

23 CONGRESO NACIONAL SECOM

4, 5 y 6 JUNIO 2015

Oviedo

www.secom.org

sociedad española de cirugía oral y maxilofacial



50
1965 2015

cincuenta años
haciendo de
nuestra especialidad
nuestra pasión

LIBRO DE COMUNICACIONES

COMUNICACIONES

ORALES **(CO)** **pág. 3**

COMUNICACIONES

PÓSTERES **CON DEFENSA (CPA)** **pág. 125**

COMUNICACIONES

PÓSTERES **SIN DEFENSA (CPB)** **pág. 199**

COMUNICACIONES ORALES (CO)

SESIÓN 1

CO1 (222). COLGAJO MIOMUCOSO BUCCINADOR EN RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS DE LA CAVIDAD ORAL Y OROFARINGE, EXPERIENCIA EN 5 AÑOS

Buriticá Molano, C.A.(**); Gisbert Alemany, N.(*); Pastor Zuazaga, D.(*); Agüero De Dios, E.(*); Sebastián López, C.(*); Martínez Garrido, A.(*)

(*) Hospital Universitario San Juan de Alicante; (**) Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia

INTRODUCCIÓN:

Los defectos en la mucosa de la cavidad oral y orofaringe supone para el cirujano maxilofacial un reto de tratamiento reconstructivo ya que debe diseñar una estrategia de reconstrucción idónea que logre un equilibrio entre un tamaño de tejido suficiente para cubrir el defecto y minimizar las secuelas funcionales, con una técnica con resultados predecibles. Teniendo en cuenta la escasa disponibilidad de tejido de recubrimiento en la cavidad oral, son pocas las opciones ofrecidas para su reconstrucción con colgajos locales. Uno de éstos, el colgajo miomucoso buccinador, fue descrito hace 40 años por Kaplan y perfeccionado por Bozola y Zhao. Con esta técnica se obtiene un tejido compuesto de mucosa, submucosa y músculo, de aproximadamente 2,5 x 6,5 cm por cada mejilla. La versatilidad de este colgajo radica en los tres posibles pedículos sobre los cuales puede ser elevado, lo que permite llegar a casi todas los rincones de la cavidad oral y orofaringe.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se seleccionaron todos los casos de reconstrucción de defectos de cavidad oral y orofaringe con colgajo miomucoso de buccinador realizados en los últimos 5 años en el servicio de cirugía oral y maxilofacial del Hospital Universitario San Juan de Alicante. Se revisaron 27 casos tratados que presentaban defectos oncológicos, congénitos o adquiridos y secuelas de cirugía. Hemos analizado los datos epidemiológicos y clínicos de cada caso y hemos tomado registros fotográficos para valorar los resultados.

RESULTADOS:

La indicación principal del colgajo miomucoso de buccinador ha sido la resección oncológica, seguido por las secuelas de pacientes fisurados. La técnica más frecuentemente utilizada ha sido el colgajo de buccinador de pedículo inferior. El resultado ha sido favorable en la mayoría de los casos con escasas complicaciones postquirúrgicas.

CONCLUSIÓN:

El colgajo miomucoso buccinador es una buena opción para la reconstrucción de defectos de tamaño moderado en la cavidad oral y orofaringe, logrando resultados favorables con escasa morbilidad de la zona donante y con un tiempo quirúrgico corto en comparación con técnicas más complejas de reconstrucción.

SESIÓN 1

CO2 (53). USO DE PRF (SISTEMA VIVOSTAT®) EN OSTEONECROSIS MANDIBULAR RELACIONADA CON BIFOSFONATOS: ¿UNA OPORTUNIDAD DE SER EFECTIVOS PERO NO AGRESIVOS?

Cebreros D.; Ventura N.; Morales J.D.; Marqués M.; Iglesias M.E; Puche M.
Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Clínico Universitario. Valencia

INTRODUCCIÓN:

A pesar de los incontables beneficios que la terapia con bifosfonatos trae a los pacientes con patología ósea de distinta etiología, los cirujanos maxilofaciales debemos luchar contra uno de los efectos adversos más temibles, la osteonecrosis mandibular relacionada con bifosfonatos (BRONJ de sus siglas en inglés). Aunque durante los años han aparecido varias opciones para el tratamiento de estos pacientes, que van desde el uso de antibióticos y enjuagues de clorhexidina hasta diferentes tipos de cirugía con la ayuda o no de oxígeno hiperbárico, ninguna ha logrado ser completamente satisfactoria ni para los pacientes ni para los cirujanos.

Los preparados con PRF (Fibrina rica en plaquetas) han aparecido como una segunda generación de concentrado de plaquetas evolucionando del PRP (Plasma rico en plaquetas) con excelentes propiedades para la aceleración en la curación de tejidos blandos y hueso. Los mismos se componen de una matriz de fibrina con leucocitos, plaquetas y factores de crecimiento. Esta segunda generación ha aportado ventajas como son una técnica de obtención más sencilla, mejor manejo intraoperatorio y un coste más bajo.

MÉTODOS:

Presentamos varios casos de BRONJ que fueron seguidos por nuestro servicio, algunos por más de dos años, con terapia conservadora (antibióticos + enjuagues de clorhexidina según síntomas, curetajes superficiales). Todos ellos presentaron evolución tórpida y persistencia de sintomatología (dolor, infecciones, exposición ósea) por lo que se decidió realizar un curetaje del hueso necrótico y estimular la curación y el crecimiento óseo con PRF (Vivostat®) consiguiendo muy buenos resultados en la disminución de la sintomatología y mostrando mejoría en las pruebas de imágenes.

CONCLUSIONES:

Pensamos que la regeneración tisular y la estimulación del crecimiento óseo, combinados a una técnica de simple preparación y fácil colocación quirúrgica, hacen del uso de PRF, para casos de BRONJ leves a moderados y con evolución tórpida, un método válido que nos permitiría resecciones quirúrgicas menos agresivas con buenos resultados clínicos.

SESIÓN 1

CO3 (54). TRAUMATISMOS MAXILOFACIALES: EXPERIENCIA Y ANÁLISIS EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS. ESTUDIO RETROSPECTIVO Y ANALÍTICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO LA FE DE VALENCIA

Nuño Iglesias, C., Fernandes Ciaccia, L.G., Tomás Amérigo, J.A.; Agudelo Torres, A.; Bizcarrondo Ruiz, E., Baquero Ruiz de la Hermosa, M.C.

Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Las lesiones del territorio Maxilofacial, representan un porcentaje importante de los traumatismos atendidos en el Área de Urgencias. Gran número de estudios confirman a los accidentes de tráfico como la causa etiológica fundamental, siendo más frecuentes en el sexo masculino y con un pico de incidencia entre los 20-30 años (Forounzanfar et al., 2013; Van Der Bergh et al; 2011; Katarzyna and Piotr 2010).

Muchos autores han demostrado que la epidemiología y características de los traumatismos maxilofaciales están fuertemente influenciadas por las condiciones socioeconómicas y culturales de las distintas regiones geográficas. Así Erdmann et al (2008) y Katarzyna and Piotr (2010) describieron a la violencia como la causa etiológica más frecuente en el traumatismo facial. No obstante, la mayoría de estudios revisados, incluido el análisis multicéntrico de Ashwinini Shankar et al (2011), que recogió 2027 pacientes, señalan a los accidentes de circulación como la etiología predominante.

A pesar de ello, en las últimas décadas se ha observado una disminución de los casos relacionados con el tráfico, a favor del aumento de la violencia como causa más importante. La implantación del carnet de conducir por puntos, disminuyó la mortalidad en España por accidente en un 14.5% (Pombo et al; 2010).

Son muchos los autores que coinciden en la asociación de los traumatismos maxilofaciales de alta energía con el TCE y la lesión cerebral. Aproximadamente 1/3 de los pacientes con fracturas faciales presentan lesiones intracraneales (Brandt et al., 1991). En su último estudio publicado, Salentijn et al (2014), encontraron que el 8.1% de los pacientes con traumatismos del territorio facial precisaron de intervención neuroquirúrgica. El objetivo de nuestro estudio, es analizar la incidencia, la etiología y el manejo terapéutico de todos los traumatismos faciales tratados por el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital la Fe de Valencia entre los años 2010 y 2015, con el fin de observar si las características geográficas y socioeconómicas de la región modifican los patrones clásicamente descritos en la literatura.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se ha revisado nuestra experiencia en los últimos 5 años (enero de 2010-enero 2015), con un total de 1004 pacientes. Se han incluido en el estudio pacientes con diagnóstico de traumatismo maxilofacial, fracturas en los huesos faciales con o sin asociación de otras lesiones en el territorio de cabeza y cuello. Se descartaron pacientes con fracturas dento-alveolares y nasales aisladas por su tratamiento odontológico y por parte del servicio de Cirugía Plástica, respectivamente. También fueron excluidos del estudio pacientes en edad pediátrica.

Se diseñó un estudio descriptivo y retrospectivo con la información epidemiológica, clínica y terapéutica correspondiente a los 1004 pacientes, obteniéndose los datos estadísticos más relevantes.

La información recogida incluyó: edad, sexo, mecanismo de producción, examen radiológico inicial, tipo de traumatismo maxilofacial, presencia de lesión en partes blandas, asociación de TCE o lesión cerebral, evidencia, si hay constancia (analítica y/o confesa) de consumo de alcohol y/o tóxicos, tipo de tratamiento (conservador, reducción cerrada o reducción abierta y osteosíntesis) y complicaciones.

Las causas fueron clasificadas en: accidentes de tráfico (coche o motocicleta), violencia y agresión,

accidentes deportivos, caídas en bicicleta (se han estudiado como mecanismo independiente por la controversia a la hora de incluirlas como accidentes deportivos o de circulación), accidentes laborales, síncope, caída casual y otros (precipitados, lesiones por arma de fuego y asta de toro).

Las fracturas faciales fueron agrupadas en: mandíbula, paredes orbitarias, complejo cigomático-malar, NOE, seno frontal, fractura tipo Le-Fort (I, II y III) y panfacial (fractura de los tres tercios del macizo facial).

Si precisó, en lo referente al tratamiento quirúrgico, la necesidad de cirugía urgente (recogiendo la causa) o bien tratamiento diferido, días de hospitalización y días de demora hasta tratamiento definitivo.

Los datos sobre los enfermos han sido recogidos utilizando el Archivo de historias clínicas del hospital, previa autorización. Los datos estadísticos han sido procesados mediante el programa informático SPSS. Base de datos en Microsoft Excel 2010.

RESULTADOS:

En la muestra, y acorde a la bibliografía, se ha encontrado un predominio importante en los varones con un ratio de 4:1 (82.2 % de varones) y un pico de incidencia entre los 21-30 años.

En la población representada, la fractura facial aislada más frecuente fue la de alguna de las paredes orbitarias (51.6%). De todas ellas el 61% afectaron al suelo de la cavidad y un 39% al resto de paredes. Seguido de cerca en incidencia, se encuentra la fractura del complejo cigomático-malar (48.7%). La fractura mandibular ocupa el tercer puesto (40%).

El agente etiológico predominante fue la agresión y violencia (42%), seguido con un 24% de incidencia por la caída casual. La causa asociada a mayor morbi-mortalidad fueron los accidentes de tráfico (que ocupan el tercer mecanismo en frecuencia), presentando hasta un 65,9% TCE asociado y agrupando la mayor parte de fracturas faciales de alta complejidad (Panfacial y Le Fort III) .

La mayor parte de las agresiones, alrededor del 54% se concentran en el grupo de edad comprendido entre los 20 y los 40 años. Pierde importancia como mecanismo a partir de esta década a favor de la caída casual, convirtiéndose en la etiología más común a partir de los 60 años, representando el 62% de los casos en este grupo de edad.

De todos los paciente agredidos recogidos en el estudio, el 34% por ciento presentó fractura de alguna pared orbitaria, el 33% fractura de mandíbula y el 28% fractura del complejo cigomático. De todas las fracturas mandibulares registradas, el 52% de ellas, fueron secundarias a la violencia.

En más del 90% de los pacientes el tratamiento definitivo fue diferido, con una demora inferior a 1 semana en el 85% de los casos. Tiempo medio desde el ingreso hasta el tratamiento definitivo de 3,8 días. El retraso del tratamiento se relaciona con la inestabilidad del paciente o su necesidad de cuidados intensivos en la Unidad de REA. La causa fundamental de tratamiento quirúrgico de urgencia en el manejo inicial del paciente traumatizado fue la lesión severa de partes blandas y el compromiso de la vía aérea por inestabilidad del tercio medio facial.

El TCE apareció globalmente en el 27,7% de los enfermos. Por causa, la que presentó una mayor asociación con el daño cerebral fue el accidente de tráfico, hasta en un 65,4% de los pacientes. Le siguen las caídas en bicicleta con un 59% de asociación. Los pacientes agredidos solo presentaron TCE en el 12% de los casos. La complicación más común en los enfermos registrados, fue la lesión nerviosa, representada por la presencia de parestesias/hipoestesias en territorio de nervios sensitivos (Infraorbitario fundamentalmente, seguido de nervio dentario inferior)

CONCLUSIÓN:

Clásicamente se ha descrito a los accidentes de tráfico como la causa más frecuente de fracturas en el macizo facial. La mejora y el avance tecnológico en lo referente a la seguridad vial, tanto de los elementos activos como pasivos, así como el aumento de la conciencia social respecto a la importancia de la seguridad en las carreteras y desarrollo de la nueva legislación, han permitido observar una disminución en el número de traumatismos maxilofaciales relacionados con este mecanismo.

La violencia y la agresión, representan la causa etiológica más común en nuestro medio urbano. Se observa un predominio de incidencia en el sexo masculino y en el grupo de edad comprendido entre los 20-31 años. La morbimortalidad asociada a los traumatismos maxilofaciales esta directamente relacionada con la presencia del TCE y del daño cerebral. Son por tanto los traumatismos de alta energía (accidentes de tráfico y precipitaciones de grandes alturas) los que se asocian a peor pronóstico para el enfermo, por la mayor severidad de las lesiones asociadas.

La fractura orbitaria, representa el tipo de lesión aislada más frecuente en la muestra.

Nuestro estudio, permite mostrar la información en lo referente a la etiología, la epidemiología y el manejo de los traumatismos maxilofaciales en nuestro medio.

SESIÓN 1

CO4 (78). SEGUNDOS TUMORES PRIMARIOS: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE 30 CASOS Y REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA

Tomás Américo JA; Baquero Ruiz de la Hermosa MC; Salvador Coloma C; Delhom Valero J; Agudelo Torres A; Nuño Iglesias C.

Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia

INTRODUCCIÓN:

Las neoplasias de cabeza y cuello constituyen globalmente el 5% de las neoplasias del organismo. El carcinoma epidermoide constituye el tipo histológico mas frecuente con en el 95% de las neoplasias localizadas a este nivel.

A pesar de la existencia de avances significativos en el tratamiento del cáncer de cabeza y cuello, la supervivencia a largo plazo de los pacientes afectados por estas neoplasias tan sólo ha mejorado parcialmente en los últimos 20 años. Unas de las posibles causas de que no se hayan logrado mejores resultados en la supervivencia global del paciente, sería el desarrollo de segundas neoplasias.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio descriptivo de 30 casos diagnosticados de segundos tumores primarios en vías aerodigestivas superiores, mediante revisión de las correspondientes historias clínicas y literatura relativa a dicha entidad.

RESULTADOS:

La serie se compone principalmente de pacientes de sexo masculino con una edad promedio de 56 años. Se analizaron distintas variables que incluían: sexo, edad, factores de riesgo, localización y tamaño del tumor primario y segundo primario, tipos histológicos, diferenciación del tumor, tratamiento recibido y mortalidad.

SESIÓN 1

CO5 (159). MINIPLACAS PERSONALIZADAS DE ALTA RIGIDEZ Y GUÍAS HUESO-SOPORTADAS: UN NUEVO PROTOCOLO QUIRÚRGICO GUIADO PARA CIRUGÍA ORTOGNÁTICA

Brunso J (*), Alvarez J (*), Gimeno J (**), Franco M (*), Barbier L (*), Santamaria J (*)

(*) Hospital Universitario Cruces, Barakaldo. Osakidetza; (**) Createch Medical, Mendaro

INTRODUCCIÓN:

Tras una buena planificación de un caso de cirugía ortognática, el resultado final vendrá determinado por la exactitud con la que el equipo quirúrgico logre transferirla al campo operatorio y por la estabilidad que se aporte a los fragmentos osteotomizados. Las férulas oclusales intermaxilares son el medio de transferencia clásico más utilizado, no obstante estas pueden introducir imprecisiones difícilmente controlables, y dejan en manos del equipo quirúrgico el control vertical y el posicionamiento de las ramas y cóndilos mandibulares. Los sistemas de osteosíntesis convencionales, por su parte, que precisan de ser moldeados, puede que no sean suficientemente rígidos como para contener las fuerzas musculares, especialmente en casos de grandes avances bimaxilares. Presentamos un nuevo protocolo de cirugía guiada para cirugía ortognática, que utiliza un sistema de reposicionamiento óseo, que prescinde de férulas oclusales intermaxilares clásicas, diseñado mediante un proceso de planificación inversa.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio observacional prospectivo sobre 8 casos de cirugía ortognática/esquelética de un Síndrome de Apnea Obstruktiva del Sueño (1 monomaxilar, 7 bimaxilar) en los que se ha aplicado un sistema basado en el uso de guías hueso-soportadas y miniplacas de titanio personalizadas de alta rigidez. Nuestro objetivo ha sido desarrollar un nuevo protocolo que permita realizar una cirugía ortognática con altos niveles de precisión, con abordajes minimamente invasivos y que incrementase la seguridad y estabilidad que aportan los sistemas actuales de osteosíntesis. Se siguió un proceso de planificación digital inversa: Primero se definió sobre la superficie de una tomografía computarizada la situación de la totalidad de los tornillos de osteosíntesis en zonas seguras con buena calidad ósea; seguidamente se realizó la cirugía de modelos virtual con Simplant sobre la que se diseñaron unas miniplacas de titanio personalizadas con tecnología CAD-CAM. Las miniplacas fueron fabricadas por mecanizado de un bloque de titanio grado V de alta rigidez. El sistema utiliza 2 miniplacas personalizadas a nivel del maxilar superior y 2 a nivel del cuerpo mandibular. Estas miniplacas aportan la información necesaria para posicionar los fragmentos osteotomizados y realizar la osteosíntesis simultáneamente prescindiendo del concurso del maxilar antagonista. Guías hueso-soportadas, permitieron posicionar las miniplacas intraoperatoriamente. Finalmente, se realizó un estudio de precisión comparando por superposición la planificación prequirúrgica con una tomografía computarizada realizada 2 meses posterior a la cirugía.

RESULTADOS:

Los resultados obtenidos en estos primeros 8 casos fueron muy satisfactorios. El sistema se pudo utilizar con facilidad en todos los casos con una reducción paulatina de los tiempos quirúrgicos. El sistema facilitó el control vertical y un correcto posicionamiento condilar prescindiendo del concurso del maxilar antagonista y por tanto de la fijación intermaxilar. En el estudio de precisión hemos observado diferencias importantes dependiendo del avance realizado. Mientras que en los fragmentos maxilares con avances menores a 6 mm hemos detectado unos niveles de precisión muy elevados (desviación media de 0.13979 mm (99.95 % de puntos estudiados) a nivel del maxilar superior y del 0.3431mm (95% de los puntos estudiados) a nivel mandibular); en el caso de avances superiores a 10 mm la desviación media fue de 1.29 mm (99.95% puntos estudiados) a nivel del maxilar superior y de 0.952 mm a nivel mandibular. En todos los casos de grandes avances bimaxilares se ha observado un retroceso anteroposterior de los maxilares y un descenso de los cóndilos en relación a la planificación inicial. Conclusiones: Los sistemas de osteosíntesis personalizados y los sistemas de posicionamiento con guías esqueléticas pueden ser una opción de futuro que permita realizar el procedimiento con unos niveles de precisión, seguridad y rapidez muy elevados; no obstante, nuestro resultado diferirá de lo planificado si no logramos estabilizarlo, quizás hoy en día nuestro mayor reto.

SESIÓN 1

CO6 (110). MINIPLACAS PERSONALIZADAS CAD-CAM PARA CIRUGÍA ORTOGNÁTICA SINTETIZADAS MEDIANTE LÁSER DE POROSA DE TITANIO PURO COMERCIAL

Prol C; Brunso J; Franco M; García Iruretagoyena M; Aguirre I; Santamaría J.
Hospital Universitario Gurutzeta/Cruces. Vizcaya

INTRODUCCIÓN:

El posicionamiento de los maxilares en una cirugía ortognática convencional se basa en el uso de férulas oclusales intermaxilares. Este método puede introducir inherentes errores difícilmente controlables. Los avances en la impresión 3D y la planificación quirúrgica permiten la fabricación de productos sanitarios customizados mediante un procesamiento totalmente digital. Presentamos 4 casos de cirugía ortognática en los que se ha empleado un nuevo sistema guiado que prescinde del uso de férulas oclusales.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio prospectivo observacional de 4 casos de cirugía ortognática intervenidos en el Hospital Universitario Gurutzeta/ Cruces en los que se ha aplicado un nuevo sistema guiado de reposicionamiento óseo basado en guías de osteotomía y miniplacas personalizadas. La Planificación quirúrgica de los casos se realizó mediante el software SimPlant, y para definir la oclusión final se realizó un escaneado de los modelos de yeso con una tomografía computarizada. Las miniplacas fueron diseñadas sobre la superficie esquelética de la planificación quirúrgica con tecnología CAD-CAM y sintetizadas mediante láser de porosa de titanio puro comercial (CPPTi - OBL, Chatillon, Francia). Este sistema permite que, tras realizar el Lefort I, la miniplaca personalizada transmita toda la información para posicionar el fragmento maxilar y realizar la osteosíntesis simultáneamente. Guías esqueléticas permitieron posicionar la miniplaca personalizada de forma intraoperatoria. A nivel mandibular la osteosíntesis se realizó con miniplacas convencionales. Para cuantificar la exactitud del procedimiento, se realizó un estudio de precisión, superponiendo las superficies esqueléticas de la planificación preoperatoria con una tomografía computarizada posterior a la cirugía.

RESULTADOS:

El sistema se pudo utilizar en todos los casos con una excelente adaptación sobre la superficie esquelética, sin observarse fenómenos de intolerancia al material. Los resultados obtenidos en estos casos mostraron una precisión y reproducibilidad muy satisfactorias, además de reducción del tiempo quirúrgico. La evaluación cuantitativa sobre el maxilar superior mostró una buena superposición con la planificación preoperatoria, coincidiendo en torno al 80% de los puntos estudiados entre +/- 1 mm.

CONCLUSIONES:

Consideramos que los sistemas customizados para cirugía ortognática pueden ser una opción de futuro, que permita reducir los tiempos quirúrgicos e incrementar la precisión del procedimiento.

SESIÓN 1

CO7 (279). DIADEMA PERICRANEAL ARTICULADA DE BAJO PERFIL IMPLANTOSOPORTADA (DPABPI)

Hernández Altemir F.(^{*}); Hernández Montero S.(^{**}); Hernández Montero S.(^{***}); Hernández Montero E. (^{****}); Moros Peña M.(^{*****})

(^{*}) *University of Zaragoza, European Association for Cranio-Maxillofacial Surgery and the Head and Neck Surgery, Spanish Association of Head and Neck Surgery, Spain Skull Base Surgery Association*

(^{**}) *University Master of Oral Implants and Prosthodontic, UAX Madrid, Zaragoza University*

(^{***}) *Zaragoza University (Medicine Oral and Pathology), Endodontic*

(^{****}) *ORL Viladecans Hospital and Institute García- Ibáñez of Otoneurosurgery, Barcelona*

(^{*****}) *Pediatric and Cartoonist*

INTRODUCCIÓN:

Dispositivos protésicos adaptativos para región(es) temporomandibulares, para sustituir y facilitar el posicionamiento y motilidad del maxilar inferior, con un eje flotante o fijo de articulación al efecto (simulando la morfología y funcionalidad condílea o en bisagra), para resecciones totales o parciales, que incluyan la(s) estructuras condilomaxilares, soportada(s) por, Diadema pericraneal articulada de bajo perfil implantosoportada (DPABPI) de diseño fundamentalmente computorizado craneosubcigomática parapreglenoidea.

MATERIAL Y MÉTODO:

La investigación en tiempos como los que corren, no es precisamente fácil y más para proyectos, cómo en el que estamos, de ahí, que nos atrevamos a solicitar casi subliminalmente a quienes puedan considerarlos oportunos, nos hagan llegar, su interés. Nosotros ya lo hemos intentado, recientemente, para otros temas, muy diferentes, que requerían también ayuda industrial especializada y ni incluso, contando con Laboratorio Investigador con Animalario y con casi todos los medios humanos especializados, no nos ha sido posible. De ahí, nuestro paso esperanzador, para quienes, se puedan sentir animados, a nuestra actividad con (DPABPI).

Diadema preoperatoria individualizada (DPABPI), habitualmente de diseño computorizado, a partir del TAC craneofacial o similares, de arco total o medial, para según el tipo de cirugía. Siempre tratando de que pueda insertarse en la superficie pericraneal ósea, sin necesidad de despegar en exceso, el cuero cabelludo y todo, mediante breve incisión longitudinal, en el vértice craneal, de trayecto posteroanterior, que facilite la creación de un túnel subperióstico parietotemporal, en busca de la región subcigomática y que si, así se requiriera también, con apoyo incisional independiente de acceso córtico temporopreauricular supra e infracigomático, para distalmente facilitar la instalación de nuestra (DPABPI), donde acoplar el eje, de interconexión. Entre proximal de la placa reconstructiva de soporte mandibular en las cercanías de la fosa temporal correspondiente, a la altura que pueda corresponder o con las variables ablativas impredecibles, que puedan darse.

Parece pues que lo, más predeterminado en el aspecto reconstructivo que tratamos, sería el diseño individualizado de la diadema.

En este caso, no consideramos excesivamente difícil, hacerse con medios protésicos similares a los que aparecen reflejados en nuestros esquemas y que cuando hicimos los dibujos, no será imposible que algunos puedan reconocer su adaptabilidad a algunos de diseño reconocible, existentes en el mercado.

DISCUSIÓN:

El procedimiento que nos embarca, es muy simple comparativamente a lo que existe en la actualidad, en cuanto a reconstrucción y funcionalismo postcirugías radicales de cierta magnitud, de las estructuras temporomandibulares. Evitaríamos la necesidad de instalar sofisticados y costosos aditamentos protésicos

de soporte temporomandibular, que exigen además, cirugías expositivas habitualmente de consideración y riesgo, de invasiones de los espacios neurocraneales de la zona cigomático temporal, por sus elementos de anclaje, así como de la posible lesión de ramas del facial periférico fundamentalmente superior.

Obviaríamos, también de momento, la necesidad de propuestas también nuestras y previas a lo que ahora pretendemos, en las que desaparece la necesidad de colocación de plataformas de anclaje, tanto de diseño circular, como en aspa, en la(s) zona(s) cortical del temporal, sin la necesidad de sujeción, que en su caso, pudiera ser también, con implantes modificados al efecto, donde el hueso de la zona, no es precisamente ideal. Si bien, para situaciones puntuales, tampoco es que se hiciera inestimable la posibilidad, del empleo de las mismas, para soporte de ejes de función e interconexión como los comentados, para la diadema u otras aplicaciones.

Aportamos también en este apartado esquemas representativos, de lo reseñado en el texto, sin olvidar que los mismos, pueden sufrir modificaciones.

CONCLUSIONES:

Intentamos, con (DPABPI), minimizar lo hasta ahora conocido de reconstrucción protésica de una de las regiones de más complejidad anatómica y funcional del organismo, implicada en funciones tan fundamentales, como el habla, la masticación, la deglución, etc., sin olvidar aspectos morfológicos y estéticos de afectados de patologías que requieran cirugías cruentas de la zona temporomandibular.

BIBLIOGRAFÍA:

1. A Schroeder, D.M.D., E. van der Zypen, M.D., H. Stich, F. Sutter: "The Reactions of Bone Connective Tissue, and Epithelium to Endosteal implants with Titanium-Sprayed Surfaces" *Journal of Maxillofacial Surgery* (Vol. 9. No. 1, February 1981).
2. J. Raveh, M.D., D.M.D., H. Stich, F. Sutter, R. Greiner, M.D. "New Concepts in the Reconstruction of mandibular Defects Following Tumor Resections *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*" (Vol. 41. No. 1, January 1983).
3. F. Sutter, J. Raveh, M.D., D.M.D.: "Titanium-Coated Hollow Screw and Reconstruction Plate System for Bridging of Lower Jaw Defects Biomechanical Aspects" *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* (Vol. 17, 1988).
4. S. Hellem, J. Olofsson "Titanium-Coated Hollow Screw and Reconstruction Plate System (THORP) in Mandibular Reconstruction" *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery.* (Vol. 16, No. 4, May 1988).
5. Hernández Altemir F., Hernández Montero Sofía, Hernández Montero Susana, Hernández Montero Elena, Moros Peña M. "Ectopic Occlusion" EACMFS Praga 23-266 september 2014 Prague Congres Centre.

SESIÓN 1

CO8 (185). EPIDEMIOLOGÍA Y SUPERVIVENCIA DEL CARCINOMA ADENOIDE QUÍSTICO EN LA COMUNIDAD DE ARAGÓN

Jarrod Ferrer U; Cámara Vallejo M; Mur Til A; Pantilie B; Gavin Clavero M; Iso Rivera I.
Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

INTRODUCCIÓN:

El carcinoma adenoide quístico (CAQ) es un tumor raro originado a nivel de las glándulas salivares menores, la glándula parótida y la glándula submaxilar. Es de crecimiento lento pero altamente agresivo y se caracteriza por una extensión perineural y una tendencia a generar metástasis pulmonares incluso años después del tratamiento del tumor primario.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realiza un estudio de supervivencia de los pacientes que se intervinieron quirúrgicamente de un carcinoma adenoide quístico en el servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario Miguel Servet desde el 01/01/2004 hasta el 31/12/2014. Los pacientes que se incluyeron en dicho estudio fueron aquellos que presentaron un CAQ diagnosticado y tratado quirúrgicamente en nuestro servicio. Para ello, se desarrolló una base de datos recogiendo las variables fecha de nacimiento, sexo, fecha de diagnóstico, localización, existencia o no de recidiva, presencia o no de metástasis pulmonares, fecha de muerte o última consulta y estado del paciente al finalizar el estudio. Se analizaron los datos mediante el programa SPSS realizando el estudio de supervivencia según el método de Kaplan Meyer.

RESULTADOS:

El número de pacientes diagnosticados e intervenidos de CAQ en nuestro servicio ,desde el 01/01/2004 al 31/12/2014, ha sido de 19 pacientes. La edad media de los pacientes es de 64 años; y la localización más frecuente en nuestro medio es el maxilar superior seguida de la glándula submaxilar y de la glándula parótida. La proporción hombre/mujer es de 1: 1,1. Se han encontrado metástasis pulmonares en 4 de los 19 pacientes estudiados; de los cuales, dos de ellos habían presentado una recidiva local previa. El número de eventos (paciente muertos) al finalizar el estudio es de 9 por lo que el 47 % de los pacientes habían fallecido al terminar dicho estudio. Se realiza el seguimiento a dos años apreciándose un número de eventos de 3 siendo la supervivencia a dos años del 84 %. Se muestran en ambos casos las curvas de Kaplan Meyer.

CONCLUSIÓN:

El CAQ constituye aproximadamente el 1% de los tumores de cabeza y cuello y el 10 % de todas las neoplasias glandulares. Es discretamente mayor la prevalencia en la mujer y la localización más frecuente es el maxilar superior. La tasa de supervivencia y el pronóstico está en relación con el patrón histológico y con la existencia o no de invasión perineural. El tratamiento de elección es la cirugía asociada a Radioterapia en caso de que exista algún margen afecto y/o afectación perineural.

SESIÓN 1

CO9 (192). RECIDIVA DE AMELOBLASTOMA SOBRE INJERTO ÓSEO AUTÓLOGO

Cámara Vallejo M; Mur Til A; Pantilie BG; Gavín Clavero MA; Jariod Ferrer UM; Moral Sáez IJ.
Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

INTRODUCCIÓN:

El ameloblastoma es un tumor odontogénico benigno, de crecimiento lento, agresivo localmente y con tendencia a la recidiva. Las recidivas en injerto óseo autólogo son raras en la literatura.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Presentación de un caso y revisión de los casos descritos en la literatura. Se realiza un registro y comparación de los datos epidemiológicos de los pacientes, manejo terapéutico tipo, histológico, tiempo transcurrido hasta la recidiva y manejo de la misma.

RESUMEN:

Aunque el ameloblastoma puede recidivar independientemente del tratamiento quirúrgico elegido, se ha demostrado que la tasa tras una resección radical es considerablemente menor en comparación con la enucleación o curetaje, con un 5-15% y un 65-75% respectivamente. Se dan por márgenes de resección insuficiente y por la agresividad del tumor, sucediendo la mayoría de las veces durante los primeros cinco años (50-80%), aunque hay casos descritos en la literatura de hasta más de treinta años tras la resección primaria. La patogenia de la recurrencia del ameloblastoma sobre un injerto óseo no es fácil de explicar, el fenómeno también ha sido descrito en casos de mixoma o queratoquistes, formulándose tres posibles hipótesis como la presencia de islas de tejido tumoral en el hueso esponjoso del margen quirúrgico, en las partes blandas adyacentes, sobretodo en el periostio y finalmente, por contaminación intraoperatoria. La debilitación de las barreras anatómicas del injerto óseo así como el tipo de ameloblastoma también podrían tener un papel en este fenómeno.

CONCLUSIONES:

La patogénesis de la recidiva sobre injerto óseo sigue basándose en hipótesis y es considerada por algunos autores una amenaza en potencia, ya que puede conllevar el fracaso del injerto o colgajo de reconstrucción. La resección radical con hueso y tejidos adyacentes con un margen sano de al menos un centímetro está indicada para disminuir el riesgo de recidiva, sobretodo en casos en los que hay ruptura de la cortical y/o afectación de partes blandas. Algunos autores recomiendan un seguimiento clínico y radiológico durante al menos 10 años.

SESIÓN 1

CO10 (175). PRECISIÓN DE LA PAAF EN LOS TUMORES DE PARÓTIDA

Gavín Clavero M.; Jarrod Ferrer U.; Cámara Vallejo M.; Mur Til A.; Pantilie B.; Usón Bouthelier T.
Servicio de C. Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

INTRODUCCIÓN:

Aunque existe controversia en el uso de la PAAF como técnica de cribado o detección en los tumores de parótida, por tener la tasa de precisión más baja entre todos los tumores de cabeza y cuello. Tanto la PAAF como eco-PAAF son dos procedimientos básicos en el diagnóstico prequirúrgico de tumores de glándula parótida. Existen múltiples estudios sobre la precisión de la PAAF en la distinción entre procesos neoformativos e inflamatorios, entre tumores malignos y benignos, y de cada uno individualmente. En todos ellos la especificidad es mayor que la sensibilidad, sobre todo en el caso de tumores malignos; esto es debido a la gran diversidad de tumores parotídeos que existe, que son histológicamente complejos y que son anatomopatológico dependiente.

MATERIAL Y MÉTODO:

Resultados obtenidos de PAAF y eco-PAAF en 323 pacientes con tumores de parótida, 280 benignos y 47 malignos operados entre enero de 2010 a diciembre de 2014 en el Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza. Estudiando sensibilidad, especificidad, VPP, VPN y precisión de la PAAF y eco-PAAF en la diferenciación entre tumores malignos y benignos. Clasificándolos en seis categorías: verdaderos positivos: PAAF correcta para tumor maligno; falsos negativos: PAAF negativa para malignidad o diagnóstico de benignidad en caso de tumor maligno, falsos positivos: PAAF positiva para malignidad en tumor benigno, verdaderos negativos: PAAF correcta para tumor benigno o proceso no neoplásico. No concluyente: cuando no se distingue entre proceso benigno y maligno, o bien se recomienda biopsia para tipificación o tiene PAAF no filiable. Y no diagnóstico: cuando la muestra es insuficiente. Teniendo como criterios de exclusión: tumores operados sin PAAF previa, diagnóstico previo de malignidad y recidivas.

RESULTADOS:

La edad media en mujeres es de 54.58 y en hombres 58.08, en el caso de tumores malignos es de 69.15 y benignos 54.37. La sensibilidad de la PAAF sin tener en cuenta resultados no concluyentes y no diagnósticos es 61.8% y su especificidad 98.7%. Con una RPP de 47.53. Si tenemos en cuenta los resultados de PAAF no concluyente y no diagnóstica la sensibilidad es 48.8% y la especificidad 83.2%. Con una RPP de 2.9. El 16.3% de todos los tumores malignos tiene PAAF no concluyente, y solo 6.1% de los tumores benignos. En el caso de tumor mixto la sensibilidad es 83%, 59.8% en warthin y 20% para malignidad en caso de mucoepidermoide. De difícil diferenciación es el carcinoma de células acinares que se confunde con el oncocitoma. Y el adenoma monomorfo con el adenoide quístico. También son de difícil diagnóstico mediante PAAF el mioepitelioma tanto benigno como maligno y las lesiones linfoides.

CONCLUSIONES:

Debido a la dificultad de clasificación anatomopatológica de la PAAF, el objetivo más importante de esta es distinguir tumores benignos de malignos. Basándonos solo en criterios de benignidad y malignidad, la sensibilidad de la PAAF aumenta. A pesar de esto, y de acuerdo con la literatura, los tumores malignos son los que más falsos negativos reportan, confundándose con tumores benignos y sobre todo, corresponden a casos de PAAF no concluyente. Por otra parte, dentro de los tumores benignos la sensibilidad es alta sobre todo en el diagnóstico de tumor mixto y warthin. Por tanto, la PAAF es una técnica útil y objetiva para orientar la cirugía, sobre todo cuando el resultado es pleomorfo, warthin o maligno, pero no hay que dejar de lado, las pruebas de imagen, la clínica y sobre todo los hallazgos intraoperatorios en el caso de benigno que no sea pleomorfo o warthin, y sobre todo en el caso de PAAF no concluyente.

SESIÓN 2

CO12 (129). TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS CRANEOSINOSTOSIS: ESTUDIO DE SUS COMPLICACIONES A PROPÓSITO DE UNA SERIE DE 26 CASOS

Arenas de Frutos G; Ochandiano Caicoya S; Navarro Cuéllar C; García Leal R; Acero Sanz J; Navarro Vila C. *Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid*

INTRODUCCIÓN:

En el contexto de los recientes avances en el tratamiento quirúrgico de las craneosinostosis en la última década, y más en particular en relación a la problemática existente en torno a los métodos de fijación y osteosíntesis y sus complicaciones, analizamos la experiencia en nuestro centro en los últimos 9 años.

MATERIAL Y MÉTODOS:

En el presente estudio se analizaron un total de 26 pacientes intervenidos de forma conjunta por los servicios de Cirugía Maxilofacial y Neurocirugía del Hospital Universitario Gregorio Marañón entre los años 2006 y 2015. Las variables analizadas en dicho estudio fueron sexo, edad, diagnóstico, comorbilidad, material de osteosíntesis utilizado (mayoritariamente placas, mallas y pins reabsorbibles (Resorb-Xs) activados e insertados mediante ultrasonidos) y complicaciones postquirúrgicas, haciendo especial hincapié en este último punto y en lo que respecta a las complicaciones locales en relación al material de fijación utilizado.

RESULTADOS:

La serie consta de un total de 18 varones (69%) y 8 mujeres (31%), siendo la edad media en el momento de la intervención de 7,8 meses. En cuanto al diagnóstico, 17 casos presentaban trigonocefalia (65,4%), 6 turricefalia (23,1%) y 3 plagiocefalia (11,5%). Los resultados tanto estéticos como funcionales en la remodelación ósea fueron satisfactorios, existiendo una baja tasa de complicaciones, mayoritariamente menores de tipo local (23%; n = 6), entre las que destaca la aparición de reacciones de cuerpo extraño en relación al material de osteosíntesis como entidad más frecuente, precisándose reintervenciones menores, tales como desbridamiento y plastias, en un pequeño porcentaje de casos (11,5%). En cuanto al material de osteosíntesis utilizado, se ha demostrado la correlación entre la aparición de dichas complicaciones y la utilización de dicho material en mayor cuantía en el procedimiento quirúrgico.

CONCLUSIÓN:

La utilización de material de osteosíntesis reabsorbible, así como la técnica de pins activados por ultrasonidos como método de fijación, se presenta como un procedimiento de fácil y rápido manejo intraoperatorio en comparación con técnicas previamente descritas que ha demostrado satisfactorios resultados tanto estéticos como funcionales en lo que respecta al tratamiento quirúrgico de las deformidades craneofaciales. La reacción de cuerpo extraño en torno al material de osteosíntesis como complicación postquirúrgica más frecuente, ha demostrado ser un fenómeno autolimitado que, tal y como se ha venido describiendo en la literatura previamente, no precisa de un tratamiento quirúrgico asociado en la mayor parte de los casos.

SESIÓN 2

CO13 (89). UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DEL CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO. RELEVANCIA DE LOS COMITES MULTIDISCIPLINARES

Merino Domingo, F.; López Fernandez, P.; Zafrá Vallejo, V.; Ruiz Martín, I.; Sánchez Aniceto, G.; Gutiérrez Díez, R.

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

INTRODUCCIÓN:

En nuestro hospital la aplicación de un nuevo protocolo de seguimiento oncológico fue uno de los objetivos con la creación de la Unidad Multidisciplinar de Tumores de Cabeza y Cuello. Los servicios que participan en las reuniones son: ORL, Oncología Médica, Oncología Radioterápica, Cirugía Maxilofacial, Medicina Nuclear, Neuroradiología y Anatomía Patológica. Ocasionalmente se contó con asistencia de Cirugía Plástica, Dermatología, Alergia y Neurología.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se llegó a un acuerdo entre los servicios implicados en el seguimiento oncológico para reducir las pruebas de imagen innecesarias y la frecuentación de consultas sin alterar la calidad del seguimiento. Durante el año 2013 y hasta Diciembre de 2014 se realizaron 86 sesiones, siendo la participación media de 18 participantes porSESIÓN. Se evaluaron 565 casos de tumores avanzados de cabeza y cuello (media de 6, 18 porSESIÓN), de los cuales 302 eran casos nuevos y 263 eran re-evaluaciones.

RESULTADOS:

Presentamos 156 casos de 115 pacientes, de los cuales 69 eran hombres (60%) y 46 mujeres (40%). La media de edad fue 66,02 años con un rango de edades comprendidos entre los 13 y 93 años de edad. La histología tumoral más prevalente fue el carcinoma epidermoide (78%), seguido del adenocarcinoma (8%). La localización más frecuente fue la cavidad oral (78%), seguido de piel (12%), glándulas salivares (11%) y orofaringe (4%). La mayoría de los pacientes presentados eran pacientes con estadios avanzados, de los cuales un 60% eran estadios IV y un 9% estadios III. El tratamiento inicial más consensuado fue el tratamiento quirúrgico (76%), seguido del tratamiento combinado de Quimioterapia con Radioterapia (17%), la Radioterapia y Quimioterapia aisladas (6%). Como tratamiento adyuvante la opción terapéutica más utilizada fue la Radioterapia (48%), 29% no precisaron tratamiento, tratamiento combinado de quimioterapia con radioterapia (22%). 12 de estos pacientes precisaron cirugía de rescate.

CONCLUSIONES:

El alto porcentaje de pacientes con estadios avanzados presentados indican la necesidad de la valoración multidisciplinar de los mismos, así como que la cirugía continua siendo una opción de elección como tratamiento inicial e incluso en aquellos casos que este indicado una cirugía de rescate.

SESIÓN 2

CO14 (170). CARCINOMA PAROTÍDEO: MANEJO CONTEMPORÁNEO

Zafra Vallejo, V. ; López Fernández, P. ; Mejía Nieto, M.; Merino Domingo, FJ. ; Zubillaga Rodríguez, I.; Sánchez Aniceto, G.

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

INTRODUCCIÓN:

Los tumores de glándulas salivales son relativamente raros, con una incidencia anual de aproximadamente 1 a 2 casos por 100.000 habitantes /año según las últimas publicaciones. Sin embargo, parece que su incidencia va en aumento, siendo la parótida la localización más frecuente, en alrededor de un 80% de los casos.

De los tumores parotídeos, sólo el 20-30% son malignos. Los factores pronósticos más relevantes para el carcinoma de la glándula parótida son el estadio, grado histológico, afectación del nervio facial, la extensión extracapsular, así como la infiltración perineural y/o vascular.

Las características clínicas del tumor, la punción aspiración con aguja fina (PAAF) y las pruebas de imagen (Resonancia Magnética Nuclear –RMN-) aportan un diagnóstico de presunción en tan sólo una parte de estos pacientes, más frecuentemente en los de alto grado. La cirugía (parotidectomía) es la principal arma de tratamiento. Aunque los márgenes de resección deberían ser mayores o iguales a 5mm, el nervio facial se preserva cuando no existe evidencia intraoperatoria de su infiltración. El cirujano tiene el desafío de preservar o reconstruir el nervio facial y a la vez llevar a cabo una cirugía oncológica eficaz.

La radioterapia se emplea como tratamiento adyuvante en tumores malignos con factores de riesgo como pueden ser: histologías de alto grado, márgenes cercanos o afectados, invasión perineural, invasión linfática o vascular o afectación de ganglios linfáticos.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio retrospectivo de las intervenciones quirúrgicas excisionales sobre las glándulas salivales mayores realizadas por el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid, entre los años 2004 y 2014.

De un total de 550 procedimientos, 383 correspondieron a parotidectomías, 164 a submaxilectomías y 3 a sublingüectomías.

De las 383 parotidectomías realizadas en el Servicio, 37 (9,66 %) se debieron a patología no tumoral y el resto, 346, a patología tumoral, correspondiendo un 83,82% a neoplasias epiteliales benignas; un 10,69% a epiteliales malignas; un 3,76% a tumores metastásicos y un 1,73% a linfomas.

Entre las neoplasias epiteliales benignas se evidenciaron un total de 290 casos, de los que un 60,35% correspondieron a adenomas pleomorfos; 32,01% a tumores de Whartin; 4,83% a oncocitomas; 2,01% a adenoma de células basales; 0,68% a cistoadenomas y mioepiteliomas (respectivamente).

Se hallaron 6 casos de linfomas, todos ellos no Hodgkin y ningún caso de neoplasias mesenquimales.

Se encontraron 13 casos de tumores metastásicos, 9 lo eran de un tumor primario epidermoide cutáneo, 1) por epidermoide de mucosa sinusal, 2) por merckeloma de cuero cabelludo y un caso por metástasis de melanoma cutáneo.

Respecto a las neoplasias epiteliales malignas encontramos en nuestra serie 37 casos, 26 correspondían a mujeres (70,27%) y el resto (11) a hombres. La edad media de presentación fue de 55,08 años, con un rango comprendido entre 15 y 86 años.

RESULTADOS:

El principal signo clínico fue la presencia de una tumoración palpable a la exploración en la región parotídea. Tan sólo 2 pacientes presentaron clínica de afectación del nervio facial previa a la cirugía.

En todos los pacientes se realizó al menos una prueba de imagen (TC, RMN o ambos) y PAAF, de las cuales el resultado fue compatible con malignidad en un 27,03% de los casos, y en el resto no ofreció un resultado concluyente, aconsejando la exéresis de la glándula para estudio histológico completo.

Todos los pacientes fueron sometidos a tratamiento quirúrgico. En 8 casos (21,62%) fue necesaria la reintervención quirúrgica tras el resultado anatomopatológico, para realizar ampliación de la resección y/o vaciamiento celuloanglionar cervical.

Respecto al tipo histológico, de los 37 casos, 13 (35,13%) fueron clasificados como carcinoma mucoepidermoide; 10 (27,02%) de carcinoma de células acinares; 4 (10,82%) de adenocarcinoma ductal; 3 (8,12%) de carcinoma ex adenoma pleomorfo; 2 (5,41%) de carcinoma epidermoide y carcinoma adenoide quístico (respectivamente); y un caso (2,7%) de adenocarcinoma de células basales, carcinoma mioepitelial y adenocarcinoma NOS de alto grado (respectivamente). Ocho tumores fueron clasificados como de alto grado histológico, cuatro de grado intermedio y 25 de bajo grado.

El tratamiento fue quirúrgico exclusivo en 21 pacientes (56,76%). La estancia media de hospitalización para el tratamiento quirúrgico fue de 6,12 días.

Respecto al estadio, un 64,86% de los casos correspondía a estadio I, un 21,62% estadio II y el resto (13,51%) a estadio IV.

La radioterapia fue utilizada como tratamiento adyuvante en 16 casos (43,24%), ya fuese por datos de agresividad histológica o estadios avanzados (7 casos), infiltración vascular o perineural (3 casos) y márgenes afectos o en la inmediata proximidad (6 casos).

Además de RT, un paciente recibió quimioterapia adyuvante y otra hormonoterapia.

Cinco pacientes con tumores de bajo grado presentaron recidiva locorregional durante el periodo de tiempo que comprende el estudio. Aunque la mayor parte de las recidivas (4/5) se diagnosticaron a lo largo de los tres primeros años del seguimiento, éstas pueden ocurrir incluso décadas tras el tratamiento. La cirugía de rescate consiguió un control local de la enfermedad en todos los casos (seguimiento medio 38 meses).

Dos pacientes (5,4%) presentaron metástasis a distancia (hepáticas, pulmonares u óseas) en su evolución. En cuanto a la supervivencia, 3 pacientes (8,11%) fallecieron durante el tiempo de estudio, dos por causas ajenas al cáncer parotídeo, y sólo uno por la evolución de un adenocarcinoma parotídeo de alto grado -falleciendo 7 meses después de un intento de tratamiento quirúrgico-que resultó irreseccable (T4bN2b).

Los 34 pacientes vivos (91,89%) se encuentran todos ellos libres de enfermedad con un período de seguimiento medio de 62 meses (con un rango entre 4 y 117 meses).

Un paciente con carcinoma adenoide quístico de patrón cribiforme T2N0 intervenido (parotidectomía total con un margen microscópico afecto) e irradiado, presentó recidiva ganglionar cervical y hepáticas simultáneas 2 años después de la cirugía, así como metástasis en fémur 7 años tras de la cirugía, siendo sometido a cirugías de rescate en todos los casos, y encontrándose actualmente libre de enfermedad, un año tras la última cirugía de rescate.

CONCLUSIONES:

La alta tasa de supervivencia libre de enfermedad alcanzada en nuestra serie para este tipo de tumores nos hace remarcar la importancia de un diagnóstico precoz mediante combinación de exploración clínica detallada, resonancia magnética nuclear (incluyendo estudios de perfusión), PAAF y en algunos casos biopsias intraoperatorias así como la necesidad de actuar de forma correcta en todo el proceso, siendo la cirugía el tratamiento de elección para todos los pacientes con tumores dentro de los límites de la resecabilidad.

Los diversos tipos de parotidectomía han de ser realizados por equipos quirúrgicos de larga experiencia, que ofrezcan un manejo individualizado a cada paciente, evitando procedimientos inadecuados, como la biopsia prequirúrgica, minimizando la incidencia de márgenes quirúrgicos afectos a la vez que preservando al máximo la funcionalidad del nervio facial tanto en el tratamiento primario como en el de las recidivas locorregionales.

Además queda reflejada la importancia de tratamientos adyuvantes cuando existen factores de mal pronóstico así como un seguimiento adecuado del paciente durante largos periodos de tiempo, que en algunos casos se convierten en seguimientos vitalicios.

SESIÓN 2

CO15 (252). CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE CAVIDAD ORAL UN AÑO DESPUES DE FINALIZAR SU TRATAMIENTO

Apellaniz Aguirre B.; Gonzalez Martin Moro J; Cebrian Carretero JL.; Nieto Fernández Pacheco MJ.; Moran Soto MJ.; Burgueño García M.

Hospital Universitario la Paz. Madrid

En 1964 la OMS sustituye la definición de salud como ausencia de enfermedad o afecciones al estado de completo bienestar físico, mental y social. De esta manera, preservar la salud mental y social se presenta como un nuevo objetivo terapéutico. Surge así el pensamiento de que no es suficiente alargar la vida de nuestros pacientes. La restitución de la salud en el ámbito biopsicosocial se presenta como objetivo de nuestro tratamiento. Como consecuencia, la valoración de la calidad de vida ha cobrado una mayor importancia durante la última década.

El tratamiento del carcinoma epidermoide de cavidad oral repercute de manera notable en muchos ámbitos de la vida de nuestros pacientes. Los cuestionarios de calidad de vida, buscan evaluar el impacto de la enfermedad y de su tratamiento de manera multidimensional. Gracias a ellos, podemos evaluar las consecuencias que tienen nuestras decisiones terapéuticas, y así poder guiarnos en la toma de decisiones clínicas. Sin embargo, cuesta definir que diferencias en la calidad de vida son clínicamente relevantes.

Presentamos una serie de 17 pacientes con carcinoma epidermoide de cavidad oral tratados durante el periodo entre Febrero de 2013 a Febrero de 2014, que tras un año de seguimiento se les administra el cuestionario de calidad de vida de la Universidad de Washington. Se evalúa el estadio de la enfermedad, las patologías comitantes previas así como el tratamiento quirúrgico y adyuvante. Se excluye todo paciente que haya recibido previamente tratamiento quirúrgico de cabeza y cuello así como radioterapia o quimioterapia. Los cuestionarios de calidad de vida global, tienden a normalizar sus parámetros al año de finalizar el tratamiento, no así los que tienen un enfoque más específico en la patología de cabeza y cuello. En general aquellos pacientes que requirieron tratamiento quimio-radioterápico adyuvante así como los que presentaban mayor patología concomitante (valorado mediante el parámetro ASA) presentaron peores resultados. El tragar, la masticación y la salivación son los parámetros que más deteriorados. También aquellas personas que requirieron una gastrostomía tras la cirugía por la imposibilidad de una correcta nutrición, presentaron una menor calidad de vida.

La introducción de los cuestionarios de calidad de vida supone un esfuerzo en la práctica clínica diaria. Pero supone un cambio en la actitud del tratamiento, en la que el alargar la vida no es suficiente. Mediante su implantación podremos detectar aquellos aspectos que más influyen en la vida de nuestros pacientes y tratar de mejorarlos. También nos hacen evaluar aquellos tratamientos que en determinadas circunstancias, tienen escasa repercusión en la supervivencia, pero que pueden influir mucho en la calidad de vida. El alargar la supervivencia no se puede manejar como un objetivo aislado, y deberemos incluir parámetros que midan la calidad de vida de dichos años en la hora de toma de decisiones

SESIÓN 2

CO16 (219). UNIDAD DE BASE DE CRANEO: UN RETO PARA LOS EQUIPOS QUIRÚRGICOS

Villegas, D; Lago, B; Almeida, F; Nuñez, J; Picón, M; Acero, J.

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid

La resección de lesiones de base de cráneo siempre se ha considerado un reto para el cirujano, los problemas derivados del difícil acceso quirúrgico, la proximidad con los grandes vasos, los desgarros duros, los hematomas, las posibles fístulas de líquido cefalorraquídeo, el daño de los nervios craneales, y las infecciones del sistema nervioso central, dificultan el acceso seguro, rápido y completo de dichas lesiones. Igualmente el amplio espectro de lesiones que afectan la base de cráneo ya sean benignas o malignas y la dificultad para conseguir unos márgenes quirúrgicos satisfactorios son una barrera a la hora de elegir el abordaje preciso y más adecuado. A pesar de la tendencia actual hacia el manejo endoscópico de los tumores de base de cráneo, se considera que estos abordajes tienen limitaciones como el campo quirúrgico limitado que dificultan la extirpación completa de tumoraciones de gran tamaño y el control de la hemorragia. Es por esta razón que los abordajes combinados y amplios, con osteotomías de los huesos faciales, representan un mejor acceso a la base del cráneo y permiten un adecuado control de los vasos sanguíneos y de las estructuras nobles.

MATERIALES Y MÉTODOS:

En la Unidad de Base de Cráneo del Hospital Ramón y Cajal, (Madrid, España), se han intervenido 25 pacientes durante el último año (enero de 2014 - enero de 2015), 12 (46%) de los cuales se han operado tras abordaje puramente intracraneal, por el servicio de Neurocirugía. Una de las pacientes se intervino mediante un abordaje combinado por los servicios de Cirugía Maxilofacial y Neurocirugía, tras mandibulotomía media con extensión parafaríngea para la extirpación de un tumor de células gigantes de las vertebrales cervicales C1 y C2, la cual se excluye por no tratarse propiamente de base de cráneo. Los demás pacientes (12, 46%) han sido intervenidos tras abordajes combinados entre los servicios de Cirugía Maxilofacial y Neurocirugía, para tumoraciones con afectación intra (9 pacientes), extracraneal (2) o ambas(1). Se intervinieron 7 pacientes con Carcinoma epidermoide, (etmoides, seno maxilar, seno frontal, espacio pterigomaxilar con extensión a base de cráneo, órbita), 1 meningioma, 1 cordoma, 1 carcinoma mioepitelial de glándula lacrimal, 1 osteoma. El 36% (4) de los pacientes fueron recidivas. Los pacientes fueron intervenidos tras diferentes abordajes transfaciales, mediante osteotomías mandibulares, maxilares o cigomático-temporales. Las complicaciones más frecuentes fueron fístulas de líquido cefalorraquídeo (2), recidiva (2), necrosis del colgajo (1), cicatrices faciales, Oculoparesia, alteraciones sensitivas, entre otros. Una de nuestras pacientes falleció en el postoperatorio inmediato.

DISCUSIÓN:

Las lesiones de base de cráneo siguen siendo un gran reto para los equipos quirúrgicos de base de cráneo, dado el riesgo de lesionar estructuras vitales como grandes vasos y nervios craneales, hacer resecciones incompletas y el pobre pronóstico. Los métodos de imagen (TC, angioTC y RMN) son imprescindibles para valorar las dimensiones del tumor, la relación con la apófisis pterigoides, la base de cráneo y la proximidad con la carótida interna, igualmente la necesidad de embolización. Los abordajes transfaciales permiten incrementar el acceso y la visión directa, permitiendo una amplia exposición de las lesiones, pueden ampliarse intraoperatoriamente, con adecuados resultados estéticos y funcionales, y mínima morbilidad asociada.

CONCLUSIONES:

Son necesarios equipos multidisciplinares, compuestos por neurocirujanos, oftalmólogos, radiólogos, otorrinolaringólogos y cirujanos maxilofaciales, para conseguir los mejores resultados en lesiones que hasta el día de hoy siguen siendo un reto para los cirujanos y la ciencia. Los abordajes transfaciales constituyen una herramienta básica para permitir un acceso amplio, conseguir los mejores resultados oncológicos y con mínima morbilidad.

SESIÓN 2

CO17(119). USO DE LA TÉCNICA DE DIFUSIÓN POR RESONANCIA MAGNÉTICA PARA EL DIAGNÓSTICO DE CARCINOMA ESCAMOSOS DE CAVIDAD ORAL

Pinos Galindo D.; Daura Saez A.; Ruiz Cruces Rafael,; Agustín Cordovilla E.; Acosta Moyano A.; Aguilar Lizarralde Y.

Hospital Regional Universitario de Málaga

INTRODUCCIÓN:

El siguiente trabajo es una propuesta de investigación de tesis doctoral, para el estudio de la sensibilidad y especificidad de la técnica de difusión por resonancia magnética para el diagnóstico del carcinoma escamoso de cavidad oral, en la población correspondiente al Hospital Regional Universitario de Málaga

METODOLOGÍA:

Se realizará un estudio retrospectivo durante el periodo comprendido entre el 2009-2014 de los pacientes intervenidos con el diagnóstico de carcinoma escamosos de cavidad oral en el servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Regional Universitario de Málaga. Se valorará si el tumor es Primario o Secundario y se comparará con la prueba de Gold Estándar, que es la anatomía patológica. Los resultados serán llevados a una tabla de 2 X 2 para comprobar su sensibilidad y especificidad.

