

## Revisión Bibliográfica

### Reconstruction of defects after hemiglossectomy using chimeric vastus lateralis free flap

Kerawala C.

*Br J Oral Maxillofac Surg* 2009;47:126-8

Desde el descubrimiento del colgajo libre microvascularizado del antebrazo (CLMA) hace ya dos décadas, ha tenido gran aceptación por parte de los cirujanos para la reconstrucción de defectos de tejido blandos de la cavidad oral. Aunque es un colgajo relativamente fácil de manejar, tiene ciertos problemas estéticos y funcionales en la zona donante, con una relativa morbilidad para el paciente. El colgajo anterolateral del muslo (CALM) es el injerto preferido para sustituir al CLMA, basado en la rama descendente de la arteria femoral circunfleja lateral, aunque algo voluminosa para los defectos de la cavidad oral. El músculo vasto lateral se encuentra en el mismo territorio del CALM, y permite al cirujano una mejor conformación tridimensional del colgajo para una óptima adaptación al defecto de la cavidad oral. Además, al incluir el tensor de la fascia lata ofrece gran semejanza con la mucosa de cavidad oral. Una paciente de 62 años de edad con un carcinoma epidermoide de lengua (T2-N0) tras una hemiglossectomía y una disección cervical supraomohioidea en que se decide reconstrucción de la lengua mediante colgajo libre del vasto lateral (CLVL). Se descartó el CLMA porque la paciente tenía un fenómeno de Raynaud y el CALM porque aporta mucho volumen para la zona receptora, así como una peor funcionalidad de la lengua. Tras la exposición del músculo vasto lateral se identifica la arteria femoral circunfleja lateral y disecada su rama descendente distalmente. Se diseña sobre el músculo vasto lateral el modelo requerido para la zona donante basándose en la pieza quirúrgica ya reseca. También se incluyó una pequeña porción de la fascia lata para su mejor adaptación a nivel de la mucosa de la lengua. A los 8 días postoperatorios la dimensión del injerto se adaptaba perfectamente a la hemilengua, con una funcionalidad óptima. La zona donante presentó una cicatrización aceptable sin evidencia de alteración de la funcionalidad durante el periodo de seguimiento. El CLVL permite una mejor adaptación y cicatrización del colgajo en la zona receptora y una menor morbilidad de la zona donante. Creemos que podría ser un colgajo a tener en cuenta para sustituir si procede al CLMA.

### Spontaneous bone healing of the large bone defects in the mandible

Ihan Hren N, Miljavec M.

*Br J Oral Maxillofac Surg* 2008;37:1111-6

Los defectos óseos (DO) en la mandíbula son uno de los efectos residuales más comunes en las quistectomías man-

dibulares. La capacidad de regeneración ósea mandibular difiere sensiblemente a otras regeneraciones tisulares. El éxito de la regeneración ósea mandibular (ROM) depende fundamentalmente del tamaño del DO, localización anatómica, edad del paciente, etc. Se cree que la ROM es lenta, con complicaciones clínicas y con unos resultados finales no satisfactorios. El objetivo de este estudio es la evaluación de la regeneración ósea mandibular espontánea de grandes DO, clínica y radiológicamente, correlacionándolo con el tamaño del DO y la edad del paciente. En el estudio se incluyeron 33 pacientes (14 hombres y 19 mujeres) con un rango de edad entre los 5-70 años. Todos fueron operados de diferentes tipos de quistes: quistes radicales, queratoquistes, ameloblastoma etc. Todos los pacientes fueron tratados por el mismo cirujano entre los años 2000-2003. Durante la enucleación, en todos los casos se mantuvieron intacto el borde basilar mandibular, también en casi todos los casos la enucleación era monocortical manteniendo la cortical lingual; 14 de los quistes estaban localizados en el cuerpo mandibular, 8 en la región sinfisaria y 9 en el ángulo mandibular. El control radiológico era considerado a los 2, 6 y 12 meses postcirugía. Las radiografías eran tomadas con marcadores metálicos de 3 mm. de diámetro que permitían una mejor evaluación de la ROM. En los diferentes controles se apreció una ROM espontánea aceptable en todos los casos sin complicaciones considerables. El análisis informático de la densidad ósea mostraba un aumento del 7% a los 2 meses y del 46% al año, y en los DO más reducidos la densidad ósea llegaba al 97%. La calidad de la ROM espontánea era inversamente proporcional a la edad del paciente. En conclusión podemos decir que la ROM espontánea debería ser el tratamiento de elección en las quistectomías mandibulares, teniendo en cuenta la edad del paciente así como la localización anatómica de los quistes.

### Clinical observations of the anatomy and function of the marginal mandibular nerve

Ihan Hren N, Miljavec M.

