

Surgical importance of highly located innominate artery in neck surgery

Ozlugedik S, Ozcan M, Unal A, Yalcin F, Sabri Tezer M.
Am J Otolaryngol 2005, 26: 330-2

El pulso en el cuello se debe normalmente al que producen los vasos mayores por sí mismos o a masas tumorales en íntima relación con los mismos. La pulsación en la zona anterior del cuello, a la altura del cartílago cricoides, es una circunstancia rara y se debe pensar en primer lugar en una anomalía vascular. Estas anomalías pueden tener consecuencias fatales si no se reconocen durante la cirugía cervical o laringotraqueal. Según los autores, la literatura médica inglesa solo presenta dos casos de arterias innominadas aberrantes, con un curso horizontal anterior a la traquea y que ascienden tan alto como hasta borde inferior de cartílago cricoideo.

Los autores presentan el caso de un paciente de 67 años de edad que acude por presentar ronquera progresiva y disnea de tres meses de evolución. Tiene historia de tabaquismo de 20 cigarrillos /día durante 40 años. La videolaringoscopia evidenciaba la presencia de una masa vegetante de cuerda vocal derecha, que se extendía 1 cm en la subglotis. La cuerda derecha estaba fija. Todas las demás pruebas no eran específicas. Durante la laringoscopia directa con anestesia general se toman múltiples biopsias. Al explorar el cuello no aprecian la presencia de ninguna adenopatía, pero constatan la presencia de una pulsación severa en la zona anterior del cuello, a la altura del cartílago cricoides. La resonancia magnética angiográfica (RMA) mostraba que la arteria innominada presentaba un curso elevado horizontal y anterior a la traquea. El estudio histopatológico mostró el diagnóstico de carcinoma epidermoide. Dado que el paciente no aceptó la cirugía, fue derivado al servicio de radioterapia. El paciente fue nuevamente visto por los autores debido a que la aparición de una disnea severa obligó a la realización de una traqueotomía. La realizan entre el primero y segundo anillo traqueales, aprecian la arteria innominada por delante del tercer anillo. En el segundo anillo diseñan un colgajo en U con base inferior, éste lo suturan a la piel, de manera que la arteria innominada se coloca entre la piel y la pared anterior traqueal. La arteria innominada es la primera y más larga rama de la arteria aorta (AA). Llega de la aorta al nivel del borde superior de la segunda unión costocondral derecha. Asciende posterosuperiormente, y se divide en dos ramas, la arteria subclavia derecha y la arteria carótida común, posterior a la articulación esternoclavicular derecha. Existen muchos artículos concernientes a anomalías congénitas de la arteria innominada. Sin embargo, tan solo en dos ocasiones se describe una arteria innominada, que de forma inesperada asciende tan alta

como el borde inferior del cartílago cricoides. El daño de la arteria innominada, en relación con la traqueotomía está vinculado a la aparición de fístula traqueoarterial, que se desarrolla tiempo después de la traqueotomía y es mortal si no se opera.

Es evidente que el conocimiento exacto de la anatomía, y por tanto de todas aquellas variantes que puedan existir, es esencial a la hora de planificar nuestras intervenciones quirúrgicas.

Clinical factors affecting the outcome of arthrocentesis and hydraulic distension of the temporomandibular joint

Emshoff R.

Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2005, 100: 409-14.

Para una mejor definición de los grupos diagnósticos de pacientes con dolor orofacial y los trastornos temporomandibulares (TTM), se publicó en el año 1992 una guía de criterios diagnósticos clínicos para TTM. Consideraban desórdenes masticatorios musculares, desarreglos internos de la articulación temporomandibular y enfermedades degenerativas. Justificaban que estos desórdenes eran distintas entidades, por sus diferencias en la áreas de patogénesis, tratamiento y/o pronóstico. La propuesta del autor en este estudio es investigar si variables clínicas como la edad, el sexo, tiempo de dolor y rango de movimiento mandibular pueden predecir los resultados del tratamiento mediante artrocentesis y distensión hidráulica de la ATM. El grupo de estudio que emplea incluye 58 mujeres y 6 hombres con dolor articular. La media de edad era de $33,4 \pm 10,7$ años, para un rango entre 17-69 años.