DISCUSIÓN Y JUSTIFICACIÓN:

En el carcinoma escamoso de cavidad oral los cambios reactivos peritumorales producen alta celularidad, polimorfismo celular, disminución del espacio extracelular y queratinización, todo esto contribuye a una disminución del movimiento de las partículas de agua, lo que se traduce en una reducción del coeficiente aparente de difusión (ADC). Existen estudios que han mostrado que el estudio de lesiones benignas presentan un aumento significativo del ADC. En el hospital regional de Málaga a partir del año 2009 se implementó el estudio del ADC sistemáticamente como parte de la valoración durante la resonancia magnética en el diagnóstico y tratamiento del estudio de tumores de cabeza y cuello. Nuestro estudio pretende comprobar la validez de dicha prueba en el carcinoma oral en comparación con la anatomía patológica.

SESIÓN 2

CO18 (29). NUEVAS PERSPECTIVAS DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN LA OSTEONECROSIS MAXILAR POR BIFOSFONATOS. RESECCIÓN ÓSEA GUIADA POR FLUORESCENCIA

Augustín J.E.; Daura A.F.; Acosta A.J.; Galeas F.J.; Valiente A.; Aguilar Y.

Hospital Regional Universitario de Málaga

El proyecto de investigación y de tesis doctoral propuesto versa sobre las nuevas perspectivas de tratamiento quirúrgico en BRONJ (Biphosphonate-Related Osteonecrosis of the Jaw) mediante el tratamiento de los pacientes aquejados de dicha patología en la provincia de Málaga. Con ello se busca permitir la estandarización de un protocolo de tratamiento quirúrgico en pacientes en estadio II y III de BRONJ, demostrar y confirmar el éxito y validez del método en casos seleccionados en estadio I con exposición amplia de hueso necrótico, así como asentar, ratificar y surtir bibliográficamente la utilidad de dicha metodología de trabajo que a priori está obteniendo tasas de éxito entre el 85-95% de los casos y que en la actualidad y dado su escaso bagaje temporal no ha dado tiempo apenas a documentar.

SESIÓN 2

CO19 (155). RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS DE CABEZA Y CUELLO MEDIANTE USO DE COLGAJO MIOCUTÁNEO DE PLATISMA. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CRUCES

García Iruretagoyena M.; Franco Echevarría M.; Aguirre Acha-Orbea I.; Prol Teijeiro C.; Álvarez Amezaga J.; Díaz Basterra G.

Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Universitario de Cruces. Barakaldo, Vizcaya

INTRODUCCIÓN:

El colgajo miocutáneo de platisma fue inicialmente descrito en la década de 1970 para la reconstrucción de defectos de cabeza y cuello siendo posteriormente eclipsado por la generalización del uso de colgajos libres microvascularizados. De sencilla elevación, delgado, plegable, con capacidad para cubrir defectos de hasta 70 cm² resulta una alternativa reconstructiva a considerar.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se analizó de forma retrospectiva los casos de reconstrucción oncológica con colgajo miocutáneo de platisma realizados por el servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario de Cruces desde 2013 hasta la fecha encontrándose un total de 9 pacientes. Se recogieron los datos clínicos y se realizó una base de datos que incluyó factores preoperatorios (edad, sexo, estadío T, lugar receptor), tipo de intervención, estudio anatomopatológico definitivo, evolución temprana y tardía.

RESULTADOS:

De los 9 pacientes intervenidos 5 fueron mujeres y 4 hombres con edades comprendidas entre los 52 y los 83 años. Las lesiones primarias compatibles con carcinomas escamosos estadío T2 (8) y T4 (1) se localizaron en suelo de boca anterior-encía (3), trígono retromolar (2) encía-suelo de boca lateral-vientre lingual, encía mandibular, borde libre lingual, borde libre lingual-suelo de boca lateral. La evolución postoperatoria inmediata demostró congestión venosa en 4 pacientes con presencia de epidermolisis en 2 casos y de necrosis parcial en 1, 2 dehiscencias parciales, 1 pérdida cutánea y 1 caso de necrosis con posterior fallecimiento de la paciente por causa médica. Todos los casos evolucionaron de forma tardía favorablemente encontrándose un 100% de cobertura en controles posteriores. 4 pacientes recibieron RT postoperatoria y 1 RT y QT concomitante.

CONCLUSIONES:

El colgajo miocutáneo de platisma resulta una opción reconstructiva a considerar en coberturas de defectos de cabeza y cuello de pequeño-mediano tamaño. Su rapidez y sencillez de elevación, su delgadez y flexibilidad y su fiabilidad son algunas de sus ventajas. Como limitaciones comentar la dependencia parcial de la arteria facial o la imposibilidad de utilización en caso de adenopatías cervicales de gran tamaño o específicamente localizadas. En nuestra experiencia la evolución tardía mostró un 100% de cobertura de defectos postquirúrgicos.

SESIÓN 3

CO20 (225). EVALUACIÓN DE LA PAAF PARA EL DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO DE LOS TUMORES MALIGNOS DE GLÁNDULAS SALIVARES

Ramírez Pérez F.A., Hernández Vila C., Moreno Sánchez M., Ruiz Casas J., Manzano Sólo de Zaldivar D., Monje Gil F.

Hospital Infanta Cristina. Badajoz

INTRODUCCIÓN:

Dentro de la patología tumoral de las glándulas salivares, la obtención de un diagnóstico preoperatorio fiable es crucial a la hora de planificar el tratamiento quirúrgico, especialmente en el caso de lesiones malignas. Junto con los hallazgos clínico-radiológicos, la histología previa es el condicionante principal

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realiza un estudio retrospectivo dentro de una muestra de 210 pacientes con tumores de glándulas salivares diagnosticados y tratados en el Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Infanta Cristina de Badajoz desde 2004 hasta 2013.

Se analizó la Sensibilidad (S), Especificidad(E), Valores Predictivos (VPP y VPN) y Potencia diagnóstica de la Punción Aspiración con Aguja Fina (PAAF) en el diagnóstico preoperatorio de la patología maligna tumoral glandular

RESULTADOS:

Dentro de los todos los tumores de glándulas salivares, la PAAF presenta una S para el diagnóstico de lesiones malignas de 67,7%, una E de 82,3%, VPP de 45,6%, VPN de 92%, una razón de verosimilitud positiva de 3,8 y de verosimilitud negativa de 0,39.

Dentro de las parótidas, la PAAF presenta una S para el diagnóstico de lesiones malignas de 70,4%, una E de 82,7%, VPP de 46,3%, VPN de 92,9%, una razón de verosimilitud positiva de 4,06 y de verosimilitud negativa de 0,35.

CONCLUSIÓN:

Con los datos anteriormente descritos se puede observar que la PAAF, dentro de la muestra analizada, presenta una baja capacidad para detectar tumores malignos. Además la probabilidad de que sea maligno cuando la PAAF es maligna es menor que de que sea benigna si diagnostica una lesión benigna. Todo esto se ve apoyado por los valores de verosimilitud, que muestran que la PAAF presenta una aportación dudosa para el diagnóstico de patología maligna en los tumores de glándulas salivares.

SESIÓN 3

CO21 (136). METÁSTASIS OCULTAS CERVICALES EN EL CARCINOMA EPIDERMOIDE DE SUELO DE BOCA: NUESTRA EXPERIENCIA (H.C.U.V.A.)

Gutiérrez Sumillera M; Cortez Lede MG; Camacho Rivas R; Palazón Tovar T; Villanueva San Vicente V; Rodríguez González MA.

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

INTRODUCCIÓN:

El tratamiento de los pacientes con carcinoma epidermoide de cabeza y cuello sin evidencia de enfermedad metastásica regional (cN0) sigue siendo controvertido. A día de hoy la disección cervical electiva (DCE) sigue siendo la técnica quirúrgica más empleada.

MATERIAL Y MÉTODO:

Realizamos un estudio observacional de los pacientes intervenidos en el H.C.U.V.A de carcinoma epidermoide de suelo de boca sin adenopatías ganglionares cervicales (cN0) entre 1996 y 2011. Un total de 57 pacientes en diferentes estadios clínico-radiológicos (empleada la exploración y el TAC cuello) conformaron la muestra. De edades comprendidas entre los 40 y los 81 años (media de 59,95 años), el 89,5% fueron varones y sólo un 10,5% mujeres. El 82,5 % eran fumadores y el 52,6% bebedores crónicos. A 53 de los 57 pacientes se les realizó vaciamiento cervical selectivo. De los 4 pacientes cN0 a los que no se les realizó vaciamiento cervical, uno presentó recidiva local al año de la cirugía, otro desarrolló un segundo tumor primario de suelo de boca a los seis años de la intervención y los dos restantes permanecen sin signos de recidiva locorregional ni metastásica a día de hoy.

RESULTADOS:

Se registraron 12 pacientes con metástasis ganglionares en el vaciamiento cervical realizado (21,1%), todos ellos pertenecientes al estadio precoz prequirúrgico (T1-T2). El pTNM englobaba a 45 pacientes en estadio precoz (pT1-pT2) y 12 con enfermedad avanzada (pT3-pT4); 45 pacientes fueron pN0, 4 pN1 y 8 fueron pN2.

CONCLUSIONES:

Debido al riesgo de metástasis ocultas cervicales en los casos de carcinoma epidermoide de suelo de boca cN0, nuestra recomendación a día de hoy según nuestra experiencia es la realización de disecciones cervicales profilácticas con el objetivo de reducir la frecuencia de recidiva y metástasis a distancia, así como mejorar el pronóstico y la supervivencia de nuestros pacientes.

SESIÓN 3

CO22 (162). TUMORES MALIGNOS DE GLÁNDULAS SALIVARES. ESTUDIO RETROSPECTIVO 2009-2015

Ciria Esteban, M.; Riaño Argüelles, A.; Díaz Galvis, L.A.; Gorriaran Terreros, M; Vila Urizar, A.; Bajo Gauzín, D.
Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona

Los tumores malignos de las glándulas salivares son una entidad poco frecuente, suponiendo menos del 1% de todas las neoplasias y sólo un 3% de los tumores de cabeza y cuello.

El diagnóstico inicial puede ser clínico en aquellas entidades que presenten un crecimiento rápido, tengan una consistencia pétreo y una mayor adherencia del tumor a planos profundos, puesto que enseguida sospechamos malignidad. La confirmación viene dada por el estudio anatomopatológico que en este caso está dificultado por la multitud de subtipos histológicos.

El tratamiento puede variar según el tipo de tumor, el estadio y el estado general del paciente.

El subtipo histológico es el factor pronóstico más importante seguido de la localización. Los tumores palatinos tienen un pronóstico más favorable que los parotídeos, submaxilares y sublinguales, siendo éstos los que presenta una menor supervivencia.

El motivo de este estudio es revisar los tipos histológicos más frecuentes entre nuestros pacientes, actualizar los protocolos de tratamiento de estas lesiones y comparar la supervivencia con la de otras series similares con el objetivo de optimizar el tratamiento de esta patología tan infrecuente pero tan agresiva.

SESIÓN 3

CO23 (2). ESTUDIO CLÍNICO PROSPECTIVO RANDOMIZADO DE LA EFICACIA DE LA INFILTRACIÓN CON PLASMA RICO EN FACTORES DE CRECIMIENTO PLAQUETARIO (PRGF) ASOCIADO A LA ARTROSCOPIA EN EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS INTERNOS DE LA ATM

Fdez-Ferro M. (*); Fdez-Sanromán J. (*); Blanco-Carrión A(**); Costas-López A. (*); López-Betancourt A. (*); Arenaz-Bua J. (*)

(* Hospital Povisa Vigo; (**) Universidad Santiago de Compostela

INTRODUCCIÓN:

La patología de la articulación temporomandibular es muy frecuente, presenta una elevada prevalencia de entre el 20-40% de la población general. Se considera que de estos pacientes, el 80-90% padece un trastorno interno (TI) de la ATM, que se define como una pérdida de coordinación estática y funcional entre el cóndilo mandibular y el disco articular, es decir, un desplazamiento del disco con o sin reducción, normalmente asociado a cambios degenerativos. La gran mayoría de pacientes refiere mejoría tras un tratamiento conservador, quedando un 10% de los casos refractarios a las medidas conservadoras y con indicación de un procedimiento de artroscopia que puede asociarse con la infiltración de PRGF o Acido Hialuronico (AH) con objeto de obtener un mayor beneficio.

MATERIAL Y METODO:

El presente estudio analítico, descriptivo, prospectivo y randomizado iniciado en 2008 hasta 2012, pretende evaluar la repercusión en cuanto al dolor, medido mediante escala visual analógica (EVA) y la limitación de la apertura (en mm) de pacientes diagnosticados de un TI asociado a cambios degenerativos tras un tratamiento de artroscopia con infiltración de PRGF comparándolo con el mismo procedimiento e infiltración de AH como grupo control, con un seguimiento de 18 meses. Se realiza el mismo procedimiento de artroscopia a todos los pacientes y posterior infiltración en espacio articular superior e inferior según el grupo aleatorizado al que pertenece el paciente (PRGF/AH). La muestra consta de 100 pacientes, de los cuales el 88% son mujeres, con una media de edad en torno a los 33. Las variables de estudio es el dolor (EVA) y la Medida de la apertura máxima interincisal en mm. El valor inicial medio de EVA para el grupo del AH es de 8 y para el grupo de PRGF de 8.3, el valor basal medio de apertura preparatoria para el grupo de AH es de 27.2mm y para el grupo del PRGF de 26.9 mm.

RESULTADOS:

Observamos respecto al dolor, una mejoría en ambos grupos con una media de descenso de EVA para el grupo del AH de -6.0 y para el grupo del PRGF de -6.7. Observamos respecto a la variable apertura una mejoría en ambos grupos con una ganancia media en la apertura respecto a los valores basales de 8.6mm para el grupo del AH y de 10.7mm para el grupo del PRGF. En el análisis estadístico de los resultados observamos como el tratamiento con PRGF tras artroscopia se asocia a una ganancia media de apertura de 1.5 mm en un intervalo de confianza del 95% cuyos valores son un empeoramiento de -0.2mm ó una mejoría de 3.2mm al comparar con el AH, y esta diferencia no es estadísticamente significativa($p=0.08$), en lo que respecta al dolor podemos decir que el tratamiento con infiltración de PRGF se asocia a una disminución media de EVA de 1.4 en un intervalo de confianza del 95% con valores entre 0.7 y 2.1, respecto al grupo del AH. En este caso la diferencia es estadísticamente significativa con un valor de $p < 0.001$, aunque debemos de señalar que clínicamente una diferencia de 1.4 en una escala de dolor (sobre 10 puntos) es una diferencia pequeña en la practica clínica.No se han observado fenómenos adversos relacionados con el procedimiento ni infiltración.

CONCLUSIONES:

Destacamos que este es el primer estudio, hasta este momento, que pretende evaluar los beneficios de la infiltración de PRGF en la patología de la ATM asociado a artroscopia y es el primero en evaluar la infiltración en el espacio articular inferior. Destacamos que en ambos grupos se observan mejoras en las dos variables de estudio, con significación estadística en la variable dolor para el grupo del PRGF. Consideramos que la infiltración de PRGF, en combinación con un procedimiento de artroscopia, en el espacio articular superior e inferior, se muestra como un tratamiento efectivo para reducir el dolor articular con significación estadística respecto al AH, consideramos además que es un tratamiento eficaz para aumentar la capacidad funcional de la ATM. Destacamos que el PRGF autólogo en infiltración puede tener un potencial importante como arma de uso terapéutico en pacientes con disfunción de la ATM, si bien son necesarios nuevos ensayos para confirmar los resultados.

SESIÓN 3

CO24 (23). OSTEOLASTOMA BENIGNO DE LA MANDÍBULA. REPORTE DE UN CASO

Navas - Aparicio MC. (*); Santamaría - Corea S. (**); Segura JJ. (**)

(* Hospital Nacional de Niños, San José, Costa Rica; (**) Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica

El osteoblastoma es un tumor benigno, poco frecuente formado de tejido osteoide y hueso bien vascularizado. Ocurre principalmente en huesos largos, columna vertebral, y huesos pequeños de manos y pies, no así en cráneo y huesos maxilares, donde el tumor es poco frecuente. Es un tumor que se presenta en niños y adolescentes, aunque se reportan en pacientes mayores de 70 años. Se presenta el caso de una niña con el diagnóstico de osteoblastoma mandibular derecho.

CASO CLÍNICO:

paciente mujer, 8/8 de años edad, quien fue referida al Hospital Nacional de Niños, Costa Rica, por presentar asimetría facial a consecuencia de un tumor osteolítico a nivel mandibular derecho de más de 1 año de evolución. Al examen clínico se observa aumento de volumen a nivel de hemicara derecha, específicamente a nivel de rama mandibular derecha. A la palpación presenta masa firme, dura, no dolorosa en la zona mencionada. No existe afectación del nervio dentario alveolar inferior derecho ni alteración de la oclusión dental. La apertura oral es de 34 mm con leve desviación a la derecha. La niña tenía en ese momento dentición mixta. En radiografía AP de cráneo, ortopantomografía y tomografía axial computarizada se observa lesión osteolítica, expansiva transversalmente que abarca desde el cóndilo de la rama mandibular derecha hasta el primer molar inferior permanente derecho. Como tratamiento inicial se realizó una biopsia incisional, siendo el diagnóstico histológico osteoblastoma, para luego realizar la remoción del tumor mediante hemimandilectomía derecha hasta mesial del primer molar inferior derecho debido a su extensión y reconstrucción con un espaciador de silicon, el cual se fijó con material de osteosíntesis a nivel anterior. La paciente no ha presentado recidiva del tumor posterior a más de tres años de la cirugía, asimismo ha conservado su oclusión dental, su función masticatoria y su simetría, sin afectarle considerablemente su imagen corporal y su presentación a la sociedad.

CONCLUSIÓN:

El osteoblastoma, aunque es un tumor benigno, puede ser agresivo, y su tratamiento dependerá del diagnóstico temprano, su tamaño y localización. El diagnóstico temprano de este tipo de tumor es esencial para evitar no solo una cirugía tan radical como en este caso, sino para ayudar a minimizar los riesgos de una recidiva posible y de una potencial malignidad de un osteoblastoma benigno.

SESIÓN 3

CO25 (37). TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE DOLOR MIOFASCIAL CON HIPERACTIVIDAD MUSCULAR MASTICATORIA MEDIANTE TOXINA BOTULÍNICA TIPO A

González Pérez, LM (*); Montes Carmona, J.F (*); López Martos, R (*); Torres Carranza, E. (*); Bellido González, E. (**); Gutiérrez Pérez, J.L. (*).

(* Hospital Universitario Virgen del Rocío; (**) Odontóloga. Práctica privada

INTRODUCCIÓN:

Con el término de síndrome de dolor miofascial (SDM) se define un trastorno doloroso regional, que afecta a músculos y fascias, de manera que los músculos implicados presentan una o más de las siguientes características:

- Dolor generado y mantenido por la presencia una o más bandas musculares con una cierta hipersensibilidad, llamadas puntos-gatillo activos (PG).
- Los PG están situados dentro de una banda tensa de un músculo o de su fascia. Estos puntos gatillo pueden provocar crisis agudas algicas sobre un fondo menos intenso pero continuo de dolor.
- La banda y el PG son palpables y con dolor referido.
- El patrón de dolor referido es específico y propio para cada músculo.
- Los músculos vecinos al afectado pueden también se encontrarse tensos a la palpación.

El origen primario de este dolor no es bien conocido pero interactúan distintos factores como pueden ser procesos inflamatorios, traumatismos agudos, traumatismos de repetición, hipovitaminosis,, exposición al frío, trastornos de la esfera psiquiátrica y otros factores estresantes musculares a nivel del área maxilofacial, que pueden desencadenar mecanismos patogénicos, que dan origen a que las fascias y los músculos implicados en la mímica y en la masticación sufran procesos de contracción y se provoque de forma crónica este síndrome de curso insidioso.

El síndrome de dolor miofascial crónico con hiperactividad muscular también puede iniciarse mediante la contracción profusa de musculatura masticatoria (masetero, pterigoideo interno y externo y músculo temporal), provocando contracturas cíclicas que aumentan el dolor aun más. A veces puede estar acompañado de síntomas de corte vegetativo.

El objetivo de este estudio prospectivo randomizado, controlado con placebo, es valorar los resultados de la infiltración de toxina botulínica tipo A en pacientes con dolor orofacial crónico con hiperactividad muscular masticatoria, y determinar si la administración intramuscular de toxina botulínica en musculatura masticatoria, reduce significativamente el dolor y mejora la movilidad mandibular, comparado con un tratamiento mediante administración de suero fisiológico.

MATERIAL Y MÉTODOS:

36 pacientes, con dolor orofacial crónico refractario de más de 1 año de evolución, fueron seleccionados y se les dividió aleatoriamente en dos grupos de 18 pacientes. Los criterios de inclusión en este estudio fueron... Los criterios de exclusión incluyen... Los pacientes del grupo experimental fueron tratados mediante la administración de 35 unidades de toxina botulínica tipo A por cada lado facial distribuidas en 7 puntos (temporal anterior, medio y posterior, masetero inferior, medio y superior y musculatura pterigoidea) en una sola sesión. En cada uno de los puntos se inyectaron 5 unidades; por tanto, el total de unidades por paciente fue de 70, 35 por cada lado. En el grupo control se administró sólo suero fisiológico en los mismos 7 puntos bilateralmente. Los pacientes fueron revisados a las 2 semanas, al mes, dos meses y 4 meses, y en cada visita se midieron el dolor, mediante escala visual analógica, y los patrones de movilidad funcional mandibular mediante regla Therabite®.

RESULTADOS:

Existe una reducción estadísticamente significativa ($p \leq 0,0..$) del dolor en reposo y en la masticación con la opción terapéutica del grupo experimental, siendo la administración de toxina botulínica tipo A significativamente más eficaz que el tratamiento con suero fisiológico en la reducción de la media del dolor en reposo y en la masticación a corto y medio plazo (hasta 8 semanas después de la SESIÓN de tratamiento). En el grupo de toxina botulínica existe también una diferencia estadísticamente significativa ($p \leq 0,0..$) en la mejora de los rangos

de movilidad mandibular (máxima apertura interincisal, lateralidades derecha e izquierda y movimiento protrusivo) que se mantiene hasta el día 56 (8 semanas tras la SESIÓN de tratamiento). La reducción del dolor fue mayor en aquellos pacientes con valores de dolor inicial más elevados. La evaluación del tratamiento y su tolerancia tanto por parte de los pacientes como del investigador, fueron también superiores en el grupo experimental. No fueron descritos efectos secundarios en el grupo tratado mediante toxina botulínica grupo A, mientras que un ...% de los pacientes del grupo control describieron efectos secundarios en relación con la persistencia del dolor.

CONCLUSIÓN:

El síndrome de dolor miofascial suele presentarse como una patología de curso crónico y de evolución tórpida, que obliga al cirujano maxilofacial a realizar multitud de tratamientos para conseguir un alivio del dolor y una mejoría en la movilidad mandibular del paciente. Por ello, una buena alternativa puede ser la inyección de toxina botulínica tipo A en puntos gatillo en aquellos pacientes en los que las medidas de tratamiento conservador no resulten satisfactorias.

Los resultados de este estudio indican que la administración de toxina botulínica tipo A es una técnica segura, eficaz y de bajo coste, cuyo uso en musculatura masticatoria necesita ser valorado. La administración de toxina botulínica tipo A en pacientes con dolor crónico miofascial localizado en músculos masticatorios, mostró una mayor eficacia en la reducción del dolor en reposo y en la masticación y en la mejora de los rangos de movilidad mandibular (máxima apertura, lateralidades y protrusión) comparado con la administración de suero fisiológico. No fueron descritos efectos adversos en los pacientes tratados mediante toxina botulínica tipo A.

SESIÓN 3

CO26 (27). EFECTIVIDAD A LARGO PLAZO DE LA ELECTROLISIS PERCUTÁNEA INTRATISULAR EN EL SÍNDROME DE DOLOR MIOFASCIAL TEMPOROMANDIBULAR

López-Martos R; Montes-Carmona JF; Ruiz-Canela P; Urresti López J; González-Pérez LM; Infante Cossío P
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

INTRODUCCIÓN:

El síndrome de dolor miofascial (SDM) por punto gatillo (PGM), es un dolor muscular con un patrón de dolor referido característico para cada músculo. El músculo pterigoideo es el músculo implicado en dolor en la región temporomandibular. Para tratar de forma efectiva el SDM es necesaria la inactivación del PGM. La electrolisis percutánea intratisular (EPI) es una técnica que mediante la aplicación de una corriente galvánica mediante una aguja de punción produce una reacción electroquímica con regeneración posterior del tejido blando. Se ha demostrado efectiva en el tratamiento del SDM en el aparato locomotor.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se reclutaron de forma prospectiva una cohorte de pacientes con características de dolor miofascial en el área temporomandibular en el músculo pterigoideo lateral. Fueron tratados con EPI en 3 sesiones consecutivas, para medir los cambios en el dolor mediante una escala visual analógica, una encuesta de calidad de vida y el cambio en la movilidad y función articular y muscular, y se analizó la estabilidad del resultado a largo plazo.

RESULTADOS:

Se ha demostrado una disminución significativa del dolor a los 3 meses postpunción, así como una mejoría significativa en la funcionalidad de la articulación y en la calidad de vida de los pacientes

CONCLUSIONES:

La EPI es una técnica que hasta el momento no se ha utilizado en patología miofascial temporomandibular. Mediante este trabajo se demuestra su efectividad en el tratamiento de SDM temporomandibular. Es una técnica segura y poco costosa. A largo plazo los resultados son estables.

SESIÓN 3

CO27 (51). THE USE OF SUBMANDIBULAR APPROACH FOR TRACHEAL INTUBATION AS AN ALTERNATIVE TO TRACHEOSTOMY IN PATIENTS WITH PANFACIAL FRACTURES

Ahmed Gaber Hassanein Mahmoud

Maxillofacial Surgery Unit, General Surgery Department, Faculty of Medicine, Sohag University, Sohag, Egypt

BACKGROUND:

The oral route for tracheal intubation can interfere with some maxillofacial surgical procedures. At the same time, the nasal route can be contraindicated or impossible. Tracheostomy is the usual solution in these circumstances, but it carries a high incidence of complications. We tested the submandibular route for tracheal intubation as an alternative to tracheostomy in such situations.

METHODS:

The procedure was performed in 26 patients suffering from panfacial fractures associated with a fracture of skull base or a displaced nasal fracture.

RESULTS:

The technique was found easy and satisfactory for both the surgeon and the anaesthetist. It allowed uninterrupted surgical techniques and a secure airway. In fifteen of the 26 patients, the submandibular tracheal tube was left in place for up to 50 h in the intensive care unit after the operation without complications or difficulties. Accidental dislodgement of the tube to the right main bronchus occurred in two patients while carrying out the procedure; it was rapidly detected and corrected. In another two patients, postoperative superficial infection occurred that responded well to local treatment. No other complications were encountered.

CONCLUSIONS:

Submandibular tracheal intubation is a simple and effective technique for upper airway management in some maxillofacial surgical patients when both oral and nasal tracheal intubations are not convenient.

SESIÓN 3

CO28 (11). OUTCOME OF SURGICAL EXCISION OF HEAD AND NECK LYMPHATIC MALFORMATIONS IN CHILDREN: A PROSPECTIVE STUDY

Kamal A-AM Hassanein; Ahmed G H Mahmud; Tarek F Abdelrahman

Maxillofacial/Head and Neck Surgical Unit, General Surgery Department. Faculty of Medicine Sohag University

BACKGROUND:

Surgical treatment of lymphatic malformations (LMs) in the head and neck area is challenging for surgeons because of their poorly defined borders and the potential for damaging neighboring structures. The aim of the study: was to evaluate the outcome of surgical treatment of cervicofacial LMs in children to improve preoperative counseling.

METHODS:

A prospective study included cases with LMs in the head and neck area that had been treated in the Maxillofacial/Head and Neck Surgical Division, Sohag University Hospitals, Egypt, in the period from June 2002 to May 2014. All cases were treated with surgical excision as a primary treatment modality and were evaluated for recurrence and complications. Cases were followed for a period from 8 to 72 months (mean of 31 ± 15 months).

RESULTS:

The study included 48 cases. Recurrence and overall complications occurred in 4 (8%) and 11 (23%) cases, respectively. Satisfaction was described as excellent or good by 45 (94%) parents of the cases. Permanent nerve weakness was not encountered. Recurrence was higher in cases with age group < 2 years, when the lesion located in or close to the area of the facial nerve and/or the suprahyoid region, and in the microcystic and mixed types ($P = 0.001$). Overall rate of complications was higher, when the lesion located in or close to the area of the facial nerve and/or the suprahyoid region ($P = 0.02$), and in the microcystic and mixed types ($P = 0.003$).

CONCLUSIONS:

Surgical excision of LMs, especially the macrocystic type in infants and children as the primary treatment modality, especially when it is complete is safe and highly successful technique and has satisfactory outcome.

SESIÓN 3

CO29 (92). NAVEGACIÓN INTRAOPERATORIA EN ONCOLOGÍA MAXILOFACIAL

Mirada Donisa E.; Rodríguez Fernández J.; Mommsen J; Mateos Mica M.; Vázquez Bouso O., Gumbao Grau V.
Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona

INTRODUCCIÓN:

El uso de la navegación quirúrgica en pacientes oncológicos ha supuesto un importante avance en el tratamiento de la patología oncológica craneomaxilofacial.

DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS:

El primer caso es un varón de 24 años con varios nódulos en región frontal y parietal, con biopsia previa de dermatofibromas. Se realiza una primera resección, sin márgenes, y en el resultado anatomopatológico final se obtiene el diagnóstico de dermatofibrosarcoma. Para una completa resección tumoral, se fusiona TC postquirúrgico con RMN previa y se realiza la resección con ayuda de la navegación.

El segundo caso es una paciente de 68 años de edad, con un carcinoma de células claras en seno maxilar izquierdo. Durante la resección, el uso de la navegación resulta imprescindible para una resección en bloque con márgenes libres sin penetrar en la cavidad intracraneal.

El tercer caso es una paciente de 36 años, con una tumoración en fondo de vestíbulo de segundo cuadrante, correspondiente a un carcinoma adenoide quístico, que es extirpado sin márgenes debido a ausencia de diagnóstico inicial. Con registros radiológicos previos y, mediante ayuda del navegador, se obtiene una ampliación satisfactoria de los márgenes quirúrgicos, obteniendo nuevos márgenes libres.

RESULTADOS:

Se describen 3 casos de pacientes donde el uso de la navegación intraquirúrgica ha resultado fundamental para la completa resección tumoral, permitiendo obtener unos márgenes quirúrgicos libres de tumor y una resección en bloque de la pieza, sin dañar estructuras vecinas de vital importancia.

CONCLUSIONES:

La navegación intraoperatoria resulta útil para una resección tumoral satisfactoria en pacientes con afectación oncológica en cabeza y cuello, proporcionando precisión anatómica y seguridad quirúrgica, incluso en situaciones donde la lesión no es objetivable macroscópicamente.

SESIÓN 3

CO30 (105). ENFERMEDAD ASOCIADA A IGG4 Y AFECTACIÓN ORBITARIA. UNA NUEVA ENTIDAD. PRESENTACIÓN DE TRES CASOS

Mateos M., Llanos J., Díaz M^a L., Rodríguez J., López M.
Hospitalal Universitario Joan XXIII. I.C.S. Tarragona

Recientemente se ha descrito en la literatura la enfermedad asociada a IgG4 (EA-IgG4). La EA-IgG4 es un proceso inflamatorio multiorgánico de predilección glandular que cursa típicamente con niveles plasmáticos de IgG4 elevados e histopatología similar entre los órganos afectados. En la mayor parte de los casos responde adecuadamente a corticosteroides, en otros especialmente tras retraso diagnóstico o en el inicio del tratamiento, pueden asociarse un peor pronóstico, evolucionando a fibrosis y requerir inmunosupresores en el contexto de mala adherencia al tratamiento. Su prevalencia es en países del área asiática donde fueron comunicados los primeros casos. La EA-IgG4 puede afectar a múltiples órganos y estructuras habiéndose descrito la afectación orbitaria.

Presentamos tres casos de afectación orbitaria en dos mujeres y un varón con clínica de patología orbitaria y que cumplieron con los criterios diagnósticos de EA-IgG4. Dos de los casos han tenido buena respuesta a la corticoterapia mientras que el tercero refractario al tratamiento ha requerido tratamiento inmunosupresor.

CONCLUSIÓN:

La EA-IgG4 es una enfermedad de reciente descripción que tiene como modelo base la pancreatitis autoinmunitaria, enfermedad a partir de la que se hicieron las inferencias clínicas e inmunológicas para caracterizarla como una enfermedad con sustrato inmunopatológico, histológico y clínico diferente y que puede afectar a uno o varios órganos. El retraso en el inicio del tratamiento esteroideo o la mala adherencia puede reducir su eficacia y conllevar graves secuelas.

SESIÓN 3

CO31 (111). MANEJO QUIRÚRGICO DEL LINFEDEMA FACIAL SECUNDARIO A TRATAMIENTO ONCOLÓGICO

Martínez Pérez, F; Arribas García, I; Álvarez Flórez, M; Gómez Oliveira, G; Sánchez Burgos, R; Martínez Gimeno, C.

Hospital Universitario de Canarias. Tenerife

INTRODUCCIÓN:

El linfedema facial es una entidad muy poco frecuente, de etiología multifactorial, en relación con el tejido cicatricial tras cirugía y radioterapia. Hay escasos artículos publicados sobre el manejo de esta patología. Tiene una gran repercusión no solo funcional y estética sino psicológica. Se presenta un caso de drenaje exitoso del linfedema facial severo con los vasos linfáticos dérmicos de un colgajo deltopectoral.

CASO CLÍNICO:

Varón de 67 que presenta un inexorable linfedema facial y severa fibrosis cervical secundario a cirugía oncológica y radioterapia adyuvante. Refractario a tratamiento médico y medidas compresivas. Presenta un deterioro del estado hemodinámico debido a las complicaciones de la patología que presenta y los efectos secundarios del tratamiento médico administrado.

RESULTADOS:

Se realizó un colgajo miocutáneo deltopectoral diferido previa identificación con sonda doppler de las ramas perforantes de la arteria mamaria interna. La isla cutánea se introduce en un bolsillo subdérmico en la mejilla. A las 72 horas es evidente la mejoría clínica, obteniendo resultados satisfactorios de forma bilateral. El paciente abre los párpados voluntariamente, oye y tiene competencia labial pero persiste la inestabilidad hemodinámica previa a la cirugía. A los 7 días se diagnostica una neumonía basal bilateral acompañada de fibrilación auricular. Finalmente empeora de forma progresiva y fallece al mes de la cirugía.

CONCLUSIÓN:

El mecanismo del linfedema consiste en un aumento de la actividad fibroblástica y reducción de la actividad de los macrófagos, lo cual provoca un aumento de la fibrosis e induración del tejido subcutáneo. La fibrosis de los tejidos superficiales comprime los vasos linfáticos y se reduce su flujo.

Las opciones terapéuticas disponibles son farmacológicas (diuréticos, benzopironas y flavonoides), físicas (drenaje linfático manual y compresiones) y quirúrgicas (excisiones locales, dermolipectomías, microanastomosis linfo-linfática y linfo-venosa, colgajos pediculados y microvascularizados).

Se obtiene una mejoría estética y funcional importante, con un colgajo deltopectoral mínimamente invasivo, pese al desenlace final del paciente.

SESIÓN 3

CO32 (229). LIPOESCULTURA CERVICOFACIAL. NUESTRA EXPERIENCIA EN 21 CASOS EN PACIENTES CON DEFORMIDADES CONGÉNITAS, POSTQUIRÚRGICAS Y SECUELAS DE TRATAMIENTOS CON RT

Arribas García I; Martínez Pérez F; García Hernández A; Gómez Oliveira G; Sánchez Burgos R; Álvarez Florez M. *Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife*

INTRODUCCIÓN:

La lipoescultura cervicofacial es una técnica mínimamente invasiva de transferencia de tejido graso de una región donante del paciente a una zona con una deformidad congénita o adquirida. El primer injerto autólogo de tejido adiposo fue realizado en 1983 por un cirujano alemán llamado Neuber para corregir un defecto orbitopalpebral secundario a una osteomielitis. En la época moderna, en los primeros años de la década de 1980, Illouz y Fournier fueron los cirujanos que introdujeron la técnica de la liposucción cerrada. Fue Coleman SR en la década de 1990 en Nueva York, quien describió una nueva técnica de utilización atraumática de injertos de grasa autóloga. Consiste en la obtención de tejido adiposo mediante una liposucción con unas finas cánulas de zonas donantes, como la región abdominal y la región lateral de muslos y/o glúteos, para posteriormente ser depurado mediante centrifugación o lavado y su ulterior infiltración en los defectos, deformidades o cicatrices mediante unas cánulas de infiltración específicas

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se analizan de manera retrospectiva, entre mayo de 2009 y noviembre 2014 (5 años y 6 meses), los pacientes que han recibido una o varias lipoesculturas por deformidades cervicofaciales en el Hospital Universitario de Canarias, Tenerife. Se excluyen todos los pacientes con indicación estética. La técnica utilizada es la descrita por el Dr. Coleman con centrifugación de la grasa obtenida. Se estudia la epidemiología de los pacientes, el diagnóstico principal, la localización, número y características de los procedimientos y el seguimiento clínico. Se detallan las complicaciones surgidas, la reabsorción y el resultado estético entre otras variables estudiadas.

RESULTADOS:

Un total de 21 pacientes fueron sometidos a un total de 26 lipoesculturas por deformidades faciales y/o cervicales congénitas o secundarias a otros tratamientos. La edad media fue de 40,52 años [20-61] con una proporción por sexos de 1:2 (7 varones y 14 mujeres). El 81% de los pacientes precisó una lipoescultura (17), el 14% necesitó dos lipoesculturas (3) y sólo un paciente recibió 3 lipoesculturas (5%)

La indicación de las lipoesculturas fueron motivadas por diversas patologías: Deformidad facial (4), carcinoma epidermoide (3), atrofia hemifacial o Sd. Romberg (3); secuelas por un tumor de parótida (2), microsomía hemifacial (1), retinoblastoma orbitario infantil tratado con RT(1), mixoma maxilar (1), submaxilectomía en la infancia (1), hemangioma congénito (1), ameloblastoma mandibular (1), sarcoma de Ewing infantil (RT) (1), acromegalia por tumor hipofisario tratado con RT (1), síndrome de Binder(1). Las localizaciones de infiltración más frecuentes fueron la región mandibular y malar, seguido de la zona paranasal, perioral, la región temporal y cervical, entre otras.

Todos los procedimientos se realizaron en quirófano: 18 se realizaron bajo anestesia general (69%), 5 bajo anestesia local con sedación (19%) y 3 pacientes bajo anestesia local sin sedación (12%). En todos los procedimientos se eligió la región abdominal como zona donante.

Los procedimientos se realizaron de forma ambulatoria en 14 pacientes (54%) y con ingreso hospitalario en 12 procedimientos (46%). Todos los paciente con ingreso hospitalario necesitaron solo un día de estancia, salvo un paciente que necesitó 2 días.

No se han presentado complicaciones postquirúrgicas de interés, salvo hematomas leves y molestias en las

zonas de infiltración y en la región abdominal. El seguimiento medio fue de 31 meses [4-75]. El resultado fue muy bueno (26,9%), bueno (50%), sobre corregido (3,8%), infracorrecto (11,5%) y regular o malo (7,7%). No hubo reabsorción en un 81% de los casos, una mínima reabsorción en un 5% y reabsorción evidente en un 14%.

DISCUSIÓN:

Existen muy pocos artículos en la literatura que presenten amplias series de lipoescultura cervicofacial en deformidades faciales congénitas o adquiridas por intervenciones quirúrgicas o radioterapia.

Se presenta una serie de 21 casos con 26 lipoesculturas por defectos faciales y cervicales con unos buenos resultados. Desde la implantación de esta técnica en el Servicio y la consiguiente curva de aprendizaje de la técnica, los primeros casos realizados son los que peor resultado se han obtenido y donde la gran mayoría de los pacientes eran intervenidos bajo anestesia general con ingreso hospitalario. En los casos más recientes, los resultados son mucho más óptimos y los procedimientos se realizan de forma ambulatorio bajo anestesia local con/sin sedación. Se ha observado también una correlación cirujano dependiente con los resultados obtenidos y la reabsorción postquirúrgica, lo que explica las diferentes curvas de aprendizaje que presenta la técnica.

CONCLUSIÓN:

La lipoescultura facial es una técnica quirúrgica muy útil y poco invasiva para el tratamiento de deformidades faciales congénitas o adquiridas. Permite corregir defectos cervicofaciales de pequeño y moderado tamaño con gran impacto en la estética del paciente. Aunque necesita una curva de aprendizaje para obtener unos buenos resultados, es una técnica sencilla y con escasas complicaciones que permiten mejorar la estética, autoestima y calidad de vida percibida de los pacientes con secuelas faciales.

SESIÓN 3

CO33 (109). TÉCNICA DE IMPLANTACIÓN INTRAORAL DE NEUROESTIMULADOR EN GANGLIO ESFENOPALATINO PARA TRATAMIENTO DE CEFALÉAS REBELDES. PROTOCOLO PREOPERATORIO Y SEGURIDAD QUIRÚRGICA. (PATHWAY STUDIES - VALENCIA, SPANISH EXPERIENCE)

Puche M. (*); Ventura N. (*); Marqués M. (*); Assaf AT. (**); Caparso A. (***), Papay F. (****)

(*) *Hospital Clínico Universitario de Valencia. Servicio de Cirugía Maxilofacial*

(**) *University Medical Center Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Germany*

(***) *Autonomic Technologies, Inc., Redwood City, California*

(****) *Dermatology and Plastic Surgery Institute, Institute Chair, Cleveland Clinic, Cleveland. Ohio*

INTRODUCCIÓN:

Presentamos una nueva técnica para el tratamiento de cefaleas severas refractarias a tratamiento farmacológico: cefalea crónica en racimos (CCR) y migraña crónica episódica (MCE). Consiste en la implantación de un neuroestimulador dentro de fosa pterigopalatina (FPP), a nivel del ganglio esfenoopalatino (GEP). La técnica está siendo desarrollada en nuestro servicio desde 2011 como parte de dos estudios multicéntricos internacionales Pathway CH-1 y CH-3. El objetivo es describir la técnica quirúrgica y evaluar la eficacia y morbilidad de la misma. Hemos desarrollado un protocolo preoperatorio con el fin de que el procedimiento sea reproducible.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Los pacientes con cefalea crónica (CCR o MCE) intratable fueron remitidos a nuestro servicio por el departamento de Neurología. Se realizó la cirugía mediante un abordaje transoral mínimamente invasivo, colocando el electrodo del neuroestimulador próximo al GEP, dentro de la fosa pterigopalatina. Previo a la intervención, se les realizó a todos un estudio de tomografía computerizada (TC) y un modelo 3D esterolitográfico de la base craneal. La intervención se llevó a cabo bajo anestesia general. Se empleó fluoroscopia intraoperatoria para posicionar correctamente el electrodo en estrecha proximidad al GEP.

RESULTADOS:

Presentamos nuestra experiencia en la implantación del dispositivo neuroestimulador ATI a 21 pacientes (12 CCR y 9 MCE). Se describe el manejo pre y perioperatorio, las complicaciones y la técnica quirúrgica. La muestra está formada por 13 hombres y 8 mujeres, con una edad media de 40 años de edad (rango 21 a 66 años). Casi la mitad de los pacientes (12 de 21) presentó hipoestesia de la segunda rama del nervio trigémino ipsilateral a la implantación y 7 pacientes experimentaron hinchazón, con un tiempo medio de resolución de 112,5 días (rango 15-510 días) y 4,14 días (rango 2-14), respectivamente. A un paciente se le retiró el neuroestimulador debido a la nula eficacia por incorrecta ubicación del electrodo. La técnica ha sido muy eficaz, pues 11 de los que presentaban CCR y 6, de los que presentaban MCE han respondido a la estimulación con control del dolor, y más del 50 % de ellos han presentado disminución de la frecuencia y de la intensidad de las crisis tras la neuroestimulación y tras dos años de seguimiento.

CONCLUSIONES:

Este tipo de abordaje transoral a la FPP presenta la misma morbilidad esperada como cualquier cirugía en esta área. La experiencia del procedimiento ha mostrado un perfil de seguridad aceptable, y dada la eficacia de la técnica ha posibilitado la aprobación como indicación técnica por la Agencia Española del Medicamento y se ha conseguido la marca CE y así en nuestro centro realizamos el primer implante comercial del mundo para el tratamiento de la CCR.

SESIÓN 4

CO34 (70). PLANIFICACIÓN CON ORDENADOR Y NAVEGACIÓN QUIRÚRGICA EN TUMORES DE MANDÍBULA, MAXILAR Y BASE DE CRÁNEO Y RECONSTRUCCIÓN CON PERONÉ

Dean A.; Alamillos F.J; Heredero S.; Ruiz J.J; García B.; Sanjuan A.

Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

INTRODUCCIÓN:

La delimitación de los márgenes adecuados de resección y la reconstrucción de tumores craneomaxilofaciales con afectación ósea puede ser difícil de llevar a cabo. Además la determinación del diseño de los fragmentos óseos del peroné para realizar la reconstrucción de los defectos creados tras la cirugía ablativa puede ser difícil. En estos casos, la planificación con ordenador y navegación quirúrgica puede ser muy útil para ayudar a determinar la precisión de los márgenes de resección quirúrgicos y a diseñar los fragmentos óseos del autotrasplante de peroné utilizado para la reconstrucción. El objetivo de este trabajo es aportar nuestra experiencia en la utilización de la planificación con ordenador y la navegación quirúrgica en el tratamiento de pacientes con tumores con afectación mandibular, maxilar y de base de cráneo para planificar la resección y la reconstrucción con autotrasplante de peroné.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se trata de un estudio retrospectivo de 5 pacientes con tumores: dos carcinomas epidermoides con afectación mandibular, dos carcinoma epidermoides de maxilar y un melanoma de seno frontal. En todos los casos se realizó resección tumoral y reconstrucción inmediata con autotrasplante de peroné. Hemos utilizado el programa de planificación preoperatoria iPlan de BrainLab para delimitar el tumor y los márgenes adecuados de resección. La cirugía ablativa virtual se realizó para planificar la reconstrucción con peroné. La planificación preoperatoria se transfirió al navegador quirúrgico Vector Vision de BrainLab. La navegación quirúrgica se utilizó tanto para guiar la ablación tumoral como para comprobar la exactitud de la reconstrucción con peroné.

RESULTADOS:

En todos los pacientes se realizó la ablación asistida por navegación para asegurar la adecuación de los márgenes quirúrgicos de resección. La determinación preoperatoria de los fragmentos óseos de peroné necesarios para la reconstrucción ayudó a la determinación del diseño del colgajo de peroné. En los casos de los tumores con afectación la planificación preoperatoria permitió determinar el tamaño de la placa premoldeada adecuada para la reconstrucción. La navegación quirúrgica también ayudó a la comprobación de la adecuada posición de los fragmentos de la reconstrucción ósea con peroné: mandíbula (2 casos), maxilar (2 casos), y reborde supraorbitario con huesos propios (un caso).

CONCLUSIONES:

La planificación en ordenador y navegación quirúrgica son herramientas muy útiles para delimitar los márgenes adecuados de resección y su posterior reconstrucción con autotrasplante de peroné en tumores que afectan al hueso.

SESIÓN 4

CO35 (141). PARESIA DE X Y XII PARES CRANEALES COMO COMPLICACIÓN DE UN ABSCESO CERVICAL DE ORIGEN DENTARIO

Cariati, P.; Sánchez Lopez, D.; Cabello Serrano, A.; Medina García, B.
Hospital Universitario Virgen de las Nieves (Granada)

INTRODUCCIÓN:

La parálisis glosolaríngea homolateral fue descrita por Antonio García Tapia en 1904. Tapia relacionó la clínica que presentaba un banderillero, después de haber recibido una cornada, a nivel del ángulo mandibular, con la lesión de los nervios hipoglosos y laríngeo superior. Clínicamente se manifiesta con disfonía, desviación de la lengua hacia el lado lesionado, alteración de la motilidad lingual y dificultad para la deglución. En el 70% de los casos se debe a manipulaciones traumáticas de la vía aérea superior, en el contexto de una intubación endotraqueal.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Exponemos la historia clínica de un paciente varón de 30 años, afecto por un extenso absceso cervical, que presentó, en el postoperatorio, disfagia total para sólidos y líquidos, disfonía, desviación de la lengua hacia la derecha y caída del velo paladar derecho con desviación de la úvula a la izquierda. Se realizó estudio mediante prueba de imágenes con TC y RMN que descartaron origen central del cuadro. Además se realizó un estudio de la deglución controlado por fibroscopia y RX de tránsito con pasto baritado que confirmaron la sospecha diagnóstica de lesión de X y XII p.c.

RESULTADOS:

La parálisis de los p.c. bajos puede aparecer en el postoperatorio de enfermos que hayan sufrido maniobras, anestésicas o quirúrgicas, traumáticas a nivel cervical. La clínica, muy llamativa e invalidante, puede ser atenuada y controlada con ejercicios de rehabilitación de la función deglutoria y resulta reversible, si adecuadamente tratada, en un arco de tiempo de 3 a 6 meses. En nuestro caso el enfermo evolucionó favorablemente con el tratamiento fisioterápico pautado por la unidad de disfagia del servicio de Rehabilitación del Hospital de Granada.

CONCLUSIÓN:

Es necesario tener presente el elevado riesgo de iatrogenia que pueden suponer intervenciones quirúrgicas en enfermos con extensos abscesos cervicales. Es importante aplicar un especial cuidado en las maniobras anestésicas y quirúrgicas que se apliquen en estas situaciones, ya que la fragilidad de los tejidos, edematizados y tumefactos por la infección, aumenta la probabilidad de lesiones nerviosas y/o musculares en la zona intervenida.

SESIÓN 4

CO36 (152). TRATAMIENTO DE LAS CRANEOSINOSTOSIS NO SINDRÓMICAS: QUÉ HACER Y CUÁNDO

Martínez Plaza A; Saura Rojas E; Monsalve Iglesias F; Román Ramos M; Cariati P
Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

INTRODUCCIÓN:

La cirugía craneofacial representa uno de los campos de la cirugía en los que están aconteciendo mayores avances en la actualidad. El perfeccionamiento en las técnicas anestésicas, el diagnóstico por imagen, la incorporación de técnicas endoscópicas, la distracción ósea, la planificación quirúrgica virtual, la osteosíntesis reabsorbible o los biomateriales han incrementado la calidad de estas intervenciones disminuyendo la morbimortalidad de épocas pasadas

OBJETIVOS:

El momento adecuado de realizar las intervenciones quirúrgicas es controvertido. Se valora un protocolo común y práctico de tratamiento en los pacientes con craneosinostosis no sindrómicas.

MATERIAL Y MÉTODOS:

En los dos últimos años, en la Unidad de Cirugía Craneofacial del H. U. Virgen de las Nieves se han tratado 21 pacientes con craneosinostosis no sindrómicas: 8 plagiocefalias unilaterales 3 trigonocefalias y 10 escafocefalias. 14 varones y 7 mujeres. Rango de edad (4.5 meses - 3.5 años). Cada paciente fue estudiado en relación a su edad, patología y manifestaciones clínicas con el objetivo de establecer el mejor plan de tratamiento posible.

RESULTADO:

El tratamiento temprano de las craneosinostosis evita las complicaciones derivadas de la fusión prematura de las suturas, permite un normal crecimiento de la bóveda craneal evitando así daños cerebrales y también permite obtener la integración social de los pacientes sin los estigmas de malformación.

CONCLUSIONES:

El tiempo del tratamiento es por lo tanto crítico. Debe abordarse en edades tempranas de la vida y en edad de crecimiento para interceptar, eliminar o corregir las consecuencias directas e indirectas de la malformación. Si no existe elevación de la presión intracraneal entre los 6-9 meses de vida es el tiempo ideal para realizar estos procedimientos.

SESIÓN 4

CO37(121). SINOVITIS VELLONODULAR PIGMENTADA DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR. MANEJO ARTROSCÓPICO

Román Ramos M., Cabello Serrano A., Monsalve Iglesias F., Cariati P., García Medina B.
Hospital universitario Virgen de las Nieves. Granada

INTRODUCCIÓN:

La sinovitis vellonodular pigmentada es un trastorno proliferativo infrecuente de etiología desconocida que afecta a las articulaciones diartrosicas, vainas tendinosas y bursas. La mayoría de los casos son monoarticulares y con su comportamiento es localmente agresivo. La articulación más afectada es la rodilla (80% de los casos), siendo su presencia en la articulación temporomandibular extremadamente infrecuente. Se presenta como una tumefacción preauricular que puede asociar dolor y limitación funcional. El diagnóstico es histológico y el tratamiento es quirúrgico, con el objetivo de realizar una resección completa.

CASO CLÍNICO:

Varón de 29 años de edad sin antecedentes de interés que acudió a nuestro servicio presentando sintomatología de dolor y limitación a la apertura bucal de reciente aparición. Se le realizó una RNM en la que se apreció la existencia de un nódulo isoíntenso en secuencia pT1 que captaba contraste de unos 25 x 25 x 9 mm posterior y medial al cóndilo mandibular asimétrico con respecto al cóndilo contralateral sugerente de sinovitis vellonodular. Las imágenes de TC hablaban de la existencia de una lesión ovoidea de 5 x 7 mm, bien definida, ligeramente radiolúcida y que ocupa parcialmente el espacio articular sugerente de hiperplasia condilar.

Con los hallazgos de las pruebas de imagen y correlacionándose con la clínica se decide intervenir al paciente. Mediante abordaje artroscópico se accede al espacio articular superior apreciándose un desflecamiento en la región del disco articular así como del tejido retrodiscal, la sinovial mostraba cambios inflamatorios que se corresponden con la sospecha de sinovitis vellonodular.

En la intervención se realizó un desbridamiento amplio del fibrocartilago de la eminencia y del tejido sinovial mediante lima e instrumental rotatorio además de la realización de eminoplastia para el remodelado intraarticular.

Se extrajeron numerosas muestras que tras el estudio anatomopatológico se confirmó el diagnóstico de sospecha.

Durante el postoperatorio inmediato el paciente no presentó complicaciones asociadas a la intervención.

DISCUSIÓN:

El diagnóstico de la sinovitis vellonodular pigmentada se realiza en base a los hallazgos clínicos y radiológicos (TAC y RNM), aunque con frecuencia es infradiagnosticada debido a su baja incidencia y los síntomas poco específicos. El estudio histológico confirmará este diagnóstico de presunción.

La resección quirúrgica es el tratamiento de elección, siendo necesaria una resección completa de la membrana sinovial debido a su tasa de recurrencia (33-55%). La artroscopia ofrece, en primer lugar, la posibilidad de realizar un diagnóstico clínico e histológico del proceso. Además, permite la resección de las estructuras afectadas, tanto en la forma localizada como en la difusa, y tratamiento del resto de anomalías estructurales presentes en la articulación.

CONCLUSIONES:

La artroscopia de la articulación temporomandibular es un procedimiento útil tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de los pacientes con sinovitis vellonodular pigmentada, consiguiendo buenos resultados en el control de la enfermedad a la vez que disminuye la morbilidad asociada a los procedimientos de cirugía abierta.

SESIÓN 4

CO38 (150). TRATAMIENTO COMPASIVO CON BISFOSFONATOS EN LA DISPLASIA FIBROSA OSEA EN EDAD INFANTIL. REVISIÓN DE LA LITERATURA A PROPOSITO DE UN CASO

Monsalve Iglesias F; Román Ramos M; Cariati P; Gálvez Jiménez P; Cabello Serrano A; Martínez Plaza A
Servicio Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

INTRODUCCIÓN:

La Displasia Fibrosa (DF) es un desorden óseo poco frecuente causado por defectos de diferenciación de la línea celular ósea osteoblástica. Clínicamente se presenta en forma de deformidad ósea, dolor y, en casos más graves, fractura patológica. Existen formas mono y poliostóticas, las cuales se asocian a cuadros sindrómicos. La afectación del esqueleto facial no es infrecuente. Las opciones terapéuticas disponibles son escasas. La cirugía constituye el tratamiento de elección. Algunos autores apoyan aplazarlo hasta completar el crecimiento óseo si bien durante la edad pediátrica se puede justificar por motivos estéticos o funcionales. Desde hace algunos años los bisfosfonatos se han postulado como un tratamiento médico útil en los casos más sintomáticos y en los que la cirugía no puede dar solución a la enfermedad.

OBJETIVO:

El objetivo de esta comunicación es revisar la literatura en cuanto al tratamiento mediante bisfosfonatos de la DF durante la edad pediátrica a raíz de un caso tratado en nuestro servicio.

MATERIAL Y MÉTODOS:

presentamos el caso de una paciente mujer de 9 años de edad que acudió a nuestras consultas presentando tumefacción y dolor en ángulo mandibular. Estudiada mediante TC y biopsia fue diagnosticada de Displasia Fibrosa. En Gammagrafía se detectó otro foco displásico en ala derecha sacra. La tumefacción y el dolor precisaban de analgesia diaria. Una vez descartada patología endocrinológica asociada, se valoró su caso en SESIÓN Clínica conjunta con Reumatología Pediátrica y se decidió comenzar tratamiento compasivo con bisfosfonatos intravenosos (Pamidronato 30 mg iv cada 3 meses).

RESULTADOS:

Tras dos años de tratamiento la paciente no ha vuelto a precisar analgesia desde el primer ciclo. En Gammagrafía de control los focos hipercaptantes persisten pero su intensidad ha disminuido mostrando respuesta al tratamiento. En la literatura médica el tratamiento médico mediante bisfosfonatos en la edad pediátrica es un tema controvertido y escasamente tratado. En general parece aceptado que los bisfosfonatos reducen la actividad osteoclástica mejorando el aspecto radiológico de las lesiones y reduciendo el dolor óseo.

CONCLUSIÓN:

Los bisfosfonatos intravenosos pueden constituir una herramienta útil en el tratamiento de la DF sintomática y de difícil abordaje quirúrgico durante la edad pediátrica. No obstante serían necesarios más estudios aleatorizados y un mayor conocimiento de los efectos a largo plazo de estos tratamientos.

SESIÓN 4

CO39 (151). EMINOPLASTIA ARTROSCOPICA DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR

García Medina B, Monsalve Iglesias F, Cabello Serrano A; Román Ramos M, Cariati P, Gálvez Jimenez P.
Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

INTRODUCCIÓN:

El mecanismo fisiopatológico de la enfermedad degenerativa en las articulaciones sinoviales de individuos jóvenes es desconocido. Diversas teorías han postulado que la inestabilidad articular podría generar campos de estrés, especialmente fuerzas de cizallamiento, desarrolladas en los movimientos medio-laterales que se desarrollan en esta articulación. Dichas fuerzas son especialmente nocivas y producirían una fatiga mecánica precoz de los tejidos intraarticulares.

OBJETIVOS:

El objetivo de esta comunicación es presentar una nueva técnica de eminoplastia de la articulación temporomandibular realizada artroscópicamente para el tratamiento del síndrome de dolor-disfunción de la ATM.

TÉCNICA QUIRÚRGICA:

Bajo anestesia general y abordaje inferolateral (Murakami and Ono 1986) todos los pacientes fueron sometidos a un diagnóstico artroscópico. Posteriormente una segunda cánula fué introducida unos 30 mm. aproximadamente anterior al trago. Una vez realizada sinovectomía y lisis de adherencias realizamos mediante instrumental rotatorio y/o limas, el desbridamiento del fibrocartilago localizado en el ápex de la eminencia articular. Una modificación de las fresas de osteotomía de la casa comercial Dyonics permite realizar un fresado del ápex de la eminencia articular de unos 4-8 mm., respetando a nivel medial y lateral los recesos articulares y modelando de esta forma una articulación más estable.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

Tras una revisión exhaustiva, no hemos encontrado en la literatura ninguna descripción de esta técnica quirúrgica aplicada en el Síndrome Dolor Disfunción de la articulación temporomandibular.

Esta técnica quirúrgica aporta un nuevo enfoque en el tratamiento de esta enfermedad, en donde la estabilidad articular y la disminución del estrés por cizallamiento en los movimientos medio-laterales son considerados principios básicos en el control del desarrollo y/o progresión de esta enfermedad.

