

### U-shaped ostetomy in management of paranasal deficiency

Hernández-Alfaro F, Garcia E, Marti C, Porta A.  
*Int J Oral Maxillofac Surg* 2006;35:1145-48

El manejo de las deficiencias paranasales (DPN) ha sido siempre un gran reto para los cirujanos maxilofaciales y plásticos. En muchas ocasiones, las osteotomías bimaxilares clásicas no confieren una definición o proyección suficiente del área nasolabial. Asimismo, las DPN no se suelen acompañar de una maloclusión, por lo que las osteotomías maxilares no están justificadas. Habitualmente, la corrección de estas DPN requiere de colocación de injertos óseos "onlay", que pueden ser insuficientes para corregir todas las deficiencias de la zona (área paranasal, espina nasal, base nasal) y, en muchas ocasiones, no se consigue la simetría deseada.

Se presenta una novedosa osteotomía en U, diseñada para movilizar anterior y superiormente el hueso maxilar incluyendo la apertura piriforme, la espina y base nasal por completo. Esta técnica es realizada bajo anestesia local a menos que se asocie una rinoplastia u osteotomía mandibular. Tras una buena infiltración se realiza una incisión horizontal superior a los incisivos superiores con un despegamiento subperióstico cuidadoso para mantener intactas las inserciones musculares alrededor de la espina nasal. Se separa la mucosa del suelo y pared lateral nasal. La parte cartilaginosa del septum nasal es separada mediante el periototomo dejándolo insertado en 2 cm de su parte anterior. La osteotomía se realiza a 2 cm por debajo del suelo nasal, a una distancia adecuada a los incisivos superiores. El diseño de la osteotomía es en U, comenzando desde un lado de la apertura piriforme alcanzando de forma simétrica el lado contrario. Posteriormente se moviliza en bloque el fragmento óseo, para lo cual previamente se habrá luxado el septum cartilaginoso del vómer. Cuidado con los movimientos forzados ya que se pueden desgarrar las inserciones musculares y septales de la espina nasal, que es fundamental para la vascularización óptima del fragmento óseo. Diferentes grados de proyección se pueden conseguir mediante la movilización del fragmento según las necesidades. Por último se fija el fragmento óseo mediante dos tornillos largos (12-18 mm.) en oblicuo, al hueso maxilar. El seguimiento a corto plazo de estos pacientes revela una morbi-mortalidad ínfima, con unos resultados estéticos óptimos. En muchos pacientes esta técnica suele ir combinada con otros tipos de osteotomías mandibulares o rinoplastias.

### Burning mouth syndrome: recognition, understanding and management

Klaers GD, Fisher DJ, Epstein JB.  
*Oral Maxillofac Clin North Am* 2008; 20:255-71.

El síndrome de Boca Ardiente (Burning Mouth Syndrome-BMS) es definido de forma genérica por la International Association for the Study of Pain como un dolor quemante que afecta a la lengua u otras zonas de la mucosa oral, de al menos 4-6 meses de evolución sin anomalías en las pruebas complementarias en el estudio del cuadro. Sin embargo, el BMS es una entidad que ofrece grandes dudas en cuanto a su definición, de manera que existen publicados estudios de prevalencia poblacional que varían entre 0,6 y 15%. De igual manera ocurre con las clasificaciones propuestas hasta la fecha, aunque quizá lo más útil es diferenciar entre primarias (idiopáticas) y secundarias, pues estas últimas mejoran al ser resuelta la alteración causal del BMS.

Los factores relacionados con este síndrome son ampliamente detallados por Klaser y cols. en este trabajo, desde factores locales y regionales (infecciones, galvanismo, hábitos parafuncionales, malposición de prótesis removibles...) hasta sistémicos, incluyendo desórdenes psicológicos. El perfecto conocimiento de dichos factores es, según el autor, la base de una correcta primera exploración y la batería de pruebas de diagnóstico diferencial (análisis de parámetros sanguíneos, cultivo bacteriológico y fúngico, test de imagen, test de saliva, descarte de alergias, test psicométricos...) que a su vez van a ser la llave para la correcta elección del tratamiento.

El manejo diagnóstico y terapéutico del BMS a menudo se presenta complicado en nuestras consultas y la información que encontramos en la literatura es equívoca. Este trabajo supone una minuciosa revisión de las publicaciones científicas que ocupa el BMS, atendiendo a diferentes clasificaciones, epidemiología y factores etiológicos aceptados. Proponen también una batería de pruebas diagnósticas que, en algunos casos, son obligadas para cumplir los criterios diagnósticos de BMS, así como una tabla detallando las diferentes líneas terapéuticas (farmacológicas) que han demostrado eficacia y su validez en función del nivel de evidencia científica alcanzado. Los autores ofrecen un enfoque sistemático de la multicausalidad del BMS y de la importancia de un enfoque multidisciplinar, tratamiento combinado y derivación de los pacientes con una mala evolución a otros especialistas.

