución. El dominio de esta técnica por parte del cirujano es fundamental para que resulte exitosa.

TUMORES MALIGNOS DE GLÁNDULAS SALIVARES. REVISIÓN RETROSPECTIVA DE 87 CASOS EN 10 AÑOS

I. Arribas, P. Espinosa, R. Gutiérrez, G. Sánchez-Aniceto, C. Ballestín¹, J.J. Montalvo

Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. ¹Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Introducción. Los tumores malignos salivares suponen entre el 1-3% de los tumores malignos de cabeza y cuello. Existen una gran variedad de tipos y subtipos histológicos con características clínicas, y pronósticas diferentes en función de su grado de agresividad y localización, entre otros. En el presente estudio se discuten estas singularidades, las distintas opciones terapéuticas y los factores pronósticos.

Material y métodos. Se realiza un estudio retrospectivo de los tumores diagnosticados en nuestro servicio entre 1991-2001 (11 años) con un seguimiento medio de 74,07 meses (6-180). Se realiza un estudio descriptivo de la serie y correlacionan los distintos factores clínicos (edad, sexo, localización, AP, etc.) y se analizan los factores pronósticos y se comparan con la literatura.

Resultados. Un total de 87 casos recogidos, la edad media es de $54,53 \pm 19,64$ años. La distribución por sexos 44,94% varones y 55,06% hembras. La localización más frecuente fue la parótida (>50%), seguida de la mucosa oral y paladar. El tipo histológico más frecuente fue el carcinoma mucoepidermide (31,4%), seguido del carcinoma adenoides quístico y el carcinoma de células claras. El tratamiento fue quirúrgico en todos los casos salvo uno, se realizó vaciamiento cervical en un 25,29% con adyuvancia de RT o QT en un 25,56%. La tasa de recidiva se del 25%, con una media de 27,3 meses.

Conclusión. Se presenta una larga serie de tumores malignos salivares donde se establece un patrón actualizado de incidencia y supervivencia.

TUMORES ODONTOGÉNICOS DE LOS MAXILARES. ESTUDIO RETROSPECTIVO SOBRE 153 CASOS

L.M. Junquera, L. Gallego, P. Villarreal, L. García-Consuegra¹, J.C. de Vicente

Hospital de Cabueñes. Hospital Central de Asturias. Oviedo.

Objetivos. Los tumores odontogénicos constituyen una pluralidad de entidades que derivan de los elementos celulares que parti-

cipan en la formación de los dientes. Su complejidad diagnóstica y evolución en los tratamientos es irrefutable. Clásicamente se clasificaban siguiendo los criterios de la OMS de 1992. Recientemente este organismo introdujo una serie de cambios, que se aplican en el presente trabajo cuyos principales objetivos son dos: 1. Revisar 153 casos de tumores odontogénicos recogidos en un Hospital Universitario, referencia para una población de 1.100.000 habitantes. 2. Comparar las principales variables clínico-epidemiológicas recogidas en el estudio, con las observadas en otras documentadas en la literatura.

Material y método. Se procedió a la revisión de todos los tumores odontogénicos recogidos en los archivos de nuestro centro entre los años 1978-2006. Su clasificación se realizó siguiendo los criterios propuestos por la OMS en 2005. Se analizaron las variables: tipo histológico, edad, sexo, localización y evolución.

Resultados. Se recogieron 157 casos de tumores odontogénicos. Todos ellos eran histológicamente benignos. Odontomas, tumores odontogénicos queratoquísticos (TOQ), y ameloblastoma fueron respectivamente las tres entidades con mayor frecuencia de presentación. Entre los más inusuales el fibroma ameloblástico, cementoblastoma y el tumor odontogénico adenomatoide ocupaban un lugar preponderante. En general los tumores odontogénicos epiteliales afectaron a pacientes con mayor edad. Ameloblastoma y TOQ fueron los tipos histológicos con mayor tendencia a la recidiva.

Conclusiones. La frecuencia de presentación de los odontomas y de los ameloblastomas muestra importantes variaciones geográficas entre los diferentes continentes. El odontoma es el tumor de más frecuente presentación, en nuestro medio y en las series europeas. También la incidencia del fibroma ameloblástico y del cementoblastoma es, en términos relativos, elevada en nuestro estudio.

UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA PARA DETECCIÓN DE METÁSTASIS CERVICALES DE CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE CAVIDAD ORAL

T. Creo, Y. Marín, A. Rollón, R. Lozano, F. Mayorga

Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción. El carcinoma de cavidad oral produce metástasis cervicales subclínicas en un 30-40% lo que justifica la disección cervical electiva profiláctica dentro del tratamiento. La disponibilidad de pruebas diagnósticas que nos permitan detectar dichas metástasis evitaría el sobretratamiento del 60-70% de los pacientes y el coste y morbilidad asociados. La ecografía cervical detecta las metástasis subclínicas con una sn y sp que varían.