SESIÓN 4

CO40 (62). ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LA BIOPSIA DE LOS GANGLIOS CENTINELA Y LA DISECCIÓN CERVICAL ELECTIVA. PERFILES DE GASTO

Hernando J(*); Villarreal PM(**); Álvarez-Marcos F (***) ; Gallego L (****); García-Consuegra L (***) ; Junquera LM(***)

(*) Hospital Universitario Donostia, San Sebastián; (**) Práctica Privada Clínica Villarreal, Oviedo; (***) Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo; (****) Hospital de Cabueñes, Gijón

INTRODUCCIÓN:

El tratamiento del cuello en estadios iniciales del cáncer oral está sujeto a controversia. La biopsia de los ganglios centinela parece presentar resultados similares a la disección cervical electiva reduciendo la morbilidad y generando menor gasto.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se compararon 29 pacientes sometidos a la biopsia de los ganglios centinela y 41 a la disección cervical supraomohioidea (niveles I-III) entre 2005-2010. Se obtuvieron el índice de falsos negativos y el valor predictivo negativo correspondiente. Se empleó en Log-Rank test para comparar la supervivencia general y libre de enfermedad entre los grupos.

Se realizó un análisis preliminar del gasto derivado. Se confeccionaron hojas de gasto utilizando los valores medios de estancia hospitalaria y tiempo quirúrgico derivado.

RESULTADOS:

No se observaron diferencias significativas en la tasa de recidivas cervicales para los dos grupos ($p=0.50$). El índice de falsos negativos fue de 7.7 % en la biopsia de los ganglios centinela y 8.1 % en el grupo de la disección electiva. La supervivencia general y libre de enfermedad no mostraron diferencias significativas. Tras recoger los datos de los costes derivados de cada técnica, en aquellos pacientes pN0 con evolución favorable, se generó un 40 % gasto mayor al utilizar la disección cervical supraomohioidea. Para el resto de desenlaces evolutivos, la biopsia de los ganglios centinela fue más cara.

CONCLUSIÓN:

La técnica de la biopsia de los ganglios centinela puede sustituir a la disección cervical supraomohioidea, como método de estadificación cervical en estadios precoces del carcinoma oral de células escamosas con un menor coste asociado.

SESIÓN 4

CO41 (35). ENSAYO CLÍNICO PARA EVALUAR EL USO DE LA GLUTAMINA COMO AGENTE PROTECTOR EN LA MUCOSITIS ORAL Y LA RADIODERMITIS INDUCIDA POR LA RADIOTERAPIA O RADIO/QUIMIOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO

López Vaquero D. (*); Gutiérrez Bayard L. (**); Saldaña Valderas M. (**); Rodríguez Ruiz J.A. (****); Hernando Vázquez J. (*); Martínez Seijas P. (*)

(*) Servicio Cirugía Oral y Maxilofacial H.U. Donostia (San Sebastián)

(**) Servicio Radioterapia H.U. Puerta del Mar (Cádiz)

(***) Servicio Farmacología Clínica H.U. Puerta del Mar (Cádiz)

(****) Servicio Cirugía Oral y Maxilofacial H.U. Puerta del Mar (Cádiz)

INTRODUCCIÓN:

La quimioterapia y la radioterapia son dos de las armas terapéuticas más ampliamente usadas para el tratamiento del cáncer, en líneas generales. Estos dos pilares del tratamiento oncológico no están libres de efectos adversos; y uno de los efectos adversos que con más frecuencia se produce es la mucositis. Más concretamente en el tratamiento del Cáncer de Cabeza y Cuello se producen mucositis en la cavidad oral, asociada a xerostomía (boca seca), infecciones (en el contexto de la neutropenia asociada, caries dentales, disgeusia, osteorradionecrosis, etc. Esta mucositis se asocia con dolor, limitación ante una correcta deglución, y una consecuente deshidratación y malnutrición. En los casos más severos puede obligar a una interrupción del tratamiento, lo que conlleva la imposibilidad de la correcta optimización de los protocolos de tratamiento. Para una adecuada resolución de las lesiones en la mucosa oral es, a veces necesario incluso disminuir las dosis o una modificación del esquema terapéutico, lo que supondría un cambio en la supervivencia global del paciente ante la enfermedad.

Tanto la incidencia como la severidad varían de paciente a paciente, dependiendo del tratamiento aplicado. Se estima que aproximadamente el 40% de los pacientes que reciben quimioterapia con el tratamiento estándar desarrollará mucositis, incrementándose la severidad de ésta con el número de ciclos, y con la existencia de episodios previos. En pacientes con Cáncer de Cabeza y Cuello que reciben radioterapia en altas dosis, se observa que del 85-100% de pacientes desarrollará mucositis (grado 3/4), y de estos el 15% requerirán ingreso hospitalario. El grado y duración de la mucositis asociada a la radioterapia están relacionados con la fuente de la radiación, intensidad de la dosis, con la dosis acumulada, el volumen de mucosa radiada, el consumo de tabaco y alcohol, y el grado de higiene oral. Con la dosis estándar de 200 cG diarios en los programas de radioterapia fraccionada, ya aparece en la primera semana eritema en la mucosa. A las cuatro o cinco semanas de tratamiento se presentan úlceras parcheadas por toda la mucosa. Éstas aparecen dentro de las tres primeras semanas en tratamientos acelerados, y de las dos semanas en tratamientos con radioterapia intersticial.

La Glutamina (Gln), aminoácido (AA) dispensable o "no esencial", es el AA libre más abundante en el plasma y los tejidos orgánicos a la par que la fuente de nitrógeno de muchas y variadas vías biosintéticas. Representa el 50% del total de AA del organismo y bajo condiciones fisiológicas es sintetizada en grandes cantidades. Pero se convierte en indispensable en pacientes con enfermedad catabólica y situaciones de estrés, ya que sus necesidades superan la producción endógena, afectando sobre todo a la estructura y función de las células de la mucosa del tracto gastrointestinal, páncreas, pulmón, endotelios, sistema inmune y tejidos lesionados. Su acción trófica sobre la superficie mucosa y su contribución al efecto barrera son dos de sus principales efectos. Varios estudios han demostrado que con niveles bajos se asocia disfunción inmune y mayor mortalidad en pacientes bajo agresión grave.

La relación directa entre la Gln y el Cáncer, el estado de estrés producido por la radio y/o quimioterapia se caracteriza por un déficit relativo de este AA. La Gln actúa tanto sobre el número y actividad de las células NK como sobre la caquexia. La suplementación con Gln podría tener un papel importante en la

prevención de la mucositis, siendo la que se da con quimioterapia la más estudiada. Esta complicación afecta negativamente en la calidad de vida, y como hemos dicho anteriormente puede implicar cambios en la estrategia terapéutica, pudiendo alterar la eficacia del tratamiento, además de un elevado coste económico asociado a una mayor morbi-mortalidad.

No hay realizado ningún estudio a doble-ciego, aleatorizado y controlado con placebo que estudie el efecto directo en la prevención de la mucositis con la Gln y la Radio/Quimioterapia en el Tratamiento del Cáncer de Cabeza y Cuello; por lo que realizar un estudio de estas características se convierte en nuestro objetivo, para así poder demostrar de forma significativa, y protocolizar de forma universal el uso beneficioso de este aminoácido en los suplementos nutricionales, y así mejorar la calidad de vida de estos enfermos, disminuyendo los costes asociados a los efectos deletéreos de la toxicidad de estos tratamientos.

Además introducimos un tópico nuevo en el estudio que es el efecto de la Gln sobre la radiodermatitis producida en el campo de radiación

MATERIAL Y MÉTODOS:

Ensayo clínico, aleatorizado, fase II, abierto, prospectivo, aleatorizado, doble ciego y unicéntrico en pacientes con Cáncer de Cabeza y Cuello tratados con Radioterapia o Radio/Quimioterapia concomitante para comparar el efecto de la Glutamina por vía oral versus placebo (maltodextrina) en la mucositis oral y radiodermatitis cervicofacial asociada.

RESULTADO

Se obtiene significación estadística a favor de que no hay diferencias en cuanto a la mucositis observada, en los dos grupos de tratamiento. Y también a favor de que se observa una diferencia en cuanto a la radiodermatitis observada tanto en el grupo control y en el grupo placebo.

CONCLUSIONES:

La Glutamina no es eficaz en la prevención de la mucositis oral asociada al tratamiento del Cáncer de Cabeza y Cuello con Radioterapia o Quimio y Radioterapia; pero sí de la aparición de la Radiodermatitis asociada a dicho tratamiento.

SESIÓN 4

CO42 (57). TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LOS TUMORES BENIGNOS INTRAORBITARIOS

De Leyva, P. (*); Eslava, J.M. (**); Sales-Sanz, M. (**); Sánchez-Jáuregui, E. (**); González, J. (**); Acero, J. (*)(**)

(*) Hospital Universitario Quirón, Madrid; (**) Hospital Universitario Ramón y Cajal y Hospital Universitario Puerta de Hierro, (***) Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

INTRODUCCIÓN:

La órbita puede ser asiento de una gran variedad de lesiones ocupantes de espacio. Estas lesiones pueden ser clasificada en base a distintos criterios: histológicos (benignas, malignas, lesiones vasculares y quísticas); criterios de anatomía quirúrgica (espacio óseo, subperióstico, muscular intra o extracónico) y según el tipo de tratamiento y abordaje empleados.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Realizamos una revisión de las lesiones benignas ocupantes de espacio que más frecuentemente afectan a la órbita, clasificándolas de acuerdo a su localización. Presentamos, a través de 12 casos intervenidos en nuestro hospital, una revisión de las técnicas quirúrgicas y abordajes utilizados en el tratamiento de la patología orbitaria más relevante.

RESULTADOS:

De los 12 pacientes revisados en esta serie, 2 presentaban querubismo orbitario, 2 osteomas orbitarios, 3 quistes dermoides en distintos espacios orbitarios, 1 orbitopatía tiroidea, 2 hemangiomas cavernosos, 1 tumor fibroso solitario y 1 meningioma. Las localizaciones de estos tumores abarcan todos los espacios intraorbitarios (a excepción del globo ocular, que no es objeto de esta revisión): extraconal (3), extraconal óseo (4), muscular (1) e intraconal (4), a distintas profundidades. Las vías de abordaje utilizadas incluyen, de forma aislada o en combinación, las siguientes: perilímbica (1), transconjuntival (3), incisión de blefaroplastia superior (4), pterional (2), coronal (3) e incisión de Weber-Ferguson (1). Además, en algunas cirugías se asociaron osteotomías temporales: marginotomías frontales (2), supraorbitarias (1) y laterales (2), osteotomías en C (1) y craneotomías pterionales (2).

CONCLUSIONES:

Las lesiones benignas ocupantes de espacio de la órbita son poco frecuentes. Los casos de pequeño tamaño y localización anterior o media en la órbita, pueden ser intervenidos a través de un abordaje conservador. Lesiones de mayor tamaño o localización más profunda requieren una osteotomía del reborde orbitario diseñada específicamente para cada caso. El axioma fundamental en cirugía intraorbitaria es que el abordaje nunca debe cruzar el trayecto del nervio óptico.

SESIÓN 4

CO43 (73). REMODELADO CONDILAR TRAS CONDILECTOMÍA ALTA. ESTUDIO RETROSPECTIVO CLÍNICO Y RADIOLÓGICO

De la Sen Corcuera, O; Martín-Granizo, R; Encinas Bascones, A; Varela Reyes, E; Martínez Padilla, I; De Pedro Marina, M.

Hospital Clínico Universitario San Carlos. Madrid

INTRODUCCIÓN:

La hiperplasia condilar es un crecimiento tridimensional del cóndilo afecto, que genera laterognatia hacia el lado sano, asimetría de la basilar mandibular y mordida cruzada. Los datos epidemiológicos sugieren una incidencia similar en ambos géneros y en los diferentes grupos étnicos. La etiología es desconocida, aunque se han descrito algunos factores que pueden afectar en esta patología como las influencias hormonales, hipervascularidad, genética, infección o traumatismos. El diagnóstico se establece mediante métodos radiológicos y la gammagrafía. El tratamiento de elección es una condilectomía alta, ya que la resección de la superficie craneal del cóndilo parece frenar el crecimiento condilar.

OBJETIVO:

Definir y clasificar los diferentes patrones de remodelado condilar tras una condilectomía alta, y realizar un seguimiento de nuestros pacientes en términos de dolor de ATM, máxima apertura oral, oclusión y laterognatia.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Hemos estudiado a 36 pacientes sometidos a una condilectomía alta unilateral. El 63,9% de la muestra fueron mujeres. Estudiamos el remodelado condilar mediante ortopantomografía prequirúrgica, a los 6 meses de la cirugía y al año, clasificando la morfología condilea en 4 tipos y midiendo la altura condilar. El seguimiento consistió en el análisis del dolor mediante la EVA (Escala Visual Analógica) y la apertura oral y desviación interincisal medida en mm. El periodo de seguimiento fue de 12 meses, distribuidos en 4 visitas (1, 3, 6, 12 meses). Se empleó la misma técnica quirúrgica en todos los pacientes, sin abrir el espacio articular superior y sin reposicionar el disco.

RESULTADOS:

Se pueden distinguir cuatro tipos de morfologías condilares tras la condilectomía alta: redondeada, plana, afilada y cuadrada. No encontramos diferencias en el remodelado condilar entre los 6 meses y el año postquirúrgico. La máxima apertura oral no se vio modificada por la cirugía y el dolor de ATM desaparece tras la cirugía.

CONCLUSIÓN:

En nuestra serie, existen cuatro diferentes tipos de remodelado condilar tras el shave condilar y no parece influir en el dolor de ATM ni la apertura oral. Se necesitan más estudios para conseguir una conclusión fiable sobre el remodelado condilar tras una condilectomía alta.

SESIÓN 4

CO44 (61). COMPLICACIONES EN CIRUGÍA ARTROSCÓPICA. CÓMO PREVENIRLAS. UN ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 650 ARTROSCOPIAS

Encinas Bascones A; Martín-Granizo R; De la Sen O; Varela E; Martínez I; De Pedro M.
Hospital Clínico Universitario San Carlos. Madrid

INTRODUCCIÓN:

La cirugía mínimamente invasiva de la articulación temporomandibular es considerada hoy en día como el primer escalón terapéutico tras el fracaso del tratamiento conservador en el Síndrome de Disfunción Temporomandibular. Es una técnica quirúrgica con muchos beneficios y poca morbilidad, pero que requiere de una curva de aprendizaje no desdeñable. El objetivo de este estudio es asociar las diferentes técnicas quirúrgicas artroscópicas con sus respectivas complicaciones y plantear cómo prevenirlas y solucionarlas.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Realizamos un estudio retrospectivo en pacientes sometidos a una artroscopia de Articulación Temporomandibular. Se incluyen 650 artroscopias de 385 pacientes, tratados en nuestro servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Se presentan las diferentes técnicas quirúrgicas aplicadas en nuestros pacientes, que varían desde una artroscopia diagnóstica de lisis y lavado, hasta una artroscopia terapéutica realizando electrocoagulación, miotomía, discopexia, biopsia intraarticular, lisis de adherencias y tratamiento de sinovitis. Presentamos las diferentes sustancias intrarticulares infiltradas como Acido Hialurónico, Toxina botulínica, corticoides o PRGF.

RESULTADOS:

Las complicaciones o sucesos adversos han sido divididas en operatorias y postoperatorias. La tasa global de complicaciones ha sido del 2%, similar a otros estudios publicados. La complicación más frecuente ha sido el deterioro del tejido intraarticular por la mala manipulación, seguida de la extravasación de suero fuera del compartimento articular. Otras complicaciones asociadas a este procedimiento son: daño sensitivo o motor, sangrado intraarticular abundante con la miotomía del músculo pterigoideo externo. La técnica de fijación discal con pines reabsorbibles se asocia a una tasa de complicaciones del 10%, siendo la maloclusión postoperatoria la más frecuente. Únicamente 2 casos (0,3%) de perforación otálgica fueron registrados.

CONCLUSIONES:

La artroscopia requiere de una curva de aprendizaje larga, pero en manos expertas continúa siendo una técnica segura, con una baja tasa de complicaciones. Es necesario conocer las potenciales complicaciones de cada procedimiento, saber tratarlas e intentar prevenirlas con la experiencia de cada cirujano. Las complicaciones deben estar especificadas en el consentimiento informado y el paciente debe conocerlas.

SESIÓN 4

CO45 (34). EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS ANOMALÍAS VASCULARES DE CABEZA Y CUELLO

Kulyapina A.; Salmerón Escobar J. I.; Navarro Cuéllar C.; Navarro Vila C.

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

INTRODUCCIÓN:

El concepto anomalías vasculares engloba un amplio espectro de lesiones de los vasos sanguíneos, en general escasamente conocidas por las distintas especialidades médicas. En el año 1982 Mulliken y Glowacki publicaron una clasificación biológica de las lesiones vasculares basada en las características del endotelio predominante; esta clasificación ya es clásica y se revisa cada dos años por la Sociedad Internacional para el Estudio de Anomalías Vasculares International Society for the Study of Vascular Anomalies (ISSVA). Según la clasificación ISSVA las anomalías vasculares se dividen en tumores y malformaciones.

Dentro de los primeros, los más frecuentes son los hemangiomas, con una incidencia de hasta un 12% de los recién nacidos, otros tumores vasculares como hemangioendotelioma kaposiforme, angioma en penacho, hemanigopericitoma, angiosarcoma, glomangioma, sarcoma Kaposi, granuloma piogénico son más raros.

Las malformaciones vasculares pueden ser simples y combinadas y se dividen en capilares, arteriales, venosas, linfáticas y arteriovenosas. Se las puede agrupar de acuerdo a la velocidad de su flujo vascular (alto o bajo) lo que influye en la elección del tratamiento. Las anomalías vasculares de cabeza y cuello pueden causar alteraciones estéticas y funcionales o ser asintomáticas. Las complicaciones de anomalías vasculares incluyen sangrado, ulceración, alteraciones visuales, molestias locales, trombosis, síndrome Kasabach-Meritt (plaquetopenia), obstrucción de vía aérea, insuficiencia cardíaca, disfonía. El diagnóstico diferencial de anomalías vasculares de cabeza y cuello es complejo debido a la gran heterogeneidad dentro del grupo y relativamente baja frecuencia de esta patología. Las anomalías vasculares de cabeza y cuello precisan diagnóstico diferencial con otras lesiones de alta vascularización como neurofibroma plexiforme o paraganglioma. El diagnóstico diferencial dentro del grupo de anomalías vasculares es complejo y existe confusión nosológica al respecto.

MATERIAL Y MÉTODO:

El objetivo de nuestro estudio fue determinar el algoritmo de diagnóstico diferencial de anomalías vasculares. Se ha realizado el estudio retrospectivo de las anomalías vasculares de cabeza y cuello atendidos en nuestro centro. Se han seleccionado 50 pacientes en el rango de edad de 4 a 79 años con distintas anomalías vasculares. Se han analizado la presentación clínica, sintomatología, las pruebas de imagen realizadas en cada caso y resultados de estudio histopatológico. Se han seleccionado casos de patología en región de cabeza y cuello que precisaron diagnóstico diferencial con anomalías vasculares como paragangliomas carotídeos, ránula, quiste branquial, hipertrofia de músculos mastoideos y temporales e hidrocistoma apocrino.

RESULTADOS:

La angioponancia magnética, tomografía computarizada, angiografía, ecografía son pruebas de imagen que permiten realizar correcto diagnóstico diferencial de anomalías vasculares con otras patologías y clasificación de las lesiones dentro del grupo. La angiografía permite estudiar el aporte sanguíneo a las lesiones y planificar el tratamiento endovascular. En casos de excisión quirúrgica el estudio histológico confirma el diagnóstico definitivo.

CONCLUSIONES:

El correcto diagnóstico diferencial de las anomalías vasculares es necesario para determinar las posibilidades terapéuticas de cada paciente.

Los recientes avances en las técnicas del diagnóstico por imagen y tratamiento endovascular han revolucionado el manejo de anomalías vasculares por lo cual es necesario elaborar nuevas guías clínicas y crear el algoritmo de manejo de estas patologías.

SESIÓN 4

CO46 (87). TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO EN ESTADIOS AVANZADOS CON QUIMIOTERAPIA INTRAARTERIAL Y RADIOTERAPIA CONCOMITANTE: NUESTRA EXPERIENCIA

García Sevilla A; Tousidonis Rial MA; Ochandiano Caicoya S; Navarro Cuéllar C; Lozano MA; Navarro Vila C. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

INTRODUCCIÓN:

El cáncer de cabeza y cuello representa el 5% de los tumores malignos del organismo. Históricamente han existido dos modalidades de tratamiento: la cirugía y la radioterapia. Debido a que muchas veces los tumores se presentaban en estadio avanzado de la enfermedad (III-IV), Al-Sarraf y su equipo desarrollaron un protocolo que quimioterapia neoadyuvante con Cisplatino y 5-fluoracilo seguido de cirugía radical y radioterapia postoperatoria, aunque lamentablemente no se produjo un aumento de la supervivencia a 5 años. El auge de la cirugía reconstructiva consiguió mejorar la calidad de vida de estos pacientes. En 1997, Robbins y su equipo en Memphis describen su protocolo en el que utilizan una supradosis de cisplatino vía intraarterial con protección sistémica de tiosulfato sódico, concomitante con radioterapia locorregional para tumores irresecables o en estadio muy avanzado de enfermedad que no tuviesen metástasis a distancia.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Presentamos nuestra experiencia en el tratamiento de pacientes con carcinomas de cabeza y cuello en estadio avanzado con quimioterapia intraarterial y radioterapia concomitante. Contamos con un total de 33 casos de tumores tratados mediante este protocolo, generalmente por tratarse de tumores irresecables por su extensión (11 en estadio IV-A y 22 en estadio IV-B).

Los pacientes que cumplen los criterios de inclusión en dicho protocolo reciben una infusión de cisplatino por vía intraarterial en la arteria de la que depende la mayor parte de la vascularización tumoral, según establece la arteriografía diagnóstica previa que se realiza en la primera SESIÓN de tratamiento. Simultáneamente, por vía intravenosa, cada paciente recibe el tiosulfato sódico como quelante, lo que permite que la masa tumoral reciba la dosis completa del cisplatino antes de que el agente neutralizante, además de preservar los órganos, que reciben antes el tiosulfato que el platino. De esta manera se alcanzan concentraciones de dosis entre 100 y 150 veces superiores a la quimioterapia convencional sistémica sin que existan efectos periféricos, fuera de la zona tumoral de dicha quimioterapia gracias a la acción antagónica del tiosulfato sobre el cisplatino. Se administran 3 ciclos de quimioterapia intraarterial los días 1, 8 y 15.

Todos los pacientes comienzan el tratamiento radioterápico el día 1, simultáneamente con el primer ciclo de quimioterapia. Se realiza radioterapia hiperfraccionada dos veces al día de 1.2 Gy cada SESIÓN separadas por 6 horas, 5 días a la semana durante 5 semanas para administrar un total de 60 Gy sobre el tumor primario y la enfermedad cervical. Al comienzo de la 6ª semana, el campo de irradiación se reduce sobre la enfermedad primitiva hasta recibir en esa zona un total de 75 Gy.

Si no se consiguiese la remisión completa y hubiese evidencia de permanencia tumoral a nivel local y/o regional, los pacientes serían sometidos a cirugía de rescate. La evaluación de la respuesta se realiza durante el tratamiento y va dirigida fundamentalmente a observar la tolerancia al tratamiento y evaluación de los efectos adversos. A partir de del tercer ciclo de quimioterapia ya podemos empezar a evaluar la respuesta inicial de la enfermedad al tratamiento. Al principio de la cuarta semana de radioterapia se hace

una valoración de la calidad de vida de los pacientes. Tras el fin del tratamiento se evaluará a las 4 y 8 semanas para valorar respuesta completa, parcial, enfermedad estable o progresión.

RESULTADOS:

Para medir los resultados, utilizamos como variable principal el tiempo libre de recidiva locorregional desde el fin del tratamiento, en la que se incluye la supervivencia real sobrepasados los tres años de tratamiento. Las variables secundarias que estudiamos son tiempo de supervivencia libre de progresión, supervivencia global y la calidad de vida.

Analizados los datos obtenemos que en el grupo de pacientes en remisión completa la supervivencia global a 3 años es del 15% y la específica debida al tumor es del 76.4% y en el grupo completo la supervivencia global es del 12% frente al 60% de supervivencia específica (p

CONCLUSIONES:

Nuestro protocolo de tratamiento de los tumores de cabeza y cuello en estadio avanzado o inoperable, obtiene a los tres años, índices de control de la enfermedad superiores a otros esquemas de tratamiento, con supervivencias específicas entre el 60 y el 76%, sin embargo la supervivencia global es baja debido fundamentalmente a muertes por otras causas y un 15% de incidencia de segundos primarios cada año.

SESIÓN 4

CO47 (43). AMELOBLASTOMA: RECONSTRUCCIÓN MICROQUIRÚRGICA VERSUS DISTRACCIÓN ÓSEA, NUESTRA EXPERIENCIA

Fernández-Valadés Gámez R; Tousidonis M; García Sevilla A; Navarro Cuellar C, Ochandiano Caicoya S, Navarro Vila C.

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

INTRODUCCIÓN:

El ameloblastoma es una neoplasia benigna ósea de origen odontogénico que suele tener un comportamiento localmente agresivo y una alta tasa de recidiva, siendo el sólido o multiquistico la forma de presentación más habitual. La localización más frecuente es en mandíbula. Se presenta como tumoración indolora de crecimiento lento que puede llegar a perforar la cortical mandibular e infiltrar a los tejidos blandos adyacentes. El tratamiento del ameloblastoma multiquistico es la resección quirúrgica con márgenes de seguridad, lo que en muchas ocasiones hace necesaria una resección segmentaria mandibular.

Esto obliga a realizar técnicas de reconstrucción ósea presentándose como opciones válidas la reconstrucción microrquirúrgica o la distracción ósea.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Presentamos una serie de casos de 25 pacientes (10 mujeres, 15 hombres) con diagnóstico anatomopatológico de ameloblastoma. La edad media de presentación en nuestra serie es de 45 años. 24 pacientes presentaban localización mandibular y un paciente localización maxilar. Estos pacientes fueron tratados con mandibulectomía marginal y cierre directo (2), resección en bloque y reconstrucción con colgajos locales (2), y mandibulectomía segmentaria precisando reconstrucción con colgajos microrquirúrgicos (15 colgajos de peroné y 4 de cresta iliaca) o distracción ósea (3).

RESULTADOS Y DISCUSIÓN:

En el tiempo de seguimiento (4-240 meses), no ha habido ningún caso de recidiva. Como complicaciones destacables, infección de región donante de peroné en un caso, y cervicales en 3 casos que se resolvieron con antibioerapia y curas locales. Fue necesaria la revisión de un colgajo de peroné y retirada del mismo, procediéndose posteriormente a colocación de distractor ósea. Se ha realizado rehabilitación protésica implantosoportada en 15 pacientes, y dos pacientes están en proceso.

En defectos extensos laterales (cuerpo, ángulo, rama y/o cóndilo) utilizamos el colgajo de peroné. En defectos anteriores, sinfisarios y parasinfisarios en pacientes dentados y con buena altura de los segmentos mandibulares remanentes, indicamos la cresta iliaca microrquirúrgica. En este tipo de casos, donde existan defectos óseos moderados (hasta 8-10 cm, con buena cobertura remanente de partes blandas), donde hemos utilizado la distracción osteogénica para conseguir el transporte óseo.

Discutimos pros y contras del transporte vs la reconstrucción microrquirúrgica, indicaciones, ventajas e inconvenientes estableciendo un algoritmo de tratamiento para los defectos óseos mandibulares en función de la localización, la extensión, los defectos asociados de partes blandas y factores del propio paciente: edad, comorbilidad, colaboración, etc

CONCLUSIONES:

En la reconstrucción de defectos segmentarios mandibulares la distracción ósea se presenta como alternativa a la reconstrucción microrquirúrgica en los casos de tumores benignos de localización predominantemente anterior y que no requieran reconstrucción extensa de partes blandas adyacentes. En estos casos la colaboración del paciente es imprescindible.

SESIÓN 4

CO48 (20). PLANIFICACIÓN TRIDIMENSIONAL, CIRUGÍA VIRTUAL Y FÉRULAS CAD / CAM EN CIRUGÍA ORTOGNÁTICA

Tousidonis M; García Sevilla A; Fernández Valadés R; Arenas de Frutos G; Maza Muela C; Salmerón Escobar JI.
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

INTRODUCCIÓN:

La cirugía ortognática es una de las cirugías electivas más frecuentes en cirugía maxilofacial. El tratamiento de las deformidades dentoalveolares requiere de un diagnóstico preciso a nivel tridimensional para la planificación preoperatoria, especialmente en los casos de asimetrías, y la confección de férulas quirúrgicas como guía fundamental para reproducir los movimientos óseos intraoperatorios. Está ampliamente probada la utilidad de la planificación tridimensional (3D) en pacientes sindrómicos con grandes deformidades faciales donde son características las asimetrías en el plano frontal. La discusión del presente trabajo se centra en valorar la utilidad de la planificación 3D y el uso de férulas confeccionadas a partir de la tecnología Computer Aided Design/Computer Aided Manufacturing en nuestra rutina de trabajo.

MATERIAL Y MÉTODO:

Presentamos 8 casos clínicos de deformidades dentoalveolares con estudio con CTCB realizado llevando el paciente una férula en oclusión céntrica y realizando posteriormente una reconstrucción tridimensional mediante un programa de software. 6 casos fueron realizados con SimPlant®, 1 de ellos con escaneado de modelos y ajuste de oclusión en forma digital. 2 casos recientes fueron planificados con Dolphin®, ambos con escaneado de modelos, ajuste digital de la oclusión y obtención de férula CAD/CAM realizadas con impresora laser.

La distribución por grupos de los casos tratados son: 2 asimetrías faciales, 4 clases III de origen mixto, 1 micrognatia y 1 distracción alveolar. La relación entre sexos fue de 3 a 1 (femenino / masculino) con una edad media de 22 años.

RESULTADOS:

La planificación tridimensional y la cirugía virtual valoran mejor las alteraciones de posición y volumen de los maxilares, permitiendo medir puntos y planos en 3D.

Otorgan mayor precisión en las osteotomías y en el movimiento de las estructuras óseas y arcadas dentales planificando la cirugía virtual de forma precisa y es una buena herramienta de intercomunicación con el ortodoncista y el protésico para el planning quirúrgico y la realización de las férulas.

CONCLUSIONES:

La planificación tridimensional nos aporta mayor información y precisión diagnóstica en el tratamiento de deformidades dentoalveolares sindrómicas y no sindrómicas.

La cirugía virtual mediante planificación 3D nos aporta mayor precisión en las osteotomías y en el movimiento de las estructuras óseas y arcadas dentales.

La fabricación de férulas CAD/CAM permite eliminar los errores sistemáticos que se van acumulando en cada punto del proceso de fabricación de las férulas convencionales y simplifican dicho proceso.

Los nuevos programas con escaneado de los modelos de escayola y su integración en el modelo digital 3D del TC nos permiten realizar un mejor diagnóstico tridimensional y consiguen ajustar de forma más precisa la oclusión, permitiendo la realización de férulas quirúrgicas CAD/CAM sin necesidad del montaje clásico en articulador y set-up en la cirugía de modelos.

SESIÓN 4

CO49 (22). EXPERIENCIA DE 6 CASOS DE TRACCIÓN MAXILAR MEDIANTE ELÁSTICOS INTERMAXILARES SEGÚN PROTOCOLO DE HUGO DE CLERK

Bellotti Mustecic M.; Stavaru Marinescu B.; Zylberberg I.; Díaz Reverand S.; Rubio Bueno P.
Hospital de La Princesa. Madrid

INTRODUCCIÓN:

La hipoplasia maxilar es causa de maloclusión Clase III y puede originar un notable déficit estético. El paciente que aún no ha terminado la etapa de crecimiento y no es candidato a cirugía ortognática, se puede beneficiar de la tracción maxilar mediante elásticos intermaxilares fijados a anclaje óseo. Hugo De Clerk propone un protocolo de tratamiento para estos pacientes como alternativa a la tracción mediante máscara facial. Refiere conseguir una reducción de la maloclusión y mejora de la concavidad del perfil facial sin la compensación dentoalveolar.

MATERIAL Y MÉTODO:

Presentamos 6 casos de pacientes con Clase III por hipoplasia maxilar, con edades comprendidas entre 9 y 12 años, a los que se practicó el protocolo de De Clerk de tracción maxilar osteosoportada mediante elásticos intermaxilares. A los niños se les colocaron 4 placas de titanio anclaje modificadas bajo anestesia general. Se aplicaron los elásticos intermaxilares 3 semanas después de la cirugía. Se mantuvo una fuerza de tracción durante 24 horas, con recambio diario de los elásticos, hasta conseguirse la máxima intercuspidad. El tratamiento duró de 12 a 30 meses.

RESULTADOS:

Los pacientes soportaron bien el tratamiento. Hubo un caso de fractura de la placa modificada de anclaje maxilar derecha, que precisó recambio. Acabada la etapa de tracción, todos los pacientes estaban en Clase I y se había disminuido la concavidad del perfil facial.

CONCLUSIONES:

La tracción ortopédica del maxilar mediante fuerzas totalmente osteosoportadas es una alternativa válida a la tracción mediante máscara facial. Se evitan las complicaciones dentoalveolares y la incomodidad social a la que el paciente es sometido con dicha técnica. La mejora oclusal y estética que el paciente disfruta hasta alcanzar la edad para una eventual cirugía ortognática, hacen que este procedimiento deba ser ofrecido en casos seleccionados.

SESIÓN 4

CO50 (26). ENFERMEDADES FIBROSANTES DEL ESPACIO PTERIGOIDEO. TRATAMIENTO MÉDICO vs. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Díaz Reverand S; Muñoz M; Sastre J; Rodríguez Campo F; Beloti M; Zylberberg I
Hospital de La Princesa. Madrid

INTRODUCCIÓN:

Los tumores desmoides, también conocidos como fibromatosis agresiva (FA) o tumor desmoide tipo fibromatosis (DF) son neoplasias de tejidos blandos poco comunes con una baja incidencia. Son considerados como tumores de comportamiento intermedio según la clasificación de la OMS de los tejidos blandos, debido a su biología inusual: localmente agresivos, pero nunca metastásicos.

Cierto porcentaje muestra un comportamiento biológico extremadamente agresivo debido a su rápido potencial de crecimiento. Otros tienden a desaparecer espontáneamente. Clínicamente, la FA se manifiesta como una masa indolora, firme, a menudo de rápido crecimiento, adherida al hueso o al tejido blando subyacente. Histológicamente, se caracteriza por la presencia de células fibroblásticas con estroma rico en colágeno.

El manejo actual para disminuir las recidivas locales es la resección quirúrgica con márgenes amplios. Debido a la naturaleza infiltrante de estos tumores, la tasa de recidiva local después de la escisión puede ser alta.

La enfermedad relacionada con la inmunoglobulina IgG4 (IgG4-RD) es una nueva entidad clínico patológica, caracterizada por un denso infiltrado linfoplasmacítico, rico en células plasmáticas IgG4 positivas con fibrosis tisular o esclerosis y que a menudo, pero no siempre, presenta la IgG4 sérica elevada. Se ha descrito en casi todos los sistemas de órganos, tales como el páncreas, el árbol biliar, los tejidos blandos faciales, los riñones, los pulmones, los ganglios linfáticos, las meninges y la aorta.

Después del sistema pancreático biliar, la región de la cabeza y cuello es el segundo sitio más común afectado por la IgG4-RD. Afecta principalmente las glándulas salivales y las glándulas lagrimales. Anteriormente estas manifestaciones clínicas eran consideradas como entidades diferentes, pero estudios recientes han demostrado que estas entidades, incluyendo la enfermedad de Mikulicz (MD) y el tumor de Küttner (KT), comparten características similares, tales como, aumento en el volumen de las glándulas salivales o lagrimales, altas concentraciones séricas de IgG4, y la infiltración en el tejido de células plasmáticas IgG4 positivas. Siendo anteriormente clasificadas como MD o KT, pero ahora ambas representan una sola enfermedad denominada sialodinitis esclerosante IgG4 positiva.

El reconocimiento de esta enfermedad es importante ya que ha demostrado ser sensible a los esteroides evitando así la necesidad de realizar procedimientos quirúrgicos en la mayoría de casos.

Caso Clínico 1: Paciente varón de 15 años de edad, sin antecedentes médicos significativos. Acude a nuestra consulta tras seguimiento por parte de su odontólogo en los últimos 6 meses una vez finalizado tratamiento ortodóncico refiriendo una progresiva disminución de la apertura oral acompañada de dolor preauricular derecho, sin mostrar alteraciones en la sensibilidad facial. La exploración clínica en ese instante mostró una apertura oral de 20 mm.

La evaluación radiológica por ortopantografía reveló una lesión destructiva de la rama mandibular a nivel de la apófisis coronoides. Se programa una biopsia incisional bajo anestesia local. El diagnóstico histopatológico fue el de sarcoma fibromixioide de bajo grado. Con base a los hallazgos microscópicos, se completó el estudio con una tomografía computarizada (TC) facial y una resonancia magnética (RMN) de la ATM, donde se reveló una destrucción de la base del hueso alveolar derecho junto con la extensión superficial de la lesión en el espacio pterigomandibular, afectando la rama mandibular. No hubo evidencia de diseminación a los ganglios linfáticos regionales.

En vista de la naturaleza agresiva del diagnóstico previo se programó el tratamiento quirúrgico para mandibulectomía derecha.

El resultado anatomopatológico de la pieza quirúrgica mostró condensación estromal de fibroblastos y la homogeneización de las fibras de colágeno, alcanzándose el diagnóstico definitivo de fibromatosis agresiva. Caso Clínico 2: Mujer de 62 años con los antecedentes de HTA en tratamiento, DM tipo 2 con antidiabéticos orales, dislipemia en tratamiento con hipolipemientes, hipotiroidismo en tratamiento con L-tiroxina. La paciente al interrogatorio en el área máxilofacial refería dolor hemifacial derecho de 8 meses de evolución diagnosticada como bloqueo de ATM derecha y dolor miofascial.

Acudiendo a nuestro servicio de Urgencias por ausencia de mejoría del cuadro de dolor hemifacial, presentando al examen físico asimetría facial por una tumefacción temporal derecha dolorosa a la palpación, trismus intenso que dificultó la exploración oral e inflamación de la zona posterior del vestíbulo superior oral derecho. Por todo ello, se decidió realizar TAC de urgencias en el que se objetiva tumoración de aproximadamente 4,4 x 2,4 x 2 cm en el espacio masticador derecho, afectando a los músculos masetero, temporal, grasa retromaxilar pterigoideo lateral y pterigoideo medial derechos, captante, con zonas centrales sugerentes de necrosis, y erosión del maxilar superior (defecto lítico de 1cm).

Con el propósito de completar el estudio, se realizó biopsia bajo anestesia local la cual no fue diagnóstica, por lo que se hizo una biopsia en cuña, bajo anestesia general, cuya anatomía patológica concluyó sialoadenitis esclerosante asociada a IgG4.

Ante dicho diagnóstico se decidió el tratamiento mediante pulsos de prednisona, disminuyendo en escalón las dosis hasta llegar a la mínima. En los controles de imágenes progresivas, se observó una disminución de tamaño y de extensión de las alteraciones descritas con mejoría clínica subjetiva de la apertura oral de la paciente.

CONCLUSIÓN:

Las enfermedades fibrosantes del espacio pterigoideo deben ser clasificadas según su característica celular mediante la anatomía patológica, ya que el manejo terapéutico depende del mismo, variando, desde la cirugía agresiva hasta el tratamiento médico en virtud del diagnóstico del paciente.

SESIÓN 4

CO51 (6). VENTAJAS DE LA PLANIFICACIÓN VIRTUAL EN DISTRACCIÓN MAXILAR PARA PACIENTES FISURADOS. NUEVO SISTEMA DE POSICIONAMIENTO DE DISTRACTOR

Losa PM.; Gómez E.; Burgueño M.; Alonso E.; Noguera J.; Apellaniz B.
Hospital Universitario La Paz. Madrid

INTRODUCCIÓN:

Aunque las ventajas del Virtual Planning (VP) y el Prototipado Rápido (PR) de modelos han sido bien definidas en cirugía maxilofacial, a día de hoy aún no han sido correctamente implementadas en el campo de la distracción maxilar. Se trata de un problema actual debido a que el distractor debe ser colocado de forma muy precisa. Pequeñas imprecisiones en su posición tienen como resultado grandes imprecisiones en el segmento maxilar distraído. El objetivo principal de esta comunicación es presentar el nuevo Sistema de Posicionamiento de Distractor Interno (SPDI) desarrollado en nuestro servicio como elemento de transferencia de datos del VP al campo quirúrgico así como la experiencia preliminar con 4 pacientes.

MATERIAL Y METODO:

En la fase de VP el maxilar es avanzado hasta conseguir una posición correcta. Mediante un movimiento reverso conseguimos deducir el vector de distracción maxilar sobre el cual posicionamos los cuerpos de los distractores maxilares virtuales. Tras esto, se realiza una férula virtual de base oclusal con dos enganches laterales con forma cóncava (posicionados propiamente dichos) sobre la cual deben apoyar firmemente los cuerpos de los distractores.

El siguiente paso es el del PR de dicho posicionador.

En el campo quirúrgico se realiza una osteotomía de lefort I y la colocación del distractor utilizando como guía para el posicionado el SPDI.

RESULTADOS:

El SPDI ha sido utilizado en cuatro pacientes figurados con resultados precisos en la posición final en la posición final del segmento maxilar

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:

Tras analizar la bibliografía en busca de sistemas de posicionado de distractores maxilares, solamente 3 dispositivos fueron encontrados. Todos ellos posicionan el vector de distracción de forma indirecta a través del atornillado del mismo. La peculiaridad del sistema que se presenta es que elimina de forma sencilla este paso ya que posiciona directamente el vector de distracción.

Por tanto podemos concluir que el SPDI es de gran ayuda para posicionar el distractor maxilar y que consigue resultados precisos. No obstante no disponemos de una gran muestra de pacientes ni un seguimiento a largo plazo debido a que el SPDI ha sido usado durante 2014 y 2015.

SESIÓN 4

CO52 (42). SÍNDROME DE BECKWITH-WIEDEMANN: CAMBIOS A LARGO PLAZO EN LA MORDIDA ABIERTA TRAS GLOSECTOMÍA DE REDUCCIÓN

Alonso E.; Gómez E.; Martín M.; Muñoz JM.; Noguera J.; Burgueño M.
Hospital Universitario La Paz. Madrid

OBJETIVO:

La macroglosia puede producir déficits funcionales como la obstrucción de la vía aérea, dificultades en la fonación, babeo, y la protrusión del proceso dentoalveolar que resulta en una mordida abierta anterior con una apariencia de prognatismo mandibular. La macroglosia está presente en la mayoría de los pacientes con síndrome de Beckwith- Wiedemann y el tratamiento quirúrgico puede estar indicado en determinados casos.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Realizamos un estudio retrospectivo incluyendo a todos los pacientes con síndrome de Beckwith-Wiedemann que fueron operados de glosectomía parcial entre los años 2004 y 2014 en el Hospital Universitario La Paz, Madrid.

RESULTADOS:

De los 24 pacientes con Beckwith Wiedemann que están siendo revisados en nuestro hospital, 10 requirieron intervención quirúrgica para tratamiento de la macroglosia. La protrusión lingual con mordida abierta fue la indicación principal para el tratamiento quirúrgico, provocando en los pacientes problemas de fonación y masticación. El tamaño lingual se redujo realizando una glosectomía parcial según la técnica de "keyhole". Analizamos la relación entre la edad de la cirugía y la evolución del prognatismo. Las complicaciones y la recidiva fueron mínimas y el resultado observado fue satisfactorio con una disminución de la mordida abierta anterior.

CONCLUSIÓN:

Este estudio demuestra que el tratamiento quirúrgico en pacientes con Beckwith- Wiedemann y mordida abierta anterior debido a macroglosia, ofrece unos resultados estables a largo plazo con una mejor evolución en las alteraciones dentoalveolares.

SESIÓN 4

CO54 (134). CONDROMALACIA COMO HALLAZGO PATOLÓGICO EN ARTROSCOPIA DE LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR: ESTUDIO RETROSPECTIVO

Varela Reyes E., Correa D., De la Sen O., Martínez I., Encinas A., Martín-Granizo R.
Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Clínico San Carlos. Madrid

INTRODUCCIÓN:

La condromalacia es una patología osteocartilaginosa no inflamatoria que consiste en la degeneración progresiva del cartílago articular y del hueso subcondral, encontrándose reblandecimiento y fisuras en la superficie articular. La artroscopia, aplicada a la ATM a principios de los años 80, junto con el desarrollo de la resonancia nuclear magnética (RNM) nos ha permitido diagnosticar y entender hallazgos patológicos nunca antes vistos en relación con esta articulación, como el roofing, la sinovitis, las adherencias, la condromalacia, la perforación del disco articular o los cuerpos libres articulares. El diagnóstico de estas entidades puede ser difícil incluso cuando se emplean técnicas de imagen avanzadas, por este motivo la artroscopia puede ser la única técnica disponible para hacer un diagnóstico adecuado.

OBJETIVO:

El objetivo de este estudio es describir el hallazgo artroscópico de condromalacia y su relación con los desarreglos internos de la articulación temporomandibular. Otra variable artroscópica que se valora es el hallazgo de perforación discal y su asociación con la condromalacia.

Material y método: Este estudio retrospectivo incluye 161 pacientes consecutivos, 146 de ellos mujeres (el 90,68%) con una edad media de 39,88 años y 15 varones (el 9,32%) con una edad media de 36,26 años, a los que se realizó artroscopia en el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, entre junio del 2004 y junio del 2014. 300 articulaciones fueron intervenidas en estos 161 pacientes, 139 de ellas bilaterales y 22 unilaterales (12 derechas, el 54,55% y 10 izquierdas, el 45,45%) donde evaluaron objetivamente las estructuras anatómicas bajo visión artroscópica y se establecieron cuatro grupos de pacientes según la severidad de la condromalacia que presentaban, grado I, II, III y IV.

RESULTADOS:

Artroscópicamente se observó que de los 161 pacientes, 95 (59,01%) no tenían ningún signo de condromalacia y 66 pacientes (40,99%) en 88 articulaciones presentaban algún grado de condromalacia, 44 pacientes de manera unilateral y 22 bilateralmente. De las 88 articulaciones con condromalacia, 14 presentaban condromalacia grado I, 12 condromalacia grado II, 20 condromalacia grado III y 42 condromalacia grado IV. De los 66 pacientes que presentaban condromalacia, 31 (46,97%) tenían un diagnóstico de desplazamiento discal anterior con reducción (DDAcR) y 25 pacientes (37,88%) de desplazamiento discal anterior sin reducción (DDAsR), 1 paciente signos de preanquilosis y 1 paciente (1,52%) presentaba ausencia total de disco articular (anquilosis). Adicionalmente, 22 de los 66 pacientes (33,33%) con condromalacia presentaron una perforación discal aislada (8 pacientes) o asociada a un DDAcR o DDAsR (12 pacientes). Al evaluar la severidad de la condromalacia y su asociación con los desarreglos internos y el estado del disco articular encontramos que de las 42 articulaciones con condromalacia grado IV, 6 (14,29%) presentaban un DDAcR aislado, 3 (7,14%) un DDAcR asociado a una perforación discal, 15 articulaciones (35,71%) un DDAsR aislado, 5 articulaciones (11,90%) un DDAsR asociado a una perforación discal, 8 articulaciones (19,05%) una perforación discal sin desplazamiento del disco asociado, 1 articulación (2,38%) perforación de tejido retrodiscal sin desplazamiento discal asociado, 1 articulación (2,38%) un DDAsR asociado a una perforación del tejido retrodiscal, 2 articulaciones (4,76%) presentaban signos de inicio de anquilosis y 1 articulación (2,38%) una anquilosis articular establecida.

CONCLUSIONES:

La artroscopia es una técnica eficaz en el diagnóstico de hallazgos patológicos de la ATM. Tras la realización de artroscopia en 300 articulaciones, se observa que la condromalacia de la ATM es un hallazgo frecuente en pacientes con desarreglos internos incluso en estadios iniciales. Así mismo, se observa que existe una importante relación entre la presencia de estadios avanzados de condromalacia y el estado del disco articular. Por lo tanto, un adecuado diagnóstico de esta entidad es importante a la hora de llevar a cabo las medidas terapéuticas indicadas y evitar el deterioro gradual del estado de la superficie articular.

SESIÓN 4

CO54B (264). SÍNDROME VELOCARDIOFACIAL

Martínez Pérez, D; Ruiz Jiménez, J; Maniegas Lozano, L; Rosón Gómez, S.
Fundación Jiménez Díaz. Madrid

INTRODUCCIÓN:

El síndrome velocardiofacial es uno de los más frecuentes, con una incidencia de 1/2000 nacidos. Tiene un fenotipo variable que puede incluir hasta 180 anomalías. Es autosómico dominante y causado por una delección del cromosoma 22.

Se manifiesta por alteraciones cardíacas, facies característica, alteraciones de desarrollo, paladar hendido y ultimamente se ha llamado la atención sobre la presencia de alteraciones psiquiátricas.

MATERIAL Y MÉTODO:

Presentamos tres casos diagnosticados en nuestro servicio.

Discutimos la necesidad de reconocer y diagnosticar a estos pacientes para una correcta orientación terapéutica.

SESIÓN 5

CO55 (115). ANÁLISIS PROSPECTIVO DE RESCATE DE COLGAJOS MICROVASCULARIZADOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ DURANTE EL PERIODO 2012-2014

Morán Soto MJ; González Martín-Moro J; González Otero T; Cebrián Carretero JL; García Molina D; Burgueño García M

Hospital Universitario La Paz. Madrid

INTRODUCCIÓN:

La reconstrucción mediante colgajos microvascularizados se considera una técnica segura y predecible. La tasa de éxito y el porcentaje de las complicaciones es variable en la literatura, en función de la experiencia de cada grupo. Se han desarrollado diferentes métodos de monitorización que permiten un diagnóstico precoz en caso de fracaso anastomótico, si bien el diagnóstico clínico se emplea de forma rutinaria en la mayoría de los centros. La revisión precoz en caso de trombosis vascular se asocia a una mayor supervivencia del colgajo.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio prospectivo de todos los pacientes intervenidos en el servicio de cirugía oral y maxilofacial del Hospital Universitario La Paz con colgajos microvascularizados en el periodo comprendido entre enero de 2011 y diciembre de 2014. Se recogen los antecedentes relevantes para la supervivencia del colgajo, el tipo de colgajo, la profilaxis antitrombótica seleccionada, la necesidad de revisión y la tasa de éxito final.

RESULTADOS:

Se han realizado 74 colgajos en 71 pacientes. La edad media fue de 41 años (rango 8-82), y la distribución por sexos fue predominante en varones (61%). La causa más frecuente fue el tratamiento primario de tumores malignos, o sus secuelas. Los colgajos más frecuentemente empleados fueron el peroné (39%), el antebraquial radial (31%) y el ALT (19). La anastomosis arterial fue término-terminal en el 100% de los casos, a ramas de la carótida externa. La anastomosis venosa fue término-lateral a la VVI en el 21% de los casos, y término-terminal a sus ramas en el resto. La tasa de supervivencia global es del 92%, con un 24% de revisiones por trombosis. De los colgajos revisados, el 66% fueron rescatados, siendo el hallazgo más frecuente la trombosis venosa (75%) frente a la trombosis arterial (25%). La técnica empleada incluye la trombectomía con catéter de Fogarty, la trombectomía manual, los lavados intravasculares con suero con heparina, la heparinización sistémica del paciente, y una nueva anastomosis vascular. Tres casos requirieron el empleo de injertos de vena para rehacer la anastomosis. No se emplearon sanguijuelas en ninguno de los casos. No se rescató ningún colgajo revisado con posterioridad a las primeras 24 horas tras la anastomosis inicial.

CONCLUSIONES:

La literatura médica recoge tasas de supervivencia global por encima del 90% en la reconstrucción de cabeza y cuello, con porcentajes de revisión variables pero en torno al 25%. Una política de monitorización clínica estrecha, y revisión precoz de colgajos con mala evolución se asocia con un elevado porcentaje de éxito de revisión de la anastomosis.

SESIÓN 5

CO56 (75). EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA DE LA BIOPSIA SELECTIVA DE GANGLIO CENTINELA EN ESTADIOS PRECOCES DE CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE CAVIDAD ORAL

Ruiz Martin I.; Sánchez Aniceto G.; Redondo Alamillos M.; Mejía Nieto M.; Ballestín Carcavilla C.; Gutiérrez Díaz R.

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

INTRODUCCIÓN:

El carcinoma epidermoide de cavidad oral es el tumor maligno más común del tracto aerodigestivo superior. El Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Universitario 12 de Octubre tiene una amplia experiencia en el tratamiento de dicha patología dentro de la Unidad Multidisciplinar de Tumores de Cabeza y Cuello.

La presentación de metástasis ganglionares linfáticas en estos pacientes supone el factor de mayor valor pronóstico y ocurre en el 20-30% de los tumores en estadios precoces, implicando un descenso significativo en la supervivencia. En la actualidad, el vaciamiento cervical es considerado la opción terapéutica de elección. Sin embargo el 70-80 % de los vaciamientos cervicales realizados en cuellos N0 clínico-radiológicos no presentan metástasis cervicales en el estudio histopatológico posterior, pudiendo considerarse la disección cervical en estos casos como un sobretratamiento.

La biopsia selectiva del ganglio centinela es una técnica con baja morbilidad que trata de confirmar de forma más certera y menos invasiva la existencia de metástasis cervical, basándose en el examen de la primera estación de drenaje linfático del tumor primario.

MATERIAL Y MÉTODO:

Presentamos un estudio retrospectivo descriptivo de nuestra experiencia de un año (en colaboración con los Servicios de Medicina Nuclear y Anatomía Patológica) en los que se ha incluido a pacientes con carcinoma epidermoide de labio y cavidad oral. En estadios T1/T2NO clínico-radiológico

RESULTADOS:

13 pacientes fueron incluidos desde Febrero de 2014 a Febrero de 2015, 7 de ellos mujeres y 6 hombres, con una edad media de 72 años.

La localización tumoral en 9 de ellos fue lengua, en 3 labio y en 1 mucosa palatina. Dos pacientes presentaban un estadio clínicoradiológico al inicio de T2N0M0 y el resto T1N0M0.

En todos ellos se realizó la técnica de ganglio centinela que consiste en una linfogammagrafía prequirúrgica 24 horas previas a la cirugía para marcaje de los primeros ganglios de drenaje del tumor. Durante la cirugía mediante el uso de la sonda gamma se detectaron de nuevo los ganglios centinelas y se realizó la exéresis de todos aquellos ganglios centinela identificados con gammagrafía con un 10% o más de radiactividad respecto al ganglio centinela más radiactivo; la media de ganglios centinelas detectados fué de 2. En uno de los pacientes no se detectó intraoperatoriamente ganglio centinela a través de la sonda gamma por lo que se realizó directamente vaciamiento celuloganglionar supromohioideo (VCSOH). En otros 4 pacientes, bien por las características más agresivas del tumor o por los antecedentes oncológicos, se decidió realizar en el mismo acto quirúrgico un VCSOH electivo para la validación de la técnica.

Los nódulos linfáticos intraoperatoriamente, se seccionaron en intervalos de 2 a 3mm realizando un análisis con H&E. Ningún ganglio centinela dió positivo para células tumorales en el estudio intraoperatorio pero en 2 pacientes mediante la técnica de inmunoperoxidasa estándar, realizada postoperatoriamente, se visualizaron células tumorales. En uno de ellos se decidió realizar un VCSOH en una 2ª cirugía y en el segundo paciente se decidió tratamiento con radioterapia dadas sus comorbilidades.

El resto de pacientes mantiene seguimiento clínicoradiológico y están libres de enfermedad excepto un paciente que ha fallecido como consecuencia de otro tumor primario no de cabeza y cuello.

CONCLUSIONES:

El objetivo del estudio es validar la técnica en nuestro centro y protocolizarla para su empleo en estos pacientes.

A pesar del pequeño número aún de pacientes y del corto periodo de seguimiento, los resultados han hecho obligada, de acuerdo al resto de bibliografía, la necesidad de realización de inmunohistoquímica intraoperatoria que maximice la eficiencia y validez para la detección de micrometástasis. El procedimiento de ganglio centinela se presenta como una técnica menos invasiva que permite estadificar la diseminación linfática cervical específica de cada paciente, ofreciendo un control regional adecuado y menor morbilidad, personalizando el manejo del cuello N0 en pacientes con tumores T1 y T2 de labio y cavidad oral

SESIÓN 5

CO57 (199). CALIDAD DE VIDA EN MICROCIROGÍA RECONSTRUCTIVA DE CABEZA Y CUELLO: NUESTRA EXPERIENCIA

Mejía Nieto M.; Sánchez Torres L.; Sánchez Aniceto G.; Gutiérrez Díaz R.; Ruíz Martín I.; Merino Domingo F.
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

INTRODUCCIÓN:

La calidad de vida se define como el sentimiento de bienestar de la persona derivado del grado de satisfacción sobre áreas importantes de la vida. En los tumores de cabeza y cuello es útil la valoración de las técnicas empleadas para mejorar la sintomatología y las secuelas en los pacientes, como parte del tratamiento quirúrgico que reciben, para lo que existen diferentes cuestionarios que la evalúan.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo de la calidad de vida de 30 pacientes consecutivos reconstruidos mediante colgajos libres microquirúrgicos durante el año 2013. El 55% de los pacientes son varones, y su edad media de 57,4 años. En el 46% de los casos se trata de pacientes oncológicos sometidos a tratamiento primario y en el 26% corresponden a una cirugía de rescate. La localización de los tumores fue en un 58% la cavidad oral y en un 21% base de cráneo. Para la evaluación se empleó el cuestionario EORTC QLQ-H&N35 preoperatoriamente y a los 12 meses de la cirugía.

RESULTADOS:

Cada paciente tiene distintas expectativas en cuanto a su bienestar, lo que dificulta la estimación objetiva de su calidad de vida. No obstante, se analizan los resultados comparándolos con cohortes similares, así como con datos de referencia por edades y comorbilidades. En nuestro análisis hemos encontrado puntuaciones más altas con respecto a la deglución, la boca seca, el acto de comer en público y apertura oral en los pacientes tratados con radioterapia, en estadios tumorales avanzados (T3 y T4) y en localizaciones de orofaringe y base de lengua.

CONCLUSIÓN:

La situación preoperatoria del paciente condiciona en gran medida las expectativas. La calidad de vida después de la reconstrucción microquirúrgica en oncología de cabeza y cuello, es buena sin diferencias significativas, comparándose con otras líneas terapéuticas.

Conocer la calidad de vida de los pacientes antes del tratamiento, puede ser un factor pronóstico de supervivencia en los tumores de cabeza y cuello, al igual que se ha demostrado para otras neoplasias (Fang 2003); permitiendo individualizar la estrategia terapéutica y el seguimiento.

SESIÓN 5

CO58 (126). SEGUNDA COLOCACIÓN DE IMPLANTES EN PACIENTES CON FRACASO PREVIO DE OSTEointegración EN HUESO IRRADIADO

Peña Barreno M.; Ochandiando Caicoya S.; García Sevilla A.; Navarro Cuéllar C.; Arenas de Frutos G.; Navarro Vila C.

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

INTRODUCCIÓN:

La rehabilitación protésica implantosoportada es la única alternativa válida para recuperar estética y función en pacientes oncológicos.

El tratamiento con radioterapia produce un daño tisular permanente que compromete la osteointegración de los implantes, habiéndose incluso considerado una contraindicación absoluta para la colocación de éstos. La osteointegración de implantes en hueso irradiado alcanza menores tasas de éxito que en hueso normal. El fracaso de la osteointegración podría considerarse el fin del tratamiento con implantes debido al riesgo de osteorradionecrosis en estos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS O DESCRIPCIÓN DEL CASO:

Presentamos a 6 pacientes tratados en nuestro centro con resección tumoral y posterior reconstrucción con colgajo con componente óseo o de partes blandas.

Al menos un año tras recibir radioterapia se colocaron implantes, que se rehabilitaron con una prótesis.

En el seguimiento a largo plazo los implantes van fracasando por lo que se retiraron.

Una vez transcurrida la cicatrización y regeneración ósea y sin la utilización de oxígeno hiperbárico, se colocaron 35 nuevos implantes.

RESULTADOS:

Se obtuvo un éxito del 87.5%, con un fallo de 3 de 35 implantes. Solo hubo una complicación mayor, una fístula orocervical que se solucionó con legrado y retirada del implante.

