

Revisión Bibliográfica

Clinical outcome and technical aspects of 263 radial forearm free flaps used in reconstruction of the oral cavity

Smith GI, O'Brien CJ, Choy ET
Br J Oral Maxilofac Surg 2005;43:199-204

En la actualidad uno de los principales métodos de reconstrucción en los cánceres de la cavidad oral (CCO) es el colgajo radial microvascularizado (CRM). Es un colgajo que permite una reconstrucción óptima con resultados estéticos y funcionales excelentes. Como principales desventajas se asume su gran complejidad quirúrgica así como un tiempo quirúrgico prolongado. En este estudio se presenta a 258 pacientes con CCO y reconstrucción mediante CRM, desde 1987 a 2002. La edad media era de 70 años. La mayoría de las CCO eran localizadas a nivel de la lengua y suelo de boca y el 97% eran de estirpe epidermoide. En 247 casos se utilizaron el CRM estándar y en 16 pacientes se acompañaba de injerto óseo radial para el defecto mandibular (13 defecto lateral y 3 con defecto anterior). En todos los casos se realizaron una resección de CRM estándar realizado todas por el mismo equipo quirúrgico del Hospital de Sydney. Como resultados finales se revelaron en total 9 (3%) fracasos del colgajo y en 4 pacientes, una necrosis parcial del mismo. En los 9 fracasos, se utilizaron otro tipo de colgajos (pectoral mayor, buccinador, injerto cutáneo etc.) como segunda opción reconstructiva. Dentro de las complicaciones postoperatorias se evidenciaron fistulas orocutaneas en 9 (3%) pacientes y en 10 pacientes se revelaron infecciones de la herida quirúrgica. Un total de 4 pacientes fallecieron a los 30 días postoperatorias. Este estudio confirma la baja tasa de morbilidad y complicaciones que existen en este tipo de intervenciones, lo que verifica el CRM como uno de los mejores métodos de reconstrucción en el área maxilofacial. Creemos que es el método de elección en pacientes con defectos mayores de 5 cm. de diámetro aproximadamente en la cavidad oral. También para muchos autores, son de elección en los pacientes que requieran una radioterapia coadyuvante.

Myomucosal cheek flaps: applications in intraoral reconstruction using three different techniques

Bianchi B, Ferri A, Ferrari S, Copelli Ch
Oral Sug Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2009 (en prensa)

Los defectos de la cavidad oral producidos tras resecciones tumorales pueden ser reconstruidos de varias maneras dependiendo fundamentalmente del tamaño y localización del defecto. Para los grandes defectos los colgajos libres microvascularizados son la primera elección, en cambio para los pequeños y moderados defectos se recomiendan colgajos locales o pediculados. Dentro de la variedad de colgajos locales, el colgajo musculomucoso del buccinador (CMMB) esta muy valorado por los cirujanos. Sus ventajas principales son sobretodo su sencilla técnica, baja morbilidad, sin producir una cicatriz externa, resultados estéticos y funcionales óptimos y sobretodo que reemplaza la mucosa oral por mucosa. Existen en la actualidad tres tipos de CMMB: 1) CMMB de pedículo posterior, basado en la arteria bucal (rama de la arteria maxilar interna), descrito por Bozola y cols., 2) CMMB de pedículo anterior, basa-

