

TRATAMIENTO DE LA APNEA OBSTRUCTIVA SECUNDARIA A MICROGNATIA EN PACIENTES CON SÍNDROME DE PIERRE-ROBIN MEDIANTE DISTRACCIÓN MANDIBULAR

Martínez Plaza A., Marín Fernández A.B., Sánchez López D., Gálvez Jiménez P., Cabello Serrano A., Bailón Berrio L.C.
Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Pierre-Robin es una de las malformaciones craneofaciales congénitas que asocian con elevada frecuencia una hipoplasia mandibular severa, que puede causar obstrucción de la vía aérea superior por retroposición de la base de la lengua dentro del espacio faríngeo posterior. La mayoría de los pacientes responden al tratamiento postural, en decúbito prono. Puede ser necesario controlar la saturación de oxígeno, insertar un tubo nasofaríngeo e, incluso, intratraqueal. En los casos más graves con pausas prolongadas y frecuentes de apnea, la traqueotomía puede ser necesaria, pero se asocia a una alta morbilidad y, ocasionalmente, mortalidad.

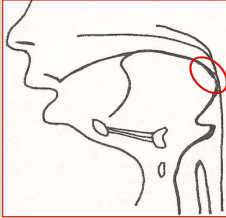


Fig. 1: esquema representativo de la retroposición lingual en un paciente con micrognatia.

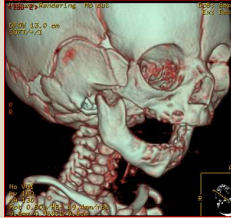


Fig. 2: imagen TAC 3D, donde se aprecia hipoplasia mandibular severa.



Fig. 3 y 4: pacientes con secuencia de Pierre-Robin con alimentación mediante sonda nasogástrica.



SECUENCIA DE PIERRE-ROBIN(1/8500): micrognatia, glosptosis y obstrucción respiratoria alta, asociada o no a fisura palatina

MATERIALES Y MÉTODOS

En los 2 últimos años se han tratado 8 pacientes con apnea obstructiva grave secundaria a hipoplasia mandibular severa mediante distracción mandibular osteogénica. La decisión quirúrgica se sustentó en la historia clínica, monitorización continua, fibroscopia VADS, polisomnografía y TAC 3D. En 7 pacientes se utilizaron distractores externos y en un caso distracción intraoral. El rango de elongación mandibular fue de 18-22mm.

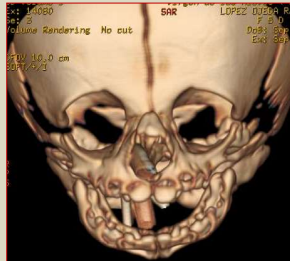


Fig. 5: imagen TAC 3D secuencia Pierre-Robin.



Fig. 6: imagen corticotomía mandibular.



Fig. 7: imagen Rx predistracción.



Fig. 8 y 9: imagen predistracción mandibular.



Fig. 10: imagen Rx tras distracción de 6,5 mm.



Fig. 11, 12 y 13: resultado clínico a los 18 meses de la distracción osteogénica mandibular.



CRITERIOS PARA LA DISTRACCIÓN MANDIBULAR

1. Saturación periférica de O₂ en posición prono < 40%
2. Rx lateral de cráneo: distancia de la raíz lingual a la pared faríngea posterior de 2 mm
3. TAC 3D: severidad de la hipoplasia mandibular



CONCLUSIONES

La Distracción Osteogénica es el tratamiento "gold standard" de la apnea obstructiva secundaria a micrognatia, ya que evita la traqueostomía y/u otros procedimientos quirúrgicos, trata la etiología de la enfermedad y es eficaz en el 100% de los casos, mejorando los niveles de saturación de O₂ y la alimentación en pocos días. Además, mejora la calidad de vida, siendo un procedimiento reproducible y con mínimas complicaciones a corto plazo.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Sidman JD, Sampson D, Templeton B. Distraction osteogenesis of the mandible for airway obstruction in children. Laryngoscope 2001; 111(7):1137-1146.
2. Shen W, Jie C, Chen J, Zou J, Ji Y. Mandibular distraction osteogenesis to relieve Pierre Robin severe airway obstruction in neonates: indication and operation. J Craniofac Surg. 2009 Sep; 20 Suppl 2: 1812-6.
3. Burstein FD, Williams JK. Mandibular distraction osteogenesis in Pierre Robin sequence: application of a new internal single-stage resorbable device. Plast Reconstr Surg 2005; 115(1):61-67.
4. Miloro M. Mandibular distraction osteogenesis for pediatric airway management. J Oral Maxillofac Surg. 2010 Jul;68(7):1512-23. Epub 2010 Apr.