Con los 32 implantes restantes se logró una osteointegración estable y todos soportan una prótesis dental.

CONCLUSIONES:

En la actualidad es factible lograr unos buenos resultados en la colocación de implantes en hueso irradiado tras fallo de implantes previos sin complicaciones severas, por lo que esto no debe ser un impedimento para ello, siempre con un planteamiento individualizado y minimizando los riesgos quirúrgicos.

En esto son de gran importancia las nuevas superficies de implantes, que obtienen mejores resultados de osteointegración en hueso irradiado a largo plazo que las utilizadas hace 15-20 años.

SESIÓN 5

CO59 (211). PAPEL DE LA MICROCIROUGÍA EN EL RESCATE QUIRÚRGICO DEL CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE CAVIDAD ORAL: EXPERIENCIA EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS

Sánchez Torres L.; Gutiérrez Díaz R.; Sánchez Aniceto G.; Mejía Nieto M.; Zubillaga Rodríguez I.; Fernández García A.

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

INTRODUCCIÓN:

El carcinoma epidermoide de cavidad oral posee una naturaleza infiltrante así como un potencial significativo de desarrollar metástasis cervicales ocultas, estas particularidades son las responsables de las altas tasas de recurrencia encontradas tras el tratamiento inicial, que oscilan entre el 15,5% (Ord et al, 2006) y el 28% (Boo et al, 2005; Schwartz, 2000).

Históricamente, la cirugía de rescate después de la persistencia o recurrencia del carcinoma epidermoide de cavidad oral ha tenido un pronóstico sombrío y el tratamiento en muchos casos ha sido considerado paliativo. Gilbert y Kagan publicaron entre 1967 y 1972 una tasa de rescate (el término no se definió claramente) de un 16% en recidivas locales y regionales. Sin embargo, actualmente la tasa de curación obtenida después del tratamiento de la recurrencia con cirugía de rescate asciende al 15-38% (Goodwing, 2000; Zafareo et al, 2009), frente a supervivencias casi nulas en pacientes que recibieron quimioterapia y/o radioterapia; lo cual otorga un rol protagonista al tratamiento quirúrgico del rescate más allá de la paliación.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realiza un estudio retrospectivo descriptivo de los rescates quirúrgicos de carcinoma epidermoide de cavidad oral realizados en los últimos 10 años en nuestro centro.

Todos los pacientes habían sido sometidos previamente a un tratamiento primario con intención radical, uni o multimodal. De ellos, el 46,43% sólo había recibido tratamiento quirúrgico; el 25% se trataron con cirugía y radioterapia adyuvante; un 7,14% se radiaron exclusivamente; y el 21,43% recibieron terapia combinada de radio y quimioterapia.

Durante el periodo de seguimiento, una vez detectada la recidiva y realizado estudio de extensión para reestadiaje de la enfermedad, los casos son evaluados en una unidad multidisciplinar de tumores de cabeza y cuello del centro para la toma de decisión terapéutica más conveniente en cada paciente.

En el periodo analizado, se rescataron un total de 50 pacientes, siendo un 74% varones y un 26% mujeres. En cuanto a la localización dentro de la cavidad oral, en nuestra serie es la lengua, con un 46,66% de prevalencia, el sitio más frecuente; seguido del trigono retromolar con un 16,66%; las localizaciones de labio, suelo de boca y orofaringe (se incluye en el estudio, pese a las peculiaridades en el tratamiento de esta entidad, ya que en nuestra serie juega un papel significativo el rescate quirúrgico de la misma) ocupan un 6,66% cada una de ellas; y el reborde alveolar y paladar duro un 3,33% respectivamente. Aproximadamente al 87% de los pacientes se les realizó reconstrucción microquirúrgica del defecto.

RESULTADOS:

El factor analizado que más se relaciona con la supervivencia a largo plazo (supervivencia a 2 años) es el estadio del tumor primario.

En cuanto al estadio en la recurrencia, la mayoría de los tumores que se sometieron a rescate quirúrgico son un estadio IV (46,66%); los estadios precoces I y II rescatados son un 20 y 23,33% respectivamente; y tumores con estadio III son un 10%.

El tiempo transcurrido hasta la recurrencia desde el tratamiento primario, también se relacionó con la supervivencia a largo plazo. Así en nuestra serie, encontramos un 26% de casos tratados antes de los 6 meses de finalizado el primer tratamiento con intención curativa (los pacientes de este grupo presentaban

enfermedad persistente); un 11% se trataron en el primer año; el 14,8% se rescataron en el segundo año; un 7,4% se rescataron en el tercero y cuarto año; y un 33,3% se rescataron a los 5 años o más transcurridos del primer tratamiento radical.

La supervivencia disminuye progresiva y significativamente con el aumento del estadio en la recurrencia; en el estadio I, la supervivencia media fue de 24,3 meses; en el estadio II, de 23,8 meses, y en los estadios III y IV, la supervivencia media fue de 21,7 meses y de 9,3 meses, respectivamente. La supervivencia global, entendida como la relación entre los vivos y la mediana de seguimiento (rango 4 a 252 meses), es de un 19,70%. El éxitus (evento por enfermedad oncológica) se produjo a los 28,26 meses con un rango de 5 meses a 81 meses.

Los colgajos libres utilizados para la reconstrucción de los grandes defectos postquirúrgicos fueron el ALT en el 40,6% de los casos; el radial en un 25%; el peroné en el 21,8%; el sural en un 9,3%; y el dorsal en el 3,12%. La proporción de colgajos empleados (fasciocutáneos y miofasciocutáneos vs. osteomiocutáneos) se correlaciona con el tipo y tamaño de defecto, bien de tejidos blandos o de defectos compuestos mandibulares, encontrados en nuestra población. La estancia media hospitalaria fue de 25,1 días, con un rango de 13 a 47 días.

Las complicaciones perioperatorias aparecieron en un 34,37% de los pacientes, siendo la más frecuente la pérdida del colgajo en el 10% (la causa más frecuente por fracaso venoso); que se solventó durante el ingreso con un colgajo miocutáneo regional (la mayoría de los casos con un colgajo pectoral); seguida de fístula en la zona receptora en un 12,5% (debido a la falta de vascularización de los tejidos en los pacientes previamente radiados), y la dehiscencia en la zona donante, que se solucionó en la mayoría de los casos, con un injerto epidérmico.

En cuanto a los resultados funcionales, en tan sólo un 10% de los pacientes se precisó la realización de gastrostomía por incapacidad para la deglución, tras la resección; y la traqueostomía permanente fue necesaria en un 10%, debido a progresión de la enfermedad e imposibilidad de decanulación.

CONCLUSIONES:

La mejor opción de curación de un paciente con carcinoma epidermoide de cavidad oral es la primera oportunidad, por tanto, es de vital importancia determinar los factores pronósticos que podrían ayudar a identificar los pacientes que se encuentran en mayor riesgo de desarrollar una recidiva después del tratamiento inicial, como son el tamaño tumoral, localización del tumor, patrón de invasión histológico, márgenes de resección (el único factor controlable y potencialmente prevenible), presencia de metástasis en ganglios cervicales (número de ganglios, nivel de afectación ganglionar, presencia de invasión extracapsular). La posibilidad de realizar una cirugía de rescate está en relación con la "T", nos marca si el tumor se encuentra en los límites de reseccabilidad y nos orientará en la planificación de la reconstrucción primaria del defecto; y con la "N", nos determinará el pronóstico a largo plazo y la supervivencia.

La cirugía de rescate puede ser un reto por muchos motivos, entre ellos, por la dificultad de obtener márgenes de seguridad, ya que el tumor recurrente o persistente suele tener una diseminación atípica con márgenes mal definidos; la presencia de lechos fibróticos mal vascularizados cuya disección puede poner en peligro estructuras vitales próximas, la dificultad añadida en la reconstrucción por la falta de vasos que permitan realizar la anastomosis microquirúrgica en condiciones óptimas.

Revisando la literatura, se encuentran muchos estudios retrospectivos, generalmente sesgados, que mezclan pacientes con tumores de diversas localizaciones, y muy pocos estudios prospectivos aleatorizados, como resultado, faltan recomendaciones de tratamiento claras, las guías son ambiguas, muchas veces difícilmente aplicables a las situaciones concretas del paciente particular. La cirugía de rescate es la única que ha demostrado ofrecer una supervivencia significativa en el tratamiento de la enfermedad recurrente del carcinoma epidermoide de cavidad oral, y por tanto, la única opción curativa que puede ofrecerse a estos pacientes en la actualidad. La decisión de realizar un tratamiento de rescate deberá ser considerada de manera individualizada y dentro de un equipo multidisciplinar, y estará justificada cuando se realiza con intención curativa, exista una perspectiva de paliación significativa, o cuando puedan ser alcanzados unos objetivos funcionales y de calidad de vida. En este sentido, los avances en las técnicas reconstructivas han sido fundamentales, ya que no sólo han permitido una mejora en la calidad de la reconstrucción, sino también han permitido realizar grandes resecciones y obtener mayores márgenes de seguridad, mejorando de esta forma la supervivencia.

SESIÓN 5

CO60 (259). ADENOMA PLEOMORFO RECIDIVADO

López Fernández, P.; Zafra Vallejo, V.; Mejía Nieto, M.; Ruíz Martín, I. Gutiérrez Díaz, R.; Sánchez Aniceto, G.
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

INTRODUCCIÓN:

El adenoma pleomorfo es el tumor más frecuente de las glándulas salivales. En el 80% de los casos aparece en la glándula parótida. Aunque se trata de un tumor benigno, presenta gran diversidad citomorfológica, y con frecuencia una cápsula incompleta. Asimismo se pueden encontrar islas aisladas de tejido tumoral unidas por un fino istmo a la masa principal, e incluso crecimiento multifocal, especialmente cuando se trata de una recidiva.

La enucleación tumoral no es la mejor opción terapéutica (por la cápsula incompleta, polilobulación, y riesgo aumentado de siembra del tumor) con un índice de recidiva asociado de alrededor de un 30%. La excisión incompleta (márgenes afectos) asegura la recurrencia. Asimismo se conoce que la biopsia incisional previa al tratamiento quirúrgico definitivo y la fragmentación tumoral durante el mismo aumentan el índice de recidivas. La parotidectomía subtotal ("superficial") y la parotidectomía total (conservadoras ambas del facial y sus ramas) reducen significativamente el número de recaídas (a menos de un 5%) por lo que constituyen el procedimiento quirúrgico de elección para el tratamiento de estos tumores. En manos expertas, otras resecciones más limitadas como la cuadrantectomía o la tumorectomía "ampliada" bajo magnificación juegan asimismo un papel relevante.

El adenoma pleomorfo recidivado es difícil de tratar, y tiende a la recurrencia. Extirpar recidivas, especialmente cuando son multifocales, aumenta asimismo el riesgo de lesión del nervio facial.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Realizamos un análisis retrospectivo de 175 pacientes consecutivos operados por adenoma pleomorfo parotídeo entre los años 2004/2014 en el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid. De los 175 pacientes intervenidos, 23 de ellos lo fueron por una recidiva.

En todos los casos el seguimiento fue adecuado salvo en 1 por motivos geográficos.

De los 23 pacientes, el 78,3% correspondía a mujeres y 21,7% a hombres.

La recidiva se presentó como uno o varios nódulos en la región parotídea operada, sin afectación nerviosa, completándose el estudio preoperatorio mediante pruebas de imagen (RMN) y PAAF.

En 8 casos la cirugía del tumor primario podía considerarse "inadecuada": había consistido en una enucleación. Las anatomías patológicas (AP) resultantes fueron las siguientes: adenoma pleomorfo con márgenes afectos y un caso de adenoma multifocal.

Los 15 restantes habían sido sometidos a cirugía "adecuada": Parotidectomía Superficial (PS). Se obtuvo como AP: nódulos entre 1 y 2 cm en su eje mayor, morfología polilobulada, sin afectar a márgenes (menos 1 caso de bordes afectos)

RESULTADOS:

En el periodo de 10 años mencionado, nos hemos encontrado con 19 casos de 1º recidiva y 4 individuos que ya habían experimentado 1 o más recidivas con anterioridad.

El seguimiento medio es de 20,5 años (rango 1,5-39 años) desde el tumor primario, y 5,5 años (10-0,5) desde la recidiva operada en dicho periodo.

El tiempo medio de aparición de la recurrencia tras el tratamiento del tumor primario, fue de 12,1 años. Rango (0,5 a 29). En la mayoría de los pacientes la 1º recidiva debutó como un nódulo preauricular y en los casos de múltiples recidivas se hallaron uno o varios nódulos a nivel de cicatriz.

El procedimiento quirúrgico más frecuente para el tratamiento de la recidiva (14 casos) incluyó tumorectomía (con márgenes de tejido sano alrededor). También se optó por cuadrantectomía, o parotidectomía del tejido residual, dependiendo del número y localización/es de la/s recidiva/s.

Intraoperatoriamente se decidió sacrificar alguna rama del nervio facial en 3 casos.

La Anatomía Patológica (AP) de la resección de la/s recidiva/s mostró adenoma pleomorfo con márgenes microscópicos de resección libres en 17 pacientes, afectados o en la inmediata proximidad en 5, multinodularidad en 7 casos (sin bordes afectados en ninguno de ellos).

Con respecto a la radioterapia (RT) se utilizó en 2 casos de multirecidiva y/o multinodularidad, con una dosis de 50Gy-60Gy

En relación a las secuelas tras la cirugía de la recidiva hallamos ausencia de ellas en 11 casos, mientras que en 12 aparece paresia de alguna rama del nervio facial (mayoritariamente marginal: 6 casos).

La supervivencia global fue del 100%, y la proporción de secuelas definitivas del nervio facial se ha reducido a 5 pacientes. Actualmente el 95,5% de los pacientes se encuentra sin recidiva (1 caso rechazó mayor tratamiento, 2 casos recientemente intervenidos). Se llevan a cabo controles periódicos mediante imagen (RMN)

CONCLUSIONES:

El adenoma pleomorfo es generalmente un tumor curable tras una parotidectomía reglada, pero debido a siembra intraoperatoria del tumor o multifocalidad puede derivar en una consecución de recidivas y múltiples cirugías, en el peor de los casos.

Es necesaria una buena elección del procedimiento quirúrgico primario y un seguimiento clínico-radiológico adecuado en este tipo de pacientes que deben ser manejados por un equipo quirúrgico con amplia experiencia, adiestrado y entrenado.

SESIÓN 5

CO61 (59). DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL MELANOMA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS. NUESTRA EXPERIENCIA Y REVISIÓN DEL PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

Noguera J; Gómez E; Alonso E; García D; Martín M; Burgueño M
Hospital Universitario La Paz. Madrid

El melanoma maligno representa sólo del 1% al 3% de todos los procesos tumorales malignos en la edad pediátrica, siendo la localización en cabeza y cuello aún más infrecuente. Aún se desconoce el tratamiento óptimo en este estrato de la población y las distintas opciones terapéuticas están basadas en las series de casos descritas en la literatura, que son bastante escasas.

El objetivo de esta comunicación es describir dos casos que han sido diagnosticados y tratados en nuestro centro en este último año, así como revisión de la literatura relacionada.

Los dos pacientes pediátricos, de 9 y 10 años, fueron remitidos al servicio de Cirugía Maxilofacial Infantil con el diagnóstico de melanoma en zona auricular y retroauricular respectivamente. En todos ellos el diagnóstico fue posterior a la extirpación de la lesión cutánea, no sospechosa de esta patología.

En todos ellos se realizó ampliación de márgenes y biopsia de ganglio centinela, previa inyección del radiotrazador el día previo. Se realizó el análisis de 4 y 8 ganglios con captación superior a 1000 cuentas.

En ambos pacientes los ganglios centinela fueron positivos para metástasis por lo que se realizó disección cervical funcional reglada. Posteriormente se completó el tratamiento con interferón $\alpha 2B$ durante un año.

Actualmente los pacientes se encuentran libres de enfermedad tanto a nivel local como a distancia tras un año desde el diagnóstico.

Aunque se trate de dos casos aislados es importante darlo a conocer ya que aún falta mucha información acerca del comportamiento, el manejo terapéutico y el pronóstico de este tipo de tumores en este espectro de la población. La dificultad en su diagnóstico debido al aspecto escasamente sospechoso de las lesiones iniciales y su baja incidencia hacen difícil establecer resultados concluyentes en el manejo global de las mismas.

SESIÓN 5

CO62 (194). RECONSTRUCCIÓN MANDIBULAR MEDIANTE CAD/CAM, CIRUGÍA VIRTUAL Y MODELOS ESTERIOLOGRÁFICOS PARA DEFECTOS ÓSEOS TRAS RESECCIONES ONCOLÓGICAS

Haddad Riesgo A, García Serrano G, Almeida Parra F, Núñez Paredes J, Picón Molina M, Acero Sanz J.
Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

INTRODUCCIÓN:

La reconstrucción de defectos mandibulares tras cirugías oncológicas sigue siendo un reto para los cirujanos orales y maxilofaciales que buscan el mejor resultado oncológico, funcional y estético para los pacientes. El propósito de este estudio muestra nuestra experiencia en la reconstrucción mandibular usando la tecnología CAD/CAM, cirugía virtual, modelos esteriolitográficos y guías de corte para estas cirugías.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se recogen 5 casos de cirugía virtual realizados en el año 2014 con reconstrucción mandibular mediante colgajo osteomiocutáneo libre de peroné. Se recopilan datos de sexo, edad, diagnóstico, anatomía patológica, clasificación TNM y estadiaje. A todos se les realizó TAC multicorte 3D para cirugía virtual e impresión de modelos esteriolitográficos. Se usaron guías de corte para la resección tumoral y el tallado óseo del colgajo libre. Placas de osteosíntesis preformadas fueron utilizadas en los 5 casos para la fijación.

RESULTADOS:

De los cinco pacientes, 4 fueron diagnosticados de Ca. Epidermoide y uno de Ca. Verrucoso de alto grado, todos con infiltración del hueso mandibular. De los 4 pacientes con Ca. Epidermoide, tres fueron pacientes con recidiva de su enfermedad. En todos los casos se recogieron datos de TC multicorte en 3D y se realizaron guías de corte para la resección y el tallado de los colgajos microquirúrgicos. Se utilizó para la reconstrucción colgajos osteomiocutáneos libres de peroné (3 de peroné izquierdo y 2 de derecho). En los 5 casos se realizó hemimandibulectomía, tres de ellas derechas y dos izquierdas. Todas las cirugías fueron realizadas bajo la misma técnica quirúrgica mediante modelos esteriolitográficos con guías de corte. La anatomía patológica informó de bordes de resección libres de carcinoma en todos ellos. Los pacientes fueron seguidos en consultas con TC 3D y ortopantomografía de control.

CONCLUSIÓN:

El uso de la tecnología CAD/CAM, de la cirugía virtual y de los modelos esteriolitográficos junto con las guías de corte es un método ampliamente aceptado que nos permite menor duración de las intervenciones quirúrgicas, menor tiempo de isquemia del colgajo libre y mejores resultados oncológicos, funcionales y estéticos en los pacientes con grandes resecciones óseas en la región mandibular.

SESIÓN 5

CO63 (97). INFILTRACIÓN CON TOXINA BOTULÍNICA INTRAMUSCULAR PARA EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME MIOFASCIAL DE LA MUSCULATURA MASTICATORIA

Martínez-Padilla, I; de la Sen Corcuera, O; Varela Reyes, E; Encinas Bascones, A; de Pedro Marina, M; Alonso Ovies, A.

Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Clínico San Carlos. Madrid

INTRODUCCIÓN:

Dentro de los desórdenes que afectan a la articulación temporomandibular se encuentra el Síndrome miofascial de los músculos masticadores, y llega a estar presente en más del 50% de los pacientes con alteraciones en esta región.

El síndrome miofascial se define como el cuadro clínico caracterizado por dolor de origen muscular, localizado en un músculo o grupo muscular en el cual se identifica una banda tensa, dolorosa y en cuyo seno se encuentra el punto gatillo. Cuando los músculos afectados son el masetero, el temporal, los pterigoideos o una combinación de estos, el paciente afectado puede presentar clínica de dolor orofacial, limitación a la apertura oral, chasquidos articulares e incluso cefalea y tensión cervical. El tratamiento inicialmente es conservador e incluye medidas higiénico-dietéticas, uso de una férula nocturna, relajantes musculares y fisioterapia. En aquellos casos refractarios a estas medidas la inyección intramuscular con toxina botulínica se presenta como una opción terapéutica encaminada a eliminar la contractura y relajar el tono muscular.

El objetivo de este documento es realizar un estudio descriptivo, pre y post intervención del tratamiento de esta patología tras la infiltración de botox.

MATERIAL Y METODOS:

Se seleccionaron todos aquellos pacientes en nuestro Servicio que desde el año 2012 se han sometido a infiltración de toxina botulínica intramuscular de los cuales se registraron los siguientes datos: rango de apertura oral, lateralización y protrusión mandibular, y grado de dolor mediante Escala visual analógica (EVA) en 4 fases diferentes: prepunción, a la semana, y a los 2 meses de la sesión. Además se registró el número de unidades de toxina botulínica por punto de infiltración y número de músculos infiltrados.

RESULTADOS:

En una proporción significativa de pacientes, durante la primera semana de tratamiento se obtuvo un empeoramiento del dolor y la contractura, probablemente debida a la tensión generada tras la punción intramuscular. Sin embargo, en siguientes controles se evidencia una mejoría significativa en el dolor subjetivo del paciente, con una disminución en la escala de EVA más marcada que el aumento de movilidad registrado en la lateralización, apretura oral máxima y en la protrusión.

CONCLUSIONES:

La toxina botulínica se presenta como una alternativa efectiva, en principio a corto plazo, para la mejoría del dolor subjetivo principalmente. Se deberán realizar nuevos controles de forma prospectiva analizando también el dolor a los 6 meses, ya que se estima que es el momento en el que puede dejar de tener efecto la infiltración y hacerse necesaria una nueva sesión.

SESIÓN 6

CO64 (100). ODONTOLOGÍA SOLIDARIA Y EDUCACIÓN CONTINUADA EN IMPLANTOLOGÍA: UN PROYECTO DE COLABORACIÓN ACADÉMICA Y SOCIAL ENTRE EL SECTOR PRIVADO Y EL TERCER SECTOR PARA LA REHABILITACIÓN ORAL DE PACIENTES CON ESCASOS RECURSOS

Martí-Pages, C. (****); Sierra, N.E. (*) (**); Pozo-Gomez, F. (*) (**); Auge-Castro, M.L. (****); Sieira-Gil, R. (****); Vargas-Álvaro, C. (*)

(*) *Clinica Dental Solidaria - Dentistas Sobre Ruedas, Barcelona*

(**) *Hospital Universitario Valle de Hebron, Barcelona*

(***) *Instituto Salvador Seguí*

(****) *Universidad Internacional de Cataluña*

(*****) *Hospital Clínico Universitario, Barcelona*

INTRODUCCIÓN:

La organización no gubernamental Dentistas Sobre Ruedas (DSR), es creada en el año 2006 con el objetivo de ofrecer salud oral a poblaciones desfavorecidas. Desde hace más de seis años, desarrolla regularmente campañas de salud oral en el África Sub-sahariana y Sur América, centrandose su campo de acción principal en; Lompul-Senegal, Maghama-Mauritania y Sátipo-Perú. Siguiendo un modelo diagonal de cooperación en salud; se establecieron clínicas odontológicas gestionadas por población nativa con el apoyo logístico, científico y académico del equipo odontológico de DSR en campañas internacionales de salud oral. Tras seis años de actividad solidaria enfocada en salud oral, educación y soporte social fuera de nuestras fronteras, nace la Clínica Odontológica Solidaria (COS-DSR) de Barcelona.

La COS-DSR de Barcelona es un proyecto de proximidad con el que DSR ejerce la odontología con una perspectiva social, acercando la salud oral a personas de escasos recursos y en riesgo de exclusión. Los beneficiarios del proyecto son pacientes del área metropolitana de Barcelona sin posibilidades económicas de acceso a un tratamiento odontológico integral.

Desde noviembre de 2012 y gracias al esfuerzo de su equipo de voluntarios y a la gestión autosostenible del proyecto, la COS-DSR ha ofrecido tratamiento odontológico integral a más de 1000 pacientes. La COS-DSR, recibe soporte económico de "Les 1001 Dents", una clínica dental privada adjunta a la COS, que dona el 13% del importe de sus ingresos a la labor solidaria de la ONG. Adicionalmente al apoyo económico y material de distintas empresas, fundaciones, y donantes particulares; los pacientes y profesionales de "Les 1001 Dents" aportan recursos económicos de forma continuada al proyecto COS-DSR.

Con el fin de expandir el impacto social del proyecto en la comunidad, y para mejorar la adherencia y compromiso con el tratamiento recibido, los pacientes beneficiarios hacen un aporte económico de 6 euros por cada visita y son vinculados a un "Banco del Tiempo". El presupuesto del tratamiento odontológico se cuantifica en horas y de esta manera el paciente debe aportar el "valor" calculado de horas a actividades solidarias dentro de la comunidad, a través de entidades sociales con las que se mantienen convenios. Se crea así una cadena de favores que parte de la COS-DSR y se proyecta en beneficio de la comunidad.

Con el objetivo de satisfacer la demanda de salud oral solidaria a un creciente número de pacientes, la COS-DSR cuenta con el apoyo logístico y económico de diferentes entidades y empresas. Durante el último año se ha desarrollado un proyecto piloto con MIS-Ibérica en el marco del "Curso clínico de rehabilitación oral implantológica". Los alumnos del curso, bajo la supervisión de un reconocido equipo docente, planifican y ejecutan la rehabilitación oral de pacientes con edentulismo parcial o total que hacen parte del proyecto COS-DSR. Estos cursos de formación benefician al paciente, que accede a soluciones implantológicas avanzadas de alta calidad, y a los alumnos que reciben formación práctica con casos reales de la mano de docentes altamente calificados.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Descripción de serie con seguimiento prospectivo. (Datos en recogida)

Se incluyeron 15 pacientes (XX Hombres, XX mujeres) adultos de edad media, (XX-XX años), no fumadores, adscritos al proyecto de la COS-DSR, que tras la intervención odontológica inicial presentaban edentulismo total o casi-total, con adherencia y cumplimiento durante la fase inicial del tratamiento.

Los pacientes seleccionados fueron informados de las posibilidades de rehabilitación oral mediante prótesis muco-soportada, como tratamiento standard ofrecido por la COS-DSR, ó, implanto-soportada como pacientes voluntarios dentro del programa formativo del "Curso clínico de rehabilitación oral implantológica (ROI)".

Con el fin de no influenciar la decisión del paciente a favor del tratamiento implanto-soportado; a todos los pacientes se les ofreció el tratamiento elegido sin costo ni compromiso con el Banco del Tiempo. Se les informó que, como pacientes voluntarios, serían intervenidos por odontólogos colegiados, alumnos del curso, bajo supervisión directa del equipo docente en todas las fases del tratamiento. Los pacientes fueron ampliamente informados de los riesgos y beneficios de ambos tipos de tratamiento. Los pacientes voluntarios tuvieron la oportunidad de solucionar sus dudas al respecto de las alternativas de tratamiento. El 100% de los pacientes aceptaron hacer parte del programa.

Todos los casos fueron estudiados como casos clínicos en los módulos teóricos del Curso ROI. Se definieron objetivos y plan de tratamiento específicos para cada caso mediante exploración física, radiografía panorámica y en casos seleccionados, mediante CBCT-DentaScan. Durante la fase de planificación se realizaron registros de mordida, montaje en articulador y encerado. Se comprobó y corrigió la rehabilitación desde el punto de vista estético y funcional. En esta fase se atendieron las preferencias estéticas del paciente ajustadas a sus posibilidades protésicas y funcionales específicas. Todos los pacientes mantuvieron prótesis temporales durante la fase de osteointegración y se realizaron los ajustes pertinentes para obtener un óptimo resultado estético y funcional. Se realizaron prótesis baritadas en aquellos casos en los que se consideró necesaria por presentar discrepancias entre la prótesis y el arco maxilar.

Se realizaron XX intervenciones quirúrgicas en 15 pacientes. Todos los casos fueron operados bajo anestesia local. La aplicación de implantes fue realizada en una única intervención en todos los casos. Todas las intervenciones transcurrieron sin incidencias ni complicaciones.

Se aplicaron XX implantes SEVEN MIS-Ibérica; XX en maxilar y XX en mandíbula.

Todos los pacientes recibieron antibiótico postoperatorio con pautas de amoxicilina-clavulánico ó clindamicina en pacientes alérgicos a beta-lactámicos, durante 7 días. Se indicaron AINE's durante los primeros 5 días postoperatorios. Ningún paciente recibió corticoides. Como pautas adicionales de cuidados postoperatorios se indicaron enjuagues con clorhexidina y la aplicación de gel de clorhexidina después de cada comida. Ningún paciente presentó complicaciones postoperatorias.

En XX casos se realizó una segunda fase para la aplicación de pilares de cicatrización, 3 meses después de la aplicación de implantes.

Como procedimientos adyuvantes en casos complejos se realizaron:

Elevaciones de seno	XX
Injertos de hueso	XX
Injertos de mucosa adherida	XX
Injertos de tejido conectivo	XX

Los tipos de rehabilitación final realizada se resumen a continuación:

Coronas unitarias implanto-soportadas	XX
Prótesis parcial implanto - soportada	XX
Prótesis completa implanto - muco - soportada	XX

*Soporte mediante locators en sinfisis mandibular

Prótesis completa implanto-soportada - Fija	XX
Prótesis completa implanto-soportada - Removible	XX
Soporte mediante "barras".	XX
Soporte mediante "locators"	XX

De los XX implantes aplicados; XX presentaron fallo de osteointegración (XX%).

En el momento de la rehabilitación dental, XX implantes no pudieron ser utilizados debido a malposición (XX%), tanto por excesiva angulación, o por falta de espacio oclusal en sectores posteriores. Tras la carga protésica, XX implantes fallaron (XX%) en XX pacientes. Se registraron XX fallos (osteointegración, malposición e inestabilidad a la carga), con un XX% global de fallos.

En todos los casos se logró una rehabilitación dental completa. Todos los pacientes se mostraron satisfechos con los resultados estéticos y funcionales y manifestaron una importante mejoría de su interacción social.

CONCLUSIONES:

La falta de acceso a la salud oral en nuestro país es un problema de salud pública en aumento. En el contexto actual, con una importante reducción de las fuentes de financiación pública para el tercer sector, el proyecto de la COS-DSR pone de manifiesto que la creatividad, la generosidad y el empeño de un grupo multidisciplinar de profesionales, junto con el apoyo del sector privado, pueden mejorar la calidad de vida de cientos de personas.

La actividad solidaria en salud oral puede ser autosuficiente y sostenible de la mano de alianzas estratégicas con el sector privado que incluyen; instituciones de educación superior, centros de investigación, asociaciones profesionales, corporaciones y fundaciones.

El programa formativo del curso ROI ofrecido por MIS-Ibérica en asociación con DSR, ofrece un excelente contexto clínico, académico y social para la formación de odontólogos, cirujanos maxilofaciales y prostodoncistas y en el área de la implantología dental.

El trabajo multidisciplinar de los profesionales de la salud oral; odontólogos, cirujanos maxilofaciales y prostodoncistas, es fundamental para lograr la excelencia en implantología oral mediante una adecuada planificación y ejecución de las distintas fases del proceso rehabilitador.

SESIÓN 6

CO66 (46). ALOINJERTO DE HUESO RECUBIERTO POR PERONÉ MICROVASCULARIZADO: UNA NUEVA TÉCNICA DE RECONSTRUCCIÓN MANDIBULAR EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO

Sierra Perilla NE (*); Munill Ferrer M. (*); Pamias J (*); Bescós Atín C. (*); García Diez EM (**); Soldado F (**).
(* Hospital Universitario Valle de Hebron; (**) Hospital Pediátrico Universitario Sant Joan de Deu, Barcelona

INTRODUCCIÓN:

La reconstrucción mandibular en el paciente pediátrico es un procedimiento quirúrgico complejo indicado en casos de resecciones tumorales y deformidades faciales severas que afectan a la mandíbula. Idealmente la reconstrucción debe proporcionar; un contorno facial simétrico, una altura alveolar adecuada para la rehabilitación dental, y un crecimiento facial adecuado, con el mínimo de morbilidad asociada.

El colgajo microvascularizado de peroné se ha convertido en el caballo de batalla para la reconstrucción mandibular segmentaria tanto en adultos y como en niños. No obstante, la escasa altura del peroné limita la restauración simultánea de la altura alveolar y el contorno facial. Adicionalmente, la morbilidad asociada a la resección del peroné en el paciente en crecimiento debe ser tenida en cuenta.

La técnica de reconstrucción mandibular pediátrica que presentamos se plantea como una alternativa al peroné microvascularizado. Nuestra técnica nace a partir de los excelentes resultados obtenidos con el uso de periostio de peroné microvascularizado (PPM) en el tratamiento de pseudoartrosis y de defectos segmentarios de huesos largos de extremidades en niños.

Descripción del caso y resultados.

Paciente mujer de 11 años con diagnóstico de Sarcoma de Ewing mandibular no metastásico afectando el cuerpo mandibular derecho, que recibió tratamiento sistémico con quimioterapia seguido por tratamiento local mediante resección quirúrgica y reconstrucción inmediata. La mandíbula fue reconstruida con un segmento de hueso de cadáver liofilizado? recubierto por PPM.

La resección tumoral y la elevación del colgajo de PPM fue realizada simultáneamente. Por vía intraoral se realizó una mandibulectomía segmentaria desde el 41 hasta la porción inferior de la rama mandibular. El aloinjerto de hueso fue obtenido del banco de tejidos de acuerdo a un estudio biométrico. Un segmento de 6 x 2.3 cm fue insertado y fijado en el defecto mandibular mediante miniplacas y tornillos de titanio (Synthes Matrix Mandible).

El PPM fue obtenido de la pierna izquierda siguiendo la técnica descrita por el Dr. Soldado F. La técnica de elevación del colgajo de PPM es muy similar a la empleada para elevar el colgajo de peroné microvascularizado, empleando modificaciones técnicas específicas. El colgajo incluirá una isla cutánea si la reconstrucción lo requiere facilitando así la monitorización clínica del mismo. Para preservar la vascularización del periostio se debe preservar un mínimo de rodete muscular. Se procede a realizar una incisión longitudinal del periostio siguiendo el espeto lateral de la diálisis, así como una incisión circunferencial en la porción distal del peroné. La longitud del colgajo es determinada en relación a la extensión del área a cubrir con el mismo y debe tenerse en cuenta que el colgajo sufre una contracción tras haber sido levantado, debido a sus propiedades elásticas. El colgajo es elevado mediante el uso de periostotomos en sentido proximal. El músculo tibial posterior debe ser expuesto y seccionado progresivamente. Finalmente se procede a liberar el periostio en su porción proximal mediante incisión circunferencial a nivel del cuello del peroné. Se realiza una disección proximal del pedículo hasta lograr la longitud requerida. El pedículo es ligado y se completa la elevación del colgajo.

En nuestro paciente el colgajo fue diseñado sin isla cutánea puesto que se planeó cierre primario del abordaje intraoral. El PPM se aplicó sobre la mandíbula reconstruida asegurando la cobertura del interfases óseas por sus caras vestibular y basal y fue fijado mediante suturas reabsorbibles. Mediante un abordaje submaxilar se aislaron los vasos receptores. Se realizó anastomosis a los vasos faciales y una segunda anastomosis venosa fue realizada a la vena lingual. No hubo complicaciones intraoperatorias durante el procedimiento. El postoperatorio transcurrió sin incidencias. El colgajo fue monitorizado mediante ECO-doppler. La paciente

fue dada de alta al séptimo día postoperatorio. Se mantuvo cobertura antibiótica por 2 semanas con amoxicilina-clavulánico ajustada por peso. Una férula de inmovilización fue mantenida por 3 semanas. Los márgenes de resección fueron reportados como libres de tumor. No se detectaron complicaciones de la zona donante.

Durante el seguimiento se comprobó la estabilidad mecánica de la reconstrucción. La revascularización e integración del aloinjerto fue confirmada mediante SPECT-CT realizado en el 6o mes postoperatorio, mostrando intensa actividad osteogénica en la zona injertada. Las radiografías panorámicas mostraron consolidación radiológica de la reconstrucción y una biopsia realizada al 18 mes postoperatorio durante una liberación de cicatriz, demostró histológicamente la integración del injerto.

La apariencia facial tras la cirugía fue satisfactoria para la paciente, sus familiares y el equipo quirúrgico. La rehabilitación oral de la paciente se realizó mediante prótesis dentales removibles que requirieron ajustes frecuentes por la remodelación anatómica de la zona operada. La paciente y su familia reportaron una adecuada funcionalidad oral con óptima calidad de vida e interacciones sociales adecuadas.

CONCLUSIÓN:

Nuestra técnica de reconstrucción mandibular para pacientes pediátricos ofrece resultados óptimos desde el punto de vista estético y funcional, con el mínimo de morbilidad de en la zona donante. El aloinjerto de hueso con el soporte biológico del PPV permiten reconstruir el contorno facial y la altura alveolar simultáneamente, superando así la mayor dificultad técnica de las reconstrucciones mediante el uso de peroné vascularizado. Es importante señalar que esta técnica reconstructiva mediante el uso de aloinjerto masivo en combinación con el PPV no puede realizarse en niños, puesto que los mecanismos biológicos que sustentan la integración del aloinjerto son específicos del periostio pediátrico y las células madre que aporta.

En este momento es difícil establecer conclusiones en relación al crecimiento facial, pero al mantener la rama mandibular y las relaciones intermaxilares, esperamos que la mandíbula reconstruida crezca en balance con el resto del esqueleto facial.

Postulamos nuestra técnica de reconstrucción mandibular en el paciente pediátrico como una alternativa a tener en cuenta en casos de resecciones tumorales amplias y en también en casos de microsomía hemifacial severa. Es necesario aumentar nuestra casuística para poder delinear los beneficios y desventajas del uso de nuestra técnica.

SESIÓN 6

CO67 (158). ESTADO ACTUAL DE LA TELEMEDICINA EN CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL . REVISIÓN SISTEMÁTICA

Rodríguez Berart P.; Aboul-Hons Centenero S.; Vila Masana I.
Hospital Platon. Barcelona

La autogestión de los recursos dentro de la práctica clínica diaria ha ido cobrando un papel fundamental. Una correcta atención clínica a los usuarios del sistema requiere una valoración mucho más amplia de lo que se ha venido haciendo hasta la actualidad. La valoración conjunta de parámetros clínicos y de gestión es indispensable para un desarrollo óptimo en la practica clínica .Relizamos una revisión sistemática sobre el estado actual de la telemedicina en cirugía oral y máxilofacial como herramienta de trabajo en diferentes campos de nuestra especialidad.

SESIÓN 6

CO68 (17). INJERTO EN SANDWICH PARA AUMENTO ÓSEO VERTICAL MEDIANTE BLOQUES ÓSEOS Y MEMBRANA, SIN FIJACIONES CON TORNILLOS DE OSTEOSÍNTESIS

García Linares J.; Rubio Palau J.; Viñeta C.; Blanco M.; Carreño Hernández M.; González Lagunas J.
Hospital Quirón

INTRODUCCIÓN:

La restauración de la dimensión ósea vertical en implantología es quizás uno de los mayores retos a la hora de rehabilitar los maxilares. Existen diferentes alternativas dependiendo de la zona a rehabilitar como los implantes cortos, camuflaje protésico, traslocación del nervio dentario, pero sin duda alguna la 'restitutio ad integrum', la recuperación del hueso perdido, podría ser la primera elección. Los injertos onlay, distracción alveolar e injertos en sandwich constituyen, con sus ventajas e inconvenientes, las principales alternativas para recuperar la dimensión ósea vertical externa perdida y así mejorar la proporción corono-radicular de la futura rehabilitación.

CASOS CLÍNICOS:

Presentamos una serie de 4 casos, en sector anterosuperior, sector anteroinferior, sector posteroinferior izquierdo y posteroinferior derecho en los que se realiza la técnica de sandwich mediante la osteotomía + movilización coronal del fragmento óseo e interposición de bloque de biomaterial y recubrimiento vestibular mediante membrana de colágeno. En ningún caso no se utiliza material de osteosíntesis que deba ser retirado ni ninguna membrana semirígida que mantenga la dimensión vertical.

Podemos observar la restitución de la dimensión ósea perdida, siendo apto para la posterior colocación de implantes dentales en unas condiciones muy favorables, sin tener que efectuar la retirada de ningún material de osteosíntesis.

CONCLUSIONES:

El injerto en sandwich es una técnica que ofrece muy buenos resultados en la recuperación de la dimensión vertical externa sin la necesidad de utilizar, mediante la técnica descrita, ningún material de osteosíntesis y evitando así su retirada en una segunda fase.

SESIÓN 6

CO69 (86). TÉCNICAS DE LOCALIZACIÓN Y TRATAMIENTO DE LOS CUERPOS EXTRAÑOS METÁLICOS EN EL TERRITORIO MAXILOFACIAL. PRESENTACIÓN DE 4 CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Masià Gridilla J.; Munill Ferrer M.; Hueto Madrid J.A.; Gutiérrez Santamaría J.; Bordonaba Leiva S.; Bescós Atin C.

Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona

INTRODUCCIÓN:

La consulta por la presencia de cuerpos extraños metálicos en espacios profundos de la cabeza y el cuello se presenta con una frecuencia no despreciable en la práctica clínica habitual del cirujano maxilofacial.

El tratamiento más adecuado de dichos cuerpos extraños es controvertido.

La extracción del cuerpo extraño de espacios cervico-faciales profundos se plantea como un desafío quirúrgico debido a una combinación de difícil acceso, la estrecha relación anatómica a estructuras vitales y el tamaño de dicho objeto.

Se han descrito múltiples técnicas para diagnosticar y localizar estos cuerpos extraños como la utilización de rayos X multi-plano, la fluoroscopia o más recientemente la navegación intraoperatoria.

OBJETIVOS:

Presentar 4 casos clínicos de extracción de cuerpos extraños alojados en espacios profundos del territorio maxilofacial mediante diferentes técnicas de localización y revisión de la bibliografía actual sobre el tema.

MATERIAL Y MÉTODOS:

La búsqueda bibliográfica se ha realizado en las siguientes bases de datos: PubMed, ScienceDirect. Las palabras clave utilizadas han sido: 'aguja dental rota', 'cuerpo extraño metálico', 'instrumento roto', 'fluoroscopia', 'navegación intraoperatoria', 'cabeza y cuello', 'técnicas de imagen'. Los casos presentados ha sido tratados por el servicio de cirugía maxilofacial del H. Vall d'Hebron, Barcelona.

RESULTADOS:

En todos los casos presentados el cuerpo extraño fue extraído quirúrgicamente debido a la presencia de sintomatología o riesgo de infección local. En los 4 casos ha sido necesario localizar el cuerpo extraño mediante técnicas de imagen. En primero de ellos únicamente se requirió la realización de una tomografía computarizada(Tc) con reconstrucciones tridimensionales. En el segundo caso se requirió la utilización de la videofluoroscopia intraoperatoria. En los dos últimos casos se utilizó la planificación virtual y la navegación intraoperatoria para su extracción.

CONCLUSIÓN:

El tratamiento de cuerpos extraños en el territorio maxilofacial es controvertido. La extracción del cuerpo extraño debe decidirse en caso de presencia de síntomas, riesgo o presencia de infección, lesión de estructuras vecinas o migración del mismo. El diagnóstico y su localización precisa es crucial. Las técnicas de imagen preoperatorias así como la navegación intraoperatorias son de gran utilidad en los casos de tratamiento quirúrgico.

SESIÓN 6

CO70 (104). TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE FRACTURAS DE CÓNDILO MANDIBULAR

Saez, M.; Sierra, N.E.; Darder, L.; Arecchi, A.; Pamias, J.; Bescós, C.

Hospital Universitario Valle de Hebrón. Barcelona

INTRODUCCIÓN:

El enfoque terapéutico de las fracturas del cóndilo mandibular es motivo de controversia. Abstención terapéutica, bloqueo intermaxilar o reducción abierta con osteosíntesis interna, son las alternativas disponibles. Atendiendo a las características del paciente, la presencia de maloclusión, asimetría facial, grado de desplazamiento y de la asociación con otras fracturas; se indica la estrategia terapéutica apropiada. Presentamos nuestra experiencia en el tratamiento quirúrgico de las fracturas de cóndilo mandibular. Tras una serie de pacientes operados mediante abordaje endoscópico en la que nos enfrentamos a importantes dificultades para la reducción del foco y la osteosíntesis; incorporamos el abordaje transparotídeo (ATP). Actualmente el ATP es nuestra técnica y abordaje quirúrgico de elección para la reducción abierta y osteosíntesis interna de las fracturas de cóndilo mandibular. Este abordaje, asistido por neuromonitorización del nervio facial, ofrece resultados óptimos desde el punto de vista estético y funcional con mínima morbilidad asociada.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Descripción de serie retrospectiva (datos en recogida). Se incluyen pacientes operados de fracturas de cóndilo mandibular durante el periodo 2009-2014, por el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario Vall d'Hebrón de Barcelona.

Se evalúan los siguientes parámetros; sexo, edad, mecanismo de fractura, grado de desplazamiento, fracturas mandibulares asociadas, fracturas maxilares asociadas, grado de edentulismo, maloclusión premórbida, tipo de abordaje quirúrgico, incidencias intraoperatorias, complicaciones postoperatorias, grado de satisfacción estética, oclusión postoperatoria subjetiva y objetiva, apertura oral (distancia interincisal), dolor ATM en reposo, dolor ATM en dinámica, dolor muscular en reposo y dolor muscular en dinámica. Se analizarán las diferencias de resultados clínicos entre las técnicas endoscópica y transparotídea.

CONCLUSIONES (HIPÓTESIS):

Los pacientes dentados con fracturas del cuello del cóndilo mandibular con importante desplazamiento se benefician del tratamiento quirúrgico mediante reducción abierta y osteosíntesis interna. El reestablecimiento de la simetría mandibular y la oclusión es fundamental para una adecuada función maxilomandibular.

El abordaje transparotídeo con monitorización del nervio facial ofrece excelentes resultados funcionales y estéticos con mínima morbilidad. Todas las intervenciones fueron finalizadas con adecuada reducción y osteosíntesis. Ningún paciente de nuestra serie ha presentado paresia facial, sialocele o cicatrización patológica del abordaje. En nuestra experiencia el abordaje transparotídeo es una alternativa óptima para el tratamiento de casos seleccionados de fracturas de cóndilo mandibular, que evita las dificultades técnicas derivadas del abordaje endoscópico sin incrementar la morbilidad asociada.

SESIÓN 6

CO71 (99). ABORDAJE TRANSCONJUNTIVAL PARA EL TRATAMIENTO DE FRACTURAS DE SUELO DE ÓRBITA: NOTAS TÉCNICAS BASADAS EN NUESTRA EXPERIENCIA

De Pablo, A.; Sierra, N.E.; Arecchi, A-; Saez, M.; Pamias, J.; Bescós, C.
Hospital Universitario Valle de Hebrón. Barcelona

INTRODUCCIÓN:

Los abordajes quirúrgicos disponibles para el tratamiento de las fracturas de suelo de órbita y reborde orbitario inferior pueden agruparse en trascutáneos y transconjuntivales. Los abordajes trascutáneos incluyen el subciliar, subtarsal y de reborde infraorbitario. Por otra parte, los abordajes transconjuntivales incluyen el preseptal y el retroseptal. Actualmente se prefieren los abordajes transconjuntivales puesto que ofrecen un acceso adecuado, ocultando las cicatrices y disminuyendo el riesgo de generar retracciones parpebrales y ectropion. Existe abundante literatura referente a los beneficios del abordaje transconjuntival preseptal (ATCPreS) para el tratamiento de las fracturas del suelo de órbita, sin embargo, las descripciones quirúrgicas son escasas en cuanto a los detalles técnicos que permiten una disección roma del plano, evitando lesiones al septo orbitario y así la protrusión de la grasa orbitaria dentro de un campo quirúrgico limitado.

El objetivo de nuestra presentación es ofrecer una descripción detallada de la técnica quirúrgica que permite un tratamiento adecuado de las fracturas de suelo de órbita a través de un ATCpreS. Basados en nuestra experiencia y la literatura, se discuten los errores más comunes, con el fin de optimizar los resultados y disminuir los riesgos de complicaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Nota técnica: descripción de técnica quirúrgica y resultados quirúrgicos de serie de pacientes, con fracturas de suelo de órbita, operados mediante ATCPreS.

Técnica quirúrgica: El paciente es colocado en posición Trendelenburg reversa con leve inclinación y con hiperextensión cervical con el fin de minimizar el sangrado sin sacrificar la visibilidad. El cirujano opera desde el cabezal de la mesa quirúrgica utilizando luz frontal para optimizar la visibilidad en una intervención con acceso y campos quirúrgico limitados. La aplicación de anestésico local con adrenalina se realiza, previo a la asepsia y entallado del paciente, con jeringa y aguja dentales a través de la mucosa conjuntival con la aguja en dirección opuesta al globo ocular. La infiltración se realiza a nivel del reborde infraorbitario, en los planos submucoso y subperióstico. La primera maniobra consiste en evertir el párpado inferior con el uso de 3 suturas de tracción ancladas al tarso. Deben ser aplicadas a nivel de la línea gris y en dirección a la piel para evitar lesiones accidentales de la córnea. El punto de entrada de la sutura se mantiene fuera de contacto con la córnea, evitando el contacto directo de la sutura durante el procedimiento.

Se procede a incidir superficialmente la mucosa conjuntival en su porción más lateral a 2-3 mm por debajo del tarso mediante bisturí monopolar puntiforme. Con el uso de tijeras para blefaroplastia se extiende la incisión de la mucosa en sentido medial. Se realiza mediante disección roma, en un plano submucoso, seguida por corte, manteniendo la distancia de 2-3mm al borde inferior del tarso. Al aproximarse al extremo medial de la conjuntiva debe tenerse en cuenta el sistema lacrimal para evitar lesiones yatrogénicas del mismo.

Se procede a la disección roma del plano preseptal que se establece al separar progresivamente el septo orbitario del músculo orbicular. Para comenzar, el aspecto posterior de la córnea es traccionado delicadamente hacia superior con el uso de pinzas a la vez que el párpado es traccionado en sentido antero-caudal mediante el uso de una pequeña torunda de gasa o bastoncillo de algodón y progresivamente se desarrolla el plano preseptal en profundidad y lateralmente. Una vez se profundiza en el plano, el reborde parpebral es traccionado mediante el retractor de "Desmarres".

Con el fin de proteger la córnea, el aspecto posterior de la conjuntiva se posiciona por encima de ésta. El colgajo se estabiliza mediante una sutura de tracción. La espátula maleable es útil para sostener el

contenido orbitario durante todo el procedimiento. La espátula sera reposicionada conforme se avanza en el plano preseptal en dirección al reborde infraorbitario. La separación del septo orbitario y el musculo orbicular se completa cuando el periostio del reborde orbitario es visible y palpable en toda su extensión.

Se procede a la elevación subperióstica del suelo de la órbita. Es importante asegurar la incisión del periostio en una posición anterior a la inserción del septo orbitario. Incidir el periostio afectando el septo orbitario supone la herniación de la grasa dentro del campo quirúrgico dificultando la visibilidad durante el resto del procedimiento. Para evitarlo, debe exponerse el reborde infraorbitario en su porción anterior y con el bisturí eléctrico puntiforme, se incide el aspecto atero-superior del reborde infraorbitario en toda su extensión. No es recomendable iniciar la elevación del perióstio en la zona de fractura puesto que dificulta el desarrollo de un plano subperióstico adecuado. La elevación del periostio se inicia en las áreas del suelo orbitario no fracturadas y se extiende lateral y medialmente exponiendo las porciones caudales de las paredes medial y lateral de la órbita. La planificación quirúrgica mediante análisis exhaustivo del TC en los tres planos permite elevar el contenido orbitario, en un plano subperióstico, sin riesgo de lesionar estructuras, en especial al aproximarse al apex orbitario. La elevación del periostio finaliza con la exposición de los bordes de fractura. Los fragmentos de hueso desvitalizados deberán ser resecados y el seno maxilar aclarado de hematomas mediante lavado y aspiración con suero fisiológico.

Las adherencias son habituales en casos de reconstrucción diferida. Es recomendable separar los tejidos mediante disección roma con periostotomo para evitar lesiones accidentales del nervio infraorbitario y del contenido orbitario. Se procede a aplicar la placa de reconstrucción. Las placas orbitarias preformadas Synthes MatrixMIDFACE reproducen adecuadamente la anatomía del suelo orbitario y permiten reconstruir el suelo y pared medial orbitarias simultáneamente. Se selecciona una placa de tamaño apropiado según el análisis preoperatorio del TC en los tres planos. Las pestañas mediales y posteriores de la placa pueden ser removidas en caso de fracturas asiladas del suelo y/o localizadas anteriormente, facilitando la inserción de la placa a través del abordaje quirúrgico. Finalmente se procede a la fijación de la placa mediante un tornillo autoenroscante único aplicado en la porción posterosuperior del reborde orbitario inferior.

Los sistemas de navegación intraoperatorios son especialmente útiles en casos de fracturas complejas que alteran el suelo y pared medial extensamente, eliminando las referencias anatómicas mínimas para un adecuado posicionamiento de la placa de reconstrucción. Para finalizar se realiza un lavado de la zona quirúrgica con abundante suero, seguido de maniobra de Valsalva para comprobar la hemostasia y test de ducción forzada para descartar atrapamiento de la musculatura extraocular. Se reposicionan los tejidos sin sutura.

Manejo postoperatorio: Los pacientes son dados de alta en las primeras 24 horas tras la realización de un TC de control. Los cuidados postoperatorios incluyen; cobertura antibiótica por una semana, ejercicios de movilidad ocular e irrigaciones con suero fisiológico frío. Se indican masajes del párpado inferior a partir de la segunda semana de postoperatorio con el fin de evitar adhesiones anormales y retracción parpebral.

RESULTADOS:

Durante el periodo 2010-2014 fueron operados 18 pacientes (16 hombres / 2 mujeres) con fracturas de suelo de órbita mediante ATCpreS, con edades comprendidas entre 24 y 67 años. Los mecanismos de traumatismo incluyeron; 12 agresiones, 4 accidentes deportivos y 2 caídas accidentales. La reconstrucción fue inmediata en 17 casos y diferida en el restante. Un paciente presentó complicaciones intraoperatorias con desgarró del borde libre del párpado inferior en su porción medial. El desgarró, de 4mm, discurrió lateral al punctum, sin afectar el sistema lacrimal. Se realizó sutura del defecto con nylon 6/0. El paciente se recuperó adecuadamente sin evidencia de epífora o retracción parpebral anormal. El empeoramiento de la diplopia en el postoperatorio precoz es comunmente referido por los pacientes. Se atribuye a la contusión e inflamación tisular propia de la cirugía. La vision binocular se recuperó progresivamente durante las primeras dos semanas de postoperatorio. La diplopia en la infraversión puede prolongarse durante el primer mes postoperatorio pero se resolvió en todos los casos. No hubo complicaciones postoperatorias en ningún paciente. En una paciente fue detectado un hematoma intramuscular en el músculo recto inferior, tras la realización del CT de control postoperatorio. La paciente recibía tratamiento perioperatorio mediante heparinas de bajo peso molecular debido a patología cardiaca. La paciente se recuperó adecuadamente sin evidencia de restricción motora ocular. Los resultados estéticos fueron satisfactorios en todos los casos tanto para los pacientes y sus familias, como para el equipo quirúrgico.

CONCLUSIONES:

El ATCpreS permite un acceso quirúrgico adecuado para el tratamiento efectivo de fracturas de suelo de órbita asiladas o en asociación con fracturas de pared medial, con resultados estéticos excelentes.

SESIÓN 6

CO72 (65). OSTEONECROSIS MANDIBULAR INDUCIDA POR LOS NUEVOS INMUNOMODULADORES EN PACIENTES ONCOLÓGICOS Y CON OSTEOPOROSIS

Bermejo Abascal L.; López Gordillo D.P.; Rehberger Bescos F.; Lazuén Fernández S.; García Montesinos B.; Saiz Bustillo R.C.

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

La Osteonecrosis Mandibular (ONM) inducida por fármacos antirresortivos, principalmente bisfosfonatos, está ampliamente descrita en la literatura científica. Sin embargo, últimamente se han descrito también algunos casos de ONM inducido por algunos inmunomoduladores, utilizados principalmente en pacientes con procesos oncológicos y en pacientes con osteoporosis, como el denosumab. Dado el incremento en la prescripción de los mismos, es conveniente conocer los factores de riesgo que favorecen el desarrollo de ONM, siendo la higiene dental inadecuada uno de los más importantes. Los procesos dentales invasivos también están identificados como un factor de riesgo. Antes de comenzar el tratamiento con estos fármacos, se debe llevar a cabo un examen dental y una apropiada odontología preventiva.

Considerando el efecto antirresortivo más potente del denosumab comparado con bisfosfonatos orales e intravenosos, la tasa de incidencia de osteonecrosis de la mandíbula podría ser más alta con denosumab. Sin embargo, dichos resultados están limitados por su novedad terapéutica y el corto período de exposición clínica; basándonos en un bajo número de casos registrados aún en la literatura.

En ningún caso existe una prueba concluyente de una relación causal entre el tratamiento con denosumab y ONM, por lo que se requieren nuevos estudios en cuanto a la seguridad a largo plazo de este inhibidor potente de resorción ósea.

SESIÓN 6

CO73 (79). MANEJO TERAPÉUTICO DEL CARCINOMA DE CÉLULAS DE MERKEL A PROPÓSITO DE DOS CASOS CLÍNICOS

Rehberger Bescós F; López Gordillo D; Bermejo Abascal L; Sánchez Santolino S; Lazuén Fernández S; Saiz Bustillo R.

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

INTRODUCCIÓN:

El carcinoma neuroendocrino de células de Merkel (CCM) es un tumor cutáneo de baja incidencia y elevada agresividad. Se origina en las células de Merkel, localizadas en la capa basal de la epidermis y los folículos pilosos.

Su incidencia es de 0,12 pacientes de cada 100000 habitantes. No presenta predilección en cuanto al sexo. El 78% de los pacientes son mayores de 59 años. Su etiología no está del todo clara aunque factores como la exposición solar, la inmunosupresión ó el papiloma virus puedan estar involucrados.

La localización más frecuente es en cabeza y el cuello seguida de las extremidades.

Se presenta como una masa indolora de crecimiento rápido que en ocasiones puede asemejarse a lesiones benignas y por lo tanto es muy importante realizar un correcto diagnóstico diferencial.

El tratamiento de elección es el quirúrgico mediante una biopsia excisional con márgenes amplios. Existe una gran controversia en la literatura en cuanto al tratamiento adyuvante con radioterapia y/o quimioterapia. Tampoco existe un consenso en cuanto al manejo terapéutico en los casos de recidiva ó metástasis.

MATERIAL Y MÉTODOS:

No existe controversia en la literatura en cuanto al manejo quirúrgico como pilar básico para el tratamiento de los pacientes afectados por CCM, ya que la radioterapia es una opción con resultados inferiores, dado que sólo ha mostrado respuesta completa en el 75% de los casos. En cuanto al manejo locorregional de la enfermedad, la realización de una biopsia del ganglio centinela nos aporta información sobre la necesidad de realizar linfadenectomía. Sin embargo en los tumores localizados en la cabeza y el cuello, el porcentaje de falsos negativos es alto, y por lo tanto la realización de la biopsia del ganglio centinela es discutible. En cuanto a la resección tumoral se recomienda unos márgenes de entre 1-2 cm y la utilización de procedimientos como la técnica de Mosh puede ser considerada.

En cuanto al tratamiento adyuvante con radioterapia, no está clara su utilización según las publicaciones. Sin embargo, la tendencia actual es indicarla cuando el tumor es mayor de 2 cm, los márgenes quirúrgicos están afectados, existe invasión linfovascular del tumor primario o extensión extracapsular ganglionar y para el tratamiento locorregional cuando hay evidencia de afectación ganglionar ó cuando éstos no estén estadiados.

La quimioterapia está indicada en aquellos pacientes que necesiten reducción del tamaño tumoral como tratamiento neoadyuvante. También se utiliza en esta patología con las mismas indicaciones que en el tratamiento del carcinoma microcítico de pulmón o como tratamiento paliativo en pacientes con enfermedad localmente avanzada o enfermedad metastásica.