### **Fibula free flap with endosseous implants for reconstructing a resected mandible in bisphosphonate osteonecrosis**

Ferrari S, Bianchi B, Savi A, Poli T, Multinu A, Balesteri A, Ferri A.  
*J Oral Maxillofac Surg* 2008; 66:999-1003

Ferrari y colaboradores presentan en este trabajo un caso extremo de BRONJ (Bisphosphonate Related Osteonecrosis of the Jaw). Se trata de un paciente de 66 años en estadio III de la AAOMS (American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons), presentando dolor, supuración y exposición ósea intraoral resistentes al tratamiento conservador (incluyendo curetaje de baja agresividad) que evoluciona a fístula laterocervical y fractura patológica de mandíbula. El tratamiento elegido fue mandibulectomía total y reconstrucción con colgajo libre microvascularizado de hueso peroné y colocación de 6 implantes en el colgajo en el mismo acto quirúrgico. El seguimiento del paciente demuestra una buena evolución con ausencia de complicaciones, resolución de signos y síntomas de su enfermedad y una correcta osteointegración de los implantes a los 12 meses.

El debate con respecto al BRONJ continúa. La literatura actual ofrece teorías etiopatogénicas ambiguas y el protocolo de la AAOMS no es, en algunos casos, suficiente para mejorar el pronóstico de los pacientes que acuden a la consulta con BRONJ establecido, en especial en estadios avanzados. La SECOM publica en este mismo ejemplar un protocolo de consenso sobre la prevención y el manejo de esta patología. Una de las preguntas objeto de discusión es si se puede tratar quirúrgicamente de forma agresiva un hueso "impregnado" en bisfosfonato, sin riesgo de que la necrosis avance por la línea de la osteotomía o incluso sobre el colgajo óseo (no olvidemos que la etiopatogenia se basa en microtraumatismos y microfiltraciones transmucosas sobre un hueso insuficiente). Este caso se une a otros ya publicados ofreciendo una nueva opción de tratamiento de esta enfermedad de difícil manejo y pronóstico incierto.

### **Eyelid reconstruction using a hard palate mucoperiosteal graft combined with a V-Y subcutaneously pedicled flap**

Ito O, Suzuki S., Park S., Kawazoe T., Sato M., Saso Y., Iwasaki Y., Hata Y.  
*Br J Plast Surg* 2001; 54:106-111

Las lesiones malignas palpebrales requieren a menudo resección en bloque de espesor total, y las técnicas de reconstrucción descritas hasta el momento no son siempre plenamente satisfactorias. Este grupo de trabajo del Shizuoka Children's Hospital de Japón propone una técnica de reconstrucción que parece mejorar, al menos desde el punto de vista teórico, la consistencia del párpado reconstruido, y lo hacen mediante una rigurosa descripción de la técnica y presentación de 4 casos: basalioma (defecto de resección de 25 x 7mm), melanoma (35 x 10 mm) y meningioma (35 x 10 mm), los tres en el párpado inferior, y un caso de carcinoma sebáceo (30 x 10 mm) en el superior. Todos resueltos con éxito desde el punto de vista estético y funcional con un seguimiento de entre 6 y 14 meses. Para ello, dividen conceptualmente el párpado (superior o inferior) en dos láminas: una interna, que estaría en contacto con la córnea e incluye al tarso, y otra externa, que supone la piel y músculo orbicular. Como en publicaciones previas, Ito y cols. reconstruyen el párpado externo mediante un colgajo cutáneo de avance en V-Y suturado a la piel del párpado remanente con o sin sutura subcutáneo-cantales o subcutáneo-orbitales en función del defecto. Para la reconstrucción del párpado interno optan por un colgajo libre mucoperiosteal no pediculado de paladar duro, que se sutura a la conjuntiva y al tarso o al ligamento cantal (según el caso) de forma que el periostio queda en contacto con la córnea. El defecto de la zona donante se cubre con material esponjoso reabsorbible.

En la discusión, el autor compara esta opción de tratamiento con otras ya descritas para la reconstrucción de la lámina interna, como el injerto de fascia lata, de fascia temporal, mucosa palatina de espesor parcial, cartílago auricular, injerto libre de tarso o de cartílago nasal. Según propone el autor, la inclusión del periostio en el colgajo palatino ofrece un extra de resistencia a los vectores tensionales horizontales producidos por los ligamentos cantales, disminuyendo la irritación conjuntivo-corneal y el entropion a medio y largo plazo.

**Farzin Falahat**