do en la arteria facial, descrito por Pribaz y cols. Y 3) CMMB con isla de mucosa basado en la arteria facial y descrito por Zhao y cols. El CMMB de pedículo posterior (la más conocida y utilizada) de pedículo posterior es utilizados para la reconstrucción de defectos de mucosa oral posterior y defectos palatinos. En el injerto además de la arteria facial se incluye el nervio bucal largo. En cambio, el CMMB de pedículo anterior requiere de identificación de la arteria facial (eco-doppler) con eje de rotación anterior. Fundamentalmente se utilizan para defectos de suelo de boca o labio. Y como una tercera variante se describe el CMMB con isla de mucosa, que se basa también en la arteria facial que es identificada y disecada en todo su trayecto hacia el cuerpo de la mandíbula. Posteriormente, se tuneliza el colgajo entre el cuerpo mandibular y la piel, abocando el colgajo a la zona submaxilar, que nuevamente se vuelve a tunelizar a través del musculo milohioideo al suelo de boca. Permite así, saltar la barrera de la dentición y reconstruir defectos importantes en el suelo de boca. Se realiza sobretodo en pacientes a los que se les han realizado linfadenectomía cervical ipsilateral con preservación de la arteria facial. En el presente estudio incluyen 46 pacientes operados de tumoración maligna de la cavidad oral y con una con CMMB. La edad media de los pacientes fue de 62 años. La localización de las lesiones fue en 19 casos la lengua, 15 en suelo de boca, 8 en paladar, 2 en labio y en mucosa oral. Solamente en 4 pacientes tenían adenopatías positivas (N+) en las pruebas de imagen preoperatorias. En 10 casos se utilizaron el CMMB de pedículo posterior, en 27 casos de CMMB pedículo anterior y en 9 pacientes se utilizaron el CMMB con isla de mucosa. En el seguimiento se observaron una necrosis parcial del colgajo en un CMMB de pedículo posterior y otro del pedículo anterior, que se resolvieron espontáneamente a las 2 semanas. No se encontraron más complicaciones postoperatorias ni en la zona donante ni receptora. En los 37 pacientes que se utilizaron CMMB de pedículo anterior y posterior se procedió a la resección del pedículo bajo anestesia local a los 4 semanas. 34 pacientes revelaban una apertura oral máxima óptima y ninguna alteración significativa en el habla y en la deglución. En 11 pacientes se revelaron una disminución de la apertura oral máxima y solamente en un paciente se observo compromiso de la deglución. Creemos que el CMMB en sus tres variedades es un colgajo a tener en cuenta en defectos de la cavidad oral de < 5 cm., siendo una técnica sencilla, rápida, de gran aceptación por parte del paciente, baja morbilidad, resultados funcionales excelentes y no requiere cicatriz externa. El CMMB con isla de mucosa es ideal para defectos moderados de suelo de boca o lengua, con linfadenectomía ipsilateral y dentición completa.

Lymphatic drainage of the superficial tissues of the head and neck: anatomical study and clinical implications

Pan, Wei-ren, Suami, Hiroo, Taylor G Ian
Plast Reconstr Surg 2008;121:1614-24; discusión 1625-6.

El conocimiento actual de la anatomía del sistema linfático no puede explicar algunos hallazgos inesperados relacionados con los cánceres de cabeza y cuello. Es por ello necesario hacer nuevo mapa de las extensas redes de drenaje que se organizan en torno a los tejidos superficiales de cabeza y cuello. Los patrones linfáticos aceptados actualmente fueron establecidos por Sappey en el año 1874. Los vasos linfáticos son pequeños vasos

Revisión Bibliográfica

transparentes, muy próximos a los vasos sanguíneos y que forman una red de drenaje por todo el cuerpo; si bien es cierto que presentan su máxima concentración en la superficie corporal. Estos vasos juegan un papel fundamental no sólo de cara al sistema inmune o al mantenimiento de un correcto drenaje regional, también están implicados en la diseminación de procesos tumorales. Aunque el sistema linfático tiene leves variaciones regionales, en general está constituido por varias estructuras: 1º) Capilares linfáticos: extensa red capilar cuyo origen se sitúa en la dermis. Son el elemento principal del sistema pues representan el primer contacto con el patógeno. Su concentración es mayor en zonas más expuestas a infecciones (como el cráneo, muy expuesto a traumatismos). 2º) Ampolla linfática: en este estudio se han descrito dilataciones similares a las presentes en las grandes zonas del sistema linfático. Tradicionalmente se han descrito 3 dilataciones en el sistema linfático: en la cisterna del quilo, y en las respectivas conexiones terminales del conducto torácico y de la gran vena linfática con el sistema venoso. En este estudio se han encontrado estructuras análogas de tamaño microscópico en cada uno de los capilares linfáticos, y se les ha llamado "ampollas linfáticas. Su función es desconocida. 3º) Vasos linfáticos precolectores: vasos de mayor tamaño que recogen el drenaje linfático de los capilares. Pueden ser directos, si conectan directamente con los vasos colectores, o indirectos, si presentan recorrido antes de realizar la conexión. 4º) Vasos colectores: recogen la linfa para llevarla a los ganglios linfáticos. 5º) Ganglios linfáticos: las estructuras principales del sistema, drenan la linfa de toda una región. Durante el estudio se encontraron ganglios transparentes, algo que se achacó a su carácter inactivo debido a una degeneración senil. Los hallazgos realizados revelan una afectación homogénea de cortical y medular. 6º) Shunt linfaticovenosos: se encontró un lugar de anastomosis linfático-venosa a nivel occipital, entre 2 vasos linfáticos eferentes y una vena occipital del tejido celular subcutáneo. Esto proporciona al cáncer una vía de diseminación directa por vía hemática sin necesidad de paso ganglionar. El concepto de ganglio centinela fue introducido por Gould et al. como el primer ganglio que recibe el drenaje de una región afectada por un proceso tumoral. En 1992, Morton et al. propusieron una técnica invasiva para su mapeado intraoperatorio, y en 1993, Alex y Krag introdujeron una técnica no invasiva basada en el uso de radiación gamma. Estudios posteriores de Thompson et al. usando linfogammagrafía revelaron que un cirujano extirparía erróneamente ganglios conteniendo material potencialmente metastático en 1 de cada 3 pacientes. Por ello, Thompson, llevó a cabo una serie de inyecciones con las que pretendió enfatizar varias cuestiones de cara a los cirujanos: Una inyección puede atravesar la región del supuesto ganglio centinela sin pasar por él. Esto se debe a las múltiples anastomosis del sistema. Esto puede ocurrir tanto en cara como en cráneo. Una inyección a la altura de la sutura frontoparietal puede diseminarse por 2 caminos diferentes: hacia los ganglios retroauriculares, o hacia los ganglios bucales (atravesando la frente). Las rutas linfáticas en la zona anterior del cuello situadas sobre el platismo, cursan hacia superior, horizontal y oblicuamente tal y como muestran los estudios de linfogammagrafía. Como conclusión tras mapear la red linfática de cabeza y cuello se ha llegado a la conclusión de que hay variaciones de unos individuos a otros, incluso de lados diferentes del mismo individuo. Una amplia red de vasos avaluables se extienden desde la dermis hacia los ganglios linfáticos