Se presentan dos casos clínicos tratados en nuestro servicio:

- Varón de 88 años que acude a consulta por presentar tumoración en la mejilla izquierda de 30 días de evolución y crecimiento rápido, 4 cm de diámetro mayor, infiltración y ulceración cutánea y coloración violácea. Tras establecerse el diagnóstico de CCM se realiza tratamiento con cirugía: Amplia resección y reconstrucción con colgajo cervico-facial y tratamiento adyuvante con radioterapia. Falleció a los 11 meses del inicio del tratamiento.
- Mujer de 59 años que presenta un bultoma submental por lo que acude a nuestro servicio. La masa presenta un crecimiento rápido, en apenas dos meses tiene un diámetro de 4 cm y aparentemente no infiltra piel.

De la misma manera realizamos una confirmación histológica del diagnóstico de CCM y se procede al tratamiento: Amplia resección, linfadenectomía cervical funcional bilateral y tratamiento complementario con radioterapia. La paciente permanece asintomática y sin signos físicos ni radiológicos de recidiva 4 meses después de tratamiento quirúrgico.

CONCLUSIONES:

El CCM es un tumor infrecuente y de comportamiento agresivo. La resección quirúrgica con amplios márgenes de seguridad es la principal actitud terapéutica asociada a tratamientos complementarios como la radioterapia y/o la quimioterapia aunque existen controversias en cuanto a sus indicaciones en esta entidad tumoral.

SESIÓN 6

CO74 (180). TÉCNICAS COMBINADAS EN LA MICROSOMIA HEMIFACIAL

Sanz D.; do Vale F.; Cavaleiro J.; Marcelino J.P.

Serviço Cirurgia Maxilo-Facial (Hospital Universitario de Coimbra) e Departamento de Ortodoncia da Faculdade Medicina Dentaria (Coimbra)

INTRODUCCIÓN:

La microsomnia hemifacial representa una patología con graves repercusiones funcionales y psicológicas, esta es producida por el rechazo social que estos pacientes padecen por la deformidad estética que tienen.

CASO CLÍNICO:

Los autores describen un caso de un paciente sexo femenino de 18 años, con microsomnia hemifacial Pruzansky IIA. Fue realizado cirugía ortognática bimaxilar con ferulas realizadas CAD-CAM y en un segundo tiempo fue realizada comisuroplastia y lipofilling.

RESULTADO:

El resultado estético y funcional muy bueno consiguiendo un gran aumento de la autoestima de la paciente .

CONCLUSIÓN:

Los casos de microsomnia son complejos y necesitan de tratamientos multidisciplinarios y técnicas muy variadas

SESIÓN 6

CO75 (49). PRECISIÓN EN RECONSTRUCCIÓN DE SUELO ORBITARIO CON MALLAS DE TITANIO PREFORMADAS

Herederero S, San Juan A, Alamillos F, Dean A
Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

INTRODUCCIÓN:

Las mallas de titanio preformadas industrialmente (Synthes), resultado del análisis de más de 300 tomografías computerizadas (TC) de pacientes europeos, proporcionan un contorno tridimensional “ideal” y se han demostrado útiles en la reconstrucción de suelo y pared medial orbitarias. El objetivo de este trabajo es evaluar la adaptación de estas mallas en nuestro entorno.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Este trabajo es un estudio de los pacientes con fracturas de suelo orbitario, con o sin pared medial, operados entre enero de 2009 y diciembre de 2014 en el Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. Se excluyeron los pacientes con fracturas bilaterales, los reconstruidos con materiales distintos a las mallas de titanio preformadas y los que carecían de TC de control postoperatorio. Los TC pre y postoperatorios se analizaron con iPlan 3.0 (BrainLab). La adecuación de la malla a cada órbita se midió importando en formato Standard Tessellation Language (STL) al TC preoperatorio la malla preformada que mejor se ajustaba (grande derecha, grande izquierda, pequeña derecha, pequeña izquierda), y posicionándola en la órbita sana reflejada en espejo sobre la fracturada. Las variables registradas para medir la adaptación de las mallas orbitarias fueron: altura de la malla bajo el reborde infraorbitario, distancia máxima y ángulo entre componente medial de la malla y pared medial. En el TC postoperatorio se evaluaron: diferencia de volumen entre órbita reconstruida y órbita sana (DV), altura del borde posterior de la malla respecto al suelo orbitario, y distancia máxima y ángulo entre componente medial de la malla y pared medial. La navegación intraoperatoria se hizo con el sistema óptico de navegación Kolibrí (BrainLab). El análisis estadístico se realizó con SPSS v.19.

RESULTADOS:

Se incluyeron en el estudio 17 pacientes, de los que 10 reconstrucciones fueron realizadas previa planificación con iPlan y con navegación intraoperatoria. Se hallaron diferencias estadísticamente significativas en DV entre el grupo reconstruido con navegación ($0.24 \pm 0.13\text{cc}$) y el reconstruido sin navegación ($0.67 \pm 0.2\text{cc}$), $p < 0.05$).

CONCLUSIONES:

Las mallas orbitarias preformadas industrialmente no se adaptan perfectamente en un 50% de los pacientes en nuestro entorno. En estos pacientes es preciso modificarlas para evitar que su componente medial se introduzca en la fosa nasal y que, al no adaptarse su contorno al reborde infraorbitario, se levante la parte posterior de la misma. La planificación con iPlan y la navegación intraoperatoria permiten identificar las órbitas en las que la adaptación no es buena y corregir la forma de la malla, mejorando la precisión de la reconstrucción.

SESIÓN 6

CO76 (67). ESTUDIO DE LA RESPUESTA BIOLÓGICA ÓSEA TRAS LA ADMINISTRACIÓN DE TERIPARATIDA EN PACIENTES CON OSTEOQUIMIONECROSIS DE LOS MAXILARES INDUCIDA POR BIFOSFONATOS

García-García, B.; Martínez-Sahuquilo Márques, A.; Font-Ugalde, P.

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

INTRODUCCIÓN:

La administración intermitente a bajas dosis de teriparatida (hormona paratiroidea humana recombinante 1-34) tiene un efecto anabólico sobre el hueso estimulando el remodelado óseo y ha sido propuesta en el último año para el tratamiento de la osteonecrosis por bifosfonatos (ONB) refractaria al tratamiento convencional.

La finalidad de esta comunicación es presentar los resultados de un estudio cuyos objetivos fueron determinar si la adición de teriparatida (TP) al tratamiento convencional podría proporcionar mejores resultados en el manejo de los casos de ONB respecto a los casos de ONB tratados de forma convencional.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se incluyeron 39 casos de ONB: 27 sujetos fueron asignados al grupo tratado con TP y otros 12 sujetos en los que estaba contraindicada la TP o bien se negaron a su administración, fueron asignados al grupo no-TP. El grupo TP recibió una inyección subcutánea diaria de 20ug de TP durante 6 meses y el grupo no-TP fue tratado según el protocolo de tratamiento "AAOMF" basado en estricto cuidado periodontal y antibioterapia con o sin cirugía. Se determinaron al inicio del tratamiento, a los 3 meses y a los 6 meses los niveles plasmáticos de telopéptido carboxiterminal del colágeno tipo I sérico (ICTP), fosfatasa alcalina (FA), fosfatasa alcalina ósea (FAO) y factor de crecimiento insulínico tipo I (IGF-I) como marcadores indirectos de remodelado óseo. Además se realizó una gammagrafía ósea, ortopantomografía (OPG) y tomografía computarizada (TC) al inicio y al final del tratamiento (6 meses). Se utilizó la clasificación de Lekholm-Zarb de calidad ósea en la TC para valorar el remodelado óseo al inicio y al final del tratamiento en ambos grupos.

En todos los casos se suspendió el tratamiento con bifosfonatos de forma inmediata antes de iniciar cualquier pauta de tratamiento.

RESULTADOS:

Mientras que el 58% del grupo no-TP mostró una mejoría de la ONB tras el tratamiento convencional con solo un 16,7% de curación completa, el 42% del grupo no la tuvo. En el grupo TP, el 85 % de los sujetos mostró una mejoría muy significativa con un 63% de curación completa y el otro 15 % demostró una mejoría marcada. No hubo un solo paciente del grupo TP que no presentase mejoría. La mejoría clínica de la ONB fue mejor en el grupo TP ($p < 0,05$).

CONCLUSIONES:

La TP demostró ser un tratamiento eficaz en el tratamiento de los casos de ONB respecto a la terapia convencional. La terapia con TP incrementa los niveles de ICTP proporcionando mayor seguridad para enfrentarse a un procedimiento quirúrgico en pacientes con ONB. La teriparatida mejora de forma marcada la remodelación ósea de los maxilares al favorecer la reabsorción ósea y el recambio óseo de los maxilares.

SESIÓN 6

CO77 (226). ESTUDIO DE UNA SERIE DE CASOS DE TUMORES PAROTÍDEOS MEDIANTE ANÁLISIS RADIOLÓGICO CON PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN 3D IPLAN. CORRELACIÓN CON LA CLÍNICA Y LA EVOLUCIÓN POSTOPERATORIA

Sanjuan Sanjuan,A; García García, B; Dean Ferrer, A; Heredero Jung, S; Alamillos FJ; Ruiz Masera JJ.
Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

INTRODUCCIÓN:

Los nuevos sistemas de planificación mediante ordenador, cirugía virtual y navegación están cambiando el manejo actual de los pacientes con patología maxilofacial. En patología tumoral de glándulas salivales hay muy poco publicado hasta ahora y no ha sido valorado el papel que pueda tener en el manejo de esta patología.

OBJETIVO:

Realizar un estudio retrospectivo de tumores parotídeos intervenidos en nuestro servicio, para describir las características morfológicas 3D y valorar la posible correlación con distintas variables clínicas y de evolución postoperatoria utilizando el programa de planificación 3D iPlan sobre las imágenes radiológicas preoperatorias.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se ha realizado el estudio en una muestra de 64 pacientes intervenidos de tumoraciones parotídeas benignas en nuestro servicio durante los años 2013 y 2014.

El estudio morfológico 3D se realizó con el programa de planificación iPlan de BrainLab, que es el programa de planificación del navegador que disponemos en nuestro servicio que es el Vector Vision de BrainLab. El procedimiento utilizado es el siguiente: se importan las imágenes radiológicas (TC o RMN) en formato DICOM. El objeto "tumor" se dibuja utilizando distintas herramientas "pincel" e "isodensidad" según las características radiológicas de cada tumor. Sobre el objeto "tumor" se calcularon las medidas, la forma, el volumen, la localización dentro de la parótida, la distancia a la piel y CAE.

Las variables clínicas analizadas han sido: sexo y edad del paciente, la localización tumoral, histopatología, bilateralidad o unilateralidad, tiempo desde aparición de síntomas hasta consulta, aparición de complicaciones postoperatorias. El análisis estadístico se realizó mediante SPSS vs 19.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

De los 64 pacientes el 62,1% eran hombres y el 37,9% mujeres con una edad media de $53'3 \pm 16$ años. El 50% son adenomas pleomorfos, un 36'1% tumores de Whartin, 4'1% lipomas; y, el resto, adenoma de células basales, oncocitoma, mioepitelioma y hemangioma cavernoso.

Se realizó análisis mediante iPlan (BrainLab) de imágenes radiológicas de 64 tumores. La tumoración estaba localizada en el 73,8% en el lóbulo superficial y el 23% en lóbulo profundo. 9 pacientes presentaban bilateralidad de los que el 88'8% fueron diagnosticados como tumor de Whartin y uno como adenoma pleomorfo. La forma tumoral no presenta ninguna tendencia siendo una distribución homogénea entre lesiones polilobuladas (42%), ovaladas (44%) o redondeadas (14%). La cirugía más habitual la parotidectomía suprafacial conservadora del facial. 4 casos presentaban Síndrome de Frey tras la cirugía, siendo 3 de ellos intervenidos con parotidectomía suprafacial y uno con total conservadora. La distancia previa a la cirugía de estos tumores a la piel fue de 4'4mm, 3'5mm, 5'6mm y 9 mm, siendo la distancia media a piel de $4'54 \pm 2'41$ mm con mínimo de 1 mm y máximo de 13 mm.

Previo a la cirugía ningún caso presentaba paresia o parálisis facial y la distancia media al CAE era de $22'3 \pm 10'8$ mm con mínimo de 3,3 mm y máximo de 61 mm.

El volumen medio analizado fue de $8,2 \text{ cm}^3$ con un mínimo de $0,07$ y un máximo de $78,8 \text{ cm}^3$. El 50% consultaron con un tamaño hasta $4,9 \text{ cm}^3$, seguido por un 30% entre 5 y $9,9 \text{ cm}^3$.

El volumen medio de los Adenomas pleomorfos fue de $6,3 \text{ cm}^3$ (error típico de la media $1,4$) y el de tumores de Whartin de $11,36 \text{ cm}^3$ (error típico de la media $3,2$).

Se estudió la correlación entre el volumen del tumor y la distancia a piel con respecto al tiempo desde que el paciente comienza con los síntomas, hasta que consulta en nuestro servicio. Se observó una distribución homogénea en todos los grupos con medias similares. Por tanto, no podemos establecer una relación entre el tiempo de evolución y el volumen del tumor o la distancia a la piel.

Estudiamos la proporción de pacientes con necrosis en las imágenes del TC preoperatorio mediante prueba Chi Cuadrado, y observamos que un 36,4% correspondía a adenomas pleomorfos y un 63,6% a tumores de Whartin. Sin embargo, el coeficiente de Fisher fue $>0,05$ por lo que no podemos establecer significancia estadística.

Si comparamos el género con respecto al resultado histopatológico mediante un análisis Chi Cuadrado, obtenemos una $p 0,025$; por lo que podemos afirmar que existen diferencias significativas con más proporción de adenomas pleomorfos en género femenino (75%) y tumor de Whartin en género masculino (54,3%).

La visión 3D de los tumores de parótida ayuda a la planificación de la cirugía y la anticipación a los posibles problemas durante la cirugía aunque no hay, en nuestra muestra, correlación estadística con el tiempo de evolución y el tamaño tumoral, la aparición de Síndrome de Frey con proximidad a la piel, la forma tumoral o la necrosis respecto a la anatomía patológica.

Según la revisión de la literatura no existe ningún trabajo hasta ahora que valore el papel que pueda tener la planificación virtual y 3D en el tratamiento de los tumores de parótida.

La planificación 3D de los tumores de parótida podría ayudar al momento de la cirugía aportando datos visuales en 3D sobre las características del tumor y proximidad a ciertas estructuras anatómicas a tener en consideración durante la cirugía parotídea actuando como "mapas" quirúrgicos de planificación preoperatoria.

SESIÓN 6

CO78 (45). EVALUACIÓN CLÍNICO-RADIOLÓGICA DE 151 PACIENTES CON DISFUNCIÓN DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR

Zylberberg I; Muñoz Guerra M; Stavaru Marinescu B; Belloti Musttecic M; Díaz Reverand S; Gil-Díez Uandizaga JL.

Hospital Universitario de La Princesa. Madrid

INTRODUCCIÓN:

La disfunción de la articulación temporomandibular supone frecuentemente un reto diagnóstico dada la variedad de entidades nosológicas que afectan a dicha región. La exploración física junto con las pruebas de imagen son de capital importancia para el correcto diagnóstico de estos pacientes. En este trabajo se pretende estudiar la correlación entre las alteraciones articulares y meniscales objetivadas mediante resonancia magnética la sintomatología dolorosa y de bloqueo de pacientes con diagnóstico de disfunción de ATM, así como realizar un análisis descriptivo de la experiencia en nuestro centro en 151 pacientes.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se seleccionaron 151 pacientes con disfunción de ATM constatada clínicamente y mediante RMN que requirieron al menos una artroscopia de ATM por dicha disfunción. Se documentaron los síntomas dolor medido según la escala analógica visual y apertura máxima medida en milímetros así como las alteraciones radiológicas meniscales y óseas objetivadas mediante RMN. Se subdividieron los pacientes según las características del disco articular de ambas ATMs en 6 grupos según su normalidad (N), Desplazamiento discal sin reducción (DDSR) y Desplazamiento discal con reducción (DDCR) y las combinaciones de estas posibles. A su vez se documentaron las siguientes alteraciones articulares: presencia de osteofitos, erosiones, quistes subcondrales, aplanamiento condilar, necrosis avascular, derrame y cuerpos libres intraarticulares. Posteriormente se procedió al análisis estadístico correspondiente.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

Los resultados obtenidos se encuentran en consonancia con los datos arrojados por la literatura existente hasta la fecha demostrando una estrecha relación entre las alteraciones óseas y meniscales objetivadas mediante RMN y la progresión de la enfermedad. Las alteraciones óseas más avanzadas como la necrosis avascular y los quistes subcondrales se objetivaron únicamente en aquellos pacientes con al menos una articulación con desplazamiento no reducible del disco.

SESIÓN 7

CO80 (130). IBERIC GRAFT PARA RECONSTRUCCIÓN DE ZONA DONANTE DE COLGAJO LIBRE MICROVASCULARIZADO RADIAL ANTEBRAQUIAL: ANÁLISIS DE 97 CASOS

Moreno Sánchez M; González García R; Ruiz Laza L; Manzano Solo de Zaldívar D, Moreno García C, Monje Gil F.

Hospital Universitario Infanta Cristina. Badajoz

INTRODUCCIÓN:

El colgajo libre microvascularizado radial antebraquial (CMRA) desempeña un papel fundamental en la cirugía reconstructiva de cabeza y cuello gracias a su flexibilidad, delgadez y a que posee un pedículo largo. Tradicionalmente, el cierre de zona donante conlleva una importante morbilidad y limitaciones estéticas. Nosotros aportamos nuestra experiencia utilizando "iberic graft" para cierre primario de zona donante radial antebraquial.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Desde julio de 2008 hasta diciembre de 2014, un total de 97 pacientes con defectos oncológicos en cabeza y cuello fueron reconstruidos con colgajo libre microvascularizado radial antebraquial (CMRA). El cierre de zona donante se realizó con injertos de piel libre empleando la técnica de "Iberic Graft" previamente descrita por nuestro grupo.

RESULTADOS:

De los 97 pacientes, un 70% fueron hombres y un 30% mujeres. El CMRA fue utilizado para reconstrucción de defectos oncológicos de lengua (27), suelo de boca (22), orofaringe (17), triángulo retromolar (5), encía mandibular y maxilar (8), piel facial (5), mucosa yugal (4), paladar (3), labio inferior (3), defectos craneofaciales (2) y pérdida de paleta cutánea (1). Se empleó la técnica de "Iberic Graft" para cierre de zona donante. No se observaron necrosis totales en ninguno de los 97 pacientes. En 11(11,7%) pacientes se produjeron necrosis parciales. Nueve (9,28%) pacientes mostraron dehiscencias que fueron tratadas de forma conservadora. Tan solo se produjeron 2 (2,1%) casos de exposición tendinosa. Problemas de sensibilidad o debilidad se hallaron en un 2,1% de los pacientes.

CONCLUSIONES:

El empleo de la técnica de "Iberic Graft" con injertos de piel libre permite realizar un cierre sencillo de zona donante, evitando la necesidad de un segundo campo quirúrgico y las consecuentes posibles complicaciones. Además, permite obtener óptimos resultados estéticos en cuanto a similitud de color y adaptabilidad.

SESIÓN 7

CO81 (275). APLICACIONES DE LA ECOGRAFÍA DOPPLER EN MICROCIROLOGÍA RECONSTRUCTIVA

Molina Barraguer I., Lasa Menéndez V., Pastor Fortea M.J., Espinosa Calleja P., Salcedo Gil C., Iriarte Ortabe J.I.
Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca

INTRODUCCIÓN:

La Ecografía Doppler es una variedad de la ecografía tradicional que aprovecha el efecto Doppler para poder percibir las ondas de velocidad de flujos que discurren por los vasos sanguíneos, ya sea mediante la emisión de señales acústicas como en el ECO-Doppler portátil, o mediante la visualización en una pantalla como en el ECO-Doppler Color. Con la generalización de los colgajos de perforantes, dicha técnica se ha convertido en un instrumento imprescindible para la planificación de nuestras intervenciones.

MATERIAL/RESULTADOS:

Presentamos las utilidades del ECO-Doppler en todas las fases perioperatorias de la microcirugía reconstructiva mediante la presentación de casos clínicos.

Dentro de la fase preoperatoria la Ecografía Doppler nos permite, en casos de colgajos de perforantes, una localización precisa de la perforante más adecuada para un diseño óptimo de nuestra paleta cutánea. En caso del colgajo de peroné, la exploración con el ECO-Doppler Color, permite discernir si se puede utilizar este sin comprometer la vascularización de la extremidad, obteniendo también información precisa sobre la localización de las perforantes e incluso la longitud del pedículo y estado de los vasos peroneos.

En la fase intraoperatoria y gracias a la utilización del ECO-Doppler portátil junto con una sonda intraoperatoria podemos comprobar de una manera atraumática la permeabilidad de la anastomosis. Estas sondas son reutilizables y esterilizables.

En la fase postoperatoria, y en casos en los que no tengamos un tutor como por ejemplo una paleta cutánea, la ecografía doppler nos permite en ciertos casos monitorizar la viabilidad de la anastomosis.

CONCLUSIONES:

El ECO-Doppler portátil es una excelente herramienta en la reconstrucción microquirúrgica por su facilidad de uso, accesibilidad y utilidad en todas las fases de la cirugía.

El uso de la sonda intraoperatoria presenta ventajas evidentes que pueden contribuir a aumentar la seguridad de las intervenciones

La utilización del ECO-Doppler Color disminuye el coste respecto a otras técnicas como la arteriografía o la angioRM, sin morbilidad y sin disminuir la fiabilidad.

SESIÓN 7

CO82 (197). EVOLUCIÓN DE LA PERFORACIÓN MENISCAL EN LA ARTICUACIÓN TEMPOROMANDIBULAR

Hidalgo-López, V, Morey-Mas, MA; Salcedo-Gil, C; Iriarte Ortabe, JI
Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca

El objetivo es valorar la eficacia del tratamiento artroscópico en la evolución de pacientes donde se apreció una perforación meniscal (PM) en la exploración artroscópica

Realizamos un estudio de seguimiento de todos los pacientes que se ha practicado una artroscopia de ATM entre Enero de 2011 a febrero 2015 y con diagnóstico de PM. En todos los pacientes se realizó lisis, lavado electrocoagulación de bordes de PM, coagulación de ligamento posterior con miotomía y capsulotomía si procedía e infiltración de ácido Hialurónico. El estudio se relacionó con los hallazgos artroscópicos en la Resonancia magnética (RM).

Se realizó el seguimiento de 33 pacientes con diagnóstico de PM de 82 pacientes donde se realizó artroscopia ATM. Se apreció que un 40% de pacientes presentaban PM. 14 (42%) presentaron buena evolución clínica. 5 (15%) mejoría con dolor residual. 5 (15%) siguieron igual preartroscopia. 2 (6%) se realizó discectomía. 2 (6%) Se implantó una prótesis aloplástica y 1 (3%) está en lista de espera para discectomía.

9 (27%) de RM resultaron normales, 12 (36%) RM donde informaban de pérdida de la morfología, 4 (12%) deformado/degenerado y 3 (9%) como roto o degenerado.

La artroscopia articular es una técnica útil y efectiva para el diagnóstico de PM, con mayor sensibilidad que las pruebas de imagen.

SESIÓN 7

CO83 (60). UTILIDAD DE LOS VASOS TEMPORALES EN LA CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DE CABEZA Y CUELLO

Salcedo Gil CA; Lasa Menéndez VA; Pastor Fortea MJ; Espinosa Calleja P; Molina Barraguer MI; Iriarte Ortabe JI.

Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca

INTRODUCCIÓN:

La arteria temporal superficial es una de las dos ramas terminales de la arteria carótida externa. Irriga el musculo temporal y el cuero cabelludo. Los vasos temporales superficiales se usan con frecuencia como receptores para la reconstrucción del cuero cabelludo y la porción del tercio medio facial, aunque muchos cirujanos tienden a evitarlos, sobre todo por la mala calidad de la vena. En nuestra experiencia tanto la arteria como la vena son aceptables para la reconstrucción microquirúrgica de cabeza y cuello siendo no solo una alternativa, sino una primera elección en determinadas localizaciones y circunstancias en las que no hay disponibles vasos cervicales

MATERIAL Y MÉTODO:

Presentamos una serie de 7 pacientes que requirieron reconstrucción microquirúrgica en los cuales se usaron los vasos temporales como receptores.

- Un caso de una reconstrucción secundaria de maxilar superior izquierdo, con colgajo libre microvascularizado de peroné.
- Dos casos de Osteonecrosis mandibular post-radioterapia con cuellos congelados reconstruidos con colgajos microvascularizado de peroné.
- Un caso de Carcinoma basocelular de párpado inferior izquierdo con extensión orbitaria que se reconstruyo con colgajo microvascularizado ALT.
- Un paciente con antecedente de fractura de seno frontal hace más de 23 años, con celulitis orbitarias de repetición que se realiza obliteración del seno frontal con un colgajo microvascularizado de peroné.
- Un caso de obliteración de un defecto de base de carneo con Colgajo microvascularizado radial.
- Rescate de un fallo arterial de una reconstrucción por un carcinoma de mucosa yugal que se reconstruyo con un colgajo microvascularizado radial.

RESULTADOS:

La edad media de los pacientes fue 53,4 años, los tipos de colgajos microvascularizados usados fueron peroné (n = 4), colgajo anterolateral del muslo (ALT) (n = 1), colgajo radial (n = 2).

Todos los colgajos sobrevivieron adecuadamente.

CONCLUSIONES:

Los vasos temporales como único receptor son una buena alternativa en paciente con afectación cervical severa por radioterapia que precisan reconstrucción microvascularizada, ante la ausencia de vasos adecuados a nivel cervical. También en reconstrucciones de tercio superior y medio facial y debe tenerse en cuenta como alternativa en rescates de colgajos de cabeza y cuello, si no hay otros vasos disponibles.

SESIÓN 7

CO84 (142). RECONSTRUCCIÓN MANDIBULAR OVINA MEDIANTE SCAFFOLDS DE ALBÚMINA PLASMÁTICA AUTÓLOGA INJERTADOS DURANTE 12 Y 32 SEMANAS

Megías J (*), Junquera L(**), García-Consuegra L (**), Gallego L (***), Novoa A (**), Pérez M (****)
(* Hospital Clínic i Provincial de Barcelona; (**) Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo; (***) Hospital de Cabueñes. Gijón; (****) Centro comunitario de Sangre y Tejidos de Asturias. Oviedo

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Hoy en día, merced a las técnicas de elevación de colgajos microvascularizados es posible reconstruir defectos mandibulares mayores de 5 cm, con resultados predecibles pero no exentos de morbilidad. Nuestro objetivo es la reconstrucción de defectos segmentarios de 30 mm en mandíbulas de ovejas (superiores en equivalencia a los 5 cm en humanos) utilizando injertos autólogos derivados de la albúmina plasmática obtenida a partir de la sangre del propio animal (scaffolds).

MATERIAL Y MÉTODO:

A través de la tecnología CAD-Cam se diseñaron osteotomías virtuales en un segmento mandibular de tres mandíbulas de oveja de raza Latxa de entre 12-15 meses de vida y un peso medio de 59.2 kg (57.3-64.8 kg). Estas mandíbulas procedían de un matadero. A partir de ellas se elaboró un molde para un scaffold derivado de albúmina plasmática de oveja que recreaba de forma estándar un defecto mandibular de 30 mm de longitud. Simultáneamente se elaboró un soporte para el mismo mediante una lámina de Fullcure® a través de impresión 3D. Para el trabajo experimental se emplearon 5 ovejas de la misma raza y peso que las anteriores, siguiendo los protocolos propuestos por la Unión Europea (86/609/EU) y la legislación de nuestro país (BOE 67/8509-12, 1988). Tras la resección de un segmento mandibular de 30mm se procedió a la aplicación del scaffold autólogo de albúmina soportado por la lámina de Fullcure y fijado mediante placas de reconstrucción con tornillos bicorticales.

Se procedió al sacrificio de dos ovejas a las 12 semanas (T12) y de tres a las 32 (T32) realizando un examen histológico y radiológico de las mandíbulas reconstruidas mediante Tomografía Computarizada (CT) y micro-CT. Para esto último se determinaron dos áreas de interés procedentes del hueso nativo y del hueso neoformado, analizando las siguientes variables: Densidad mineral ósea (BMD), Volumen óseo/Volumen total (BV/TV), Número, grosor y separación trabecular, Grado de anisotropía, e Índice de Modelo Estructural. Se evaluaron las diferencias entre el hueso nativo y el neoformado y las dependientes del tiempo de injerto mediante la prueba t-test.

RESULTADOS:

En el periodo T12 un animal no mostró osificación y otro una osificación parcial en los bordes de las osteotomías. En cambio a las 32 semanas, dos animales evidenciaron la formación de un callo óseo con una consolidación estable. En otro animal se observó una osificación incompleta. En el análisis con micro-CT los valores observados en el hueso neoformado para las variables BMD, BV/TV y TbN fueron significativamente menores ($p=0.01$, 0.02 y 0.001 respectivamente) que los obtenidos en el hueso nativo.

CONCLUSIÓN:

La reconstrucción de defectos segmentarios mandibulares en ovejas mediante scaffolds de albumina plasmática solo muestra capacidad de regeneración ósea cuando el tiempo de injerto supera las 32 semanas.

SESIÓN 7

CO85 (169). LIPOFILLING CON GRASA AUTÓLOGA EN EL TRATAMIENTO DE DEFECTOS FACIALES EN COLAGENOPATÍAS

Ferrer Fuertes A, Sieira Gil R, Martí Pagés C, Cho-Lee G-Y, Megías Barrera J.
Hospital Clínic. Barcelona

INTRODUCCIÓN:

Determinadas enfermedades del tejido conectivo acaban afectando al tejido celular subcutáneo, produciendo una atrofia del mismo y, por lo tanto, asimetrías y distorsiones del aspecto físico de los pacientes que las padecen. Se han utilizado distintos tipos de rellenos, tanto absorbibles como no reabsorbibles. Actualmente la grasa autóloga se considera en muchos casos el material ideal, por su disponibilidad, seguridad, eficacia y buena tolerancia, pese a su tasa de reabsorción. La técnica de lipofilling, descrita por Coleman, permite el uso de grasa autóloga como injerto para tratar diferentes tipos de defectos tridimensionales (cicatriciales, postraumáticos, congénitos, secundarios a VIH...), en una o varias sesiones, hasta lograr un aspecto físico más armonioso.

Esta técnica de relleno se basa en la revascularización de las miniporciones de tejido graso infiltradas, de modo que el organismo las incorpora como tejido propio en el lecho receptor. Por lo tanto, la calidad de los tejidos donde se infiltre la grasa determinará la supervivencia de la misma y su tasa de reabsorción.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo de pacientes con defectos faciales secundarios a colagenopatías, tratados mediante lipofilling de grasa autóloga según técnica de Coleman en el Hospital Clínic de Barcelona desde 2011 hasta 2014.

RESULTADOS:

Se han tratado un total de 3 pacientes afectados de colagenopatías: un paciente con esclerodermia, una paciente con dermatomiositis amiopática, y una paciente con una paniculitis lúpica. Los pacientes se han sometido a 9 sesiones (rango 1-6), con la infiltración media de 18,64cc (rango 7,5-30cc) de grasa abdominal. Los resultados han sido satisfactorios tanto para el paciente como para el equipo médico.

CONCLUSIONES:

El lipofilling con grasa autóloga permite mejorar la función y la estética a nivel facial en pacientes afectados de colagenopatías. Sin embargo, la naturaleza de estas patologías se aprecia la necesidad de un mayor número de sesiones del habitual para lograr resultados satisfactorios y estables. Desde su conocimiento de la técnica, el cirujano maxilofacial tiene un papel en la mejora de la calidad de vida de estos pacientes.

SESIÓN 7

CO86 (270). RECONSTRUCCIÓN Y REHABILITACIÓN ORAL COMPLETA EN CASOS COMPLEJOS

Cuesta F.; Morla A.; Arranz C.; Melero M.; Bohórquez D.; Marí A.

Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona

INTRODUCCIÓN:

Uno de los principales problemas tras una intervención oncológica en la cavidad oral, es la pérdida de piezas dentales y del soporte óseo. Así mismo existen otras etiologías como traumatismos de alta energía o tumores odontogénicos en los que se precisa una resección amplia. En la literatura, se han descrito distintas soluciones reconstructivas de la parte dental y ósea. Actualmente con la planificación virtual 3D, la cirugía guiada y el estudio minucioso mediante pruebas de imagen precisas pre y postoperatorias, se nos abre un amplio abanico de posibilidades para la reconstrucción ósea y rehabilitación dental a valorar según cada caso concreto.

MATERIAL Y MÉTODOS:

En nuestro centro contamos con una dilatada experiencia en la reconstrucción inmediata o diferida, mediante técnicas quirúrgicas complejas: colgajos microrquirúrgicos con componente óseo (sobre todo colgajos de peroné), distracción ósea, injertos óseos, implantes zigomáticos...

En toda la literatura revisada, en aquellos casos en los que se realiza una resección ósea segmentaria y el paciente no presenta contraindicación para la reconstrucción microquirúrgica, se nos plantea como la solución reconstructiva que nos ofrece unos mejores resultados estéticos y funcionales a largo plazo.

Revisamos y presentamos los casos tratados en los dos últimos años en nuestro servicio, en los cuales hemos realizado un tratamiento complejo al punto de vista reconstructivo y de rehabilitación dental.

Recientemente hemos incorporado la colocación de implantes dentales osteointegrados en el mismo acto quirúrgico inicial de resección y de reconstrucción, pudiendo ofrecer una clara mejoría en el tiempo hasta conseguir una rehabilitación oral completa. A día de hoy es una realidad que intentamos realizar siempre que el caso y el tiempo del que se dispone para la planificación / fabricación de componentes preformados nos lo permite. Se pretende con esta comunicación presentar y discutir las diferentes opciones de reconstrucción ósea y rehabilitación dental en casos complejos.

RESULTADOS:

Hasta el momento realizábamos rehabilitación dental diferida con unas tasas de éxito elevadas. La experiencia con la rehabilitación inmediata en nuestro servicio es una solución reciente.

Se pretende con esta comunicación presentar y discutir las diferentes opciones de reconstrucción y rehabilitación dental en casos complejos, compartiendo y comparando nuestra experiencia con el resto de la comunidad científica.

CONCLUSIONES:

Uno de los objetivos actuales en pacientes sometidos a este tipo de procedimientos es la realización de una correcta rehabilitación oral completa, disminuyendo el tiempo hasta conseguir una recuperación de la función y de la estética, limitando así las secuelas y favoreciendo una mayor calidad de vida, así como una correcta y precoz reincorporación a nivel social.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Predictable dental rehabilitation in maxillomandibular reconstruction with free flaps. The role of implant guided surgery. Cebrian-Carretero JL, Guiñales-Díaz de Cevallos J, Sobrino JA, Yu T, Burgueño-García M. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2014 Nov 1;19(6):e605-11.

2. Bone guide for maxillary reconstruction: a case report. de Paula Eduardo D, Zanardi PR, Salmen FS, Vilela de Andrade AL, Meira CE, Laganá DC. *Oral Health Dent Manag.* 2014 Jun;13(2):492-4.
3. Dental implants after reconstruction with free tissue transfer. Holmes JD, Aponte-Wesson R. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 2010 Aug;22(3):407-18
4. Fully 3-dimensional digitally planned reconstruction of a mandible with a free vascularized fibula and immediate placement of an implant-supported prosthetic construction. Schepers RH, Raghoobar GM, Vissink A, Lahoda LU, Van der Meer WJ, Roodenburg JL, Reintsema H, Witjes MJ. *Head Neck.* 2013 Apr;35(4):E109-14.
5. Application of a surgical navigation system in the rehabilitation of maxillary defects using zygoma implants: report of one case. Chen X, Wu Y, Wang C. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2011 Sep-Oct;26(5):e29-34.
6. Dental implant placement after mandibular reconstruction by microvascular free fibula flap: current knowledge and remaining questions. Anne-Gaëlle B, Samuel S, Julie B, Renaud L, Pierre B. *Oral Oncol.* 2011 Dec;47(12):1099-104.
7. Maxillary reconstruction with bone transport distraction and implants after partial maxillectomy. Castro-Núñez J, González MD. *J Oral Maxillofac Surg.* 2013 Feb;71(2):e137-42.

SESIÓN 7

CO87 (217). BIOPSIA DEL GANGLIO CENTINELA EN LOS CARCINOMAS ESCAMOSOS DE CAVIDAD ORAL CON ESTADIAJE T1-T2 N0

A. Mazarro, M. Saez

Hospital Vall d'Hebron. Barcelona

INTRODUCCIÓN:

El uso de la biopsia selectiva del ganglio centinela ha evolucionado significativamente en el tratamiento de los carcinomas escamosos de cabeza y cuello. Durante los últimos años, múltiples equipos la han preconizado e incorporado en los protocolos para el tratamiento de los carcinomas escamosos en estadios iniciales.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se presenta una serie de 70 pacientes consecutivos con carcinomas escamosos de cavidad oral en estadios T1-T2 N0 tratados de forma primaria con cirugía y biopsia selectiva del ganglio centinela en el servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Vall d'Hebrón en los últimos 9 años.

RESULTADOS:

Los niveles ganglionares II y III fueron los afectados con mayor frecuencia (66.7% y 44.4% respectivamente). Ocho pacientes previamente clasificados como cN0 (25.7%) presentaban metástasis ocultas detectadas mediante la técnica del ganglio centinela. El uso de SPECT-TC representó un gran avance en el diagnóstico y la localización intraoperatoria del ganglio centinela respecto a técnicas empleadas anteriormente.

CONCLUSIONES:

La incidencia de metástasis ganglionares ocultas no es menospreciable en los carcinomas escamosos de cavidad oral en estadios iniciales. El uso de la biopsia selectiva del ganglio centinela guiada mediante SPECT-TC permite reducir drásticamente la morbilidad asociada a una linfadenectomía cervical sistemática, a la vez que constituye una herramienta menos invasiva para el diagnóstico precoz de la extensión regional y ofrece información acerca de patrones de drenaje atípicos.

SESIÓN 7

CO88 (24). EL INJERTO DE GRASA COMO UNA TÉCNICA VIABLE PARA EL TRATAMIENTO DE LAS SECUELAS DEL CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO

Martos Fernández M.; Gutiérrez Santamaría J; Masiá Gridilla J; Pamiás Romero J; Bescós Atín C.
Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona

INTRODUCCIÓN:

En los últimos años, el tratamiento del cáncer de cabeza y cuello, ha experimentado un avance significativo en el conocimiento de factores pronósticos, técnicas de diagnóstico, terapias combinadas y técnicas de microcirugía reconstructiva.

Sin embargo, a pesar de estos avances, sigue siendo un desafío, el preservar y/o restaurar la forma y función de los defectos creados o inducidos por el tratamiento, especialmente evidente en las zonas isquémicas secundarias al tratamiento con radioterapia. Estos defectos pueden comprometer gravemente la calidad de vida de los pacientes y son difíciles de reconstruir con técnicas quirúrgicas convencionales que llevarían a plantear la aplicación de nuevos tratamientos innovadores y mínimamente invasivos .

Así planteamos que la inyección de grasa autóloga (IAF) puede ser una alternativa válida a los procedimientos reconstructivos más invasivos, en la región de cabeza y el cuello para tratamiento de las secuelas de cáncer, con el objetivo de obtener mejoras funcionales y estéticas en estos pacientes.

PACIENTES Y MÉTODOS:

8 pacientes (tres mujeres y cinco hombres), en remisión completa después del tratamiento de cáncer de cabeza y cuello, fueron tratados con injerto de grasa autóloga, para corrección de las secuelas derivadas del tratamiento desde enero a septiembre de 2014. El rango de edad fue de 54 a 63 años (media de 61 años) en el momento de la reconstrucción quirúrgica. Todos los pacientes habían recibido tratamiento con cirugía y radioterapia externa a dosis de 50 Gy o más.

La técnica quirúrgica utilizada para el injerto de grasa fue la técnica de Coleman en todos los pacientes.

El estado funcional y estético del paciente fue evaluado pre y postoperatoriamente mediante un sistema de puntuación. El objetivo del estudio fue realizar una evaluación preliminar de los resultados con respecto a: tiempo quirúrgico, técnica anestésica utilizada, días de ingreso hospitalario, complicaciones y resultados funcionales y estéticos obtenidos.

RESULTADOS:

El tiempo medio de seguimiento postoperatorio ha sido de 6 meses. Las principales regiones infiltradas con grasa han sido: cuello, región mentoniana, región perimandibular y cicatriz de traqueotomía.

El volumen inyectado ha sido de 5 a 70 ml (25 ml promedio). El tiempo quirúrgico osciló entre 1,5 a 3 h (2,5h promedio) habiendo sido realizados todos los procedimientos bajo anestesia general en todos los pacientes. No se observaron complicaciones postoperatorias en el sitio donante o receptor y todos los pacientes fueron dados de alta en un periodo inferior a 24 horas.

Clínicamente, los pacientes presentaron una mejora estética en el 75% de los casos y funcional en el 87,5% de los casos. Sólo un paciente no experimentó ninguna mejora.

CONCLUSIÓN:

Los resultados confirman que la terapia de infiltración de grasa autóloga en pacientes con secuelas de cáncer de cabeza y cuello es factible en términos de costes y complicaciones y podría mejorar su calidad de vida de los pacientes tanto funcional como estéticamente. Este se trata de un estudio preliminar, requiriéndose períodos de seguimiento mas largos para evaluar la estabilidad del injerto de grasa y nuevos estudios que permitan determinar el número de inyecciones de grasa necesaria para obtener los resultados deseados.

SESIÓN 8

CO89 (154). SENO FRONTAL DILATADO. NOMENCLATURA, CLASIFICACIÓN, PRESENTACIÓN DE UN CASO DE PNEUMOCELE FRONTAL Y ESTRATEGIA QUIRÚRGICA

Patiño Seijas B; Carral Roura N; Chávez Bonilla V; Collado López J; Luaces Rey R; López-Cedrún Cembranos JL. *Servicio de Cirugía Maxilofacial. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC)*

INTRODUCCIÓN:

Los pneumoceles del seno frontal son condiciones poco frecuentes, caracterizados por una expansión anormal del seno con adelgazamiento de sus paredes. El paciente generalmente refiere un cambio lento y progresivo del contorno facial. El tratamiento quirúrgico del pneumocele consiste en restablecer un adecuado contorno del hueso frontal y permitir un adecuado drenaje del conducto frontonasal o sellar adecuadamente el mismo.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Presentamos el caso de un paciente de 29 años de edad, referido a nuestro servicio desde otro centro por una prominencia frontal y de los rebordes supraorbitarios de siete años de evolución. El paciente no presentaba insuficiencia respiratoria nasal ni sinusitis aguda, pero se quejaba de cefaleas en relación con los cambios de presión (vuelos aéreos y buceo) y con el ejercicio físico intenso. La exploración clínica mostraba una prominencia bilateral del reborde supraorbitario. La exploración neurológica y ORL eran normales. En el TAC de senos paranasales se apreciaba una significativa prominencia de ambos senos frontales, con disminución del grosor de la pared sinusal, en relación con un pneumocele frontal.

Debido a la sintomatología y al deseo del paciente de corregir la deformidad se realizó, mediante abordaje coronal, pequeña fenestración del seno frontal. Mediante dicha fenestración, se procedió a transiluminación del seno con una óptica de artroscopia, dibujando el contorno del seno. Utilizando la transiluminación se realizó una osteotomía segura de los márgenes de la pared anterior del seno, reseándola; se legró la totalidad de la mucosa del seno frontal y se impactaron injertos de hueso cortical en los conductos frontonasales, rellenando la cavidad del seno frontal con DBX® mezclado con viruta de hueso cortical de calota obtenida mediante rascadores. La pared anterior del seno se reconstruyó con los fragmentos de la misma utilizando una malla de titanio fijada con tornillos.

El seguimiento del paciente es de siete meses, habiendo presentado un episodio inflamatorio a las tres semanas de la intervención, que se resolvió con tratamiento antibiótico.

DISCUSIÓN:

La aparición de un seno frontal exageradamente neumatizado y expandido ha sido denominada en la literatura mediante términos pobremente definidos y confusos, como pneumoseno frontal, hipertrofia sinusal, aereocele, pneumocele, pneumosinus dilatans, hiperneumatización o ectasia sinusal. Urken y otros revisaron la literatura y clasificaron la deformidad en tres tipos: hiperseno, pneumosinus dilatans y pneumocele. Los tres tipos se asocian a un seno frontal aumentado de tamaño, pero difieren en su extensión y etiopatología.

El hiperseno consiste en un seno frontal alargado que se ha extendido más allá de sus límites habituales. Sus paredes son de grosor normal y el seno no se extiende más allá de los límites del hueso frontal. El pneumosinus dilatans, o pneumoseno dilatante, es una patología donde el seno se expande más allá de los límites del seno frontal. Las paredes del mismo son de grosor normal, pero se desplazan causando un abombamiento frontal. La mucosa tiene aspecto normal. El pneumocele es un seno alargado con un adelgazamiento variable del grosor de sus paredes. Este adelgazamiento, focal o generalizado, lo diferencia del pneumosinus dilatans.

El mecanismo exacto de la etiopatogenia del pneumocele frontal es desconocido. Se cree que puede deberse a un mecanismo valvular a nivel del conducto nasofrontal que permite la entrada pero no la salida de aire, lo cual incrementa progresivamente la presión dentro del seno, resultando en su expansión. Este

mecanismo valvular podría ser debido a causas traumáticas, inflamatorias, neoplásicas o relacionadas con el desarrollo. Otro posible mecanismo, sugerido por Benedikt y otros, es la evacuación espontánea de un mucocele.

Clínicamente el pneumocele se caracteriza por la deformidad y por sensaciones de presión elevada en el seno o dolor que aumenta con los cambios de presión atmosférica, como por ejemplo en zonas de gran altitud o al volar en avión, o durante las maniobras de Valsalva.

Diferentes técnicas han sido descritas en la literatura para el tratamiento de esta patología. La pared anterior del seno, deformada, es dividida en fragmentos y remodelada. En este caso no pudo hacerse con miniplacas dado el adelgazado grosor de la pared, utilizándose una malla de titanio. La mucosa sinusal puede preservarse si se garantiza la permeabilidad del conducto nasofrontal, pero en este caso se decidió la obturación del seno ante la imposibilidad de mantener la permeabilidad del conducto. Esta obturación puede realizarse con diferentes materiales aloplásticos, pero el tejido autólogo sigue siendo el "gold standard" en los procedimientos de reconstrucción craneofacial.

CONCLUSIONES:

El pneumocele del seno frontal es una patología poco frecuente que tiene repercusiones estéticas y funcionales, y ambas deben tenerse en cuenta en su reparación. La correcta remodelación de la pared anterior del seno es fundamental en la satisfacción del paciente. La permeabilidad del conducto nasofrontal debe ser respetada para evitar complicaciones y, si no puede garantizarse, debe realizarse la obliteración del seno con tejido autólogo. La técnica de transiluminación del seno descrita por Galiè, Kawamoto y otros, permite una osteotomía de la pared deformada con absoluta seguridad.

SESIÓN 8

CO90 (230). ESTUDIO PRELIMINAR: EVALUACIÓN DE VÍA AÉREA EN PACIENTES CON CLASE III EN CONTEXTO DE ACROMEGALIA

Chávez Bonilla V; Luaces Rey R; Patiño Seijas B; García-Rozado A; Cordido F; López-Cedrún JL.
Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

INTRODUCCIÓN:

La acromegalia es una enfermedad rara que resulta de un exceso de la hormona de crecimiento (GH) y de niveles elevados de factor de crecimiento insulínico (IGF-1). Generalmente es causada por un adenoma hipofisario. Las características clínicas y las complicaciones cardiovasculares, metabólicas y neoplásicas relacionadas con esta entidad han sido extensamente descritas. Sin embargo, hay menos información acerca de los cambios morfológicos craneofaciales y patología oral y máxilofacial asociados. El objetivo de este estudio es analizar la vía aérea de pacientes con Clase III en un contexto de una acromegalia y compararla con controles sanos.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se comparan las dimensiones de la vía aérea de 15 pacientes con clase III en el contexto de acromegalia con 15 pacientes con clase III sanos. Las mediciones se llevan a cabo mediante teleradiografías laterales en distintos puntos de la vía aérea: nasofaringe, orofaringe e hipofaringe.

RESULTADOS:

No se observaron diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones de la vía aérea de pacientes con clase III en contexto de acromegalia en relación con los controles sanos. Sin embargo, se detecta una tendencia a valores disminuidos en aquellos pacientes con enfermedad activa a nivel de nasofaringe e hipofaringe.

CONCLUSIÓN:

Existen varios estudios que demuestran una relación entre estructuras faríngeas y estructuras craneofaciales. Sin embargo, existe menos información acerca del impacto directo que ejercen los diferentes patrones esqueléticos en la anatomía de la vía aérea. En estudios recientes se habla de un aumento en las dimensiones de la vía aérea en pacientes con clase III y una tendencia a valores disminuidos en pacientes con clase II. Los cambios anatómicos en pacientes con acromegalia resultan de un sobrecrecimiento óseo y aumento de las partes blandas. A nivel facial esto se traduce en rasgos típicos. Los cambios cefalométricos incluyen protrusión mandibular, aumento en longitud mandibular y una disminución en el ángulo sagital maxilo-mandibular.

Publicaciones recientes revelan un aumento en la prevalencia de SAOS y dimensiones de vía aérea disminuidas en pacientes con acromegalia. En pacientes sanos, en cambio, una clase III está asociada a un aumento de la vía aérea. Nuestros resultados no se corresponden con la literatura. Destacar que solamente un 20% de los pacientes con acromegalia presentaban enfermedad activa en el momento que se realizó el estudio. El adecuado control hormonal en esta enfermedad ejerce grandes cambios en los tejidos blandos a nivel general. Es lógico pensar que existe un impacto importante en el componente no-óseo de la vía aérea. Sospechamos que este es el motivo principal porque no hemos detectado diferencias significativas en nuestro estudio.

Sería interesante, como siguiente paso, analizar la anatomía de la vía aérea de estos pacientes con CBCT mediante mediciones de volúmenes.

SESIÓN 8

CO91 (201). CAMBIOS GENÉTICOS EN PIK3CA EN LESIONES PRECANCEROSAS Y CARCINOMA EPIDERMÓIDE ORAL EN LA POBLACIÓN GALLEGA: FRECUENCIA Y RELACIÓN CON LAS VARIABLES CLÍNICAS

Pombo M; González-Mourelle A; Gálvez F; Méndez I; García-Escudero R; López-Cedrún JL
EOXI A Coruña, Servicio Gallego de Salud

INTRODUCCIÓN:

El carcinoma epidermoide oral es una importante causa de muerte en el mundo actual. Los principales factores de riesgo asociados son el consumo de tabaco y alcohol. Su tratamiento consiste en una combinación de cirugía, radioterapia y quimioterapia. A pesar de los avances en estas técnicas, la supervivencia a los 5 años apenas se ha modificado, rondando el 50%. En la rutina clínica no existen terapias antitumorales dirigidas. PIK3CA es un conocido oncogen que se encuentra frecuentemente mutado en distintos cánceres humanos. El objetivo de este estudio es determinar la frecuencia de amplificación y mutación en el gen PIK3CA en el carcinoma epidermoide oral en nuestra población y ver si existe alguna relación entre este hecho y alguna de las variables clínicas analizadas.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio prospectivo incluyendo pacientes valorados en el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario de A Coruña por presentar lesiones precancerosas o carcinomas epidermoides de la cavidad oral, entre agosto del 2009 y enero del 2012. Además de la biopsia diagnóstica convencional, se tomaron otras dos muestras, una de tejido sano y otra de tejido enfermo, en las que se analizó, mediante PCR cuantitativa a tiempo real, la existencia de las mutaciones más frecuentes encontradas en el gen PIK3CA (E542K, E545K/D, y H1047R), y el número de copias del mismo. Además, se analizó la existencia de relaciones estadísticamente significativas entre la presencia de mutaciones/amplificación y las distintas variables registradas en relación con el paciente, la lesión y la evolución de la enfermedad.

RESULTADOS:

Se incluyeron en el estudio un total de 108 pacientes, 46 mujeres y 62 varones. 30 presentaban lesiones precancerosas (leucoplasias o líquenes) y 78 un carcinoma epidermoide oral (5 de los mismos eran recidivas tumorales y otros 5 segundos tumores primarios). No se encontraron mutaciones ni amplificaciones en ninguna de las muestras correspondientes a tejido sano. La frecuencia de mutaciones fue del 15% en los cánceres y 23% en las lesiones precancerosas; la frecuencia de amplificación fue del 23% en los cánceres y del 20 % en las lesiones precancerosas. La mutación más frecuentemente encontrada fue EK45K/D (58%). De todas las lesiones precancerosas, 4 sufrieron transformación en un carcinoma epidermoide durante el tiempo de seguimiento; una de ellas presentaba una mutación la mutación EK45K/D. El seguimiento mínimo de los pacientes con un carcinoma epidermoide fue de 36 meses.

CONCLUSIONES:

Los datos que se presentan evidencian una alta frecuencia de aparición de cambios genéticos en el oncogén PIK3CA tanto en los pacientes con lesiones precancerosas como en los que presentaron un carcinoma epidermoide oral en la población gallega. Fármacos que inhiban PIK3CA podrían ser usados como terapia dirigida en esta subpoblación de pacientes.

SESIÓN 8

CO92 (215). IMPORTANCIA DEL TIPO DE MANDIBULECTOMÍA EN EL PRONÓSTICO DEL CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE CAVIDAD ORAL. ESTUDIO COMPARATIVO DE SUPERVIVENCIA EN 99 PACIENTES

Gálvez Prieto F; Luaces Rey R; García-Rozado González A; Pombo Castro MJ; López Calviño B; López-Cedrún Cembranos JL

SERGAS. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

INTRODUCCIÓN:

Uno de los factores pronósticos más importantes en el carcinoma epidermoide de cavidad oral es el estado de los márgenes quirúrgicos. Para conseguir márgenes libres en muchas ocasiones es necesaria una mandibulectomía, bien sea parcial (MP) o segmentaria (MS). Esta última puede acarrear secuelas funcionales y estéticas. La literatura no arroja una evidencia clara sobre el tipo de mandibulectomía a emplear, ni tampoco sobre la implicación pronóstica de la afectación ósea mandibular. Diferentes algoritmos se han publicado para detectar la invasión ósea según pruebas de imagen para evitar mandibulectomías innecesarias, como el publicado por Van Cann et al. Las indicaciones aceptadas de la mandibulectomía parcial son la resección con márgenes de seguridad en tejidos blandos, la afectación ósea franca hasta el canal mandibular y en mandíbulas irradiadas. El objetivo del presente estudio es determinar si existen diferencias en la supervivencia según el tipo de mandibulectomía (parcial o segmentaria) en el tratamiento del carcinoma epidermoide de la cavidad oral y valorar la presencia histológica de afectación ósea en los especímenes resecaados.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio retrospectivo de 99 pacientes tratados entre 1998 y 2013 por carcinoma epidermoide orofaríngeo, incluyendo en el tratamiento una mandibulectomía parcial o segmentaria. Se estudiaron variables relativas al estadiaje del tumor, la localización, el tratamiento administrado y el análisis histopatológico de los especímenes de resección. Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 19.0. Se utilizó el test Log Rank Mantel-Cox para comparar las curvas de supervivencia de Kaplan-Meier según categorías.

RESULTADOS:

El 51,5% de las mandibulectomías fueron MP y el 48,5% MS. El 43,2% de las MP correspondían a un estadio IVA (con invasión ósea), mientras que en las MS el porcentaje ascendía hasta un 74,4% ($p=0,023$). Se encontró una asociación significativa ($p=0,047$) entre la localización del tumor y la tendencia a la invasión ósea, a favor de la encía inferior (41%) y el suelo de la boca (33%); también entre el tamaño del tumor primario y la invasión ósea, aunque únicamente en la localización de encía inferior y el trígono retromolar ($p=0,003$). La supervivencia global a los 5 años fue del 47%. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al tipo de mandibulectomía realizada: 40% para las MP y 55% para las MS ($p=0,073$). Sí se encontró mayor supervivencia en el grupo de las MS ($p=0,046$) en los pacientes cuyo tumor primario se localizaba en el trígono retromolar con invasión ósea histológicamente demostrada (mediana de 6 meses MP frente a los 12 en la MS). No se encontraron diferencias pronósticas ($p=0,103$) en la afectación ósea.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

No hemos observado que el tipo mandibulectomía de forma global tenga implicaciones pronósticas, salvo los que presentan invasión ósea y están localizados en el trígono retromolar. Existe una correlación entre la localización del tumor primario y la invasión ósea, a favor de los localizados en la encía inferior y suelo de boca, así como entre el tamaño del tumor primario y la invasión ósea en los localizados en el trígono retromolar y en la encía inferior. La invasión ósea se asocia significativamente con la presencia de ganglios positivos, la localización en la encía inferior y el suelo de la boca, así como con el tamaño tumoral en los situados en la encía inferior y el trígono retromolar.

SESIÓN 8

CO93 (253). MUCOCELES DEL SENO FRONTAL AFECTANDO ÓRBITA: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Luaces R; Chávez V; Carral N; Patiño B; Collado J; López-Cedrún JL
Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Universitario de A Coruña

INTRODUCCIÓN:

Los mucocelos del seno frontal son lesiones benignas de lento crecimiento expansivo, causados por acumulación de secreción mucosa y de epitelio descamado. Suelen producirse por obstrucción del seno de drenaje, causado por infección, inflamación, trauma, cirugía o tumores. Se comportan como lesiones ocupantes de espacio que causan erosión ósea y desplazamiento de estructuras. Pueden afectar a la cavidad orbitaria o intracraneal. Si afectan a la órbita pueden producir diplopía, proptosis, disminución de agudeza visual, o limitación de movimientos oculares. Su diagnóstico se basa en la exploración clínica y en pruebas de imagen. El tratamiento es quirúrgico, variando desde el tratamiento endoscópico al abordaje abierto

MATERIAL Y MÉTODOS:

Presentamos seis casos de mucocelos orbitarios que afectan a la órbita. La inflamación orbitaria fue el modo de presentación en 5 de ellos y la proptosis en uno. Todos fueron varones tratados mediante cirugía abierta. Se realizó abordaje bicoronal, excisión del mucocelo, obstrucción del ducto y cranealización u obliteración sinusal. Tres de los pacientes tenían historial de trauma facial previo. En dos de ellos había afectación intraorbitaria mediante erosión de la pared posterior del seno. Se exponen los distintos tipos de manejo del seno. Para la obliteración se utilizó hueso autólogo, cemento óseo de fosfato cálcico, pegamento de fibrina y colgajo galeal.

RESULTADO:

Se realizó un seguimiento de entre 1 y 12 años. No se apreciaron recidivas ni episodios de infección postoperatoria. El seguimiento se hizo con TC. El patrón oro para la obliteración es el hueso autólogo, por delante de otro tipo de materiales sintéticos.

CONCLUSIÓN:

Los mucocelos frontales pueden aparecer muchos años después de un traumatismo facial que afecte al ducto fronto-nasal. El único tratamiento efectivo es la cirugía, si bien varía desde el tratamiento endoscópico a la cirugía abierta. Si las paredes orbitarias están afectadas, las manifestaciones oftalmológicas pueden ser las primeras. En ocasiones puede ser necesaria la colaboración de un neurocirujano, si bien las indicaciones del tratamiento endoscópico han ido aumentando. Las paredes orbitarias deben de reconstruirse para evitar enoftalmos.

SESIÓN 8

CO94 (76). YU vs. COLMENERO: REVISIÓN DE LOS RESULTADOS ESTÉTICOS Y FUNCIONALES

Solano M.A; Mezquida C; Heras I; Arroyo S.