Objetivos. Usar la ecografía para la valoración de adenopatías cervicales metastásicas antes de plantear el tratamiento quirúrgico.

Material y método. Realizamos estudio de seguimiento prospectivo de pacientes diagnosticados y tratados por carcinoma epidermoide de cavidad oral en estadio precoz (I-II) en nuestro servicio a los que se les realiza un estudio ecográfico (con longitud de onda larga). Revisamos y aplicamos diferentes criterios de malignidad obtenidos de la literatura. Comparamos los datos de la ecografía con los resultados del estudio anatomopatológico de la dc que usaremos como patrón oro de metástasis.

Resultados. Hemos estudiado 90 pacientes diagnosticados de ca oral estadio I-II, 58 hombres y 32 mujeres con edad media de 50 años. Realizándose dc, detectándose adenopatías metastásicas en 30%. Los criterios utilizados y los datos de eficacia diagnóstica de la ecografía (sn, spp, vpp) serán presentados en el congreso.

UTILIZACIÓN DE DISPOSITIVOS INTRAORALES DE AVANCE MANDIBULAR EN EL TTO. DEL SÍNDROME DE APNEA DEL SUEÑO

M.A. Morey, M. de la Peña¹, A. Ladaria¹, J. Boyeras², J.I. Iriarte, J. Caubet³, J.S. Mayoral³, C. Bosch, V. Lasa, M.J. Pastor, H. Hamdan
¹Servicio de Neumología. ²Odontólogo. ³Práctica privada. ³GBCOM. Complejo Asistencial Son Dureta. Palma de Mallorca

Introducción. El Síndrome de Apnea-Hipopnea del Sueño (SAHS) se caracteriza por un cuadro de somnolencia, trastornos neuropsiquiátricos y cardiorrespiratorios, debidos a una alteración anatómico-funcional de la vía aérea superior (PAS) con episodios repetidos de obstrucción de la misma durante el sueño, que conllevan desaturaciones de la oxihemoglobina y despertares transitorios (arousals), produciendo un sueño no reparador. Es una patología prevalente en la población general y con un importante impacto sobre la morbimortalidad, siendo en la actualidad el tratamiento de elección la presión positiva continua en la vía aérea (CPAP). No obstante, existen otras opciones terapéuticas: por un lado, las diferentes modalidades de tratamiento quirúrgico y por otro, los dispositivos intraorales (DIO).

Objetivo. Ofrecer una alternativa terapéutica a los pacientes que no toleran o no cumplen el tratamiento con CPAP, como son los DIO de avance mandibular. Método: Se estudian pacientes remitidos de la Unidad del Sueño del Hospital Son Dureta de Palma de Mallorca diagnosticados de SAHS mediante estudio polisomnográfico (PSG) que presenten: 1/. un cumplimiento de CPAP menor a 2 horas al día y 2/. no obesos (BMI menor a 35 kg/m²). Se les realiza una cefalometría en tele-radiografía lateral de cráneo en el Servicio de Cirugía Maxilofacial y se derivan al Odontólogo para la colocación de un dispositivo de Herbst al 75% de la protusión máxima del paciente. Tras un período de 2 meses de adaptación a esta férula, realizamos un nuevo estudio polisomnográfico y cefalométrico para objetivar los cambios producidos por el avance mandibular inducido por el dispositivo.

Resultados. Se estudian 22 pacientes (19 varones/3 mujeres) con una edad media de 38,6 años (rango 10-56 años). 15 pacientes obtuvieron criterios de mejoría (disminución del IAH al 50% del basal con disminución de la somnolencia diurna), 5 pacientes no experimentaron cambios en la PSG con prótesis (efecto neutro) y 2 pacientes empeoraron los valores de IAH. En conclusión, la efectividad del DIO en nuestros pacientes que rechazan o no cumplen la CPAP es del 68%.

UTILIZACIÓN DEL BISTURÍ HARMONIC EN CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL

A. Valiente Álvarez, A. Acosta Moyano, F. Ruiz Delgado
Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga. Málaga.

La realización del acto quirúrgico en la patología a nivel de cabeza y cuello puede ser realizado con las ayuda de los avances tecnológicos tales como el uso del láser o la energía ultrasónica. En este trabajo se analiza el uso del bisturí armónico el cual no utiliza corriente eléctrica, no produce daños térmicos laterales, la profundidad es controlable sin producir humo. El uso de distintos terminales con vibración a alta frecuencia (55.500 Hz) produce la desnaturalización de las proteína tisulares y origina un coágulo estable. Todo esto se produce a una temperatura inferior a 70° C evitando que los tejidos se quemen. Se describe brevemente la técnica del HARMONIC y se presenta la casuística en su uso a nivel oral y cervical, fundamentalmente patología oncológica analizando los resultados obtenidos y comparándolos en el tratamiento quirúrgico global.