*Int J Oral Maxillofac Surg* 2008;37:1111-6

La lesión del nervio marginal (NM) supone para el paciente un enorme defecto estético debido a la interrupción de las fibras nerviosas del depresor de anguli oris y del depresor del labio inferior que produce una eversión del labio inferior ipsilateral y la incapacidad de mover el labio caudal y lateralmente. La incidencia de la lesión del NM es del 0-20% en las submaxilectomías y en las disecciones cervicales no está estipulado todavía. Para el cirujano es fundamental conocer las relaciones anatómicas del NM que discurre inferior al borde mandibular. Este estudio evalúa las relaciones quirúrgicas del NM durante la disección cervical. Se realizaron 133 disecciones cervicales en 121 pacientes (78 hombres

## Revisión Bibliográfica

y 48 mujeres). En 109 (83%) pacientes se realiza una disección cervical que incluía el nivel I cervical; 25 pacientes recibieron radioterapia previa a la cirugía. La incisión cervical se realizaba entre 2-4 cm. por debajo del reborde inferior de la mandíbula, con una disección subplatismal. Tras la disección ganglionar del nivel I cervical se procedía a la identificación del NM y a valorar el recorrido del mismo. Se midió la distancia entre el borde mandibular y el NM y se valoraba la relación del mismo con los vasos faciales. En 76 (68%) pacientes se identificó el NM y en 21 casos se sacrificó el NM por razones oncológicas. Con el cuello del paciente en posición neutral el nervio estaba a  $0,31 \pm 1,5$  cm inferior al reborde mandibular, al hiperextender el cuello el nervio se desplaza inferior y anteriormente llegando al  $1,25 \pm 0,7$  cm por debajo de la mandíbula, entre la vena facial anterior y posterior. En el 54% de los pacientes el NM se encontraba a más de 1 cm. inferior al reborde mandibular. En 16 (16%) de 101 disecciones cervicales se observó una disfunción del NM, por lo que se concluye que en las disecciones cervicales la incidencia de lesión del NM es similar a las submaxilectomías. Podemos decir que realizando la incisión cervical a 2 cm del reborde mandibular pone en riesgo el NM en muchos pacientes, por lo que consideramos más adecuado a 3 cm del borde inferior mandibular.

### Nasopharyngeal angiofibroma. surgical approach using a transoral Le Fort I osteotomy following embolization: a case report

Portela MA, Carvalho D, Grandez D, Bonilla L, y cols.  
*Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2009;  
107: 180-4

El angiofibroma de nasofaringe (AN), es un tumor benigno, no encapsulado e hipervasculoso caracterizado por su agresividad local y potencial destructivo causando una alta morbilidad de los pacientes. Se origina en la fosa pterigopalatina y nasofaringe, correspondiendo al 0,5% de los tumores de la cabeza y cuello. Afecta más frecuentemente a hombres jóvenes en la segunda década de la vida. La etiología de de estas lesiones es incierta, aunque está relacionada con

diferentes hormonas masculinas y factores de crecimiento (TGF-B1 y IGF-II). La AN se presenta como un nódulo sénil y de consistencia fibrosa y clínicamente se caracteriza por ausencia de dolor, obstrucción nasal unilateral y epistaxis. También puede aparecer asimetría facial, déficit auditivo, rinitis, anosmia, dolores de cabeza y ceguera, si el tumor tiene extensión intracraneal o a las estructuras adyacentes. El diagnóstico se realiza mediante endoscopia nasal, TC, RM y arteriografía y no es recomendable una biopsia. El propósito de este artículo es valorar el enfoque quirúrgico en el tratamiento de la AN en un paciente varón de 15 años con un nódulo sénil en fosa nasal. En el estudio de imagen se revela extensión a la nasofaringe y al seno esfenoidal. Al realizar una arteriografía se reveló que la arteria maxilar interna era el principal vaso nutriente del tumor por lo que se embolizó con micropartículas de Teflon. Posteriormente se accedió a la cavidad nasal y al cavum mediante una osteotomía tipo Le fort I y tras el "downfracture" se consiguió extirpar por completo el tumor adherido a los tejidos adyacentes. Los estudios histopatológicos confirmaron el diagnóstico y a los 8 meses postoperatorios el paciente presentaba en la TC una comunicación asintomática entre la nasofaringe y el seno esfenoidal. Estos tumores pueden tener una extensión intracraneal en un 10-20% y según Fisch se clasifican en 3 grupos: estadio I: el tumor se limita en fosa nasal y nasofaringe sin destrucción ósea; estadio II: el tumor invade la fosa pterigomaxilar y senos paranasales con destrucción ósea; estadio III el tumor invade la fosa infratemporal, la orbita y región parasellar sin llegar al seno cavernoso; y estadio IV: se invade el seno cavernoso, quiasma óptico y fosa pituitaria. Para el diagnóstico correcto se precisa de los hallazgos clínicos, pruebas de imagen y de la arteriografía que permiten la identificación, localización, extensión y aporte vascular del tumor. La radioterapia, electrocoagulación, terapia de estrógeno, embolización, la inyección de agentes esclerosantes, crioterapia y cirugía asociada o no con la embolización previa son las diferentes modalidades de tratamiento del profesional para este tipo de patología.

**Farzin Falahat**