Hospital General Universitario de Albacete

INTRODUCCIÓN:

Se trata de un estudio en el cual se comparan los resultados estéticos y funcionales de aquellos pacientes que se sometieron a una extirpación de un carcinoma labial inferior, y cuya reconstrucción se realizó mediante un colgajo según la técnica de Yu (unilateral/ bilateral) o Colmenero. Dichos resultados fueron obtenidos a través de una encuesta objetiva y una exploración física.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Desde los años 2008 hasta 2014, se han podido recoger un total de 40 pacientes: 8 fueron sometidos a un colgajo Yu unilateral, 17 a un Yu bilateral y 15 a un Colmenero. Tras la recogida de datos, cabe destacar que el 84% de los pacientes sometidos a un Yu unilateral presentaron una competencia labial completa, frente al 44% del Yu bilateral y el 7% del Colmenero; así como una simetría funcional del 87%, 39% y 25% respectivamente.

RESULTADOS:

Se observó un mayor número de pacientes que presentaron incompetencia labial en reposo, así como asimetría funcional, con el colgajo en isla de Colmenero; en comparación con el colgajo Yu, que además ofreció mejor resultado estético.

CONCLUSIÓN:

El colgajo según la técnica de Yu proporciona mejores resultados estéticos y funcionales que el colgajo en isla de Colmenero.

SESIÓN 8

CO95 (94). TUMORECTOMÍA VS PAROTIDECTOMÍA EN ADENOMAS PLEOMORFOS PAROTIDEOS. NUESTRA EXPERIENCIA EN 13 AÑOS CON 210 PACIENTES

García Carricondo, A.; Quesada Bravo F.J; Prats Golczer, V.E.; Espía Gálvez, F.; Pérez García V.; Herrero Basilio, M.Y.

Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Complejo Hospitalario de Torrecárdenas. Almería

INTRODUCCIÓN:

La cirugía parotídea es de las más frecuentes en nuestra área, siendo el adenoma pleomorfo la causa más frecuente de indicación quirúrgica.

La posibilidad de multicentricidad, la no existencia de cápsula y la posibilidad de recurrencia así con la malignización de estos tumores, se han argumentado como la principal baza para indicar la Parotidectomía superficial, afianzándose como “gold estándar” desde los años 40.

Hay estudios que valoran la posibilidad de parotidectomías parciales, subtotaes y de disección extracapsular del adenomas parotídeos y pleomorfos. Así mismo algunos conceptos dados por asentados se han puesto de entredicho.

MATERIAL Y MÉTODO:

Analizamos y revisamos nuestra experiencia en el tratamiento quirúrgico del adenoma pleomorfo de glándula parótida durante 13 años y los comparamos con las recientes publicaciones y estudios sobre este tema.

CONCLUSIONES:

1. La indicación de la realización de una Parotidectomía conservadora superficial o total en todos los pacientes con adenoma pleomorfo parotídeo no está justificada.
2. El número de complicaciones de la Tumorectomía en adenomas frente a la Parotidectomía es inferior. Los resultados estéticos son mejores.
3. El número de recurrencias de las tumorectomías es similar a la Parotidectomía conservadora.
4. La parotidectomía conservadora es una técnica quirúrgica, indicada en aquellos pacientes y tumores en los que existe riesgo de dañar el nervio facial en la cirugía.
5. Hay que individualizar cada caso, siendo la Tumorectomía la técnica de elección en la mayoría de los pacientes.
6. La realización de la Tumorectomía parotídea por adenoma requiere experiencia y una curva de aprendizaje.

SESIÓN 8

CO97 (83). VALOR PREDICTIVO DE LOS MARCADORES DE SENESCENCIA DcR2 Y DEC1 EN LAS LESIONES POTENCIALMENTE CANCERIZABLES DE LA CAVIDAD ORAL

de Villalaín Álvarez, L (*/**); de Vicente Rodríguez, JC (*/**); Rodríguez Santamarta, T (*); Fernández del Valle Fernández, A (*); Rodrigo Tapia, JP (**/**); García del Pedrero, JM (**).

(* *Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial*, (**) *Servicio de Otorrinolaringología*. Hospital Universitario Central de Asturias. (***) *Instituto Universitario de Oncología del Principado de Asturias*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Determinar los patrones de inmunoexpresión de los marcadores de senescencia celular DcR2 y DEC1 en el epitelio de las lesiones precancerosas de la cavidad oral en diferentes estadios de la carcinogénesis y determinar su papel predictivo en el proceso de transformación maligna.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se incluyen en el estudio 60 pacientes diagnosticados y tratados de leucoplasia oral, con hiperplasia y diferentes grados de displasia epitelial (47 lesiones hiperplásicas sin displasia, 5 displásicas leves, 3 displásicas moderadas y 5 displásicas graves), de los cuáles 15 sufrieron transformación a carcinoma invasor. Se analizó la inmunoexpresión de los marcadores de senescencia celular p16, DcR2 y DEC1 así como el marcador de proliferación Ki-67 en las diferentes lesiones potencialmente cancerizables y en los carcinomas invasores derivados de las mismas.

RESULTADOS:

Se encontraron asociaciones estadísticamente significativas (p 50% de las células epiteliales y la distribución de Ki67 por encima del tercio basal epitelial mostraron un incremento significativo del riesgo de desarrollar un carcinoma escamoso oral (hazard ratio = 35.447, p = 0.03 y hazard ratio 6.209, p = 0.04, respectivamente).

CONCLUSIONES:

La expresión de DcR2 y DEC1 podría reflejar senescencia inducida por oncogenes en las lesiones premalignas orales. La expresión epitelial de DcR2 y Ki-67 podría considerarse un biomarcador útil para establecer el riesgo de transformación maligna de una leucoplasia oral.

SESIÓN 8

CO98 (164). RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS SEGMENTARIOS MANDIBULARES EN OVEJAS MEDIANTE TÉCNICAS DE INGENIERÍA TISULAR: VALORACIÓN DE LA NEOFORMACIÓN ÓSEA MEDIANTE MICRO-CT

Novoa A. (*), Junquera L.M. (*), Gallego L. (**), García-Consuegra L. (*), Megías J. (*), Pérez M. (***)

(* *Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo*

(** *Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital de Cabueñes. Gijón*

(*** *Centro Comunitario de Sangre y Tejidos del Principado de Asturias. Oviedo*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La reconstrucción de defectos segmentarios mandibulares mediante técnicas de ingeniería tisular constituye un reto para la investigación actual. El presente trabajo tiene por objetivo evaluar la capacidad de regeneración ósea alcanzada en defectos segmentarios mandibulares en ovejas, utilizando células mesenquimales de médula ósea sobre un soporte autólogo.

MATERIAL Y MÉTODO:

- *Animales.* Se emplearon 15 ovejas de raza Latxa de 12-15 meses de vida y un peso medio de 59.2 kg, siguiendo el protocolo del Comité de ética de nuestro Centro. Todos los animales fueron sometidos a dos anestésicos generales (Propofol dosis/efecto e Isoflurano 1.2-2.5%). En la primera se obtuvieron 5-10 mL de médula ósea mediante punción de cresta ilíaca (Hospira Prod. Farm. SL, Madrid, Spain), y 10-20 mL de sangre para la elaboración del soporte celular. En la segunda se procedió a la creación de defectos segmentarios en el cuerpo mandibular de 30 mm de longitud, rellenando el defecto con el material obtenido mediante las técnicas de ingeniería tisular, fijado mediante placas de reconstrucción de titanio (Orthoconcept, Bilbao, Spain).
- *Cultivo celular y elaboración del soporte proteico.* Obtención de 10 ml de sangre venosa ovina mediante venopunción. Se mantiene la muestra de sangre durante 30 minutos a 37°C para la retracción del clot de fibrina. El serum obtenido (5 ml) se cruza con 0,5 ml de glutaraldehído al 25%. Se mantiene la solución a temperatura ambiente durante 30 minutos hasta que alcanza la solidificación. El resultado se transfiere al congelador, manteniéndolo a -70°C durante toda la noche. La solución congelada obtenida se liofiliza durante 48 horas, para su posterior rehidratación en etanol en concentraciones decrecientes (100%-90%-80%), una hora en cada uno de ellos. El resultado es una esponja cilíndrica de soporte tridimensional, que es rehidratado en medio DMEM.

Durante el mismo acto quirúrgico se procedió a la recogida de médula ósea autóloga (5-10 mL) de la cresta ilíaca de la oveja utilizando un trócar previamente enjuagado con heparina (Hospira Prod. Farm. SL, Madrid, Spain). Las células mononucleares (MNCs) fueron aisladas utilizando el gradiente de densidad de Ficoll (Biocoll separating solution, 1.077 g/mL, Biochrom AG, Berlin, Germany), mediante centrifugado durante 25 minutos a 400 g, 20 °C. Colocación de las células en placas de 12,5 cm² con 3 ml de medio de cultivo, que consiste en medio DMEM suplementado con 10% FBS, 1%, 200 mM l-glutamina, 100 U/ml penicilina y 100 µg/ml estreptomina.

- *Análisis histológico y radiológico.* Se procedió al sacrificio de los animales en dos periodos de tiempo 12 semanas (T12) y 32 semanas (T32). En cinco ovejas (grupo control) se empleó solo el soporte proteico (sin células) y en las 10 restantes todo el constructo (grupo experimental, con células). Se realizó un examen histológico y radiológico de las mandíbulas reconstruidas mediante Tomografía Computarizada (CT) y micro-CT. Para esto último se determinaron dos áreas de interés procedentes del hueso nativo y del hueso neoformado, analizando las siguientes variables: Densidad mineral ósea (BMD), Volumen óseo/Volumen total (BV/TV), Número (TbN), grosor (TbTh) y separación trabecular (TbS), Grado de anisotropía, e Índice de Modelo Estructural (SMI). Se utilizó la prueba t-student para evaluar las diferencias entre el hueso nativo y el neoformado y las dependientes del tipo de injerto utilizado y del tiempo de aplicación del injerto.

RESULTADOS:

Dos animales pertenecientes al grupo experimental fallecieron a las pocas semanas de la cirugía. En el periodo T12 un animal del grupo experimental mostró una consolidación mandibular completa, dos animales una regeneración ósea parcial y en una oveja no se observó ningún tipo de osificación. En cambio a las 32 semanas, tres de los animales del grupo experimental evidenciaron una consolidación ósea estable. En otro animal no se observó osificación en posible relación con problemas en la placa de reconstrucción. En el análisis con micro-CT, las variables, BMD, BV/TV, Tb.Th. y Tb.N. fueron significativamente mayores ($p=0.027$, 0.000 , 0.002 , 0.001 , respectivamente), en el grupo experimental, mientras que los valores SMI fueron mayores en el grupo control. No existían diferencias entre los valores observados en el hueso nativo y el neoformado mediante células mesenquimales cultivadas in vitro

CONCLUSIÓN:

La utilización de células mesenquimales de médula ósea cultivadas in vitro sobre un soporte autólogo proteico permitió en las ovejas de nuestro estudio, una regeneración ósea, sin diferencias entre el hueso neoformado y el nativo.

SESIÓN 8

CO99 (244). ESTUDIO COMPARATIVO DE LA OSTEONECROSIS DE LOS MAXILARES EN FUNCIÓN DE SU ETIOLOGÍA QUÍMICA O FÍSICA

Espinosa Fariñas C; García-Consuegra L; Peña González I; Junquera LM
Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

INTRODUCCIÓN:

En la osteonecrosis de los maxilares (ONM) se identifican dos causas fundamentales: física (radioterapia) (ORN) o química (Bisfosfonatos principalmente) (OQN).

La primera de ellas (ORN) fue definida por Harris (1992) como la desvitalización de un hueso que ha sido radiado, con exposición del mismo a través de la piel o mucosa suprayacente y ausencia de cicatrización, que persiste más de 3 meses en ausencia de recidiva tumoral.

En 2003, Marx publicó los primeros casos de osteonecrosis por bisfosfonatos. Esta entidad se definió como la exposición ósea del maxilar superior o la mandíbula, que no cura en un plazo de 8 semanas, en pacientes tratados previamente con bisfosfonatos y que no hubiesen recibido tratamiento con radioterapia en cabeza y cuello previamente.

OBJETIVO:

Comparar las características biológicas y evolutivas de las osteonecrosis de los maxilares en función de su etiología física o química.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se realizó un estudio retrospectivo en un Hospital de tercer nivel donde se recogió información relativa a pacientes con ONM. En función de su etiología física o química se configuraron dos grupos. El grupo (A) se constituyó con 11 enfermos donde se evaluó la dosis de radioterapia recibida, el tiempo transcurrido desde la aplicación de la radioterapia y el desarrollo de la ORN. El grupo B se constituyó con 13 pacientes aquejados de osteonecrosis por fármacos, en este grupo, se evaluó la vía de administración del fármaco, el tiempo de administración del mismo y el transcurrido entre su aplicación y el desarrollo de la ONM. Las variables utilizadas para realizar la comparación de ambos grupos fueron: edad, sexo, signos y síntomas, localización de la osteonecrosis, antecedentes quirúrgicos desencadenantes, tratamiento aplicado y evolución.

RESULTADOS:

La edad media de los pacientes fue de 63,5 en el grupo A (rango: 48 a 84 años) y de 62,8 para el grupo B (rango: 38-74 años). En el primer grupo todos los pacientes excepto uno eran varones, localizándose la ORN siempre en la mandíbula. En el grupo B sólo cuatro enfermos eran varones, afectando la OQN al maxilar superior en 4 pacientes. Como antecedentes para el desarrollo de la ORN en el grupo A se recogió que 7 enfermos habían sufrido una cirugía oral previa (6 por exodoncias y un enfermo por implantes). En el grupo B ocho enfermos tenían antecedentes de cirugía oral. En cuanto a la semiología, en el grupo A el síntoma fundamental fue el dolor mandibular y el signo la fístula purulenta, ambos en el 100% de los casos. En el grupo B el síntoma más prevalente fue el dolor localizado y el signo la exposición ósea. De los 11 pacientes del grupo A, todos, excepto uno, requirieron cirugía para su tratamiento. En el grupo B el tratamiento quirúrgico se realizó en 9 enfermos. Sólo el 10% de los enfermos del grupo A se consideraron libres de enfermedad al momento de la realización de este estudio, frente al 61% de curación observada en el grupo B.

CONCLUSIONES:

En nuestro estudio, con las limitaciones derivadas del tamaño muestral, parecen existir importantes diferencias de comportamiento entre la ORN y la OQM, principalmente en cuanto a localización, semiología y curación.

SESIÓN 8

CO100 (241). ASOCIACIÓN DE QUINASA DE ADHESIÓN FOCAL (FAK), CORTACTINA Y PODOPLANINA COMO MARCADORES DE EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO EN LESIONES POTENCIALMENTE MALIGNIZABLES Y EN CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE LA CAVIDAD ORAL

Rodríguez-Santamarta T; García-Pedrero JM; Rodrigo JP; Allonca E; Lequerica P; de Vicente JC

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

INTRODUCCIÓN:

El carcinoma epidermoide de la cavidad oral (CECO) es uno de los más frecuentes en la población mundial, se caracteriza por un patrón agresivo, tanto a nivel local como de invasión linfática.

Hasta la fecha, no existen marcadores suficientemente avalados para la predicción de progresión a malignidad en el caso de lesiones orales potencialmente malignizables (LOPM) ni para establecer el pronóstico en el caso de los CECO.

El papel de FAK, Cortactina y Podoplanina en la carcinogénesis se la relacionado con la progresión a malignidad, la invasión tumoral y la capacidad de metástasis.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se ha seleccionado una cohorte de 58 pacientes diagnosticados y tratados por lesiones premalignas de la cavidad oral entre los años 2000 y 2005 y una cohorte de 100 pacientes diagnosticados y tratados por carcinoma epidermoide de la cavidad oral entre los años 1996 y 2006 en el Hospital Universitario Central de Asturias. Obteniendo de manera retrospectiva datos demográficos, clínicos y patológicos.

En el caso de LOPM se clasificó a los pacientes en función de si presentaron o no, transformación maligna de la lesión inicial.

Se obtuvieron muestras biológicas representativas y se procesaron para su estudio mediante inmunohistoquímica de la expresión de Cortactina, FAK y Podoplanina tanto de las lesiones potencialmente malignizables como de los carcinomas epidermoides de la cavidad oral.

RESULTADOS:

En LOPM se encontró sobreexpresión de FAK y Cortactina en 27 y 52 pacientes respectivamente. La expresión de ambas aumenta con el grado de displasia y en aquellos casos que evolucionaron a CECO, en 15 y 13 pacientes. La sobreexpresión de ambas moléculas se asocia con la progresión a malignidad. La coexpresión de ambas refleja un riesgo de progresión a malignidad superior del que suponen por separado (HR = 6,298). Con respecto a podoplanina 22 pacientes mostraron sobreexpresión. La expresión de podoplanina mostró correlación significativa con el grado de displasia y con el riesgo de progresión a cáncer oral (p

En CECO la expresión de FAK y Cortactina se asoció con el tamaño tumoral y la recidiva local, pero no representan un papel pronóstico de forma independiente. El patrón de podoplanina se asoció con la diferenciación histológica y con aparición de segundos primarios. Sin embargo no hemos encontrado asociación significativa ni con la supervivencia ni con la aparición de metástasis ganglionares.

CONCLUSIONES:

FAK, Cortactina y Podoplanina, muestran asociación estadísticamente significativa con la progresión tumoral con independencia del grado histológico en lesiones premalignas.

En nuestra serie, FAK, Cortactina y podoplanina no han demostrado ser marcadores de evolución ni pronóstico relevante en la evolución del CECO.

SESIÓN 8

CO101 (210). OSTEONECROSIS DE LOS MAXILARES SIN EXPOSICIÓN ASOCIADO A BISFOSFONATOS UN DILEMA SIN RESOLVER

Carrero M; Pelaz A; García-Consuegra L; Gallego L; Junquera L

Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo

Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial Hospital de Cabueñes, Gijón

INTRODUCCIÓN:

Las Osteonecrosis de los maxilares relacionadas con Bisfosfonatos (BRONJ) pueden presentarse sin exposición de hueso necrótico. En estos pacientes, la sintomatología acompañante puede incluir dolor persistente, abombamiento óseo, inflamación gingival o fístulas orales crónicas, sin evidencia de patología dental.

OBJETIVO:

1. Identificar una serie de pacientes con Osteonecrosis de los maxilares sin exposición ósea en relación con el empleo de Bisfosfonatos (NEBRONJ) en un hospital de tercer nivel.
2. Evaluar las diferencias clínico-epidemiológicas existentes entre los pacientes con Osteonecrosis de los maxilares por Bisfosfonatos con o sin exposición ósea.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se incluyeron en el estudio a todos los pacientes diagnosticados de BRONJ en un centro de referencia para una población de 1.100.000 habitantes entre los años, 2004-2011. Los pacientes fueron divididos en dos grupos. Grupo A (BRONJ, n=58), pacientes con exposición ósea en el momento del diagnóstico. Los pacientes sin exposición ósea fueron incluidos en el grupo B (NEBRONJ, n=12). En ambos grupos se analizaron diferentes variables relacionadas con el tipo de bisfosfonato y evolución de la osteonecrosis.

RESULTADOS:

Se recogieron 70 casos, 44 mujeres y 26 hombres. La edad media en el grupo A fue de 67,2 años y 70,3 en el grupo B. Aunque la exposición ósea estuvo presente en el 89,2% de los casos, 12 pacientes desarrollaron NEBRONJ. 18 pacientes con osteonecrosis en el grupo A se asociaron al empleo de bisfosfonatos orales (25,7%). En el grupo B, 5 pacientes recibieron bisfosfonatos orales (40,6%). La duración media del tratamiento con bisfosfonatos fue de 27,3 meses en el grupo A y 31,5 en el grupo B. La exodoncia como antecedente de las osteonecrosis se observó en el 47,6% de los pacientes en el grupo A y en el 50% de los pacientes del grupo B. La afectación maxilar fue más común en los pacientes con NEBRONJ. La resolución completa se observó en el 66,6% de los pacientes con NEBRONJ frente al 58,2% de los pacientes con BRONJ.

CONCLUSIONES:

El diagnóstico de NEBRONJ es menos frecuente que el de BRONJ. Aunque NEBRONJ en nuestro estudio muestra una mayor asociación con la ingesta oral del bisfosfonato, otras variables clínicas son similares en ambas entidades.

SESIÓN 8

CO102 (245). ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE LAS DIFERENTES TÉCNICAS QUIRÚRGICAS EMPLEADAS PARA LA COBERTURA DEL ÁREA DONANTE EN COLGAJOS ANTEBRAQUIALES RADIALES

González Soto J; Rúa L; Fernández del Valle A; Peña I; Villalaín L; de Vicente JC.
Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

INTRODUCCIÓN:

En las últimas décadas, la transferencia microvascular de tejido libre ha llegado a ser la primera elección para la reconstrucción de defectos de cabeza y cuello. Múltiples colgajos libres han sido descritos y empleados a fin de restablecer tanto forma como función.

El colgajo libre fasciocutáneo antebraquial radial es ejemplo de ello y, desde su descripción en 1978, particularmente popular por su fácil disección, versatilidad, predictibilidad y mínima comorbilidad.

A pesar de sus múltiples ventajas, la dificultad en el cierre del área donante constituye la principal contrapartida.

MATERIAL Y MÉTODOS:

La muestra del estudio incluye 25 pacientes intervenidos de cáncer oral entre los años 2005 y 2015, en el Hospital Universitario Central de Asturias.

El defecto orofacial creado tras la cirugía ablativa tumoral fue reparado mediante la disección de un colgajo libre antebraquial radial.

Las técnicas empleadas para el cierre del área donante fueron diversas: colgajo de rotación cubital, matriz acelular, injerto cutáneo de espesor parcial o total.

Se analizaron las complicaciones del área donante, así como los resultados estéticos y funcionales de cada una de ellas.

RESULTADOS:

En 3 de los 25 pacientes el defecto fue reparado mediante cierre con colgajo de rotación cubital. En 3 se empleó matriz acelular. El injerto cutáneo de espesor parcial fue el elegido en 9 de ellos. En los 10 casos restantes se empleó injerto de espesor total.

Al cierre del estudio menos de un 3% presenta secuelas funcionales dependientes del cierre del área donante.

CONCLUSIONES:

Los mejores resultados estéticos y funcionales, en nuestra experiencia, fueron obtenidos mediante la cobertura con injertos de espesor total.

Si bien el cierre con injerto de espesor total requiere aproximadamente 2 semanas más para una recuperación completa, los resultados obtenidos superan en estética y función a los obtenidos con cierre de espesor parcial. Es económicamente más rentable que el uso de matriz acelular y evita la práctica de una segunda cirugía.

En nuestra serie no hay suficientes casos de cierre con colgajos de rotación para una comparación significativa.

SESIÓN 8

CO103 (124). VALIDACIÓN DEL PRIMER SIMULADOR PARA EL ENTRENAMIENTO DE LA ARTROSCOPIA DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR

Hernandez Vila C, Monje Gil F, Moreno Sanchez M, Ramirez Perez FA, Manzano Solo de Zaldivar D
Hospital Universitario Infanta Cristina. Badajoz

INTRODUCCIÓN:

El método tradicional de entrenamiento quirúrgico consistente en “observar, practicar y enseñar” permite obtener las habilidades quirúrgicas de forma progresiva, sin embargo, dentro de la cirugía mínimamente invasiva este método presenta limitaciones, para solventar este problema hemos diseñado el primer simulador para el entrenamiento de la artroscopia de la articulación temporomandibular (ATM).

MATERIAL Y MÉTODO:

Un grupo de cirujanos expertos realizaron una artroscopia en el simulador que consistía en completar 5 pasos: acceder a la ATM, mover el artroscopio desde atrás hacia delante, visualizar las estructuras anatómicas, completar el movimiento inverso, introducir la segunda vía para triangular y cortar una adherencia.

RESULTADOS:

Se incluyen 10 sujetos con edad media 42,6 años y 11,5 años de experiencia. Con respecto al realismo, el 80% reconocen que su tamaño y diseño es apropiado, el 70% refieren que la posición y la relación entre las diferentes estructuras se ajusta a la realidad, sin embargo la estanqueidad y la baja resistencia de los tejidos son los peor valorados. Considerando el potencial didáctico del simulador, el 80% cree que permite adquirir las capacidades básicas y un 70% considera que el diseño es apropiado para la triangulación. Finalmente, el 90% asegura que el prototipo supone una herramienta muy útil aunque el cadáver sigue siendo el gold standard.

CONCLUSIÓN:

Los resultados preliminares muestran una magnífica aceptación por parte de los cirujanos. En general, todos los sujetos participantes coinciden en lo gratificante e innovador de la experiencia así como el gran potencial del simulador para adquirir las destrezas básicas en la técnica.

COMUNICACIONES PÓSTER
CON DEFENSA (CPA)

SESIÓN 1

CPA1 (82). LESIONES VASCULARES INTRAÓSEAS EN EL MARCO ORBITARIO. ¿MALFORMACIONES O HEMANGIOMAS? DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE DOS CASOS CLÍNICOS

Luaces Rey R; Chávez Bonilla V; Gálvez Prieto F; González A; Patiño B; López-Cedrún JL.
Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

INTRODUCCIÓN:

Las lesiones intraóseas de origen vascular suponen un reto por dos motivos. Son lesiones infrecuentes y se presentan como una masa de consistencia dura y crecimiento lento, sin signos típicos de lesión vascular. Por su crecimiento local pueden producir proptosis, diplopia, obstrucción nasal, epífora o disminución del campo visual. Se han descrito distintos tratamientos como cirugía, escleroterapia, embolización, crioterapia o radioterapia. Su origen es incierto, se especula que la mayoría son congénitas, si bien algunas tienen un antecedente traumático o una presentación hereditaria.

CASOS CLÍNICOS:

Dos varones de 73 y 45 años presentan una tumoración de unos 2 cm de consistencia ósea en reborde infraorbitario y supraorbitario respectivamente. En el Tc se aprecia en ambos casos una lesión lítica expansiva que erosiona y remodela el hueso. No hay infiltración de partes blandas. Se sospecha en primer caso de fibroma osificante y de lesión ósea de origen vascular en el segundo. En este segundo caso el angio-Tc descartó la hipervascularización por lo que no se considera indicado embolización o escleroterapia. En ambos casos se decide tratamiento quirúrgico que consiste en la exéresis de la tumoración y reconstrucción del defecto con una malla de titanio. No se presentó sangrado importante durante la cirugía.

RESULTADOS

En los dos pacientes se obtuvo un buen resultado funcional y estético. El estudio histopatológico de ambos casos es de hemangioma intraóseo, apreciándose trabéculas óseas con estructuras vasculares dilatadas recubiertas de endotelio en su interior. No se han presentado recidivas tras 2 años en el primero y medio año en el segundo de los casos. Los controles radiológicos mediante TC fueron satisfactorios. En el primer caso no se realizaron técnicas inmunohistoquímicas por sospecharse fibroma osificante, y el segundo fue negativo para GLUT-1, concordante con una malformación vascular. Parece más acertado por tanto la denominación de malformación vascular intraósea.

CONCLUSIONES:

Las lesiones vasculares constituyen un porcentaje pequeño dentro de las lesiones intraóseas. El diagnóstico diferencial hay que realizarlo con otras lesiones óseas como displasia fibrosa, fibroma osificante, osteomas, mieloma múltiple, metástasis, sarcomas o histiocitosis de Langerhans. El diagnóstico clínico es complejo por la inespecificidad de los síntomas. Las imágenes radiológicas tampoco son definitivas, pudiendo presentar apariencia de panal de miel, pompas de jabón o en rayos de sol naciente. Se obtienen buenos resultados con la cirugía si la exéresis es completa.

La clasificación de lesiones de origen vascular es aun confusa. La Sociedad Internacional para el Estudio de Anomalías Vasculares ha variado la clasificación dependiendo de los hallazgos clínicos e histológicos. Se sospecha que la mayoría de estas lesiones que afectan a hueso son malformaciones, no tumoraciones (es decir que no son hemangiomas propiamente). Existen técnicas inmunohistoquímicas para diferenciar ambas como la positividad del GLUT-1, propio de los hemangiomas.

SESIÓN 1

CPA2 (231). HEMATOMA DEL SUELO DE LA BOCA Y OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA DURANTE LA COLOCACIÓN INMEDIATA DE IMPLANTE MANDIBULAR

V Chávez Bonilla; B. Patiño Seijas; R. Luaces Rey; J. Collado López; F. Gálvez Prieto; J.L. López-Cedrún
Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

INTRODUCCIÓN:

En la gran mayoría de los casos, la colocación de implantes dentales es una técnica de rutina con un bajo índice de complicaciones que puedan poner en peligro la vida del paciente. Cuando se coloca un implante en el sector anterior mandibular existe riesgo de sangrado si se produce ruptura del periostio lingual y consiguiente daño de las estructuras adyacentes. En algunos casos puede producirse un hematoma en el espacio sublingual y un edema progresivo del suelo de la boca, que conlleve a una obstrucción de la vía aérea.

REPORTE DE UN CASO:

Mujer de 64 años acude a una clínica dental para exodoncia y colocación inmediata de implantes en posición 33 y 43. Durante la cirugía el dentista objetiva sangrado y tumefacción a nivel de suelo de boca anterior en relación con colocación de implante en posición 33. La paciente es remitida a urgencias y a su llegada presenta hematoma a nivel del suelo de la boca que protruye la lengua, acompañado de odinofagia y dificultad para hablar.

Se procede a control de hemostasia en quirófano a través de abordaje intraoral; ligadura de vena sublingual y cauterización en la zona de inserción de los genihioideos.

Debido a que persiste compromiso de la vía aérea se procede a realizar traqueotomía reglada.

DISCUSIÓN:

La vascularización del suelo de la boca está proporcionada por dos estructuras principales: la arteria submental y la arteria sublingual. Cuando existe una atrofia mandibular estas estructuras vasculares pueden estar localizadas más cercanas a la cortical. Estos cambios anatómicos aumenta las probabilidades de daño y sangrado en caso de perforación de la tabla lingual. En la región de los caninos los vasos están localizados incluso más cerca que en áreas posteriores. De los casos reportados en la literatura, la gran mayoría de hemorragias a nivel de suelo de boca (secundarias a colocación de implantes) que han puesto en peligro la vida del paciente, han sido en la región de los caninos.

Es importante tomar medidas básicas inmediatas en estos casos; compresión bimanual en el sitio de perforación y traslado inmediato del paciente al hospital más cercano para asegurar la vía aérea. Reconocer esta urgencia y actuar de forma rápida puede salvar una vida.

SESIÓN 1

CPA3 (25). EL CARCINOMA EPIDERMOIDE DE CAVIDAD ORAL EN MENORES DE 40 AÑOS

Espín Gálvez F; Herrero Basilio Y; García Carricondo A; Quesada Bravo FJ; Prats Golczer V; Sicilia Gutiérrez, M. *Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Regional Universitario Torrecárdenas. Almería*

INTRODUCCIÓN:

El carcinoma epidermoide de cavidad oral (CECO) tradicionalmente se ha considerado una enfermedad de edades avanzadas. Se han demostrado numerosos factores etiológicos como el tabaco y el alcohol o las lesiones premalignas. Otros factores que han sido involucrados son la infección por papilomavirus (HPV), los hábitos dietéticos y la pobre higiene oral. Sin embargo, muchas de las personas diagnosticadas de CECO por debajo de 40 años no pertenecen a ninguno de estos grupos de riesgo, lo que ha llevado a implicar a factores genéticos.

MATERIAL Y MÉTODO:

Analizamos retrospectivamente nuestra experiencia clínica en el CECO en pacientes menores de 40 años desde el año 2007 al 2014.

Tras revisar 267 historias clínicas, 9 cumplieron los criterios necesarios para entrar en nuestro estudio descriptivo, ser pacientes menores o igual a 40 años de edad con CECO, excluyendo el labio.

Los datos registrados incluyeron sexo, edad, factores etiológicos, localización, estadío TNM, modalidad de tratamiento, éxitus y supervivencia.

RESULTADOS:

De los 9 pacientes, 6 eran hombres y 3 mujeres. El rango de edad estaba comprendido entre los 28 y los 39 años de edad respectivamente. Sólo 3 eran fumadores y ninguno bebedor. Los tumores estaban localizados en la lengua, excepto un caso situado a nivel de encía superior. Respecto al estadío tumoral, 5 casos se encontraban en estadio I, en concreto las 3 mujeres registradas pertenecían a este grupo, 2 casos en estadio II y 2 casos en estadio IV. Todos excepto un caso, recibieron tratamiento de cirugía y 5 casos radioterapia y/o quimioterapia adyuvante. Se han registrado 3 casos de revivida local antes de finalizar el primer año de tratamiento. En la actualidad de han registrado 5 éxitus, todos ellos varones.

CONCLUSIONES:

Históricamente se ha reconocido que la edad impactaba en el pronóstico del CECO, teniendo los menores de 40 años un pronóstico desfavorable. Sin embargo, en un análisis de SEER de 19681 pacientes, Goldenberg y colaboradores han informado que la supervivencia es mejor en menores de 45 años de edad, con resultado estadísticamente significativo.

En general, este grupo de pacientes no tienen tumores asociados a consumo de alcohol o tabaco.

Los tumores en estos pacientes suelen tener mayor tasa de recivida local, aunque la presencia del VPH, subtipos 16 y 18, implica un mejor control local de la enfermedad.

Además podría existir inestabilidad genómica que aumente el riesgo de CECO, de hecho la mayoría de estos pacientes jóvenes presentan una sobreexpresión de la proteína p53.

En diversos estudios los varones mostraron un ligero peor pronóstico que las mujeres, aunque no se han apreciado diferencias estadísticamente significativas.

SESIÓN 1

CPA4 (16). THE VALIDITY AND RELIABILITY OF THE SPANISH VERSION OF THE UNIVERSITY OF WASHINGTON QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE FOR PATIENTS WITH HEAD AND NECK CANCER

Ahmed Amer, I.; de Vicente, J.C.

Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Central University Hospital of Asturias. Oviedo Faculty of Medicine, Oviedo University

PURPOSE:

The University of Washington Quality of Life Questionnaire (UW-QOL) is an English language survey used to assess the quality of life of patients with head and neck cancer. The present study aimed to translate this widely used questionnaire into Spanish according to international guidelines and to statistically determine its validity and reliability by administering it to native Spanish-speaking patients.

MATERIALS AND METHODS:

This prospective study was performed at Central Hospital University of Oviedo, Faculty of Medicine, Oviedo University, Asturias, Spain. The study included patients newly diagnosed as having head and neck cancer.

Translation and cultural adaptation of the questionnaire were performed first. Then, the translated version was tested on a consecutive series of 32 patients seen in the department of Oral and Maxillofacial surgery between December 2013 and December 2014. The patients were asked to complete 3 sets of questionnaires. The first set was completed 1 day before the beginning of treatment, the second one month after the completion of treatment, and the third three months after surgery. Because the acute effects of treatment typically diminish by 3 months, we administered the second set of questionnaires one month after completion of treatment to evaluate the impact of treatment. The third set was administered 2 months after the second set to measure test-retest reliability because 2 months was considered a sufficient interval to ensure that the patients would not remember their responses to the second set of questionnaires. All sets used the Spanish version of UW-QOL.

Questionnaire scoring: Each item on the UW-QOL (version 4) is scored from 0 to 100. Higher scores indicate better quality of life. A "composite score" is obtained by calculating the mean of the 12 items.

Results: The original English version of UW-QOL was carefully translated into Spanish. To determine its validity and reliability by measuring the internal consistency and test-retest reliability. The composite scores of the translated UW-QOL were compared statistically with the European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Core Questionnaire scores, Karnofsky and ZEW performance scales, T stage of the disease, and UW-QOL global questions scores to support the scale's construct validity, and statistically significant associations were observed.

CONCLUSIONS:

The Spanish UW-QOL appears to be a valid and reliable tool for use with Spanish patients with head and neck cancer; it can also be used in clinical investigations and routine clinical practice in Spain.

SESIÓN 1

CPA5 (247). INCIDENCIA DE METÁSTASIS GANGLIONARES EN EL NIVEL IIB EN LOS CARCINOMAS EPIDERMOIDES DE LA CAVIDAD ORAL (CECO)

Rodríguez Santamarta T; Villalaín L; Fernández del Valle A; González M; Blanco Lorenzo V; de Vicente JC
Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

INTRODUCCIÓN:

La introducción de la disección cervical selectiva en los casos en los que está indicada ha demostrado unos resultados oncológicos similares a la disección cervical radical con menor morbilidad asociada para el paciente.

En pacientes con CECO, la tasa de metástasis ganglionares en el nivel IIB no está clara y la disección de esta zona supone gran morbilidad asociada a la manipulación quirúrgica del XI par craneal.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se incluyeron de manera secuencial los pacientes diagnosticados y tratados por CECO primario en nuestro servicio entre 2010 y 2012.

En estos se realizó una disección cervical y se envió para su estudio anatomopatológico el nivel IIB de forma aislada, separándolo en el momento de la disección quirúrgica.

RESULTADOS:

Se incluyeron en el estudio un total de 57 disecciones cervicales.

Se analizaron las variables demográficas habituales (edad, sexo, hábitos tóxicos) y las variables oncológicas (localización, TNM, grado histológico, estado de los bordes, presencia de afectación ósea, tratamiento complementario con quimio o radioterapia. Además se tuvo en cuenta el tipo de vaciamiento cervical, el número de ganglios linfáticos aislados tanto en el nivel IIB como en el resto del vaciamiento, ganglios positivos para metástasis tumoral y la presencia de invasión extracapsular.

La media de ganglios linfáticos aislados en los niveles IIB enviados fue de 4.

En 22 disecciones cervicales se encontró al menos un ganglio linfático positivo para malignidad, en 4 de ellos con extensión extracapsular. Sólo en uno de estos pacientes se encontraron metástasis en los ganglios del nivel IIB.

CONCLUSIONES:

En nuestra serie la incidencia de metástasis cervicales es menor al 2% y se asoció con la presencia de otros ganglios metastáticos en el resto de niveles de la disección cervical, así como con un estadiaje radiológico positivo.

SESIÓN 1

CPA6 (81). ESTUDIOS DE IMAGEN EN LA INVESTIGACIÓN ANIMAL. LA TENDENCIA A LA RACIONALIZACIÓN

Gallego L (*), Junquera L (**), Loredo V (**), García-Consuegra L (**), Costilla S (**)

(* *Hospital de Cabueñes, Gijón*)

(** *Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo*)

(*** *Bioterio, Universidad de Oviedo, Oviedo*)

INTRODUCCIÓN:

En el momento actual cerca de 15 millones de animales se utilizan anualmente en la experimentación animal en la Unión Europea. En nuestro país cerca de 2 millones al año de animales son sacrificados en experimentos tras días, semanas, o meses de sufrimiento. Aunque los cambios legislativos recientes (RD 53/ 2013) promueven la racionalización de la experimentación animal, la situación actual es susceptible de mejoría.

OBJETIVO:

Describir las aportaciones que las nuevas tecnologías de imagen pudieran significar para la experimentación animal.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Micro Tomografía computarizada (microCT) (SkyScan 1174, Bruker, Kontich, Bélgica). Posibilita controles de la evolución cronológica del experimento, con reconstrucciones 3D (NRecon software Bruker). Además posibilita el estudio de diferentes variables (Densidad Mineral Ósea, Volumen Óseo Total, Grosor trabecular, Número de Trabéculas, SMI) susceptibles de comparación estadística.

PET-CT (ARGUS-PET). (Sedecal, Algete, Madrid) es probablemente la técnica más potente para el estudio in vivo de procesos biológicos en animales de laboratorio. Esta modalidad de imagen permite estudiar, visualizar y cuantificar múltiples procesos bioquímicos y fisiológicos tales como metabolismo glicolítico, tasa de síntesis proteica, proliferación celular, actividad enzimática, tasa de consumo de oxígeno, metabolismo β -oxidativo, pH intracelular, flujo sanguíneo, transmisión de señales, expresión génica y su regulación, entre otros.

Resonancia Magnética (MR Solutions. Guildford. Reino Unido). Posibilita la obtención de imágenes de estructuras biológicas vivas con resoluciones espaciales de pocas decenas de micras, que posibilitan la visualización de detalles anatómicos y fisiológicos a nivel tisular.

RESULTADOS:

Se procede a documentar con imágenes de diferentes animales las posibilidades clínicas e investigadoras de cada de una de los aparatos y técnicas descritas.

CONCLUSIÓN:

Los estudios de imagen en animales implementan la calidad de la información objeto del estudio, permitiendo simultáneamente la disminución de sacrificios innecesarios, minimizando la laboriosidad inherente a los estudios histológicos convencionales.

SESIÓN 1

CPA7 (63). EMPLEO DE LA DISTRACCIÓN ÓSEA EN EL TRATAMIENTO Y RECONSTRUCCIÓN DE LA ANQUILOSIS TEMPOROMANDIBULAR EN NIÑOS

Hernando J; Martín J; Arruti JA; Esnal F; Rad JA; Martínez-Seijas P
Hospital Universitario Donostia. San Sebastián

INTRODUCCIÓN:

La anquilosis temporomandibular es una situación clínica con múltiples etiologías, en la que se produce una destrucción progresiva de la articulación que se sustituye por tejido fibroso u óseo. Esto se traduce en una pérdida de la función y déficit del crecimiento mandibular. El tratamiento de esta entidad requiere la liberación de la anquilosis, reconstrucción de la articulación y mejora de la hipoplasia. La distracción ósea es una alternativa al tratamiento clásico mediante injerto costocondral.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se presentan 4 casos de niños con anquilosis temporomandibular, pertenecientes a la ONG Tierra de Hombres. Para la planificación y tratamiento se hizo uso de radiografías panorámicas, TC con reconstrucción 3D y Biomodelos. La cirugía propuesta consistió en liberación del bloque anquilótico, interposición de colgajo temporal y colocación de distractores para reconstruir, mediante transporte óseo, la altura de la rama ascendente mandibular y generar un neo cóndilo. Secundariamente, en dos pacientes que presentaban hipoplasia mandibular grave y síntomas de apnea del sueño, se realizó avance mandibular con distractores curvilíneos bilaterales. Las variables medidas fueron el rango de apertura y avance mandibular. Dos pacientes presentaban clínica de SAOS y se evaluó si existió algún tipo de mejora.

RESULTADOS

En los 4 casos se produjo una mejoría importante de la apertura oral inmediatamente después de la cirugía. La distracción ósea permitió restablecer la altura de la rama ascendente mandibular, con una media de regeneración ósea de 20 mm. En los dos pacientes con hipoplasia mandibular grave se mejoró el perfil y resolvió el SAOS. En un caso se produjo una reanquilosis que requirió nuevas cirugías.

CONCLUSIÓN

La distracción con transporte óseo es una alternativa injerto costocondral en el tratamiento de la anquilosis temporomandibular en niños. Como ventajas se puede considerar el inicio inmediato de rehabilitación con ejercicios de apertura bucal y la ausencia de morbilidad de zona donante. Como desventajas la necesidad de una segunda cirugía para la retirada del distractor y la incógnita de resultados definitivos a largo plazo. El uso de planificación 3D y biomodelos nos ayuda a predecir el avance y el comportamiento de las estructuras óseas.

SESIÓN 1

CPA8 (33). ABSCESO EPIDURAL EN CONTEXTO DE TRATAMIENTO CON BISFOSFONATOS

Granados, J.F.; Pinos, D.A.; Augustin, J.E.; Ruiz, F.; Acosta, A.J.; Aguilar, Y.
Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Regional Universitario. Málaga

INTRODUCCIÓN:

La incidencia de abscesos cerebrales (AC) alcanza una frecuencia de hasta 1 por cada 100 000 individuos, dando a esta patología una baja incidencia; debido principalmente a la barrera hematoencefálica que excluye a las bacterias del sistema nervioso central (SNC). Sin embargo, los AC, el empieza subdural y los abscesos epidurales son las lesiones superlativas mas comunes en el SNC. La mayoría de los microorganismos en la cavidad oral son inofensivos (aproximadamente 500 bacterias) pero se vuelven dañinas en pacientes con problemas de salud. Algunos autores reportan un lapso de tiempo de un minuto después de cualquier procedimiento dental para que los microorganismos alcancen órganos como el corazón, pulmones y sistema capilar; sin embargo, esta bacteremia transitoria es eliminada usualmente por el sistema reticuloendotelial.

CASO CLÍNICO:

Presentamos un caso de un paciente femenino con antecedentes de mieloma múltiple e insuficiencia renal que acude con historia de dos semanas de presentar síntomas neurológicos con una celulitis prioritaria asociada a una fístula palpebral con débito purulento. Estudios radiológicos revelaron un absceso epidural junto a una ocupación de los senos paranasales. El tratamiento incluyo antibióticos intravenosos y un abordaje quirúrgico tipo Caldwell-luc para drenar los senos paranasales, encontrando una alta porosidad y secuestro óseo en el hueso maxilar.

RESULTADOS:

Hallazgos anatomopatológicos refieren anomalías de hueso necrótico debido a tratamiento con bisfosfonatos en ausencia de neoplasia. Así mismo, cultivos revelaron presencia de Streptococcus constellatus, enterococcus avium, eikenella corrodens y peptostreptococcus bucae, típicos de condiciones bucales como gingivitis y periodontitis.

CONCLUSIONES:

- Este caso enfatiza el poder de extensión y diseminación de infecciones bucales que sobrepasan barreras físicas a través de planos óseos y de tejidos blandos.
- En condiciones inmunosupresoras que se asocian con alteraciones neurológicas, también deberían de considerarse focos infecciosos bucales.
- Colaboración multidisciplinaria entre cirugía maxilofacial, neurocirugía y el departamento de infectología. Permitiendo abordar patologías infecciosas severas de manera efectiva, previniendo su progresión y agravamiento.

SESIÓN 1

CPA9 (148). ANÁLISIS MICROBIOLÓGICO Y DE SENSIBILIDAD ANTIBIÓTICA EN LAS FORMAS GRAVES DE INFECCIÓN ODONTOGÉNICA EN EL PERIODO 2013-14

Augustín J.E.; Zamudio L.; Acosta A.J.; Salinas J.L.; Sánchez C.; Aguilar Y.

Hospital Regional Universitario. Málaga

Revisión de los cultivos microbiológicos y los antibiogramas asociados de los pacientes que sufrieron infección odontogénica grave en el periodo 2013-14 y que precisaron de drenaje bajo anestesia general para la resolución de su proceso. Confrontación de los resultados obtenidos con la evidencia procedente de la bibliografía actual.

SESIÓN 1

CPA10 (72). ESTRATEGIA EN SALUD: ESTABLECIMIENTO DE UNA RED DE SERVICIOS DE SALUD EN EL ÁREA QUIRÚRGICA DE LA UNIDAD DE LABIO Y PALADAR HENDIDO – MAXILOFACIAL, HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS –HOSPITAL DE SAN CARLOS, COSTA RICA

Navas - Aparicio, M.C.

Hospital Nacional de Niños, San José, Costa Rica, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica

En el área de la salud, se deben de buscar estrategias que permitan mejorar el nivel de la salud de la población, entendiendo la eficacia en actuar, con criterios de mejora e instaurando iniciativas que funcionen y perduren con el tiempo, para fortalecer dicho sistema. El establecimiento de una red de servicios de salud, posibilita compartir conocimientos y prácticas específicas a través de políticas conjuntas y diseño de estrategias comunes, logrando encontrar soluciones a problemas comunes.

Se presenta un proyecto que hoy día es programa, denominado programa quirúrgico de la Unidad de Labio y Paladar Hendido – Maxilofacial, Hospital Nacional de Niños – Hospital de San Carlos, Costa Rica, el cual se inició en el año 2014.

METODOLOGÍA:

Debido a la existencia de listas de espera para cirugía en la Unidad de Labio y Paladar Hendido – Maxilofacial del Hospital Nacional de Niños, se buscó una estrategia que ayudase a dar solución prontamente a una patología quirúrgica, pues este hospital es el centro nacional pediátrico en Costa Rica. EL hospital de San Carlos, es un hospital regional de un nivel II de atención, que posee la infraestructura y el equipo humano (anestesiólogo pediatra, asistente cirujano, personal de sala de operaciones, personal de enfermería), para poder establecer un programa quirúrgico, donde el cirujano del Hospital Nacional de Niños se desplazase a este centro hospitalario.

Posterior a la definición de la estrategia, en cuanto a establecer una red de servicios de salud entre ambos hospitales, se inició el programa quirúrgico en Febrero 2014 en el Hospital de San Carlos. Cada jornada quirúrgica consta de dos días, cada dos meses, para operar pacientes con patologías de labio y paladar hendido y patologías maxilofaciales, previa valoración y coordinación con anticipación en el Hospital Nacional de Niños, y Hospital de San Carlos.

RESULTADOS:

Se realizaron seis jornadas quirúrgicas durante el año 2014, cada una de ellas de dos días. Se intervinieron quirúrgicamente 37 pacientes y se suspendieron 10 pacientes a consecuencia, principalmente, de infección de vía aérea superior. Debido a la tecnología incorporada a nivel hospitalario, se realizaron cinco interconsultas previas con el Servicio de Anestesiología del Hospital de San Carlos, ya que existían pacientes con compromiso de la vía aérea o con compromiso sistémico, para determinar si el paciente podía ser intervenido en dicho hospital.

CONCLUSIÓN:

El establecimiento de una red de servicios, exige disponer de instrumentos eficaces de coordinación y cooperación entre las instituciones participantes, lo que implica un reto importante y una transformación en el sistema. Como se observó con los resultados, el establecimiento de esta red se logra a través de voluntad política y con el conocimiento que proporcionan las experiencias de cada parte. Ello permite, no solo darle al paciente una oportunidad en cuanto adelantar una cita para un procedimiento quirúrgico dado, sino permite la mejora a nivel de la institución local (Hospital de San Carlos) con nuevas innovaciones en sus quehaceres y con nueva tecnología. Todo ello conduce a que se pueda mantener a largo tiempo un programa, gracias a la colaboración y sinergias entre las instituciones implicadas.

SESIÓN 1

CPA12 (38). TORTÍCOLIS CONGÉNITA: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Hassan Amselem, D.; Montes Carmona, J.F.; López Martos, R.; Torres Carranza, E.; Sánchez Sánchez, M.; Gutiérrez Pérez, J.L.

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

INTRODUCCIÓN:

La tortícolis muscular congénita es aquella deformidad del cuello, escasamente frecuente, que se presenta en el recién nacido o que se manifiesta durante los dos primeros meses de vida y que se asocia a un acortamiento del músculo esternocleidomastoideo. Es un proceso que puede autolimitarse de forma temprana, pero en algunos casos, son necesarias medidas invasivas tales como la toxina botulínica o incluso las miotomías de esternocleidomastoideo, con la finalidad de permitir un movimiento adecuado cervicofacial sin acortamientos ni asimetrías.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Paciente de 23 años con tortícolis muscular congénita refractaria a tto fisioterápico, tto ortopédico, inyección de toxina botulínica. Decidimos tratamiento quirúrgico, para ello realizamos una miotomía completa del fascículo externo y parcial del fascículo clavicular, para no sacrificar el músculo en su totalidad.

RESULTADOS:

La paciente realizó visitas regladas postcirugía a las dos semanas, un mes, dos meses, seis meses y un año. Funcionalmente presenta una completa simetría cervical sin dolor y con una mejora en la amplitud de movimiento de la cual carecía antes de la miotomía. Estéticamente existe un buen resultado, ya que la incisión es mínima y en un pliegue cervical, lo que consigue aunar resultados funcionales óptimos con un aceptable resultado estético.

CONCLUSIONES:

Debemos conocer esta entidad a pesar de ser poco frecuente, y a pesar de responder generalmente bien a tto conservador, hay casos en los que es necesario realizar tto quirúrgico. Se trata de un procedimiento, como norma general, curativo, eficaz y con poco riesgo y contraindicaciones.

SESIÓN 1

CPA13 (84). FORMACIÓN DE AFTAS ORALES POR CONTACTO DE SULFATO FERROSO EN ANCIANOS

López Martos, R; Martín Lozano, G; Jara Rodríguez, P; Hassan Amselem, D; Gutiérrez Pérez, JL

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

INTRODUCCIÓN:

La mucosa oral, debido a sus características anatómicas y a las funciones propias del aparato estomatognático, es un lugar muy expuesto a traumatismos, lesiones yatrogénicas de tipo químico, físico o reacciones tóxicas o alérgicas que se manifiestan como lesiones erosivas y ulceradas.

La toxicidad de la mucosa por sulfato ferroso se ha descrito en hipofaringe, luz esofágica y árbol traqueobronquial.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Presentamos el caso de un paciente de 72 años que manifestaba lesiones de aspecto necrótico en base de lengua y mucosa yugal que desprendían al raspado y dolorosas de 2 días de evolución. Como antecedente presentaba anemia tratada con sulfato ferroso diario.

RESULTADOS:

Tras la exploración se descartan enfermedades debidas a otras causas como el pénfigo, penfigoide, lupus, enfermedades hematológicas, eritema multiforme, enfermedades digestivas, etc. Observamos un comprimido de sulfato ferroso sublingual provocando úlcera por decúbito. Se trata con la retirada del fármaco y la administración de sucralfato.

CONCLUSIÓN:

La principal característica es el dolor. La acción de medicamentos empleados directamente en la cavidad oral puede actuar por acción química como las quemaduras por AAS o por la incorrecta técnica de administración de fármacos como en nuestro caso debido al sulfato ferroso y se tendrá en cuenta en pacientes ancianos o con trastornos para deglutir. Entre los factores fundamentales para corroborar el diagnóstico están el interrogatorio meticuloso y la exploración detenida del paciente. Las formulaciones farmacéuticas apropiadas como jarabes deben administrarse a los pacientes en riesgo.

PALABRAS CLAVES: úlcera por medicamento; sulfato ferroso; ulcera oral

SESIÓN 1

CPA14 (56). PROFILAXIS ATB EN CIRUGIA DE 3º MOLARES: ¿NECESIDAD DE INDIVIDUALIZAR POR DIFICULTAD QUIRURGICA EL RIESGO DE INFECCIÓN?

Cebreros D.; Ventura N.; Morales J.D.; García O.; Iglesias M.E; Puche M.
Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Clínico Universitario. Valencia

INTRODUCCIÓN:

La profilaxis antibiótica y la antibioticoterapia en cirugía de terceros molares sigue siendo un tema controvertido en la bibliografía vigente. La evidencia actual cuestiona la utilidad de profilaxis y mucho más la de antibioticoterapia postquirúrgica para la prevención de complicaciones de esta cirugía. La mayoría de los trabajos reportan una tasa de incidencia entre el 1% y el 15% de infecciones postquirúrgicas. En este trabajo buscamos analizar la incidencia de complicaciones con el uso de profilaxis antibiótica.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio descriptivo con pacientes operados por terceros molares bajo anestesia general, por nuestro servicio, en un periodo de cuatro meses.

Se incluyó sólo a pacientes sanos (única comorbilidad aceptada: sobrepeso) y operados de los cuatro cordales al mismo tiempo. Se excluyó a los pacientes que, por presentar infección al momento quirúrgico (quistes, granulomas, pericoronaritis), precisaran de antibioticoterapia terapéutica postquirúrgica.

A todos ellos se les pauto profilaxis antibiótica con amoxicilina/clavulánico 2 g/200 mg IV ó gentamicina 240 mg + clindamicina 600mg IV, para los alérgicos a la penicilina, en dosis única previo a la inducción anestésica. El tratamiento postquirúrgico se basó solamente en analgésicos y antiinflamatorios (según criterio del cirujano).

Se controló a los pacientes durante 15 días y se evaluó el dolor postoperatorio con dos escalas, una analógica del 1 al 10 (1: no dolor – 10 máximo dolor) y otra nominal con 4 categorías de dolor (Nada – Poco – Bastante – Mucho). A su vez se evaluó la incidencia de infecciones postoperatorias.

Para el análisis de los resultados se dividió la muestra en 4 grupos según la complejidad de la cirugía (según cantidad de colgajos cutáneo-mucosos, osteotomías y odontosecciones).

Grupo 1: Ningún colgajo ó 1 colgajo + 1 osteotomía.

Grupo 2: 2 ó más colgajos + ninguna o 1 osteotomía

Grupo 3: Al menos 2 osteotomías ó 1 odontosección (independientemente de los colgajos)

Grupo 4: Al menos 3 osteotomías ó al menos 2 odontosecciones.

RESULTADOS:

La muestra total fue de 114 pacientes con una edad media de 26 años. El tiempo quirúrgico medio fue de 32,71 minutos. La tasa de infecciones fue del 17,5 % para el total. En la escala analógica del dolor la media de la muestra fue de 3,7 sobre 10. En la escala nominal: el 2,63 % refirió mucho dolor, el 27,19% refirió bastante dolor pero soportable, el 39,47% refirió poco dolor y el 30,70 % refirió no haber tenido nada de dolor.

Cuando se compararon los 4 grupos no se encontraron diferencias significativas entre los 3 primeros grupos, tanto para la incidencia de infecciones como para la medida del dolor, por los que se decidió agrupar los 3 primeros grupos en baja complejidad quirúrgica y el grupo 4 en alta complejidad quirúrgica.

Así quedo la muestra agrupada en dos categorías. Alta complejidad (n=67 - tiempo quirúrgico de 36 minutos – edad media 27 años) y baja complejidad (n=47 - tiempo quirúrgico de 28 minutos – edad media 26 años), donde, en la primera, la tasa de infecciones fue del 24%, con una media de dolor de 4,31 y en la segunda las infecciones descendieron a un 8,5%, con una media de dolor de 2,9, equiparándose así con la bibliografía presente para este tipo de cirugía.

Los resultados fueron analizados con el test de Chi-cuadrado para contraste de hipótesis donde se vio una asociación entre la complejidad de la cirugía y la incidencia de infecciones con un valor de $p=0,033$ para un error alfa de 0,05.

También se analizó la medida del dolor con respecto a la complejidad de la cirugía y se encontró asociación entre las mismas, donde a mayor complejidad mayor dolor, tanto para la escala analógica como para la escala nominal (Se empleó ANOVA para la escala analógica y Chi-cuadrado para la nominal) con una $p = 0,001$ para un error alfa de 0,05 y $p= 0,002$ para un error alfa de 0,05 en las respectivas pruebas.

DISCUSIÓN:

Mediante la estratificación de la cirugía de terceros molares hemos encontrado una clara asociación entre la complejidad de la misma y el aumento de incidencia de complicaciones. El riesgo de infecciones en las cirugías más complejas aumenta casi 3 veces con respecto a las menos complejas. La mayoría de los estudios sobre este tema no realizan esta distinción de acuerdo a la complejidad quirúrgica y solo el grupo de baja complejidad de este estudio se correlaciona con la bibliografía actual. Dado que este es un estudio meramente descriptivo y carece de grupo control, nos vemos en la necesidad de diseñar un estudio experimental con el fin de determinar si existen medidas preventivas para este grupo de alto riesgo que logren reducir la incidencia de complicaciones del mismo y equiparlo al grupo de bajo riesgo, permitiendo así un uso racional de los antibióticos de acuerdo a una clasificación clara de complejidad quirúrgica relacionada al riesgo de infección.

SESIÓN 1

CPA15 (157). BOCIO MULTINODULAR HIPERFUNCIONANTE SOBRE TIROIDES LINGUAL COMO CAUSA DE SÍNDROME DE APNEA DEL SUEÑO: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO MEDIANTE ABORDAJE COMBINADO INTRA-EXTRAORAL

Fernández-Barriales López M (*); Vázquez Marcos V (*); Jauregi Zabaleta M (*); Sánchez López-Davalillo I (*); Odriozola Saizar B (**); Alonso Fernández-Pacheco J (*).

(*) Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. (**) Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Universitario de Álava. Vitoria-Gasteiz

INTRODUCCIÓN:

Las alteraciones anatómicas ocupantes de espacio en la vía aérea superior contribuyen a la instauración del Síndrome de Apnea Hipopnea del Sueño (SAHS), definido por la AASM como un colapso repetitivo parcial o completo de la vía aérea superior que resulta en una interrupción de la arquitectura normal del sueño y desaturaciones de oxígeno arterial. El Tiroides Lingual es una anomalía congénita del desarrollo que se manifiesta por una detención prematura en el descenso del primordio de la glándula tiroidea desde el foramen caecum hasta su posición anatómica pretraqueal y que puede constituir una causa efectiva de SAHS cuando alcanza un determinado tamaño a nivel de la base lingual.

Presentamos un caso tratado mediante un abordaje combinado intra-extraoral con resultados satisfactorios.