Los criterios de inclusión del paciente consistían en la presencia de signos y síntomas preoperatorios de dolor de ATM unilateral, relacionados con el diagnóstico de desarreglos internos (DI) tipo III, correspondiente a un desplazamiento discal sin reducción, es decir, dolor facial referido a la ATM, y presencia de dolor durante la palpación, función, y apertura mandibular asistida o no. Los diagnósticos de mialgia, enfermedad articular degenerativa, enfermedad vascular del colágeno, y los pacientes con historia de traumatismo agudo, no fueron incluidos en el estudio. El diagnóstico clínico se realizó en base a los criterios de Truelove y cols. El subgrupo tipo III estaba caracterizado por una pérdida brusca de la apertura por debajo de 35 mm. El diagnóstico de sinusitis/capsulitis se fundamentaba en la presencia de dolor durante la palpación, función y apertura asistida. La persistencia del dolor

era considerada como su prolongación en el tiempo, más allá del primer episodio, y se considera no crónico por debajo de seis meses, y crónico, un periodo más allá de seis meses. El periodo de pretratamiento, y los dos meses de seguimiento clínico los realizaba un solo clínico, y consistía en una evaluación estándar de signos y síntomas, rango de movimiento (RM) sonidos articulares, dolor muscular y articular durante la palpación y dolor durante la función. Se acompañaba de una valoración del paciente usando escala visual analógica (EVA). Si a los dos meses de seguimiento los signos y síntomas estaban ausentes, se consideraba que el tratamiento había tenido éxito. La artrocentesis bilateral y la distensión hidráulica las realizaba un solo cirujano, bajo anestesia general, de acuerdo a la técnica descrita por Nitzan. En el lavado emplea Ringer lactato.

El análisis de los datos se realiza con un t test y un análisis chi-square. El nivel de dolor en EVA y el RM requieren categorizarse. Así, con respecto a la edad consideraban ≤ 25 años, > 25 años y ≤ 40 años, > 40 años, y ≤ 70 años. En el nivel de dolor de la EVA constatan ≤ 50 mm, > 50 y ≤ 75 mm, > 75 y ≤ 100 mm. Finalmente respecto al RM consideran < 25 , ≥ 25 y < 35 . Emplean un análisis logístico múltiple de regresión para cada variable clínica potencial, edad, sexo, tiempo de duración de dolor ≤ 6 meses o más de seis meses, nivel de dolor en EVA y RM.

La comparación de los datos pretratamiento y el seguimiento a los dos meses reflejaban una reducción significativa del dolor en la ATM ($p < 0,001$), y un aumento significativo en el rango de movimiento (RM) ($p < 0,001$). Al evaluar los diagnósticos realizados, la disminución del dolor era significativa en los desarreglos internos tipo III, y cuando existía capsulitis/sinovitis. Cuando se consideraba criterios de éxito por ausencia de signos y síntomas de desarreglos internos tipo III, existía una diferencia significativa en los resultados clínicos cuando las variables eran la edad y el nivel de dolor en la EVA: ($p = 0,029$ y $p < 0,001$ respectivamente). Cuando consideran resultados positivos por ausencia de DI tipo III, existía un incremento de beneficio es decir, se obtenían mejores resultados cuando la edad era de ≤ 25 años, el nivel de dolor en la EVA > 75 mm y el RM < 25 mm.

La edad de los pacientes es por tanto más alta en el grupo en el que los resultados no se podían considerar satisfactorios por la persistencia de clínica. Los pacientes con resultados satisfactorios presentaban unos niveles de dolor en la escala EVA más altos, quizá porque el desarrollo de dolor en estas circunstancias esté más en relación con mecanismos inflamatorios que suceden en el líquido sinovial, mientras que en niveles de dolor más bajo, influyan más aspectos como la condromalacia, las adherencias, etc.

Los autores concluyen que en el subgrupo DI tipo III, la presencia de una edad ≤ 25 años, un nivel de dolor en escala EVA > 75 y un RM < 25 mm contribuyen de forma significativa a obtener un mejor pronóstico en los resultados de la artrocentesis. Magnífico trabajo en el que os recomiendo que leáis detenidamente la discusión.

Comparison of radial forearm free flap, pedicled bucal fat pat and split-thickness skin graft in reconstruction of bucal mucosal defect

Chien CY, Hwang CF, Chuang HC, Jeng SF, Su CY.
Oral Oncol 2005, 41: 694-7.