y presentan múltiples anastomosis entre ellos, así como con el sistema venoso, que hace difícil predecir el comportamiento de un proceso metastático.

Diagnóstico y Tratamiento de la Patología de la ATM.

Florencio Monje Gil

El libro de "diagnóstico y tratamiento de la patología ATM" realizado por el Dr. Florencio Monje Gil, es un extenso tratado sobre todos los aspectos básicos para la comprensión de la patología de la ATM. Destacamos principalmente además del autor del libro, a Florencio Monje, sobradamente conocido por todos, su gran pasión en el tratamiento de la patología ATM; a los colaboradores "galácticos" nacionales e internacionales de primerísimo nivel como son A. Tarro, K. Murakami, J. Norman, R. F. Rodríguez Campo, Martín-Granizo, F. J. Sastre, F. Hernández Alfaro, etc. El libro comienza con los acertados prólogos de dos grandes eminencias incluidos inevitablemente en este "Dream Team" de la patología de la ATM como son L. Woldford y M. Mommaerts. Estos resaltan la profesionalidad y el gran entusiasmo de Florencio Monje en el estudio de la patología de ATM, así como su constante interés en los avances en el tratamiento de la misma. Además de una breve introducción realizado por el autor, el libro consta de 44 capítulos donde abarca de una manera entusiasta todos los aspectos medico-quirúrgicos de la patología de la ATM. Tras un repaso amplio y ordenado de la historia, embriología, anatomía, fisiología, exploración clínica y radiológica de la ATM, nos metemos en un segundo gran bloque que es el tratamiento quirúrgico de la ATM, que es lo que nos interesa principalmente a los cirujanos maxilofaciales. En este bloque quirúrgico se tocan todos los aspectos de las diferentes técnicas quirúrgicas en la patología ATM, como la artrocentesis, artroscopia, sutura discal, laser, artrotomía, discopexia, discectomía, artroplastia y reconstrucción articular. Y finalmente, en un tercer bloque se refiere a otras patologías de la ATM, menos comunes como la condromatosis sinovial, hiperplasia condilar, necrosis avascular, luxación, tumores, enfermedades reumáticas, fracturas, anquilosis, etc. En conclusión ojeando el libro por encima consideramos que es un tratado extenso fundamental para una óptima comprensión de la patología ATM, para cualquier profesional que se dedique directa o indirectamente al campo de la ATM. Seguramente será un libro de referencia para los cirujanos orales y maxilofaciales dedicados al manejo sobretodo, quirúrgico de la ATM, debido a que aborda escrupulosamente todos los aspectos técnicos en el tratamiento quirúrgico de la patología ATM.