CASO CLÍNICO:

Mujer de 51 años con antecedentes personales de vitíligo, estudios negativos de hormonas tiroideas e histerectomía por miomas uterinos múltiples. Fue referida al ORL por su médico de empresa por hipoacusia y episodios recurrentes de ototubaritis. La nasofibrolaringoscopia reveló la existencia de una hipertrofia simétrica de la base de la lengua asociada a astenia y disfagia leves, y a un incremento en el esfuerzo respiratorio nocturno especialmente en posición supina. Un estudio hormonal tiroideo mostró una TSH baja (0,03 iU/mL) y T3 libre alta (3,78 pg/mL) que, unidos a una imagen de masa heterogénea sólida hipercaptante a nivel de base de la lengua (49 x 24 x 33 mm) con nódulos y calcificaciones evidenciada en el TAC, llevó al diagnóstico de un hipertiroidismo por enfermedad de Graves-Basedow en el seno de un bocio multinodular lingual. La gammagrafía tiroidea con Tecnecio 99m pertecnetato confirmó el hallazgo y la ausencia de tejido tiroideo ortotópico. Se inició tratamiento antitiroideo con metimazol que consiguió la normalización de las pruebas hormonales tiroideas (TSH 1,17iU/mL, T3 libre 2,39pg/mL) pero sin mejoría de la sintomatología obstructiva. La poligrafía respiratoria (Embletta Gold, Embla Co.) diagnosticó un SAHS severo (IAH 45,5 eventos/hora) probablemente relacionado con la persistencia de la obstrucción hipofaríngea.

Debido al tamaño de la masa, su extensión posterior y lateral, y la ausencia de mejoría tras tratamiento conservador se decidió intervención quirúrgica mediante un abordaje intra-extraoral combinado. La cervicotomía submental, "pull-through" lingual con despegamiento de las papilas linguales y la musculatura geni/milohioidea, unidos a una glosotomía media permitieron un acceso con visión directa de la tumoración en base lingual, así como el control y la preservación del pedículo vascular y neural lingual durante su extirpación. La musculatura del suelo de boca despegada fue anclada de nuevo a las apófisis geni mediante un gancho Mitek (Mitek-DePuy Synthes, Johnson and Johnson, New Brunswick-NJ, USA). Se realizó asimismo una traqueostomía preventiva por el edema e inflamación hipofaríngeas esperadas, y se colocó una sonda nasogástrica de alimentación para mantener el lecho quirúrgico aislado durante la recuperación postquirúrgica.

RESULTADOS:

El resultado estético y funcional 1 año tras la intervención es bueno y, pendiente de la confirmación poligráfica de la mejoría del SAHS, la somnolencia y dificultad respiratoria nocturna han mejorado significativamente. La

paciente se encuentra en tratamiento hormonal tiroideo sustitutivo por ser el tiroides lingual su único tejido tiroideo funcionando previo.

CONCLUSIONES:

El tiroides lingual es una causa de SAHS curable quirúrgicamente que puede pasar desapercibida sin una exploración adecuada mediante fibrolaringoscopia flexible o pruebas de imagen dirigidas a la hipofaringe. El tratamiento quirúrgico mediante abordaje combinado intra-extraoral permite un adecuado acceso a masas de tamaño significativo a nivel de la base de la lengua controlando las estructuras vasculares y nerviosas vecinas. El resultado funcional y estético a medio plazo es bueno.

SESIÓN 1

CPA16 (160). GUÍAS QUIRÚRGICAS CON APOYO ESQUELÉTICO PARA CIRUGÍA ORTOGNÁTICA: PRESENTACIÓN DE 5 DISEÑOS APLICADOS

Brunso J, Franco M, García Iruretagoyena M, Aguirre I, Prol C, Álvarez J.
Hospital Universitario Cruces, Osakidetza-Servicio Vasco de Salud

INTRODUCCIÓN:

La irrupción de la tecnología digital en la planificación de los casos de cirugía ortognática, ha supuesto una revolución en este campo de la cirugía maxilofacial, siendo el origen de un cambio de paradigma y el germen de futuras nuevas soluciones. Los avances en la impresión 3D y el diseño CAD-CAM permiten la fabricación de sistemas de osteosíntesis a medida a través de un proceso totalmente digital y a unos costes cada vez más competitivos. Estos sistemas customizados pueden transmitir los movimientos planificados a los fragmentos osteotomizados y realizar la osteosíntesis al mismo tiempo pero para ello, precisan de sistemas de transferencia que permitan posicionarlos exactamente en el campo operatorio, ya sea con sistemas de navegación o con guías dento/hueso soportadas.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo sobre 5 guías quirúrgicas hueso-soportadas diferentes que hemos utilizado en 20 casos clínicos de cirugía ortognática. En todos los casos se ha seguido el mismo protocolo: previamente a la cirugía de modelos virtual hemos definido la localización de los tornillos de osteosíntesis sobre la superficie esquelética de la Tomografía Computarizada que ha permitido el diseño de la guía de osteotomía y perforación. Todas las guías han sido fabricadas por sintetizado con resina fotosensible biocompatible o con titanio poroso comercial. El diseño de estas guías difieren en los puntos de apoyo: oclusal-esquelético y esquelético.

RESULTADOS:

Los diferentes sistemas presentados son una evolución de una idea inicial en búsqueda de la mayor precisión y sencillez de uso. Los sistemas con apoyo esquelético presentan la ventaja de prescindir del estado dental y de la necesidad de escaneado oclusal, no obstante, a nivel mandibular las guías esqueléticas con apoyo oclusal han sido mucho más operativas. El material y el diseño deben ofrecer una cierta elasticidad para poder adaptarse a la superficie esquelética pero sin deformarse o con un tiempo recuperación elástica breve, para no alterar la información que alberga la guía.

CONCLUSIONES:

Los sistemas de osteosíntesis personalizados y los sistemas de posicionamiento con guías esqueléticas pueden ser una opción de futuro especialmente indicada en: casos de grandes asimetrías con un importante componente vertical; casos en los que no podemos esperar una buena estabilidad oclusal en el postoperatorio, ya sea por estados dentales deficientes o por tratarse de una Surgery First; y por supuesto en los casos en los que existen alteraciones anatómicas difíciles de solucionar con los sistemas convencionales.

SESIÓN 1

CPA17 (232). QUISTE DEL SEGUNDO ARCO BRANQUIAL A NIVEL PARAFARINGEO

Jariod Ferrer U; Cámara Vallejo M; Mur Til A; Pantilie B; Gavin Clavero M; Bandres Moliner P.

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

INTRODUCCIÓN:

Las anomalías de tipo congénito provenientes de los arcos branquiales corresponden al 1% de la patología cervical. Suelen aparecer en adultos jóvenes y el segundo arco branquial es el responsable del 90 % de de la formación de dichos quistes. El espacio parafaríngeo es un espacio cervical profundo con forma de pirámide invertida que se extiende desde la base del cráneo hasta el hioides, y se relaciona con los grandes vasos del cuello.

CASO CLÍNICO:

Paciente de 30 años remitida, en Diciembre de 2014, por el servicio de ORL por presentar tumoración parafaríngea derecha de aspecto quístico correspondiente radiológicamente con un quiste de la segunda hendidura branquial. A la exploración física presenta tumoración a nivel parafaríngeo derecho que ocupa la pared posterior faríngea desplazando a la amígdala. La paciente refiere apneas durante el sueño. PAAF: Citología benigna oligocelular. TC: Lesión quística de unos 6 x 3,5 x 3 cm de diámetro aproximadamente, con pared fina y bien definida, situada por detrás de la musculatura pterigoidea y de la glándula submaxilar derecha, y por delante de los grandes vasos del cuello. Desplaza lateralmente al espacio parafaríngeo derecho originando compresión sobre la región posterolateral de la pared nasofaríngea y orofaríngea derechas, con desplazamiento anterior de la amígdala derecha. El pasado Febrero de 2015 se interviene quirúrgicamente bajo anestesia general realizándose exéresis de la tumoración quística mediante mandibulotomía de abordaje asociándose traqueostomía. Durante la intervención se aprecia sobreinfección del quiste con salida de abundante material purulento tomándose cultivo donde se observa un crecimiento de flora mixta del tracto respiratorio superior. La Anatomía Patológica definitiva fue de quiste branquial. Actualmente la paciente se encuentra en seguimiento ambulatorio y sin episodios de apnea ni signos de recidiva.

DISCUSIÓN:

El quiste branquial es una patología relativamente rara y de origen discutido. La teoría más aceptada es la explicación de la existencia de derivados epiteliales del aparato branquial que se desarrollan desde la tercera a la séptima semana del crecimiento fetal. Los quistes se pueden apreciar por una falta de resolución de éstos, siendo el más frecuente el del segundo arco branquial por su persistencia en el tiempo y en el desarrollo embriológico. Su localización más frecuente es a nivel del borde anterior o profundo del músculo esternocleidomastoideo (ECM) La localización parafaríngea es una localización extremadamente infrecuente en este tipo de tumoraciones. El diagnóstico presuntivo es la PAAF siendo de gran importancia los estudios de imagen para la planificación de la cirugía. El tratamiento de elección es el quirúrgico.

CONCLUSIONES:

El quiste branquial es un tipo de tumoración congénita que se relaciona con los grandes vasos del cuello. Su localización más frecuente es en relación con el ECM siendo muy rara la localización parafaríngea. El tratamiento de elección es el quirúrgico.

SESIÓN 1

CPA18 (216). REVISIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS FISURAS LABIOPALATINAS TRATADAS QUIRÚRGICAMENTE EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL INFANTIL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Mur A.; Pantilie B.; Gavín M.; Jariod U.; Cámara M.; Moral JI.

Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

INTRODUCCIÓN:

Las fisuras del labio y/o paladar son las malformaciones congénitas más frecuentes de cabeza y cuello, y la segunda en orden de frecuencia de todo el cuerpo; siendo debidas a la falta de fusión de los procesos maxilares durante el desarrollo embrionario.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal, obteniendo una muestra de 211 pacientes. Los criterios de inclusión fueron haber sido intervenido de fisura labio palatina o sus secuelas en la Unidad de Cirugía Oral y Maxilofacial Infantil de Hospital Universitario Miguel Servet entre los años 2000 y 2014. Los criterios de exclusión fueron: fisuras labio palatinas intervenidas en otro centro, haber fallecido antes de la cirugía, no aceptar el tratamiento quirúrgico y pacientes mayores de 14 años.

RESULTADOS:

Durante los años 2000 a 2014, 211 pacientes fueron intervenidos de fisura labio palatina, de los cuales el 51,65% (109) fueron varones. Se realizaron 338 intervenciones, de las cuales 197 fueron intervenciones primarias (74 queiloplastias, 119 palatoplastias, 2 queiloplastia y palatoplastia en un mismo tiempo quirúrgico, 1 cierre de fisura tipo III de Tessier y 1 cierre de fisura tipo IV de Tessier) el resto fueron, 50 alveoloplastias, 25 cierres de fístulas oronasales, 2 cierres de fístulas y rinoplastia en un mismo tiempo quirúrgico, 19 correcciones de labio, 1 corrección de labio y rinoplastia, 19 rinoplastias secundarias, 24 faringoplastias y 1 segundo tiempo de cierre de fisura tipo IV de Tessier.

CONCLUSIONES:

Entre los años 2000 y 2014 se han intervenido a 211 pacientes de fisura labio palatina en el Hospital Miguel Servet de Zaragoza, lo que supone unos 14 casos nuevos de media al año.

SESIÓN 1

CPA19 (266). SÍNTESIS CIRUGÍA CRÁNEO FACIAL Y CERVICAL (CCFC)

Hernández Altemir, F. (*), Hernández Montero, S.(**), Hernández Montero, S.(***), Hernández Montero, E.(***), Moros Peña, M.(*****)

(*) *University of Zaragoza, European Association for Cranio-Maxillofacial Surgery and the Head and Neck Surgery, Spanish Association of Head and Neck Surgery, Spain Skull Base Surgery Association.*

(**) *University Master of Oral Implants and Prosthodontic*

INTRODUCCIÓN:

El término Craneofacial clásico (Tessier, Ortiz Monasterio, etc), define y sintetiza, las estructuras correspondientes al cráneo y la cara y todos sus contenidos, sin excepción, se podría echar de menos no obstante, el adherido que proponemos, de cervical (C), a la que individualizamos ahora ya, al menos cómo, Cirugía Cráneo Facial. Existen especialidades afines, recargadas nominalmente, que no tienen esta capacidad de síntesis en su denominación, de uso y ascendencia nacional e internacional, pero que, de la misma manera, encima, no se fortalecen con nuestra propuesta todavía.

Otras, se quedan cortas, aunque están nominalmente bien sintetizadas, pero no habitualmente adecuadas en su aspecto formativo, para su contenido y que cuentan cada día, no obstante, con más admiradores, la (Oral y Bucal, tanto monta, en exuberancia en relaciones, patologías y por tanto, con requerimientos altamente especializados, con extensas y complejas zonas, de gran capacidad funcional, orgánica y anatomofisiopatológica, tanto del área craneal, como de la cervical, se quiera, o no). Concretaríamos pues, que unas no llegan y otras, se quedan cortas, por lo que quizás alguien, debería reflexionar quitando excesos, añadiendo ausencias y todas, sumando, (C) en su denominación, si es, que no la tienen.

MATERIAL (M) Y MÉTODO (MÉ):

Poco se necesita, en ambos aspectos (M) y (Mé), para determinar, que no es menester nutrirse del enunciado, que da título a este espacio, para disponer de los medios habitualmente necesarios para desarrollarlos. No obstante diremos, en cuanto a (M), lo que es evidente, que la cara, representa, el espacio comprendido entre las cejas y la barbilla, con todos sus contenidos (órganos de los sentidos, lengua, maxilares, estructuras dentarias y las glándulas y conductos, que drenan en la cavidad orofaríngea...) y el cráneo, de la misma manera, es, lo inmediatamente superior a las cejas, en el conjunto de todo su volumen, tanto externo (cuero cabelludo), como interno (estructuras auditivas íntegras, craneoencefálicas y neurocaudales próximas), parece que falta incluir en la denominación de ésta, especialidad que tampoco explicitamos ahora mismo, el término (C).

Ya en (Mé), Cirugía Craneofacial, insistimos, define pues, las estructuras que trata, correspondientes al cráneo y la cara y todos sus contenidos, sin excepción, pero obvia para nuestra época (Siglo XXI) la ausencia señalada (C). Pasa igual, con las otras nominadas especialidades del día a día, ya también históricas y ampliamente institucionalizadas y difundidas, tanto a nivel nacional cómo internacional y que ocupan la práctica habitual, y que quizás todos, los lectores incorporarán a su percepción y pensamiento por lo que decimos.

(CCF) (Siglo XX), práctica y anatomofisiológicamente, sería la definición más sintetizada y medida que hubo conceptualmente, ahora, le faltara quizás, (C), para mantenerse. No buscamos hacer cambios que puedan desorientar o confundir a estas alturas, a pacientes, profesionales o Instituciones, sólo señalar quizás, dónde nos hemos quedado cortos y donde, nos hemos sobrepasado en denominación.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

Es evidente para nosotros, que, se han venido nominando Titulaciones especializadas, que tal vez no deberían haberse instalado para quedarse, si es que, hubiéramos hecho a tiempo, algunas reflexiones.

Por todo ello y sin claro, intentar desmontar nada de lo que está establecido, sí queremos señalar que la

clásica (CCF), pese a la ausencia reseñada (C) que la incompleta, para los tiempos que corren, es la más sintetizada, a las denominadas afines actuales y debe merecer, denominarse, para mantenerse en la élite, (CCFC), todo, sin apoyos o ausencias buscadas, de ningún tipo, que no sean, los puramente científicos.

Conflicto de intereses

No existe ningún tipo de pensamiento o acción atípica, fuera del contenido expuesto, por los autores.

BIBLIOGRAFÍA:

Francisco Hernández Altemir

Colaboran: Sofía Hernández Montero, Elena Hernández Montero, Susana Hernández Montero "*Propuesta de Aplicación de los nuevos términos de accesibilidad (A) e inaccesibilidad (I) en la estadificación clásica y reconocida TNM y en la que denominamos G(N): Tnm(*)...*", Sesión científica de la Real Academia de Medicina de Zaragoza, del día 3 de marzo de 2011, Preside El Excmo. Sr. D. Manuel Bueno Sánchez.

SESIÓN 2

CPA20 (174). TÉCNICAS QUIRÚGICAS COMBINADAS COMO PLAN B EN EL TRATAMIENTO DE SAOS

Sanz D.; Marcelino J.P.; Ferreira A.

Serviço de Cirurgia Maxilo-Facial. Centro Hospitalar Universitario de Coimbra, Portugal

INTRODUCCIÓN:

El Síndrome de Apnea Obstructiva del sueño (SAOS) se debe al colapso de la vía aérea durante el sueño. Se asocia a signos y síntomas con graves implicaciones para la salud y la calidad de vida. La introducción de técnicas quirúrgicas han podido complementar y mejorar la eficacia del tratamiento médico (CPAP).

CASO CLÍNICO:

Los autores presentan un caso de un paciente varón de 40 años con retrusión maxilo-mandibular, con muy mal estado dentario/periodontal y que fue realizada condilectomía derecha 15 años atrás. Con mala adaptación al CPAP. Fue realizado avance geniogloso y uvuloplastia con buenos resultados clínicos y funcionales.

CONCLUSIÓN:

En ocasiones, en pacientes con SAOS, aunque el perfil clínico /cefalométrico sea favorable para un avance maxilo-mandibular pueden haber otros condicionantes que hagan inviable esta opción debiendo recurrir a otras técnicas con morbilidad muy baja y buenos resultados funcionales.

SESIÓN 2

CPA21 (143). LINFOMA PLASMABLÁSTICO DE CAVIDAD ORAL. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA

Cariati, P; Marín Fernández, A; Monsalve Iglesias, F; Román Ramos, M; García Medina, B.
Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

INTRODUCCIÓN:

El linfoma plasmablástico fue descrito por primera vez por Delecluse en 1997, constituyendo una entidad infrecuente de linfoma difuso de células B grandes. Es una patología rara y suele localizarse en la cavidad oral, siendo los casos extraorales extremadamente infrecuentes. Se asocia a estados de inmunodeficiencia, principalmente a pacientes con infección por el VIH (en estos pacientes suele existir una coinfección por el VEB). Presenta un curso clínico agresivo y un pronóstico desfavorable. El tratamiento de elección es la quimioterapia, además de tratar el estado de inmunosupresión.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Presentamos el caso de una mujer de 62 años, con antecedentes personales de lupus eritematoso sistémico y síndrome de Sjögren en tratamiento, que acudió a nuestra consulta remitida por su médico de atención primaria por presentar una tumoración submucosa, sin ulceraciones mucosas, que afectaba a la hemilengua derecha con extensión a base lingual, zona epiglótica y suelo de boca homolateral. La paciente ha estado asintomática en todo momento, con un curso evolutivo de 3-4 meses aproximadamente.

Tras la anamnesis y exploración clínica, se tomó una biopsia de la lesión lingual que nos confirmó el diagnóstico de linfoma plasmablástico tipo cavidad oral. Posteriormente se llevó a cabo el estudio de extensión mediante la realización de un TC cervical y toracoabdominal, el cual confirmó la existencia de una lesión tumoral a nivel de hemilengua derecha con extensión posterior hacia la amígdala faríngea y con extensión inferior hacia suelo de boca homolateral y área epiglótica, y su extensión locorregional a nivel cervical (adenopatías significativas en cadena yugular interna y región yugulodigástrica derecha). En el TC toracoabdominal no se informó de adenopatías patológicas.

A su vez se realizó un estudio analítico sin encontrar un estado de inmunosupresión severo. La paciente actualmente está en espera de recibir tratamiento con quimioterapia.

DISCUSIÓN:

El linfoma plasmablástico tipo cavidad oral es una entidad rara de reciente descripción que está adquiriendo mayor prevalencia y relevancia a causa del aumento del número de pacientes inmunosuprimidos. En nuestro caso, presentamos una paciente con enfermedad reumatológica crónica, LES y Síndrome Sjögren, que ha sido tratada con fármacos inmunosupresores durante un largo periodo de tiempo, lo que apoyaría el diagnóstico de esta enfermedad. Lo que llama la atención es que en el momento del diagnóstico no presenta una inmunosupresión severa ni una importante repercusión del estado basal de la paciente, aunque si un curso clínico agresivo con una extensión rápida de la patología.

CONCLUSIONES:

A pesar de que el linfoma plasmablástico es una entidad rara y de frecuente descripción bibliográfica, es muy importante que los profesionales del ámbito maxilofacial tengan en cuenta esta posibilidad diagnóstica cuando se enfrentan al diagnóstico diferencial de tumoraciones de cavidad oral en enfermos inmunodeprimidos.

SESIÓN 2

CPA22 (3). FIBROMATOSIS AGRESIVA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Díaz Reverand S; Muñoz M; Sastre J; Rodríguez Campo F; Beloti M; Zylbelberg I.

Hospital Universitario de La Princesa. Madrid

INTRODUCCIÓN:

La fibromatosis agresiva (FA) es un tumor desmoide poco frecuente de origen fibroblástico que surge de las células mesenquimales. Su comportamiento es similar al de un sarcoma. Sin embargo, a diferencia de los sarcomas, no presenta potencial metastásico. Esta entidad puede presentarse de manera multifocal y localmente infiltrar las estructuras circundantes con la morbilidad que ello puede suponer.

Los tumores desmoides varían ampliamente en su presentación y comportamiento. La historia natural es de rápido crecimiento inicial presentando en ocasiones un reto diagnóstico al no revelar una entidad maligna. Su presencia es muy rara en la región maxilofacial, por lo que no se ha establecido un tratamiento definitivo. Los tratamientos para los tumores desmoides varían en agresividad e incluyen la observación, la cirugía, la radioterapia, fármacos anti-inflamatorios no esteroideos (AINE), agentes hormonales, inhibidores de la tirosina quinasa (TKIs), y la quimioterapia citotóxica.

La FA presenta una incidencia menor del 3% de las lesiones del tejido blando diagnosticadas anatomopatológicamente. La mayoría de los casos se describen en el rango de edad entre 15 y 60 años (media de 36,7 años) observándose un pico en la adolescencia. La mayoría de los casos descritos pueden considerarse esporádicos, sin que se hayan definido factores predisponentes.

El manejo óptimo de la FA se basa en un diagnóstico claro mediante la histología y el examen clínico, por lo cual una adecuada biopsia es obligatoria. Las pruebas de imagen tienen una utilidad indudable al permitir delimitar la lesión. La principal modalidad de tratamiento es la extirpación quirúrgica amplia de la lesión, sin embargo en cabeza y cuello, la preservación de las estructuras vitales y su función puede impedir este objetivo.

CASO CLÍNICO:

Paciente varón de 15 años de edad y procedencia rumana, sin antecedentes médicos significativos. Acude a nuestra consulta tras seguimiento por parte de su odontólogo en los últimos 6 meses una vez finalizado tratamiento ortodóncico refiriendo una progresiva disminución de la apertura oral acompañada de dolor preauricular derecho, sin mostrar alteraciones en la sensibilidad facial. La exploración clínica en ese instante mostró una apertura oral de 20 mm.

La evaluación radiológica por ortopantografía reveló una lesión destructiva de la rama mandibular a nivel de la apófisis coronoides. Para aclarar el diagnóstico se programó una biopsia incisional bajo anestesia local. El diagnóstico histopatológico fue el de sarcoma fibromixóide de grado inferior. Con base a los hallazgos microscópicos, se completó el estudio con una tomografía computarizada (TC) facial y una resonancia magnética (RMN) de la ATM, donde se reveló una destrucción de la base del hueso alveolar derecho junto con la extensión superficial de la lesión en el espacio pterigomandibular, afectando la rama mandibular. No hubo evidencia de diseminación a los ganglios linfáticos regionales.

En vista de la naturaleza agresiva del diagnóstico previo se programó el tratamiento quirúrgico para mandibulectomía derecha. Mediante una incisión preauricular con cervicotomía derecha se realizó un abordaje tipo "Trotter". Con el fin de hacer una resección completa de la lesión y para visualizar el espacio pterigomandibular se planteó una osteotomía desde el ángulo mandibular hasta el cóndilo. La región del cuerpo mandibular se incluyó en el colgajo cutáneo al realizar el "Swing" mandibular para mejorar el campo quirúrgico. Finalmente, se realizó la resección de la rama mandibular derecha incluyendo el cóndilo.

Una vez realizada la extirpación de la tumoración, incluyendo rama mandibular, apófisis pterigoides y la región de la tuberosidad maxilar, la porción del cuerpo mandibular remanente se fija a la región sinfisaria con miniplacas.

El resultado anatomopatológico de la pieza quirúrgica mostró condensación estromal de fibroblastos y la homogeneización de las fibras de colágeno, alcanzándose el diagnóstico definitivo de fibromatosis agresiva. El resultado de la funcionalidad mandibular en el seguimiento ha sido satisfactorio, presentando el paciente una apertura oral de 40 mm sin laterodesviación. La técnica de abordaje manteniendo el cuerpo mandibular pediculado al tejido blando tuvo como resultado la preservación de la región dentada de la hemimandíbula derecha.

CONCLUSIONES:

Los tumores desmoides extraabdominales son tumores infrecuentes de comportamiento variable. Sin embargo, un diagnóstico preciso y una buena delimitación de los márgenes de afectación tumoral nos ayudan a programar una técnica quirúrgica adecuada para así reseca eficazmente la lesión, y hacer una reconstrucción funcional y estéticamente aceptable.

La técnica de "Swing" mandibular manteniendo el cuerpo mandibular unido al colgajo de tejido blando puede ser fundamental para preservar la región dentada de la mandíbula y mantener la capacidad masticatoria especialmente en pacientes jóvenes.

SESIÓN 2

CPA23 (195). CARCINOMA VERRUCOSO ENDOFÍTICO-QUÍSTICO MANDIBULAR; VARIANTE DE CARCINOMA EPIDERMÓIDE EXTREMADAMENTE DIFERENCIADO CON ALTO GRADO DE INFILTRACIÓN Y CAPACIDAD DE RECIDIVA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Haddad Riesgo A, Pérez-Flecha Rubio F, Almeida Parra F, Núñez Paredes J, Picón Molina M, Acero Sanz J.
Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

INTRODUCCIÓN:

Existen formas clínico-patológicas de carcinoma epidermoide de cavidad oral que plantean problemas de diagnóstico diferencial con procesos tanto benignos como malignos. Presentamos un caso de una variante de carcinoma epidermoide mandibular altamente diferenciado en tratamiento en el Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Varón, 44 años, antecedentes personales de sífilis tratada en 2007 e hipertrigliceridemia que es remitido al Hospital Ramón y Cajal de Madrid para valorar imagen osteolítica en rama mandibular izquierda que tras biopsia es compatible con osteomielitis mandibular descartándose proceso neoplásico. Se realiza historia clínica reglada, TAC 3D cervicofacial, TAC body y seguimiento en consultas externas.

RESULTADOS:

Según las imágenes radiológicas y la anatomía patológica (AP), en Octubre de 2013 se realizó hemimandibulectomía izquierda respetando cóndilo mandibular y reconstrucción mediante colgajo microquirúrgico osteofasciocutáneo paraescapular. La AP de la pieza informó de epitelio escamoso extremadamente diferenciado con características de carcinoma verrucoso endofítico-quístico y bordes quirúrgicos libres. El paciente fue remitido al servicio de Oncología Radioterápica donde recibió tratamiento. En seguimiento en consultas, en Agosto de 2014 el paciente presentó fístula supurativa y exposición de barra de reconstrucción mandibular compatible con proceso infeccioso pero que tras toma de biopsia se informó como recidiva tumoral. En TAC body y RMN se objetivó gran recidiva tumoral en región parafaríngea izquierda que se extendía hasta región cutánea submandibular, sin datos de diseminación a distancia. En vista de estos hallazgos se realizó exéresis de la lesión con márgenes y reconstrucción previa planificación quirúrgica virtual con técnicas CAD/CAM, modelos estereolitográficos y guías intraoperatorias de corte con doble colgajo microquirúrgico anterolateral de muslo y peroné derecho. La AP de la pieza confirmó el diagnóstico de recidiva tumoral y se remitió a Oncología Radioterápica para evaluar re-irradiación.

CONCLUSIÓN:

El carcinoma verrucoso endofítico-quístico es una variante extremadamente diferenciada del carcinoma escamoso con un alto grado de agresividad, alta tasa de recidiva, baja capacidad de diseminación a distancia y plantea el diagnóstico diferencial con otros procesos patológicos no malignos.

SESIÓN 2

CPA24 (190). ADENOCARCINOMA PRIMARIO DE MANDÍBULA

Mejía Nieto M.; Sánchez Torres L.; Zafra Vallejo V.; Sánchez Aniceto G.; Gutiérrez Díaz R.; Ballestín Carcavilla C.
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

INTRODUCCIÓN:

La cavidad oral es una localización poco común para los tumores metastásicos. Dentro de todos los tumores malignos, su incidencia es menor al 1%. La mandíbula, y concretamente la región molar, es el área más afectada. El adenocarcinoma de mandíbula es considerado en la bibliografía como un tumor metastásico cuyo origen más frecuente es el pulmón, próstata, aparato digestivo, aparato genital femenino y riñón.

CASO CLÍNICO:

Paciente mujer de 37 años, sin hábitos tóxicos ni antecedentes médicos de interés, con lesión hipertrófica y ulcerada en trígono retromolar derecho de 1 cm con diagnóstico histológico de granuloma a cuerpo extraño e hiperplasia fibrosa. Presenta imagen en TAC de lesión mixta esclerótica y osteolítica que rompe cortical lingual y calcificación periférica.

RESULTADOS:

Se realiza una biopsia excisional de partes blandas y una ostectomía de hueso retromolar, informándose como adenocarcinoma metastásico. Se realizó un PET-TC y un estudio ginecológico, descartando tumor primario ginecológico, que es la causa más frecuente en mujeres, por lo que se considera la lesión mandibular el tumor primario, a pesar de su escasa incidencia. Se realiza tratamiento quirúrgico de la lesión y tratamiento adyuvante con radioterapia.

CONCLUSIÓN:

El adenocarcinoma primario de mandíbula es un diagnóstico de exclusión. El diagnóstico mediante técnicas inmunohistoquímicas (CK 7 +; CK 20 -; TTF 1-; CDX2 -) y genéticas (traslocación del gen ETV 6 -) permite confirmar la naturaleza histológica de la lesión. La historia clínica y exploración física, junto a las pruebas de imagen, descartan un tumor primario en otra localización.

SESIÓN 2

CPA25 (125). TRATAMIENTO DEL SARCOMA DE CÉLULAS DENDRÍTICAS DE LOCALIZACIÓN CERVICAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

Zylberberg I; Stavaru Marinescu B; Belloti Musttecic M; Díaz Reverand S; Gil-Díez Uandizaga JL.
Hospital Universitario de La Princesa. Madrid

INTRODUCCIÓN:

El sarcoma de células dendríticas es una entidad poco frecuente con poco más de 200 casos descritos en la literatura, caracterizada por un crecimiento maligno de las células presentadoras de antígenos tanto a nivel nodal, como extranodal. La cirugía cumple un papel esencial en el tratamiento de la enfermedad localizada aunque existe controversia sobre el tratamiento coadyuvante quimio-radioterápico. El objetivo de este trabajo es realizar una actualización del tratamiento de esta entidad aportando nuestra experiencia en dicha entidad en una paciente con sarcoma de células dendríticas cervical recidivante.

CASO CLÍNICO:

Paciente mujer de 46 años con debut de masa laterocervical izquierda en 2005 que se diagnostica de carcinoma folicular de células dendríticas estadio IA mediante biopsia sometiéndose a tratamiento quirúrgico extirpativo exclusivamente. En 2008 se produce una recidiva locoregional confirmada mediante biopsia, optándose en este caso por radioterapia a 30 Gy con remisión clínicoradiológica del tumor. En 2013 se produce una nueva recidiva de idéntica localización e histología, que se decide vigilar radiológicamente hasta que se constata crecimiento tumoral rodeando la arteria carótida interna izquierda por lo que se decide en esta ocasión por un tratamiento quirúrgico exérectico con remisión de la enfermedad hasta la fecha.

CONCLUSIONES:

Debido al limitado número de casos y la ausencia de estudios prospectivos no hay consenso hasta la fecha sobre el tratamiento de elección, utilizándose la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia de forma individual o combinada, según la experiencia del centro, aunque en la mayoría de centros se prefiere la cirugía como primera opción, seguido de quimioterapia y/o radioterapia en la enfermedad localizada. Las dosis de radioterapia recomendadas oscilan entre los 6000 y 7000 cGY. Los esquemas de quimioterapia más utilizados son los esquemas CHOP o recientemente esquemas basados en doxorubicina y gemcitabina. En la literatura revisada no se ha constatado un aumento de la supervivencia en función del tratamiento adyuvante utilizado, aunque sí aumenta el periodo libre de enfermedad cuando se utiliza la quimioterapia o la radioterapia adyuvantes frente al tratamiento quirúrgico exclusivo.

SESIÓN 2

CPA26 (268). OSTEOTOMÍA MADIBULAR DE ABORDAJE AL ESPACIO PARAFARÍNGEO POR ADENOMA PLEOMORFO DE LÓBULO PRO FUNDO PAROTÍDEO

Page I; García-Serrano G; Almeida F; Picón M; Nuñez J; Acero J

Hospital Universitario Ramón y Cajal; Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid

INTRODUCCIÓN:

El adenoma pleomorfo parotídeo se trata de la neoplasia más frecuente de la glándula parótida. La mayoría de estos tumores se localizan en el lóbulo superficial de la glándula parótida, más raramente estos tumores se pueden originar en el lóbulo profundo de la misma, pudiendo crecer medialmente y ocupar el espacio parafaríngeo. El abordaje del espacio parafaríngeo en la extirpación del lóbulo profundo parotídeo precisa de una adecuada exposición del campo quirúrgico para el buen control de las estructuras vasculares y nerviosas presentes, así como evitar la ruptura de la cápsula tumoral y su diseminación, siendo necesario en muchos casos realizar abordajes combinados transcervicales, transparotídeos y transmandibulares.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Presentamos el caso de una paciente de 68 años diagnosticada de un adenoma pleomorfo de gran tamaño en el lóbulo profundo de la glándula parótida. Mediante incisión de ritidectomía ampliada a región cervical se realizó la extirpación del lóbulo superficial parotídeo con conservación del nervio facial. El abordaje del lóbulo profundo se llevo a cabo mediante una osteotomía vertical mandibular, consiguiendo su completa extirpación, preservando la arteria carótida y el nervio facial. Tras la extirpación tumoral se realizó la osteosíntesis con miniplacas de titanio de los fragmentos osteotomizados.

CONCLUSIONES:

La extirpación de tumores del lóbulo profundo de la glándula parótida puede requerir de mandibulotomía para conseguir un campo quirúrgico amplio que nos permita la extirpación tumoral completa, así como la preservación de estructuras nobles vasculares y nerviosas.

SESIÓN 2

CPA27 (98). PLANIFICACIÓN QUIRÚRGICA PARA LA RECONSTRUCCIÓN UN DEFECTO ÓSEO MANDIBULAR POR UN HEMANGIOMA: A PROPOSITO DE UN CASO

Martínez-Padilla, I; Encinas Bascones, A; de la Sen Corcuera, O; Varela Reyes, E; Alonso Ovies A; de Pedro Marina, M.

Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Clínico San Carlos. Madrid

INTRODUCCIÓN:

Los hemangiomas son neoplasias benignas angiogénicas de origen endotelial. La mandíbula es una localización poco frecuente, y cuando asientan en ella los pacientes pueden encontrarse asintomáticos o pueden mostrar molestias locales, sangrados pulsátiles, movilidad dental, alteración de la morfología de la arcada o pérdida dental prematura. Los hallazgos radiográficos suelen mostrar una imagen radiolúcida multilocular con aspecto de pompas de jabón, y la resección quirúrgica en bloque sigue siendo el tratamiento de elección. Tras este tratamiento, es imperativa la reconstrucción mandibular para el mantenimiento de la función mandibular y estética facial. Presentamos un caso clínico en el que la planificación prequirúrgica con la elaboración de guías de corte y una placa de reconstrucción preformada facilitó dicha reconstrucción.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Presentamos el caso de un varón de 49 años que, tras una exodoncia de un molar en el cuarto cuadrante a los 26 años, presentó una hemorragia masiva que precisó tratamiento mediante embolización arteriográfica selectiva. Tras este episodio fue diagnosticado de hemangioma mandibular derecho, siendo intervenido en 1993 de dicho hemangioma mediante resección en bloque del mismo y osteosíntesis con miniplacas del remanente mandibular. Ese mismo año, el paciente precisó una reintervención quirúrgica para la retirada de las miniplacas de osteosíntesis expuestas y de un fragmento de necrosis ósea.

En 2013, el paciente acude a las consultas externas de nuestro Centro motivado por una mejoría estética y funcional. En las pruebas radiológicas se objetivó la completa disrupción de la continuidad mandibular con el fragmento condilar derecho medializado y cranealizado, en el que se mantenían las miniplacas. Se le ofrece la posibilidad de reconstrucción mandibular mediante colgajo microvascularizado de peroné. En Marzo de 2014, el paciente es intervenido de reconstrucción mandibular previa planificación 3D de la cirugía, con modelos esterolitográficos y modelado previo de una placa de reconstrucción y guías de corte mandibulares y en peroné.

RESULTADOS:

Diez meses después de la intervención quirúrgica, el paciente presenta una buena función masticatoria y una clara mejoría de la estética facial. Ha desaparecido la asimetría mandibular y el dolor en la ATM. La herida de la zona donante está completamente cicatrizada y no existen alteraciones de la marcha. Se realizó la cirugía de colocación de implantes en el injerto microvascularizado para la rehabilitación protodóncica.

CONCLUSIÓN:

Tras un tratamiento quirúrgico agresivo mediante resección mandibular debemos ofrecer una reconstrucción a todo paciente para mantener tanto la estética facial como una correcta función masticatoria y fonatoria. Dada la complejidad de ciertos casos, resulta recomendable la planificación 3D y la elaboración de guías de corte y placas preformadas. Esta planificación no solo reduce el tiempo quirúrgico, minimiza los errores intraoperatorios y la dificultad de la intervención, sino que también conlleva un mejor y más predecible resultado.

SESIÓN 2

CPA28 (228). HAEMANGIOMA CAVERNOSO INTRAMASETERINO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Lago-Beack B, Haddad-Riesgo A; Villegas-Toro D; Sagüillo-Pallarés K; Núñez-Paredes J; Acero-Sanz J.
Hospital Universitario Ramón y Cajal / Hospital Puerta de Hierro. Madrid

OBJETIVO:

Las malformaciones vasculares en el territorio maxilofacial constituyen una entidad clínico-patológica poco frecuente que potencialmente puede comprometer la vida del paciente así como afectar a la función y estética de dicha región anatómica. Estas malformaciones se dividen en función de criterios clínicos e histológicos. Nuestro caso corresponde a un Hemangioma Cavernoso intramaseterino en el que se describe el manejo terapéutico y los resultados obtenidos.

MATERIALES Y MÉTODO:

Paciente varón de 14 años tratado de manera conservadora en 9 ocasiones mediante escleroterapia de una gran malformación vascular venosa de bajo flujo en región parótido-maseterina derecha. Se realiza, 72 horas antes de la cirugía resectiva, esclerosis percutánea intralesional con 18 ml de Ónix mediante control radiológico, y posteriormente cirugía exéretica en bloque de la malformación venosa que requiere extirpación completa del músculo masetero y parotidectomía superficial conservando íntegramente las ramas del Nervio Facial. La reconstrucción del defecto post-ablativo se realizó mediante un colgajo local de transposición de ECM en combinación con un colgajo de Músculo Platisma y de Bola adiposa de Bichat.

RESULTADOS:

En el seguimiento post-operatorio del paciente se valoran los siguientes parámetros: a) Revascularización de la lesión, b) Paresia del Nervio facial, c) Deformidad estética residual, d) Complicaciones post-quirúrgicas.

CONCLUSIONES:

Las malformaciones vasculares requieren un abordaje multidisciplinar por diferentes Servicios Hospitalarios (Radiología, Anatomía Patológica, Radiología Intervencionista, Cirugía Maxilofacial) para un correcto diagnóstico y tratamiento. En el caso presentado, se obtuvo la resección completa de la lesión vascular así como una adecuada rehabilitación estética y funcional del paciente.

PALABRAS CLAVE: Haemangioma, malformaciones vasculares, escleroterapia

SESIÓN 2

CPA29 (183). LEISHMANIASIS MUCO-CUTÁNEA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Ruiz Martin I.; Mejía Nieto M.; Urbanowicz, M.; Sánchez Aniceto G.; Merino Domingo F.J.; López Fernández P.
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

INTRODUCCIÓN:

La Leishmania es una enfermedad con diversas manifestaciones clínicas causada por protozoos del género Leishmania. La prevalencia e incidencia mundial se estima en 12 millones de infectados y en 1.5-2 millones anuales, respectivamente. Las especies de Leishmania son diferentes según la localización geográfica y según los vectores de transmisión y reservorios. *L. infantum* es endémica en el Sur de Europa, Norte de África, Oriente Medio, Pakistán y China suponiendo un problema de salud pública. En España ha habido un aumento de incidencia de en los últimos años debido a la urbanización, el cambio climático, la migración, los viajes turísticos a otras zonas endémicas y el aumento de personas inmunodeprimidas.

CASO CLÍNICO:

Varón de 47 años de nacionalidad española, originario de Madrid y sin antecedentes de viajes al extranjero, que acude al servicio de Urgencias por lesión en comisura izquierda de 1 mes de evolución, con crecimiento progresivo y sin respuesta a tratamiento antifúngico y antibiótico. Como antecedentes personales de interés destacamos hábito tabáquico de 20 cig/día y consumo de alcohol de 2-3 cervezas/día. En la exploración física se observa una placa leucoplásica sobreelevada en comisura labial izquierda, con extensión a mucosa yugal y mucosa de labio inferior, de consistencia dura de 4x4cm, con una zona ulcerada a nivel de la comisura. Se realiza una biopsia incisional que se informa como Leishmaniasis muco-cutánea. El paciente es remitido a la Unidad de Infecciosas y solicitan analítica con perfil renal y hepático siendo normales, salvo GGT elevada 255 U/L, y un estudio de subpoblaciones linfocitarias y dosificación de inmunoglobulinas que también son normales. Se realiza un estudio de extensión que incluye una ecografía abdominal encontrándose hepatomegalia con LHD 16 cm con ecogenidad homogénea y sin lesiones focales y bazo homogéneo de 11.6 cm. Finalmente se diagnostica de leishmaniasis mucocutánea sin datos sugestivos de leishmaniasis diseminada y se realiza tratamiento con Anfotericina B liposomal (3 mg/Kg/d) durante 7 días (cinco primeros días seguidos en infusión lenta, y otras dos dosis los días 14 y 21 del ciclo de tratamiento), desapareciendo la lesión labial por completo.

RESULTADOS:

Hay tres formas clínicas principales de leishmaniasis: afectación visceral, cutánea y mucocutánea. La manifestación cutánea es la más prevalente y suele localizarse en regiones corporales expuestas y con múltiples lesiones. La manifestación visceral se caracteriza por una afectación sistémica, citopenia y hepatoesplenomegalia. La manifestación mucocutánea suele presentarse como estadio tardío de la afectación cutánea, localizándose típicamente en el tracto respiratorio superior. La afectación oral, como síntoma inicial, es inusual en esta patología. El diagnóstico diferencial es muy amplio pudiendo incluir lesiones reactivas, infecciosas, enfermedades granulomatosas o incluso lesiones malignas. Por ello el examen microscópico con tinción de Giemsa junto el cultivo de parásitos y PCR son esenciales para el diagnóstico. Las lesiones orales y periorales pueden tener tratamiento local o sistémico. El local incluye desde la escisión quirúrgica completa, al tratamiento con crioterapia o la inyección de antimoniales intralesiones. El tratamiento sistémico con antimoniales como la Anfotericina B se ha demostrado de mayor eficacia con tasas de curaciones del 60-90%.

CONCLUSIONES:

La Leishmania debe incluirse en el diagnóstico diferencial de lesiones de cavidad oral en países endémicos y en pacientes sin antecedentes de interés. Para el diagnóstico y decisión terapéutica es necesario realizar un estudio de extensión que incluya una evaluación de la función hepática y celularidad sanguínea., y un manejo multidisciplinar. La leishmania supone un problema de salud pública por lo que es necesario una mayor difusión de actuaciones ambientales y protocolos terapéuticos para los profesionales.

SESIÓN 2

CPA30 (214). FRACTURAS ORBITARIAS EN EDAD PEDIÁTRICA: NUESTRA EXPERIENCIA EN 14 AÑOS

Sánchez Torres L.; García Recuero I.; Romance García A.; Sánchez Aniceto G.; Falguera Uceda I. Redondo Alamillos M.

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

INTRODUCCIÓN:

Las fracturas faciales son relativamente poco comunes en la población pediátrica, representan entre el 1,5% y el 15% de las fracturas faciales en todos los grupos de edad. Las fracturas de órbita representan el 3% a 45% de todas las fracturas faciales pediátricas (Koltai et al, 1995). Las fracturas de órbita pediátricas se producen en distintos patrones, basados en la anatomía del desarrollo del esqueleto craneofacial en el momento de la lesión. El crecimiento neurocraneal es continuo y es impulsado principalmente por el desarrollo cerebral, que se produce en todas las direcciones, dependiendo de la permeabilidad de las suturas. Hay una preponderancia de crecimiento en los primeros 2 años de vida, y luego el crecimiento craneal disminuye gradualmente durante los siguientes años. El crecimiento del esqueleto facial, sin embargo, es discontinuo; es multifactorial, e implica sincondrosis, suturas, y mecanismos de aposición ósea y resorción. Se ve afectado por brotes de crecimiento y muestra una disminución en la velocidad de crecimiento a partir de 5 años hasta la llegada de la pubertad, durante el cual una aceleración de crecimiento, dirigida hormonalmente se produce hacia los 17 años aproximadamente (Stricker et al, 1990). El desarrollo morfogenético del cráneo y la cara es, por tanto, asíncrono. La relación de tamaño entre cráneo y cara es de aproximadamente 8:1 en el nacimiento, 4:1 alrededor de los 5 años, y disminuye a 2:1 en la edad adulta (Stricker et al, 1990).

La neumatización de los senos paranasales también influye en el patrón de las fracturas de órbita. La falta de neumatización del seno frontal hasta los 7 u 8 años, predispone al techo orbitario a fracturas con fuerzas de impacto más pequeñas, y se ha postulado que los senos pueden proporcionar una zona de deformación para disipar los impactos directos y pueden prevenir lesiones oftálmicas y neurológicas (Koltai et al, 1995).

Las fracturas orbitarias en niños también son intrínsecamente diferentes a las de los adultos debido a la histología inmadura del esqueleto facial en desarrollo. El esqueleto facial del recién nacido contiene hueso esponjoso más elástico, menos mineralizado y una cortical menos desarrollada, y las suturas craneales conservan una estructura cartilaginosa. Por lo tanto, este esqueleto facial más elástico y flexible, desarrolla en mayor medida fracturas en tallo verde, fracturas menos desplazadas y conminutas que los adultos cuando se recibe una fuerza traumática equivalente. Por otra parte, los huesos se pueden deformar temporalmente para eludir las fracturas y la corrección puede ocurrir durante el crecimiento.

Las fracturas del suelo orbitario, la parte más débil de la órbita, se denominan fracturas blow-out. Se caracterizan por la posibilidad de herniación del contenido orbitario hacia el seno maxilar. Un tipo concreto, las white-eyed blow fractures, por la falta de evidencia clínica, son fracturas en tallo verde con atrapamiento de músculos extraoculares, cursan con dolor severo con los movimientos oculares. Otra entidad característica dentro de este grupo, son las trapdoor fractures, más probables en la población pediátrica porque sus huesos son más flexibles y elásticos, con herniación del contenido orbitario y muscular, restricción de la motilidad ocular e isquemia por la compresión física del hueso fracturado.

Las fracturas cigomáticas son raras en los niños; que son más propensos que los adultos a mantener fracturas aisladas del reborde orbitario. Un patrón de fractura-luxación se observa con frecuencia, debido a la unión incompleta en la sutura cigomático-frontal pediátrica.

Las fracturas de techo orbitario, la fractura más común en menores de 7 años. Fracturas blow-up implican el desplazamiento superior del techo de la órbita en la fosa craneal anterior, sin la participación del reborde orbitario. Las growing skull fractures son una entidad única entre las fracturas orbitarias pediátricas. Cuando se produce un desgarramiento dural en una fractura desplazada del techo orbitario, se puede formar un quiste leptomeníngeo que interfiere con la cicatrización ósea.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo de las fracturas orbitarias pediátricas presentadas en nuestro centro entre el 2000 y 2014. 56 pacientes fueron revisados; la edad media fue de 8,5 años (0 meses-15,5 años); siendo el 69,64% niños y el 30,36% niñas. Las causas de las fracturas incluyen asaltos el 19,64%; actividades de la vida diaria 25%; accidentes de tráfico en un 25%; caídas en el 17,86% y lesiones deportivas en el 12,5%.

RESULTADOS:

Las fracturas se presentaron en nuestros pacientes como paredes orbitarias, 60,71% (suelo de la órbita 47%); fracturas cigomáticas, 28,57%; y fracturas craneofaciales, 10,71%; siendo quirúrgicas el 79,41%; 75% y 33,3%, respectivamente. La intervención se llevó a cabo en la semana posterior al trauma. La media de seguimiento fue de 18 meses (rango de 6 a 48 meses).

Las lesiones asociadas fueron las siguientes: fracturas de mandíbula en 4 pacientes, fracturas craneales en 11 pacientes; lesiones oftalmológicas en el 16% (9 pacientes), que incluían hiposfagma (5), hifema (1), abrasión corneal (1), herida palpebral no penetrante (1) y ceguera por lesión del nervio óptico (1).

El material utilizado para la osteosíntesis de titanio fue 39,13% de los pacientes, y 47,83% de material absorbible en las fracturas tratadas. No se observaron diferencias significativas entre los dos materiales.

Las complicaciones incluyeron enoftalmos leve en 4 pacientes (tratados quirúrgicamente); 2 de ellos requirieron reintervención para su corrección

Estas fracturas pueden ser manejados de forma conservadora, si presentan leve diplopía y motilidad ocular sin restricciones, sin atrapamiento muscular o herniación de contenido orbitario, enoftalmos leve, y mejoría en las primeras 2 semanas. Loose et al postuló que la mayor resistencia de los ligamentos y el periostio en la órbita pediátrica, puede resultar en una menor incidencia de enoftalmos clínicamente significativo.

Las indicaciones para la cirugía son el atrapamiento muscular, diplopía o prueba de ducción forzada positiva, enoftalmos agudo de más de 2 mm o defectos que afectan a más del 50% de las paredes. La intervención quirúrgica se debe realizar en las primeras 2 semanas. El tratamiento quirúrgico urgente (24-48 horas) está indicado en pacientes con lesión penetrante en la órbita, white-eyed blow y trapdoor fractures. El atrapamiento del tejido blando provoca isquemia, que puede resultar en fibrosis, necrosis, desarrollo de estrabismo y restricción permanente en la motilidad extraocular (Jordan et al, 2002).

Los abordajes empleados para la reparación de la órbita son el transconjuntival o transcaruncular, o heridas resultantes del trauma. La reposición del hueso fracturado con o sin injertos óseos y mallas de titanio es en los últimos años, nuestra primera opción para reconstruir las paredes orbitarias, tratamos de evitar el uso de materiales reabsorbibles dentro de la órbita debido a la presencia de reacción a cuerpo extraño y edema a largo plazo en la órbita.

El tratamiento de las fracturas cigomáticas en niños es similares al de los adultos. Los materiales empleados puede ser absorbibles o titanio en casos de alta energía o fracturas conminutas (Oppenheimer, 2013).

Las fracturas craneofaciales no requieren reducción abierta y fijación interna a menos que se observe un desplazamiento significativo. El tratamiento de las fracturas de cráneo en crecimiento implica un enfoque transcraneal, y la reparación de los defectos duros y óseos, con injerto de calota para este último defecto, y placas de titanio y tornillos se utilizan para asegurar el injerto (Oppenheimer, 2013). Los materiales reabsorbibles no son una buena opción para fijar injertos de hueso en contacto con el cerebro pulsátil.

Los implantes aloplásticos (polietileno poroso o similares) en la órbita crecimiento se pueden extruir o quedar desplazadas en el seno maxilar durante el crecimiento. Cuando se coloca titanio en el cráneo en crecimiento, puede migrar y puede restringir el crecimiento craneofacial si se coloca a través de una sutura activa (Manson, 1991). Más recientemente, algunos cirujanos han abogado por el uso de mallas reabsorbibles en el suelo de la órbita (Hollier, 2001). Todos los materiales aloplásticos conllevan riesgo de infección, migración, extrusión, y reacción a cuerpo extraño con fibrosis, pero el titanio es el mejor tolerado en el seguimiento a largo plazo. Los injertos óseos son menos propensos a experimentar estos efectos adversos, pero requieren experiencia y el injerto del esqueleto inmaduro conlleva el riesgo de retraso del crecimiento en la zona donante. Otras preocupaciones con los autoinjertos incluyen el aumento de tiempo quirúrgico, una zona donante y la dificultad para la conformación del injerto para encajar en el defecto. Sin embargo, el uso de materiales autólogos en pacientes pediátricos por equipos especialización son el estándar en el tratamiento del trauma craneomaxilofacial pediátrico.

Las complicaciones tardías incluyen diplopía persistente. La diplopía binocular (estrabismo) puede persistir después del tratamiento adecuado de las fracturas orbitarias. En los casos de aumento de presión intracraneal secundarios a trauma, el nervio ocular externo puede ser comprimido a lo largo de su curso intracraneal, lo que lleva a una parálisis.

CONCLUSIONES:

Como en los adultos, la órbita es una de las regiones más comúnmente fracturada de la cara. Los pacientes más jóvenes son más propensos a sufrir una fractura de techo con o sin fractura de cráneo asociada, y estas fracturas no suelen requerir reparación quirúrgica. Los pacientes mayores tienen más probabilidades de sufrir una fractura de paredes orbitarias con o sin fractura del tercio medio facial asociada. El momento de la reparación quirúrgica de las fracturas del suelo orbitario sigue evolucionando, pero las fracturas con atrapamiento se benefician de un tratamiento precoz.

La literatura apoya la intervención quirúrgica temprana en los niños debido a la mayor probabilidad de atrapamiento, que empeora con el retraso en el tratamiento (Wei et al, 2001). Las indicaciones para la fijación interna de las fracturas faciales pediátricas suelen ser más conservadoras que en adultos dada la mayor capacidad de remodelación ósea y el riesgo teórico asociado a la disección quirúrgica y fijación. No se han realizado comparaciones directas de diferentes métodos quirúrgicos y tipos de implantes. Los injertos óseos y la fijación con titanio debe utilizarse con precaución, en manos entrenadas es la primera opción para reconstruir la anatomía orbitaria con una cuidadosa consideración de retirada de la placa y la evaluación del crecimiento óseo facial, pero este problema está más relacionado en mandíbula que en la órbita y el esqueleto facial superior. Las mallas y los sistemas de fijación reabsorbibles, pueden utilizarse, pero las aplicaciones son probablemente más limitadas (Hink, 2013).

Los pacientes pediátricos con fracturas faciales son más propensos a experimentar resultados adversos si asocian fracturas de diferentes tipos y si son sometidos a una intervención quirúrgica. Las fracturas orbitarias están relativamente protegidas de resultados adversos, por varias razones. La región orbitaria del esqueleto craneofacial completa la mayor parte de su crecimiento relativamente temprano en comparación con otras regiones, como la nariz, la media de la cara y la mandíbula, disminuyendo el riesgo de alteración posterior en una fractura orbitaria. En los niños, las fracturas del suelo orbitario (la frecuentemente quirúrgica) tienden a ser en tallo verde y la periórbita está a menudo intacta, previniendo el futuro enoftalmos.

Las fracturas orbitarias pediátricas tienen muchas características únicas que las diferencian de las lesiones orbitarias encontradas en la población adulta. La comprensión de las características anatómicas y mecánicas particulares del esqueleto pediátrico y los tejidos blandos ayudan a explicar la mayor parte de estas diferencias. El de las fracturas orbitarias pediátricas reside en la decisión de tratar de manera quirúrgica o conservadora. Al operar, uno predispone al paciente al riesgo de complicaciones quirúrgicas, así como las posibles alteraciones en el crecimiento futuro. Del mismo modo, la decisión de tratar de forma conservadora puede resultar en morbilidades, como la persistencia de la asimetría resultante en el crecimiento y alteraciones secundarias a una fractura desplazada. Las decisiones se deben individualizar, pero cuando se indica el tratamiento quirúrgico, la correcta elección del abordaje y el material empleado para la reconstrucción de la anatomía previa pueden ofrecer los mejores resultados para el paciente.

SESIÓN 2

CPA31 (48). MANEJO DEL SAHOS EN PACIENTES CON SECUENCIA DE PIERRE ROBIN. DESARROLLO DE PROTOCOLO Y PRESENTACIÓN DE CASO EJEMPLO

Moreiras AD; Losa PM; Calvo I; Gomez E; Martín M; Muñoz J
Hospital Universitario La Paz. Madrid

INTRODUCCIÓN:

La secuencia de Pierre Robin es un trastorno caracterizado por el efecto de alteraciones de los maxilares durante el desarrollo embrionario, condicionando la aparición de retrognatia, glosoptosis y paladar hendido. La dificultad respiratoria es frecuente en estos casos, pudiendo desarrollar un SAHOS de variada gravedad, por lo que será necesario un protocolo de actuación estructurado y escalonado para dar un manejo adecuado a esta patología.

MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO:

Se presenta el algoritmo de actuación del Hospital Universitario La Paz frente a pacientes con secuencia de Pierre Robin y SAHOS, desarrollado en la Unidad Multidisciplinar de SAHOS Infantil, en la que participan cirujanos maxilofaciales, otorrinolaringólogos, neumólogos e intensivistas.

Los tratamientos contemplados son las medidas posturales, glosopexia, tracto nasofaríngeo, distracción mandibular y en el último escalón la traqueostomía, que siempre soluciona la dificultad respiratoria pero con importantes secuelas asociadas.

Como criterios de gravedad encontramos la presencia de desaturaciones, obstrucción de localización infraglótica, apnea central, IAH>6, ERGE refractaria y alteraciones neurológicas o sindrómicas asociadas.

Así mismo se presenta un caso ejemplo de una paciente tratada con este protocolo de actuación, requiriendo múltiples escalones terapéuticos y que finalmente necesitó la realización de distracción mandibular para solventar los problemas respiratorios, con buen control en el periodo de seguimiento.

RESULTADOS:

Contar con un protocolo estructurado para el tratamiento de forma escalonada repercute positivamente en el manejo de pacientes con secuencia de Pierre Robin y SAHOS, minimizando las posibles secuelas de un tratamiento inadecuado.

CONCLUSIONES:

Debido a la complejidad de la patología a tratar y las posibles secuelas de los tratamientos disponibles, se hace necesario la utilización de protocolos estructurados y escalonados a la hora de abordar el SAHOS en pacientes con secuencia de Pierre Robin. El algoritmo utilizado en nuestro centro ha demostrado ser de utilidad a la hora del manejo y de la toma de decisiones terapéuticas en pacientes con estas características, potenciando además la comunicación entre los diferentes servicios médicos implicados.

SESIÓN 2

CPA32 (221). OSTEOMA FRONTO-ETMOIDAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Villegas, D; García-Serrano, G; Saguillo, K; Pérez-Flecha, F; Eslava, JM; Acero, J
Hospital Universitario Ramón y Cajal, Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid

INTRODUCCIÓN:

Los osteomas son tumores benignos compuestos por hueso cortical maduro y compacto que se pueden originar en cualquier hueso facial, los senos paranasales, frontal y etmoidal son los sitios más frecuentemente involucrados. Son tumores de crecimiento lento, y las lesiones pequeñas son usualmente asintomáticas. Algunos pacientes presentan manifestaciones como sinusitis, dolor de cabeza y manifestaciones oftalmológicas secundarias a la obstrucción de cavidades o fenómenos de expansión asociados, algunos osteomas también pueden distorsionar el contorno facial.