UTILIZACIÓN DEL COLGAJO DE GUYURON PARA RECONSTRUCCIÓN ÓRBITO-PALPEBRAL EN NIÑOS

J.M. López-Arcas, M. Martín, E. Gómez, L. Salamanca, L. Pingarrón, M. Burgueño

Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introducción. La cirugía ablativa de tumores de la región órbito-palpebral es causa de severas deformidades. El manejo de la órbita anoftálmica constituye uno de los retos más significativos en la cirugía reconstructiva órbito-palpebral. Para estas situaciones se han descrito colgajos regionales de probada utilidad (colgajo de Temporal según técnica descrita por Tessier-Krastinova) o incluso colgajos microquirúrgicos. Presentamos nuestra experiencia en el tratamiento de este tipo de deformidades (que incluye la reconstrucción de defectos palpebrales complejos y de la órbita anoftálmica) mediante la utilización de un colgajo regional de la región retroauricular.

Objetivos. Presentar nuestra experiencia con el Colgajo de Guyuron y compararlo con otras posibilidades terapéuticas para la reconstrucción de la región órbito-palpebral. **Materiales y Métodos.** El colgajo de Guyuron constituye la porción random de un colgajo en isla basado en los vasos temporales superficiales. El arco de rotación se localiza alrededor del arco zigomático. Presentamos nuestra experiencia utilizando este colgajo para la reconstrucción de órbitas anoftálmicas en tres niños con edades comprendidas entre los 4 y 10 años. Igualmente exponemos dos casos de coloboma congénito. En la mayor parte de los casos tratamientos previos con colgajos locales e injertos libres de piel y conectivo fueron ineficaces. **Resultados** En todos los casos se consiguió un cierre adecuado de la hendidura palpebral, con una mejoría clínica significativa de la exposición corneal en los casos de coloboma tratados. Se objetivó una pérdida media del tejido del colgajo de un 20%, generalmente debida a congestión venosa en el postoperatorio precoz. No se produjeron complicaciones de gravedad.

Conclusiones. El colgajo de Guyuron constituye una opción de garantías para el tratamiento de deformidades órbito-palpebrales. Su predictibilidad mejora notablemente cuando se realiza asistido por un Doppler intraoperatorio, que permite del mismo modo, una disección más precisa del pedículo y por ende un arco de rotación de mayor amplitud. Consideramos que pudiera tratarse de una alternativa válida en casos subsidiarios de microcirugía, como tratamiento previo a la espera de que las condiciones del paciente sean más favorables a la misma.

VALOR DIAGNÓSTICO DE LA PUNCIÓN-ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA EN LA CIRUGÍA PAROTÍDEA

A. Riaño, E. Urbiola, R. Martino

Hospital Virgen del Camino. Pamplona/Iruña. Navarra.

Objetivos. Pretendemos describir el grado de concordancia existente entre la punción-aspiración con aguja fina y el estudio histopatológico de la lesión parotídea una vez intervenida. Asimismo buscamos conocer la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo de la punción aspiración con aguja fina en nuestro Centro y comparar los resultados con la bibliografía.

Material y métodos. Se seleccionaron, de forma retrospectiva, un total de 123 pacientes intervenidos en el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Virgen del Camino de Pamplona, entre Enero de 2000 y Diciembre de 2004, a los que se les realizó cirugía parotídea apoyándose en el valor diagnóstico de la PAAF preoperatoria.

Resultados. Nuestro paciente tipo de forma genérica es mujer, de 50 años de edad, con una lesión de carácter sólido, en la parótida izquierda y de 3 años de evolución. La PAAF coincide con el informe histopatológico en un 87,7% de los casos. A modo de resumen podemos detallar los porcentajes de sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo que tiene la punción-aspiración con aguja fina de nuestro centro para la determinación de lesión inflamatoria, neoplasia benigna y maligna, tomando como prueba gold-standard el estudio histopatológico. Sens Especif VP+ VP- LESIÓN INFLAMATORIA 25% 98,95, 80, 88,78% TUMOR BENIGNO 95,65% 55% 90,72% 73,33% TUMOR MALIGNO 41,17% 96,84% 70% 90,19%. En un 64,7% de los casos se practicó parotidectomía superficial conservadora del nervio facial. El diámetro medio de los tumores resecados fue de 2,89 cm.

Conclusiones. La punción aspiración con aguja fina es una técnica segura (con mínimas complicaciones) que puede evitar la cirugía en ciertas patologías no tributarias de éste tratamiento (enfermedades infecciosas, linfomas, tumores metastásicos, etc.). Es una técnica que tiene alta sensibilidad en la determinación de tumores benignos y elevada especificidad en el diagnóstico de lesiones inflamatorias y tumores malignos. Puesto que el porcentaje de concordancia con el estudio histopatológico posterior es elevado (87,7%) consideramos que es una técnica fiable a la hora de filiar un tumor parotídeo y por tanto, ayuda al planteamiento más o menos agresivo de la cirugía.