Los defectos de la mucosa bucal pueden reconstruirse por distintos medios. La elección dependerá del tamaño del defecto y de la preferencia de los cirujanos. Sin embargo, limitaciones de la apertura oral e incluso la aparición de trismus, se pueden apreciar tras los procedimientos reconstructivos. El objetivo de los autores en su estudio es valorar la apertura bucal, en pacientes sometidos a resección por cáncer bucal, y reconstruidos bien con injertos dérmicos de espesor parcial (IDEP), con colgajos pediculados de almohadilla grasa bucal (CPGB), o con colgajo libre radial (CLR).

Desde Enero del 2002 a Junio del 2004, los autores incluyen en el estudio 37 pacientes que sufrieron tratamiento quirúrgico por cáncer bucal. Todos los procedimientos quirúrgicos los realizó el primer autor. La reconstrucción se realizó bien con IDEP tomado de la cara medial del muslo, CPGB, o CLR. La reconstrucción con CLR, sin embargo, fue realizada por cirujanos plásticos. La elección de la reconstrucción era una decisión del paciente tras explicársele adecuadamente cada una de ellas. Los pacientes tratados previamente con radioterapia o cirugía fueron excluidos del estudio. Para evitar la posible contractura cicatricial y la limitación de apertura bucal, se aplicaron ejercicios de apertura bucal tras el alta hospitalaria.

Definen la apertura bucal, como la distancia en línea media entre el límite inferior de la encía superior y el límite superior de la encía inferior. La distancia se midió preoperatoriamente y, al menos, hasta seis meses postoperatoriamente. Recogen datos de edad, sexo, tumor primario e histología. Clasifican el TNM de acuerdo al Comité Americano del Cáncer de 1997. Consideran tres grupos según el tipo de reconstrucción, y el estudio de diferencias estadísticas de variables lo realizan con *t-test de Student*.

Se incluyen en el estudio 37 pacientes, 35 hombres y 2 mujeres, con una edad media de 50,2 años y un rango entre 29 y 61. Todos los casos eran carcinoma epidermoide de células escamosas. El grupo de CLR incluía 11 pacientes varones con una media de edad de 53,5 años. Seis casos eran T2 y 5 T3. El grupo de IDEP incluye 10 casos varones, con una media de edad de 46,6 años. Siete eran T1 y 3 T2. Finalmente, el grupo de CPGB incluía dos mujeres y 14 hombres con una media de edad de 50,1 años. Nueve casos eran T1 y 7 T2. No existían diferencias significativas de edad entre los grupos. La media de apertura de boca pre y postoperatoria en el grupo de IDEP fue de 5,4 con un rango de 6-4,1, y 4,0 con un rango de 5,2-2,3 cm respectivamente. La reducción de la apertura bucal cambiaba de un 9,6% a un 44% (media \pm SD = 24,5 \pm 12,95%). La media pre y postoperatoria en el grupo de CLR era de 5,7 con un rango de 6,3-3,5 y de 5,2 con rango de

5,9-3,2 respectivamente. La reducción porcentual era de 4,8% a 9,8%. Finalmente para el grupo de CPBG las medidas pre y postoperatorias eran de 5,1 y 3,6, para unos rangos de 6,1-2,5 y 5,6-1-6 respectivamente. La reducción en porcentaje cambiaba de 5% a 45,5%. El cambio de apertura bucal no mostraba diferencias significativas entre los grupos de CPBG e IDEP, mientras que en el grupo de reconstrucción con CLR, el cambio era significativamente menor que en los grupos de CPBG e IDEP.

En los grupos de CLR y CPBG, 3 y 2 pacientes respectivamente sufrieron radioterapia tras la cirugía. En el grupo de CLR, no se apreciaba daño significativo de los músculos pterigoideos durante la cirugía, además, todos los colgajos sobrevivieron completamente. En dos pacientes del grupo IDEP apreció masa que hubo que remodelar. En el grupo de CPBG la epitelización se completaba en cuatro semanas, y no

se observaron pérdidas, aunque en un caso apreció depresión de la zona.

Los autores concluyen que la reconstrucción de los defectos de mucos bucal con colgajo libre radial, ofrecen unos resultados funcionales excelentes y potencian la consecución de la conservación de la apertura bucal. Llama la atención en este trabajo, que la decisión sobre el tipo de reconstrucción a realizar sea tomada por el propio paciente. En cualquier caso, da la impresión que el asesoramiento por parte de los profesionales es un poco partidista, ya que es sorprendente que ningún paciente de los que optó por la reconstrucción microquirúrgica se encontrara en estadio T1. La otra opción, es que el grado de conocimiento de los pacientes intervenidos por los autores sea exquisito en relación a estos temas.

Manuel de Pedro Marina