Los senos frontal y etmoidal y sus estructuras circundantes son una región de difícil acceso dado su potencial morbilidad y la dificultad para la reconstrucción tridimensional precisa.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Presentamos el caso de un varón de 35 años, que fue remitido al Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Ramón y Cajal, por presentar sinusitis frontal, el TAC informó una lesión densamente calcificada que ocupaba la totalidad del seno frontal derecho, extendiéndose a las celdas del agger nasi bilateral, predominantemente en el derecho. Se interviene mediante cirugía guiada con navegación tras un abordaje bicoronal y, se retira la pared anterior de seno frontal y el dorso nasal, posteriormente se realiza la extirpación del osteoma fronto etmoidal y se recolocan los segmentos óseos antes mencionados, mediante osteosíntesis con miniplacas y tornillos.

RESULTADOS:

La lesión fue completamente extirpada, el paciente no presentó complicaciones y no ha presentado nuevos episodios de sinusitis o síntomas asociados. Durante el seguimiento (1 año) no ha presentado signos de recidiva.

DISCUSIÓN:

Osteomas pequeños o asintomático no requieren tratamiento quirúrgico, aunque si deben ser observados. Los osteomas de mayor tamaño o sintomáticos deben ser extirpados en su totalidad.

CONCLUSIÓN:

La navegación quirúrgica es una herramienta muy útil para la extirpación de tumores de la base de cráneo anterior y el seno frontal, o que requieran reconstrucciones complejas, logrando resultados estéticos y funcionales muy adecuados.

SESIÓN 2

CPA33 (205). CARCINOMA EPIDERMOIDE PERIIMPLANTARIO. ESTUDIO POR MICROSCOPIA ELECTRÓNICA DE BARRIDO. DOS CASOS CLÍNICOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Contreras Morillo MA(*); Granados Colocho JF(*); Yañez Vilas I(*); Acosta Moyano, AJ(*); Martín Caballero G(**); Aguilar Lizarralde Y (*).

(* *Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga*

(** *Servicio de Microscopía electrónica, Centro de Investigación de la Universidad de Málaga*

INTRODUCCIÓN:

Un 33% del carcinoma de cabeza y cuello aparece en la mucosa oral. En los últimos años, está aumentando la incidencia de este tipo de carcinoma sin asociar los factores de riesgo tabaco y alcohol. El uso de implantes en la rehabilitación dental está muy extendido al ser una modalidad de tratamiento fácil y segura con buenos resultados funcionales y estéticos. Se han descrito pocos casos de carcinoma oral asociados a implantes pero hasta ahora su papel carcinogenético no se ha establecido.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Con el fin de conocer la relación del carcinoma epidermoide oral con la presencia de implantes, se realizaron técnicas de microscopía electrónica de barrido para estudiar la composición y superficie de los implantes de dos casos clínicos de los tres presentados y compararlo a su vez con un implante nuevo de control.

RESULTADOS:

Los valores de titanio (Ti) en el implante control era de 100%. En el implante 1 se observa un descenso del 50% en el porcentaje de Ti en tres puntos, y un aumento de C y O. En el implante 2 se observa el mismo descenso al 40% en tan sólo un punto.

DISCUSIÓN:

Tanto el titanio como el circonio ampliamente utilizados en implantología dental son sustancias consideradas como inertes; sin embargo, ninguna sustancia es totalmente inerte in vivo. Estos metales presentan deterioro corrosivo debido al ataque electroquímico del medio que le rodea, provocando la liberación de iones y partículas metálicas que han sido detectadas en el interior de macrófagos por Olmedo et. al. en pacientes con peri-implantitis; se ha considerado que dichas trazas metálicas pueden incrementar la producción fisiológica de especies reactivas de oxígeno las cuales sin el incremento compensador de antioxidantes pueden llevar a daño tisular. Las imágenes de microscopio electrónico revelan irregularidades y depresiones en la superficie metálica corroborando la existencia de partículas metálicas en el tejido peri-implantario referido por otros autores. Pocos reportes han descrito la posible relación de tumores malignos asociados a estructuras protésicas en humanos; sin embargo, la agencia internacional de investigación del cáncer (IARC, por sus siglas en inglés) ha clasificado recientemente al dióxido de titanio como posible carcinógeno humano.

CONCLUSIONES:

La baja incidencia del carcinoma epidermoide en áreas de implantes unido a la dificultad de analizar el posible papel oncopatógeno de éstos, además en la carcinogénesis pueden influir los factores tóxicos, tabaco y alcohol. Pocos son los trabajos que han analizado la superficie y la alteración en la composición de los implantes implicados en zonas de carcinoma epidermoide oral (objetivo de este estudio) por lo que se podría plantear su empleo para un futuro análisis si la incidencia de este tipo de cáncer sigue aumentando.

SESIÓN 2

CPA34 (189). CARCINOMA INTRAÓSEO ODONTOGÉNICO

Ciria Esteban, M; Vila Urizar, A; Martino Gorbea, RM; Díaz Galvis, LA; Bajo Gauzin, DA; Gorriarán Terreros, M
Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona

INTRODUCCIÓN:

El carcinoma intraóseo odontogénico es un carcinoma intraóseo derivado del epitelio odontogénico sin relación inicial con mucosa oral. 0.1-1.8% de los quistes odontógenos tienen transformación maligna y la supervivencia a los 5 años es del 38%. Es más frecuente en hombres en la sexta década de la vida y su etiología es desconocida.

CASO CLÍNICO:

Mujer de 53 años no fumadora, no bebedora que a los 3 meses de la exodoncia de un 4.8 comienza con dolor a la apertura oral y en región preauricular izquierda. Inicialmente no se evidencia nada en la ortopantomografía por lo que se trata como un síndrome miofascial. Acude a urgencias a los tres meses, por dolor y trismus. Se solicita nueva OPG que evidencia imagen radiolúcida desde 3.7 afectando la rama mandibular y apófisis coronoides izquierdas.

RESULTADO:

La biopsia fue de carcinoma epidermoide probablemente derivado de quiste odontógeno. Se realizó extirpación, vaciamiento cervical ganglionar supraomohioideo izquierdo y reconstrucción con colgajo de peroné. Posteriormente, la paciente recibió tratamiento adyuvante con radioterapia y quimioterapia.

CONCLUSIONES:

Dado el porcentaje de malignización y el mal pronóstico de este tipo de carcinoma, hay que prestar atención a cualquier lesión odontógena que no responda al tratamiento habitual o tenga una evolución inusual ya que el diagnóstico temprano mejora la supervivencia y la calidad de vida de estos pacientes.

SESIÓN 2

CPA35 (196). PARAGANGLIOMA DEL NERVIIO VAGO, UNA ENTIDAD A TENER EN CUENTA

Ramírez Pérez F.A., Hernández Vila C., Moreno Sánchez M., Ruiz Casas J.,Manzano Sólo de Zaldívar D., Moreno Gozález C.

Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Infanta Cristina. Badajoz

INTRODUCCIÓN:

El diagnóstico diferencial de la patología tumoral cervical se caracteriza por el amplio abanico de posibilidades a tener en cuenta, sin menospreciar entidades poco frecuentes, siendo imprescindible un manejo multidisciplinar.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Una mujer de 51 años acude a consulta por la aparición de una tumoración cervical derecha asintomática de cinco meses de evolución. Por las características clínico-radiológicas el diagnóstico de sospecha fue el de paraganglioma vagal, el cual no era secretor de catecolaminas. Se presenta el caso en SESIÓN y se decide exéresis del mismo.

RESULTADOS:

48 h antes de la cirugía se realizó una embolización de la tumoración. Durante la exéresis completa del tumor hubo que sacrificar el nervio vago, del cual dependía la lesión. El diagnóstico anatomopatológico confirmó el de sospecha.

Actualmente la paciente se encuentra estable, sin clínica de pares craneales, exceptuando la derivada de la sección del nervio vago derecho, presentando una parálisis de la cuerda vocal ipsilateal. No presenta problemas para la deglución ni la respiración.

CONCLUSIÓN:

Los paragangliomas vagales son tumoraciones vasculares muy infrecuentes, de origen neuroectodérmico y que suelen presentar un comportamiento benigno. Son tres veces menos frecuentes que los carotídeos. En comparación con estos últimos, las formas malignas son más frecuentes en los vagales. Debido a su origen pueden secretar catecolaminas, aunque no es lo más frecuente.

SESIÓN 2

CPA36 (139). METÁSTASIS PAROTÍDEA Y CERVICAL DE CARCINOMA DE LAS CÉLULAS DE MERKEL. A PROPÓSITO DE UN CASO

García Hernández A.; Martínez Pérez F.; Arribas García I.; Sánchez Burgos R.; Álvarez Flores M.; Martínez Gimeno C.

Hospital Universitario de Canarias. San Cristóbal de La Laguna, Santa Cruz de Tenerife

RESUMEN:

El Carcinoma de las células de Merkel (CCM) es un tumor cutáneo maligno poco frecuente y de comportamiento agresivo debido a su rápido crecimiento y alto potencial metastásico. Afecta a personas de avanzada edad, inmunodeprimidos y se localiza en áreas fotoexpuestas, principalmente en cabeza y cuello. El diagnóstico definitivo se realiza por confirmación anatomopatológica y por positividad inmunohistoquímica del marcador citokeratina 20 (CK20). Es de especial importancia el estudio de extensión para valorar su grado de diseminación locorregional y a distancia. El tratamiento fundamentalmente es quirúrgico, basado en resección con amplios bordes y la radioterapia adyuvante.

Presentamos el caso de un paciente varón de 73 años en el que se evidencia el comportamiento tumoral del CCM con la presencia de metástasis parotídea y ganglionar cervical ipsilateral.

INTRODUCCIÓN:

El Carcinoma de células de Merkel (CCM) es una neoplasia maligna de diferenciación epitelial y neuroendocrina. Presenta una incidencia de 0,15 a 0,6 casos por cada 100.000 habitantes (1), y representa la segunda causa de muerte por cáncer de piel si excluimos al melanoma (2). Las células de Merkel fueron descritas en 1875 por Friederich Merkel (3) como células intraepiteliales asociadas a terminaciones nerviosas relacionadas con la sensibilidad táctil. El CCM fue descrito por Toker en 1972 (4) como un carcinoma de "células trabeculares". Desde entonces hasta la actualidad existen múltiples estudios en la literatura que lo describen a pesar de tratarse de una neoplasia cutánea infrecuente. El envejecimiento de la población y la mejora en los métodos diagnósticos han contribuido en el aumento de la incidencia actual.

Los factores de riesgo más importantes asociados al CCM son la exposición prolongada a radiación ultravioleta (UV-B) y la inmunosupresión (disfunción de los linfocitos T). Aproximadamente el 80 % de los CCM se encuentran asociados con el Polyomavirus de las células de Merkel (MCPyV). El MCPyV se considera un hallazgo común en región cutánea sana, sin embargo, está demostrado que tanto la mutagénesis viral como el estado de inmunosupresión promueven la oncogénesis del CCM (5). La mayoría de los CCM se localizan en áreas fotoexpuestas, la cabeza y cuello (50%) y extremidades distales (30%) son las regiones más frecuentes. Se presenta clínicamente como un nódulo o placa violácea-rojiza asintomática y de rápido crecimiento. Heath et al (6) lo define a través de la regla mnemotécnica "AEIOU": Asintomático, Extensión rápida, Inmunodeprimido, paciente edad avanzada (older than 50 years) y por exposición a radiación UV. Aproximadamente un 89% de los CCM presentan 3 o más de estas características.

DESCRIPCIÓN DE CASO CLÍNICO:

Varón de 73 años de edad que acude por presentar una masa en región parotídea izquierda de crecimiento progresivo en los últimos 6 meses. No presenta parálisis facial asociada y está acompañado de múltiples adenopatías cervicales ipsilaterales.

Se decide realizar una Topografía Computerizada (TC) y una Punción Aspiración con aguja fina (PAAF) para el diagnóstico de la lesión. El TC informa de un conglomerado adenopático en región parotídea izquierda de 5.3 x 5.0 cm de diámetro, sin afectación cutánea, y con la presencia de múltiples adenopatías de 2.0 a 4.0 cm en regiones cervicales II, III y IV y el resultado de la PAAF indica la presencia de una metástasis de carcinoma de las células de Merkel.

El Comité Oncológico decide realizar tratamiento quirúrgico con radioterapia adyuvante.

Bajo anestesia general se realizó parotidectomía radical izquierda con isla cutánea y vaciamiento cervical radical izquierdo. Se preservaron ramas inferiores del nervio facial. El resultado anatomopatológico muestra un carcinoma neuroendocrino de las Células de Merkel intraparotideo de 6.5 x 4.0 cm con extensas áreas de necrosis, afectación ganglionar en 13 de las 16 adenopatías asiladas, extensión a estructuras musculoesquelética y grasa, con invasión perineural del nervio facial. La inmunohistoquímica confirmó la presencia de la citokeratina 20 positiva. El tratamiento se completó con radioterapia adyuvante en lecho quirúrgico y cadenas ganglionares cervicales y supraclaviculares izquierdas (dosis total de 59.4 Gy).

Actualmente, tras finalizar el tratamiento adyuvante, el paciente se encuentra en seguimiento trimestral sin signos de enfermedad ni de recidiva clínico-radiológicas.

DISCUSIÓN:

Desde su descripción, el CCM se ha considerado una neoplasia cutánea que ha incrementado su incidencia por la mejora del diagnóstico, y por el aumento de la esperanza de vida poblacional asociado a una mayor exposición solar. Múltiples casos de metástasis por CCM han sido descritos en la literatura, sin embargo, destacamos en este caso clínico la presencia de una diseminación metastásica dada la ausencia de afectación cutánea tumoral.

Resultados como los mostrados en algunas series determinan que el patrón de presentación clínica del CCM en el momento del diagnóstico es: 0.08% de CCM "in situ", 49.3% afectación local, 31,3% afectación metastásica regional, 7% afectación metastásica a distancia y 11.2% extensión de enfermedad desconocida (6). Por otra parte, un 14% de los pacientes diagnosticados de CCM se presenta con metástasis ganglionares o viscerales en ausencia tumor primario conocido (3).

Es fundamental destacar que el diagnóstico de confirmación del CCM se debe a la existencia de marcadores inmunohistoquímicos altamente sensibles, como la citokeratina-20 (CK20). Éste marcador se encuentra presente además en un tercio de los carcinomas de células pequeñas de pulmón (CCPP).

El diagnóstico diferencial del CCM debe establecerse en relación a otras lesiones malignas dermatológicas, entre las que se encuentran principalmente: el carcinoma epidermoide, el melanoma amelanocítico, el queratoacantoma o la enfermedad metastásica cutánea.

La estadificación del CCM depende del tamaño y de la diseminación linfática tumoral. El CCM sigue el modelo de Halstedian de diseminación metastásica, con una progresión ordenada y afectando de manera gradual los ganglios linfáticos regionales antes de su diseminación hematógena (8). La afectación linfática es relativamente común y precoz en este tipo de tumores y es necesario realizar una exhaustiva exploración de las cadenas ganglionares cervicales con la palpación bimanual, una ECO-PAAF y TC ante la presencia de lesiones con características sugestivas de malignidad. Entre un 29-32 % de los pacientes con ausencia de adenopatías cervicales palpables, presentan enfermedad metastásica microscópica (9).

Aunque no exista un criterio unificado en la literatura, el PET-TAC muestra una mayor capacidad para la detección de enfermedad a distancia (sensibilidad 90% y especificidad 98% (17)) y la localización del CCM de primario desconocido.

El tratamiento del CCM es fundamentalmente quirúrgico y radioterápico. El uso combinado de cirugía con márgenes amplios y radioterapia loco-regional adyuvante es el tratamiento de elección. Para tumores menores de 2 cm de diámetro se precisa escisión amplia de todos los márgenes de 1 cm, y para tumores superiores a 2 cm se recomiendan al menos 2 cm de margen. El vaciamiento cervical completo y un estudio de extensión para descartar enfermedad a distancia estaría indicado en pacientes con adenopatías palpables o positivas mediante PAAF.

El CCM se considera un tumor radiosensible, la radioterapia ha permitido disminuir el índice de recidivas y obtener un mejor control loco-regional de la enfermedad (14), sin embargo no ha logrado demostrar mejoras en la supervivencia global (15,16). Por otro lado, el uso de radioterapia como único tratamiento en casos inoperables sí ha descrito un aumento en la supervivencia. (11,12,13). Existen actualmente controversias respecto al manejo radioterápico de CCM menores a 1 cm y a pacientes con presencia de PAAFs negativa.

El papel de la quimioterapia en el tratamiento del CCM no está claro actualmente. Aunque en pacientes con enfermedad localmente avanzada o enfermedad a distancia se aprecie una respuesta inicial beneficiosa, las cifras relacionadas con la supervivencia global no han presentado mejora alguna. Los agentes quimioterápicos más usados son el platino y el etopósido. Ambos asociados a una morbimortalidad elevada, se limita su uso como tratamiento paliativo en pacientes con enfermedad metastásica a distancia (18,19).

Debido al alto índice de recidiva que presenta el CCM, es necesario un estrecho seguimiento durante los dos primeros años después del tratamiento. El tiempo de recidiva medio es de 8 meses y un 90% durante los dos primeros años, por lo que se recomiendan revisiones con pruebas de imagen complementarias cada 1-3 meses durante el primer año y cada 3-6 meses durante el segundo año (10).

Los dos factores más relacionados con el pronóstico del CCM son: el tamaño tumoral superior a 2 cm y la presencia de diseminación linfática regional. Además se encuentran asociados a una menor supervivencia otros factores como el sexo masculino y la afectación el territorio de cabeza y cuello. La supervivencia a los 5 años varía de un 79% para los CCM con enfermedad local y menos del 18% en casos de diseminación metastásica. La supervivencia media para un paciente en estadio IIIB es del 26% a los 5 años.(13). Sin embargo, existen diferencias entre estudios debido al carácter retrospectivo de los mismos.

En relación a una posible mejora en la detección precoz del CCM, actualmente se ha demostrado la presencia de un antígeno T detectable en sangre, que se expresa tanto en lesiones primarias como en regiones metastásicas (20). Además, existe una correlación entre los títulos de anticuerpos antipolyomavirus de las Células de Merkel (Ac antiMCPyV) y una mejora en las cifras de supervivencia global (21). Dados estos hallazgos, se ha fomentado el desarrollo de vacunas antivirales y agentes selectivos, capaces de actuar a nivel local y a distancia, por lo que podrían utilizarse incluso como tratamiento paliativo.

CONCLUSIONES:

El CCM es una rara neoplasia de carácter agresiva, que se presenta con una clínica caracterizada por la regla mnemotécnica "AEIOU", y cuyo diagnóstico precoz y tratamiento adecuado influye directamente en la supervivencia. El diagnóstico de confirmación es inmunohistoquímico a través del marcador CK20 y su tratamiento actual se basa en la cirugía de resección tumoral con márgenes amplios y radioterapia adyuvante. La relación con el Polyomavirus de las células de Merkel arroja nuevas expectativas de mejora para el desarrollo de métodos de detección precoz y de nuevas alternativas terapéuticas.

SESIÓN 2

CPA37 (256). SARCOMAS RADIOINDUCIDOS DE CABEZA Y CUELLO, PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

Buriticá Molano, C.A.; Fernandes Ciaccia, L.G.; Agudelo Torres, A.; Risueño Mata, P.; Delhom Valero, J.; Baquero Ruiz de la Hermosa, M.C.

Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia

INTRODUCCIÓN:

Los sarcomas radioinducidos son tumores poco frecuentes; sin embargo su incidencia se ha incrementado debido a un aumento en la supervivencia tras la radioterapia y posiblemente la incorporación de nuevas tecnologías como la radioterapia modulada por intensidad (IMRT). Un factor de riesgo importante es recibir radioterapia a una edad temprana; también se asocia a quimioterapia concomitante con agentes alquilantes (cisplatino, melafan, ifosfamida, etc.). Aunque no hay una clara relación dosis-respuesta, se suele aceptar que los sarcomas son inducidos en tejidos que reciben altas dosis, dentro o en la vecindad de los campos de radiación, mientras que los carcinomas aparecen en tejidos sometidos a bajas dosis de radiación. Los sarcomas radioinducidos suelen desarrollarse en un periodo de latencia alrededor de 10 años y la mayoría corresponden a tumores de localización profunda y de alto grado histológico. Gracias a los criterios de Caham modificados por Arlen y col., se puede definir como sarcoma radioinducido a aquella neoplasia de histología diferente al tumor que requirió radioterapia y que se desarrollan dentro del campo de irradiación después de tres años del tratamiento. Los pacientes supervivientes de cáncer de cavidad oral y de faringe son uno de los grupos más afectados por los tumores radioinducidos, solamente superado por los pacientes con Enfermedad de Hodgkin. Una cirugía agresiva es la primera opción terapéutica en tumores localizados. El pronóstico es peor que los sarcomas no radioinducidos, siendo su supervivencia estimada a los cinco años entre el 17% y el 58%.

En este poster se presentarán dos casos de sarcomas radioinducidos tratados en el servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital La Fe.

CASO CLÍNICO 1:

Paciente varón de 28 años de origen marroquí, tratado en su país de origen por un carcinoma epidermoide indiferenciado de cavum T4N1M0 en el año 2005, tratado con quimioterapia de inducción (cisplatino-actinomicina), posterior radioterapia más quimioterapia con cisplatino concomitante logrando respuesta clínica completa. Seis años después, inicia crecimiento tumoral progresivo en región malar derecha de consistencia dura que no infiltra piel. La RMN describe masa de 3 cm, paredes gruesas y necrosis central, en profundidad al tejido celular subcutáneo de la mejilla derecha que infiltra y destruye totalmente cara anterior del seno maxilar, además se observan alteraciones residuales en base de cráneo tras erosión por la tumoración inicial; el estudio de extensión es negativo. La biopsia incisional descarta una recidiva de carcinoma epidermoide, por lo que se realiza una resección agresiva y completa mediante hemimaxilectomía parcial con conservación de la órbita y reconstrucción con colgajo miofascial temporal. La anatomía patológica informa un sarcoma tipo fibrohistiocitoma maligno de 3,5 x 3 x 4 cm con gran infiltración ósea y bordes quirúrgicos libres. Inicia quimioterapia adyuvante con ifosfamida y adriamicina suspendida por toxicidad hematológica y renal. Controles clínicos y radiológicos sin recidiva ni metástasis de los dos tumores a 3 años del tratamiento.

CASO CLÍNICO 2:

Paciente mujer de 59 años con antecedente de carcinoma epidermoide de base de lengua derecho T3N2cM0 inoperable, por lo que recibe tratamiento concomitante radioterapia más quimioterapia con cisplatino, respuesta clínica completa. Nueve años después inicia hipoestesia del nervio dentario inferior derecho con tumoración submucosa en trigono retromolar, la RMN informa infiltración de rama horizontal y ángulo mandibular derechos con rotura de corticales por tumoración de partes blandas 1,4 x 3 cm, además otro nódulo de 1,5 cm en vertiente

externa del ángulo mandibular en profundidad al masetero. Biopsia incisional con infiltración sarcomatosa, motivo por el cual se realiza mandibulectomía segmentaria derecha desde parasífnis hasta mitad de la rama. La anatomía patológica informa osteosarcoma condroblástico bien diferenciado con afectación de medula ósea en ambos extremos de la resección e invasión perineural. Se realiza ampliación de ambos márgenes de resección obteniendo bordes libres de tumor. Recidiva tumoral precoz a los 6 meses observada en control radiológico, afectando el tejido blando pericondilar, por lo que se realiza resección de la tumoración con desarticulación del remanente mandibular. Metástasis ganglionar cervical ipsilateral en nivel IB diagnosticada por PAAF cuatro meses después del rescate quirúrgico, en este momento pendiente de resultado de PET/TAC para descartar metástasis a distancia.

CONCLUSIÓN:

A pesar de su poca frecuencia, la aparición de un sarcoma radioinducido es una posibilidad que debe ser tomada en cuenta durante los controles tardíos de una neoplasia que haya recibido tratamiento radioterápico, sobre todo si tiene algún factor de riesgo asociado. Es fundamental filiar cualquier tumoración clínica y radiológica que aparezca durante los sucesivos controles, lo que permitiría ofrecer una cirugía radical y agresiva con una finalidad curativa en caso de confirmar este diagnóstico.

SESIÓN 2

CPA38 (144). FENESTRACIÓN DE LA VENA YUGULAR INTERNA

Hernandez Vila C, Moreno Sánchez M, Ramírez Pérez F, Ruíz Casas J, Ruiz Laza L, Gonzalez García R.
Hospital Universitario Infanta Cristina. Badajoz

INTRODUCCIÓN:

La fenestración de la vena yugular interna es un hallazgo raro que ha sido descrito en pocas ocasiones y todas ellas en relación con el nervio espinal pasando a través de la fenestración

MATERIAL Y MÉTODOS:

Presentamos una mujer de 85 años que acude a nuestro hospital por un carcinoma de células escamosas de suelo de boca del lado derecho. Como parte del tratamiento se realiza el vaciamiento cervical funcional del lado ipsilateral al tumor durante el cual encontramos la fenestración de la vena yugular interna sin ninguna estructura anatómica asociada al mismo.

CONCLUSIÓN:

La duplicación de la vena yugular interna es una variante anatómica con una incidencia 4/1000 disecciones cervicales. Se distinguen dos tipos de patrones anatómicos, uno en el cual se desarrollan dos venas independientes y otro denominado fenestración en el que las dos venas vuelven a fusionarse formando esa estructura anular a través de la cual suele cruzar el nervio espinal. Se describen tres teorías embriológicas siendo la vascular la mas aceptada, donde el problema surge en la inadecuada condensación de los plexos capilares y su relación con el desarrollo de las estructuras nerviosas. Aunque las pruebas radiológicas pueden ser útiles en el diagnóstico, este tipo de anomalías deben tener en consideración durante la cirugía para evitar lesiones accidentales de estructuras vitales.

SESIÓN 3

CPA39 (240). CARCINOMA ADENOIDE QUÍSTICO SIMULANDO ENDOMETRIOSIS PAROTÍDEA

González Soto J; Novoa A; Rodríguez Santamarta T; Villalaín L; González M; de Vicente JC.
Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

INTRODUCCIÓN:

El carcinoma adenoide quístico (CAQ) es el tumor maligno más frecuente en las glándulas salivales menores, submaxilar y sublingual. Supone el 14% de las neoplasias que afectan a estas glándulas, más frecuente en la mujer. Clínicamente se caracteriza por su tendencia a la infiltración local, sobre todo nerviosa, y a distancia.

CASO CLÍNICO:

Presentamos un caso clínico de una paciente de 42 años remitida a nuestra consulta para valoración de un nódulo facial derecho de años de evolución y crecimiento lentamente progresivo, refiriendo aumento del dolor en relación con la menstruación. Asimismo refiere episodios aislados de parálisis facial ipsilateral. A la exploración se palpa una tumoración dura, mal definida, de aproximadamente 1'5 cm de diámetro mayor, muy dolorosa al tacto, en el espesor de los tejidos blandos de la región parotídea derecha, sin afectación cutánea. Radiográficamente (Ecografía/RMN/TC) se aprecia una colección hipoecogénica mal delimitada, así como hallazgos sugerentes de proceso inflamatorio parotídeo; junto a la punción realizada sugiere endometriosis como primera posibilidad diagnóstica.

Bajo anestesia general, se realizó parotidectomía total, con preservación del nervio facial.

RESULTADOS:

El análisis definitivo de la pieza quirúrgica muestra una neoplasia infiltrante en un estroma desmoplásico que crece infiltrando estructuras perineurales con un patrón claramente adenoide quístico tubular.

Ante este resultado se planteó una reintervención para ampliación de márgenes, incluyendo mandibulectomía y mastoidectomía parcial, tratamiento del cuello homolateral y reconstrucción microquirúrgica con un colgajo ALT. Posteriormente la paciente realizó tratamiento radioterápico complementario.

El CAQ aparece más frecuentemente en la sexta década, con predisposición por el sexo femenino. Clínicamente simula un proceso inflamatorio o una tumoración benigna, lo que generalmente conlleva un retraso en el diagnóstico.

La tasa de recurrencia oscila entre el 59 y 100% en función de sus variantes. La supervivencia media es del 54% a 10 años.

CONCLUSIONES:

Tras veinticuatro meses de seguimiento, la paciente no ha presentado signos de recidiva locorregional, con un resultado estético aceptable y buena función masticatoria, si bien está pendiente de procedimientos de reanimación facial.

SESIÓN 3

CPA41 (258). INFECCIÓN DE PROTESIS A MEDIDA DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR: MANEJO DE UN CASO

Salcedo Gil CA; Morey Mas MA; Hamdan Hamdan H; Molina Barraguer MI; Iriarte Ortabe JI.
Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca

INTRODUCCIÓN:

Pacientes con diferentes patologías de la articulación temporomandibular se pueden llegar a beneficiar del recambio articular con prótesis a medida ; una de las complicaciones poco frecuentes de esta intervención es la infección, nosotros presentamos un caso y nuestro manejo.

MATERIAL Y MÉTODO:

Presentamos el caso de una mujer de 67 años con diagnóstico de osteoartrosis de ATM derecha, sin respuesta a medidas conservadoras. Se le practicó una artroscopia evidenciándose 2 perforaciones meniscales y condromalacia severa; la paciente continuó con dolor, por lo que se decidió recambio articular con prótesis a medida (TMJ Concepts).

Se realizó el recambio articular según el protocolo establecido en nuestro servicio, sin complicaciones intraoperatorias. Una semana postcirugía, presentó signos de inflamatorios, sobre todo en el abordaje submandibular y una evolución tórpida a pesar de estar bajo tratamiento antibiótico con Amoxicilina/Ac. Clavulanico. Se le realizó TAC y una punción donde se aisló un Staphylococcus epidermidis, por lo que se cambió de antibiótico a Vancomicina mas Rifampicina, siendo la respuesta incompleta. Por ello se decidió realizar una exploración quirúrgica bajo anestesia general, consistente en lavado exhaustivo con retirada del biofilm, además de tomar muestras para microbiología intraoperatorias.

El nuevo cultivo fue positivo para Proteus Mirabilis por lo que se añadió al tratamiento antibiótico Piperazilina/ Tazobactam. Frente a la falta de respuesta se decidió retirar la prótesis y poner un espaciador de cemento quirúrgico impregnado con doble antibiótico (Gentamicina más Vancomicina).

Después de completar el tratamiento antibiótico por 2 meses y estar libre de síntomas infecciosos (clínica, radiología y parámetros analíticos dentro de la normalidad), se planificó una nueva reconstrucción, consistente en reesterilización del componente rama y la nueva fabricación del componente fosa de la prótesis.

RESULTADOS:

Nuestra paciente presentó una infección aguda, requiriendo tratamiento antibiótico, según cultivo y antibiograma, además del intento de preservar la prótesis mediante el lavado quirúrgico. Sin embargo, fue necesario la posterior retirada de la prótesis, consiguiendo así una respuesta favorable, permitiendo en un segundo tiempo la reconstrucción articular, sin complicaciones.

CONCLUSIONES:

La reconstrucción de la articulación temporomandibular con prótesis a medida no está exenta de complicaciones y una de ellas es la infección (aproximadamente el 1.5%), Para evitarla es necesario cumplir los protocolos de asepsia quirúrgica de manera exhaustiva. Pero, si a pesar de ello se infecta, tenemos que realizar un diagnostico precoz y un tratamiento agresivo, que puede ser hasta la retirada de la prótesis cuando fracasan otras medidas (antibioticoterapia y lavados quirúrgicos); Tenemos que estar preparados para enfrentarnos y tomar las decisiones adecuadas adaptadas a nuestro medio, en el momento adecuado.

SESIÓN 3

CPA42 (168). UTILIZACIÓN DE LIGASURE EN LA RESECCIÓN QUIRÚRGICA DE MALFORMACIONES VENOSAS EN CABEZA Y CUELLO

Ferrer Fuertes A, Martí Pagés C, Sieira Gil R, Megías Barrera J, Cho-Lee G-Y
Hospital Clínic. Barcelona

INTRODUCCIÓN:

Las malformaciones venosas son malformaciones vasculares de bajo flujo que pueden aparecer aisladas o en localizaciones múltiples. No regresan, y pueden crecer durante la vida del paciente, en función de la presión venosa. Pueden producir disconfort, ulceración, sangrado, dolor, neuropatías o efecto masa. Cuando aparecen a nivel de cabeza y cuello, su localización puede llegar a comprometer la deglución, el habla o la vía aérea.

Su tratamiento consiste en la resección quirúrgica, la embolización, la esclerosis, el tratamiento con láser o una combinación de las técnicas anteriores. La exéresis quirúrgica completa no siempre es posible, y en estos casos, el sangrado masivo es un riesgo a tener presente. El uso del LigaSure en la cirugía de cabeza y cuello permite la resección y el sellado de vasos sanguíneos de hasta 7 mm de diámetro, con escasa difusión de calor a los tejidos circundantes, minimizando la lesión de partes blandas adyacentes, por lo que disminuye la morbilidad de la cirugía.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo de pacientes con malformaciones venosas a nivel de cabeza y cuello, intervenidos con intención curativa o paliativa en el Hospital Clínic de Barcelona desde 2012 hasta 2015.

RESULTADOS:

Se han intervenido 4 pacientes con malformaciones venosas de larga evolución (a nivel lingual, parotídeo, occipital y cervical). Ningún paciente presentó hemorragias destacables a nivel intraoperatorio, ni sangrado de la herida quirúrgica en el postoperatorio. Ningún paciente precisó de transfusión sanguínea a raíz de la cirugía.

CONCLUSIONES:

El uso del LigaSure en la cirugía resectiva de malformaciones vasculares en cabeza y cuello permite una exéresis segura, minimizando el riesgo de sangrado. El tamaño de la pieza de mano permite en la mayoría de casos un manejo cómodo, pese a las peculiaridades del territorio de trabajo.

SESIÓN 3

CPA43 (47). FASCITIS CERVICAL NECROTIZANTE: ANÁLISIS DE 5 AÑOS DE EXPERIENCIA Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Cuesta F.; Cuscó S.; Bohórquez D.; Morla A.; Valls A.; Marí A.
Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

INTRODUCCIÓN:

En los últimos años en nuestro servicio hemos observado una mejoría en el pronóstico de las fascitis cervicales necrotizantes, lo cual se corresponde con las series de casos representativas publicadas en la literatura.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Realizamos una revisión en la base de datos de nuestro centro de los casos de fascitis cervicales necrotizantes complicada o no con mediastinitis concomitante o posterior, tratadas en nuestro servicio en los últimos 5 años (2010-2014). Encontramos 10 casos, complicadas 5 de ellas con mediastinitis; observando una tasa de mortalidad de 0. Se realiza revisión sistemática de la literatura en los principales motores de búsqueda biomédica para comparar nuestros resultados con aquellos mostrados en la literatura.

RESULTADOS:

Observamos en nuestra serie una clara disminución de la mortalidad, de la estancia media y una menor tasa de complicaciones. Encontramos una relación menor de la comorbilidad del paciente; y mayor con la salud bucodental y el nivel socio-económico. El mejor pronóstico probablemente se encuentra en relación con un diagnóstico precoz, así como en la instauración inmediata de un tratamiento médico y quirúrgico más agresivo.

CONCLUSIONES:

La mayor accesibilidad a pruebas diagnósticas, a antibioterapia de amplio espectro y a asistencia especializada, comportan una mayor exactitud diagnóstica en las infecciones odontógenas que nos permiten instaurar un tratamiento más adecuado y precoz. Todo lo anterior conlleva que entidades clínicas como la que nos ocupa hayan cambiado favorablemente su pronóstico.

SESIÓN 3

CPA44 (239). NAVEGACIÓN EN MADÍBULA PARA DELIMITACIÓN DE LOS MÁRGENES DE RESECCIÓN TUMORAL

Alamillos FJ; Dean A; Heredero S; García-García B; Sanjuan A
Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

INTRODUCCIÓN:

Los tumores de cavidad oral con afectación ósea tienen la dificultad de poder hacer una resección con márgenes adecuados a nivel óseo. Las herramientas que disponemos en cirugía para la adecuación de los márgenes de resección son la palpación y las imágenes radiológicas. La delimitación preoperatoria del tumor junto con los márgenes de resección adecuados en la planificación virtual y la posterior navegación de dichos márgenes de resección se ofrecen como una valiosa herramienta de ayuda en la cirugía ablativa de los tumores de cabeza y cuello. La mandíbula es el único hueso móvil de la cara, por tanto presenta la dificultad de hacerlo "navegable". El objetivo de esta presentación es aportar un novedoso sistema, no publicado hasta ahora según la revisión de la literatura, que permite la navegación en la mandíbula de forma independiente del resto del cráneo.

CASOS CLÍNICOS:

Hemos utilizado la navegación quirúrgica para determinar y realizar los márgenes de resección de dos pacientes varones de 48 y 56 años de edad diagnosticados de carcinomas epidermoide de cavidad oral con afectación mandibular. Hemos diseñado la colocación de la estrella de navegación a nivel del ángulo mandibular, utilizando el abordaje cervical necesario para el vaciamiento cervical y la mandibulectomía segmentaria. Al colocar la estrella de navegación en la mandíbula nos permite "navegar" la mandíbula de forma independiente al resto del cráneo de tal manera que podemos hacer la ablación de la tumoración abriendo la boca del paciente y movilizándolo la mandíbula.

RESULTADOS:

Se consiguió hacer la navegación de los márgenes de resección de forma adecuada. No hubo complicaciones derivadas de la navegación. El resultado histopatológico de los márgenes de resección mandibulares mostraron una adecuación de los mismos.

CONCLUSIONES:

La colocación de la estrella de navegación a nivel mandibular aporta un novedoso sistema para poder hacer navegación mandibular permitiendo la movilidad de la mandíbula. Según la revisión de la literatura es la primera vez que se utiliza este sistema para poder hacer navegación libre e independiente en la mandíbula.

SESIÓN 3

CPA45 (50). APLICACIONES DE NAVEGACIÓN EN CIRUGÍA CRANEOFACIAL: 3 AÑOS DE EXPERIENCIA

Herederero S. (*), Solivera J. (**), Dean A. (*), Alamillos F. (*), Lozano J. (**)

(*) UGC de Cirugía Maxilofacial, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba; (**) UGC de Neurocirugía, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba

INTRODUCCIÓN:

Los primeros navegadores o “digitalizadores tridimensionales” comenzaron a utilizarse en neurocirugía hace algo más de dos décadas. Desde entonces, los sistemas de navegación y sus respectivos softwares de planificación han evolucionado incrementando el rango de aplicaciones clínicas en cirugía craneofacial.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Este trabajo es un estudio retrospectivo de los casos planificados con iPlan v.3.0 (BrainLab) entre enero de 2012 y diciembre de 2014 en el Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. La navegación intraoperatoria se realizó con el sistema óptico de navegación Kolibrí (BrainLab). Toda la información se exportó a una base de datos Access, y el análisis estadístico se realizó en el entorno R (CRAN, Vienna, 2014, v. 3.1.1).

RESULTADOS:

334 intervenciones quirúrgicas fueron planificadas con iPlan: 226 pacientes con patología neuroquirúrgica, 33 cirugías abiertas de base de cráneo, 10 pacientes con malformaciones craneofaciales y 65 con patología de los tercios faciales medio e inferior. En neurocirugía la indicación principal fue planificación de abordajes y orientación anatómica, navegándose intraoperatoriamente el 87% (n=198). En cirugías de base de cráneo y de malformaciones craneofaciales el sistema se utilizó fundamentalmente para planificar osteotomías, navegándose respectivamente el 82% (n = 27) y el 2% (n = 2) de los casos planificados. En cirugías faciales (navegación intraoperatoria 55%, n = 36) se utilizó para planificación de osteotomías (en ortognática, hiperplasia condílea, distracción alveolar y displasia fibrosa), planificación de márgenes de resección oncológicos, y para aumentar la precisión de reconstrucciones mediofaciales.

CONCLUSIONES:

El desarrollo de nuevas herramientas de software como autosegmentación, generación de objetos en espejo y la posibilidad de exportar / importar en formato Standard Tessellation Language (STL), han aumentado las aplicaciones de los sistemas de navegación. Aunque en sus inicios se desarrollaron fundamentalmente para facilitar la orientación tridimensional intraoperatoria, la planificación virtual con iPlan sin navegación se ha demostrado útil en cirugía craneofacial, permitiendo obtener resultados más predecibles.

SESIÓN 3

CPA46 (113). PLANIFICACIÓN VIRTUAL Y NAVEGACIÓN INTRAOPERATORIA PARA LA RESECCIÓN Y RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTO DE BASE CRANEAL ANTERIOR, REBORDES SUPRAORBITARIOS Y HUESOS PROPIOS NASALES CON COLGAJO OSTEOMIOCUTÁNEO DE PERONÉ

Dean A.; García-García B.; Heredero S.; Alamillos A.; Sanjuan A.; Solivera J.

Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

INTRODUCCIÓN:

La resección y reconstrucción de tumores del tercio superior facial puede ser compleja. Las herramientas de planificación en ordenador, diseño 3D, fusión de estudios de imágenes morfológicos y funcionales, cirugía virtual son útiles para el manejo clínico de estos pacientes y han cambiado los conceptos actuales de la cirugía maxilofacial.

El objetivo de este trabajo es presentar un caso clínico de una tumoración en seno frontal derecho utilizando las herramientas de planificación virtual y navegación para ayudar en la ablación y la reconstrucción.

CASO CLÍNICO:

Mujer de 63 años de edad que acudió al servicio de urgencias de nuestro hospital por proptosis de ojo derecho. El TC ponía de manifiesto una tumoración en seno frontal derecho de características agresivas con erosión y afectación de suelo del seno frontal y pared posterior de éste, órbita derecha y seno etmoidal. La biopsia de la lesión fue informada como melanoma.

Se realizó cirugía virtual, planificación de la resección, y de las necesidades reconstructivas utilizando el software de planificación iPlan. Sobre el objeto "tumor" se planificaron los márgenes de resección 3D haciendo la fusión de TC, RMN y PET-TC. Se realizó la cirugía virtual que anticipó las necesidades reconstructivas.

La resección en bloque de la tumoración incluyó parte del hueso frontal con el reborde supraorbitario, techo de órbita derecha, parte superior de huesos propios nasales, exenteración orbitaria, parte anterior de fosa craneal anterior (incluyendo la parte adyacente de duramadre). La resección se realizó asistida por navegación sobre la planificación preoperatoria. El defecto se reconstruyó con un colgajo osteomiocutáneo de peroné con anastomosis a los vasos temporales derechos. Se utilizaron tres fragmentos óseos del peroné: para la reconstrucción de los rebordes supraorbitarios y huesos propios nasales. La isla cutánea desepitelizada y adelgazada se utilizó para reconstruir y aislar la base craneal anterior de la fosa nasal y un fragmento de sóleo se utilizó para reconstruir la cavidad orbitaria derecha. La reconstrucción del defecto orbitario izquierdo se realizó con una malla de titanio. La reinserción del canto derecho se realizó mediante cantopexia alámbrica transnasal.

RESULTADOS:

No hubo complicaciones durante la cirugía ni en el postoperatorio, obteniendo un resultado estético satisfactorio. La pieza de resección se informó con márgenes quirúrgicos libres.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

Las nuevas herramientas de planificación, cirugía virtual y navegación intraoperatoria ayudan a planificar la resección de tumores complejos de cabeza y cuello y a planificar la reconstrucción del defecto creado.

SESIÓN 3

CPA47 (137). REARTROSCOPIA DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR. ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 600 ARTROSCOPIAS

Varela Reyes E., De la Sen O., Martínez I., Naranjo N., Encinas A., Martín-Granizo R.
Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Clínico San Carlos. Madrid

INTRODUCCIÓN:

La artroscopia de la ATM fue llevada a cabo por primera vez en 1975, por el japonés Masatoshi Ohnishi como una prueba diagnóstica de la patología intraarticular. Hoy en día la cirugía mínimamente invasiva de la ATM se considera el tratamiento quirúrgico inicial en el síndrome de disfunción temporomandibular que no responde al tratamiento conservador. Esto es debido a sus potenciales beneficios y su baja morbilidad.

OBJETIVO:

La eficacia de los avances en las técnicas artroscópicas como la miotomía anterior, la lisis de adherencias, infiltración subsinovial o el reposicionamiento del disco, frente a la técnica artroscópica clásica de lisis-lavado es controvertida. La tasa de mejoría respecto al dolor, apertura oral y chasquidos varía de un 80% a un 92% con las nuevas técnicas. Cuando la artroscopia no es efectiva, la decisión se centra en la reartroscopia o la cirugía abierta. El objetivo es presentar los resultados obtenidos y nuestra experiencia tras 600 artroscopias de la ATM.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudiamos retrospectivamente a 360 pacientes en los que se llevó a cabo 600 artroscopias operativas con distintas técnicas. Todas las artroscopias fueron realizadas por el mismo cirujano en el mismo centro entre 1997 y 2014. Analizamos la clínica de cada paciente, los signos radiológicos y los hallazgos intraarticulares objetivados durante las intervenciones. El seguimiento postquirúrgico se realizó tras 1, 3, 6, 12 y 24 meses.

RESULTADOS:

La proporción de reartroscopias fue de 3.05% (11 de los 360 pacientes) con un tiempo medio entre cirugías de 69,45 meses. Entre los hallazgos intraarticulares más observados se encuentran las adherencias y la condromalacia. En dos de los pacientes fue necesaria la cirugía abierta para el remplazo total de la articulación o discectomía.

CONCLUSIONES:

La proporción de reartroscopias realizadas en nuestro estudio es muy inferior a las encontradas en otras publicaciones. En la mayoría de los casos la respuesta tras la nueva artroscopia es satisfactoria, sin necesidad de realizar una cirugía abierta de la articulación.

SESIÓN 3

CPA48 (127). TRATAMIENTO DE LA ANQUILOSIS DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR EN LA EDAD INFANTIL MEDIANTE INJERTO COSTOCONDAL A PROPÓSITO DE 2 CASOS CLÍNICOS

Arenas de Frutos G; García Sevilla A; Tousidonis Rial M; Fernández-Valadés Gámez R; Ochandiano Caicoya S; Salmerón Escobar J.I.

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

INTRODUCCIÓN:

La anquilosis de la articulación temporomandibular en edad infantil constituye una entidad poco frecuente que habitualmente se relaciona con antecedentes traumáticos sobre dicha articulación y en menor proporción con procesos infecciosos que tienen su origen en el oído medio. La principal diferencia con la anquilosis del adulto data en la alteración del crecimiento y desarrollo mandibular de dichos pacientes, encontrándose asociadas a la limitación de la apertura oral propia de este fenómeno otras entidades como la asimetría facial o la micrognatia, procesos que precisan un tratamiento quirúrgico, ortodóncico y rehabilitador que han de iniciarse a una edad temprana. La restitución articular con injerto costocondral se ha descrito como de elección en el tratamiento de esta patología en pacientes en edad de infantil dado el potencial de crecimiento de su cartilago, necesario para el adecuado desarrollo mandibular y facial de éstos.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se exponen dos casos clínicos de anquilosis ósea de ATM de origen postinfeccioso en dos varones cuya clínica inicial consistía en limitación de la apertura oral y asimetría facial a expensas de una hipoplasia de rama mandibular en el lado articular afecto. En uno de los pacientes había sido llevada a cabo 3 años antes la resección del bloque anquilótico y la neoformación condilar mediante osteostomía tipo Letterman, presentando como secuela la clínica residual previamente descrita. Ambos pacientes fueron tratados quirúrgicamente a la edad de 8 y 9 años respectivamente mediante resección del bloque anquilótico en el paciente no tratado previamente, y reconstrucción con injerto costocondral autólogo contralateral e interposición miofascial temporal intraarticular, llevándose a cabo bloqueo intermaxilar postquirúrgico en uno de los casos.

RESULTADOS:

Los resultados postquirúrgicos fueron en ambos casos satisfactorios tanto desde el punto de vista funcional como estético, lográndose una adecuada movilidad articular y apertura oral con mínimas secuelas sensitivas temporales en cuanto a la inervación motora facial y estéticas en la región donante costal y facial, precisando no obstante un tratamiento rehabilitador activo postquirúrgico inherente al mismo en orden a la adecuada funcionalidad y evolución posterior de dichos pacientes.

CONCLUSIONES:

El tratamiento quirúrgico de la anquilosis de la articulación temporomandibular en pacientes en edad infantil consistente en la resección del bloque anquilótico y la reconstrucción condilar con injerto costocondral autólogo en edades precoces del crecimiento se ha demostrado como la técnica de elección en lo que respecta al tratamiento de dicha patología dada su potencialidad de crecimiento y los satisfactorios resultados tanto funcionales como estéticos logrados. El tratamiento rehabilitador activo postquirúrgico constituye un elemento indispensable para la adecuada evolución postoperatoria de dichos pacientes.

SESIÓN 3

CPA49 (15). AUTOLOGOUS BLOOD INJECTION FOR HABITUAL TMJ DISLOCATION: A NOVEL TECHNIQUE

Elsayed F Abdelrahman T.; Ahmed Amer, I.

Maxillofacial, Head and Neck Surgery Unit, General Surgery Department, Faculty of Medicine, Sohag University. EGYPT

PURPOSE:

Many different surgical techniques for the treatment of chronic recurrent temporomandibular joint (TMJ) dislocation have been described. We discuss a technique of autologous blood injection to the TMJ for treatment of chronic recurrent TMJ dislocation.

MATERIALS AND METHODS:

41 patients diagnosed with chronic recurrent TMJ dislocation were treated by bilateral injections of autologous blood into the upper joint space and around the TMJ capsules bilaterally.

They consisted of 18 males and 23 females, with an average age of 32.7 years old (range, 17-68) years. Average duration of symptoms was 11 months range, 2 months to 4 years) (Average number of episodes of dislocation was once a day (range, every mouth opening to once /2 week). Nine of the patients were able to self-reduce the dislocation, whereas others required assistance. All patients underwent bilateral autologous blood injections to their TMJ. First, local anesthesia was administered to the auriculotemporal nerve.

locating the articular fossa at a point 10 mm anterior to the tragus and 2 mm inferior to the tragal canthal line. In this location Three ml of blood were then withdrawn from the patient's antecubital fossa. Two milliliters were injected into the UJS and 1 mL was injected around the capsule. then repeated on the opposite side in the same manner. An occlusive head bandage was then applied Eighty percent(33 patients) had a successful outcome and required no further treatment at their 1-year Follow-up.

CONCLUSION:

This procedure has proven to be safe, simple, and cost effective for the treatment of TMJ dislocation

SESIÓN 3

CPA50 (188). COLGAJO MIOMUCOSO DE BUCINADOR PARA RECONSTRUCCION DE DEFECTOS PALATINOS

Gavín Clavero M.; Jarrod Ferrer U.; Cámara Vallejo M.; Mur Til A.; Pantilie B.; Simón Sanz V.
Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

INTRODUCCIÓN:

Los colgajos miomucosos de bucinador son ampliamente utilizados en reconstrucción de defectos de la cavidad oral. La arteria facial, bucal y alveolar posterosuperior aportan el mayor suplemento de sangre al músculo. Existen diferentes tipos de colgajos según su vascularización: de base posterior (colgajo Bozola), superior (colgajo FAMM), anteroinferior y colgajo en isla (colgajo Zhao). En la reconstrucción de defectos de paladar, desempeñan un papel muy importante desde hace años, tanto el de base posterior, basado en la arteria bucal, como el de base superior y el colgajo en isla, vascularizados por la arteria facial.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Revisión de 26 casos de colgajo bucinador para reconstrucción de defectos palatinos, realizados entre febrero de 2006 a septiembre de 2014 en el Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza, en seis pacientes que presentaban carcinoma mucoepidermoide, un carcinoma in situ, siete carcinomas escamosos, cuatro adenomas pleomorfos, un ameloblastoma, una fibromatosis, una leucoplasia, cuatro fístulas palatinas y una agenesia de paladar en un niño. 20 colgajos fueron de base posterior (colgajo Bozola), 6 de ellos bilaterales; y 6 de base superior (colgajo FAMM). La edad media de los pacientes fue 57.27 y la mediana 58. La distribución por sexo fue de 9 mujeres y 16 varones.

RESULTADOS:

De los 26 colgajos, 16 (63.6 %) presentaron buenos resultados, teniendo que cortarse el pedículo en cinco y realizarse exodoncias por decúbito en dos. Solo 4 (13.6%), uno de base superior, otro posterior y otro bilateral posterior, se perdieron completamente (todos correspondían a grandes resecciones tumorales, uno de ellos por hemorragia postquirúrgica y otro tras tratamiento radioterápico). 6 (22.7%) presentaron dehiscencia parcial, teniendo que realizarse Friedrich y retirada parcial en cuatro, de estos seis, uno se resuelve sin incidencias, dos presentan insuficiencia velopalatina con ligera rinolalia y tres pequeñas fístulas que se cerraron con cirugías posteriores. En 8 colgajos de los 26, se asoció la realización de una bola de bichat, en uno bola de bichat y colgajo palatino, en 2 colgajo palatino sólo, en uno faringoplastia y en 3 injerto de piel supraclavicular.

CONCLUSIONES:

Los colgajos miomucosos de bucinador son una de las mejores técnicas para reconstruir defectos no solo de paladar, sino de toda la cavidad oral. Obtiene buenos resultados tanto estéticos como funcionales, con pocos fracasos y baja morbilidad de la zona donante. La mayor tasa de fracasos en reconstrucción de paladar, se asocia con grandes defectos tras exéresis en pacientes con carcinomas y tratamiento radioterápico adyuvante. La selección del tipo de colgajo depende del defecto a cubrir, de las características del paciente y del tipo de cirugía. El colgajo de base posterior es usado sobre todo, en pacientes no edéntulos para reconstrucción de paladar blando, siendo la complicación más frecuente la dehiscencia de sutura. Por eso es importante fijar el pedículo a lo largo de su trayecto para evitar que traccione, se interponga entre los molares y ayude a que se produzca dehiscencia por el peso, o sino, se puede realizar un colgajo en isla. El colgajo de base anterior se usa para reconstrucción de paladar anterior y maxilar superior, sobre todo en pacientes edéntulos, debiendo tener cuidado al rotarlo sobre sí mismo para evitar congestión e hipoperfusión, además presenta el inconveniente, de que en los casos de carcinomas con vaciamiento cervical, se debe mantener la arteria facial para que sea viable.

SESIÓN 4

CPA51 (224). FRACTURA EN TALLO VERDE DE CÓNDILO MANDIBULAR EN UN LACTANTE DE 20 MESES: A PROPÓSITO DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Gálvez Prieto F; Patiño Seijas B; Luaces Rey R; Collado López J;González Mourelle A; López-Cedrún Cembranos JL

SERGAS. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

INTRODUCCIÓN:

Las fracturas de mandíbula en edad pediátrica son una entidad rara si se compara con su incidencia durante la edad adulta; de todas las fracturas maxilofaciales, la incidencia de fracturas faciales pediátricas varía del 1% a 15%. Los traumatismos faciales son poco frecuentes en pacientes menores de 5 años (0.6-1.4%), y su incidencia aumenta al comenzar la escolarización. Las fracturas del tercio medio facial son poco frecuentes en niños debido a la posición retrusiva del tercio medio en relación con la prominencia del cráneo. Aparte de las fracturas nasales (y fracturas del reborde supraorbitario en pacientes muy jóvenes), las fracturas de mandíbula son el segundo tipo más común de fracturas faciales en niños (entre el 5% y el 50%) y la causa más frecuente de fractura facial que requiere hospitalización. El cóndilo (40%-70%) es el sitio más común de fracturas mandibulares en pacientes pediátricos, seguido de la sínfisis (2%-30%), cuerpo (0%-20%), ángulo (3%-17%), y rama (3%-10%). La elasticidad ósea y la alta proporción de hueso esponjoso respecto al cortical y de partes blandas respecto al componente óseo hacen que muchas de estas fracturas sean en tallo verde. En las fracturas del cuerpo y ángulo son más frecuentes las fracturas en tallo verde monocorticales.

Las causas más frecuentes de trauma facial severo en el paciente pediátrico son los accidentes de tráfico, pero hay muchas otras causas de trauma facial. Las lesiones relacionadas con el deporte representan un 20 a 30% de todos los traumatismos orales y maxilofaciales, raras en niños muy pequeños pero que van aumentando en frecuencia en niños mayores y adolescentes. Los accidentes en bicicleta también son una causa muy frecuente, y aunque el uso de cascos ha reducido la incidencia de lesiones, los cascos con frecuencia no protegen contra las lesiones mandibulares y dentoalveolares. Los juegos, las caídas casuales (20-30%) y las agresiones (8-30%) constituyen el resto de las causas más frecuentes. El riesgo de lesiones en niños es más del doble que en niñas, probablemente debido a una propensión mayor al deporte y a las actividades arriesgadas.

Las fracturas mandibulares pediátricas requieren una exploración física sistemática y un manejo inicial según los principios del soporte vital avanzado del paciente traumatizado, que debería llevarse a cabo por un equipo multidisciplinar, descartando otras lesiones asociadas, incluidas lesiones espinales. Para la confirmación y caracterización de la fractura, pueden utilizarse diferentes técnicas de imagen (OPG, Rx simple, TAC y Cone Beam TAC). La OPG es una de las más útiles, pero a veces las condiciones del paciente (la edad y falta de colaboración, fundamentalmente) o la no disponibilidad impiden su realización. Las radiografías simples seriadas pueden no tener buena definición de la región sinfisaria, que podría subsanarse con una proyección de Waters. El TAC y el cada día más disponible TAC Cone Beam o TAC de haz cónico, proporcionan una imagen tridimensional y una buena definición de la región sinfisaria y condílea.

De todas las fracturas faciales, el tratamiento de la mandíbula en crecimiento, con dentición decidua y mixta, sigue siendo el más controvertido. Mientras que en los adultos está indicada la reducción y fijación de los fragmentos, en los pacientes pediátricos se prefiere una mínima manipulación del hueso. Más aún, las laceraciones y el despegamiento del periostio pueden afectar al crecimiento del hueso y el tratamiento requerido para conseguir una reducción completa puede afectar de forma adversa el crecimiento y desarrollo faciales.

La mayoría de las fracturas mandibulares pediátricas en pacientes muy pequeños pueden ser manejadas de forma conservadora con dieta blanda, analgésicos, y reposo. Las fracturas desplazadas precisan reducción y fijación de los fragmentos.

Ciertos casos pueden requerir de un bloqueo intermaxilar para controlar el dolor y corregir pequeñas maloclusiones. Hasta los 2 años de edad los niños pueden considerarse edéntulos, ya que los dientes erupcionados no ofrecen un soporte ni una forma adecuadas para la fijación intermaxilar con alambres, por lo que deben considerarse otros métodos de bloqueo. Las fracturas desplazadas o con maloclusión requerirán un tratamiento más agresivo, estando éste determinado principalmente por la localización de la fractura y el tipo de dentición. La reducción abierta y fijación interna se suele reservar para fracturas complejas desplazadas, que no puedan ser reparadas por medios más simples y requieran un control tridimensional de los segmentos fracturados.

Las complicaciones como infección, mala unión, pseudoartrosis, o maloclusión son raras en los niños. Aun así, debido a los cambios que experimenta un niño durante el crecimiento, se requiere un seguimiento a largo plazo de estos pacientes para identificar y controlar cualquier complicación que se presente, como alteraciones de los dientes permanentes, asimetrías faciales, o disfunciones temporomandibulares que requieran tratamiento. La limitación en el crecimiento óseo se observa con más frecuencia en las fracturas de cóndilo intracapsulares con elevada conminución.

CASO CLÍNICO:

Lactante de 20 meses sin antecedentes de interés que acude a urgencias por presentar tumefacción y dolor en la región preauricular derecha con apertura y cierre oral normales pero limitados por el dolor. 24 horas antes había sufrido una caída accidental mientras bajaba una pendiente en triciclo, golpeándose en la región submandibular y facial izquierda. La familia no refería pérdida de conocimiento, sangrado ni emisión de LCR a través de nariz o CAE, ni alteraciones neurológicas, pero sí molestias al colocarle el chupete. El paciente es valorado por el servicio de Urgencias Pediátricas, donde se objetiva, además de la tumefacción dolorosa en la región preauricular derecha, heridas inciso contusas superficiales en región submental, frontal y facial izquierdas. Se solicitan radiografías mandibulares. En la proyección de Towne se aprecia fractura de la rama ascendente mandibular derecha, sin que aparentemente haya solución de continuidad de los fragmentos. Estas características incluyen la fractura en la categoría de "fracturas en tallo verde", en las cuales sólo una cortical se fractura y la otra sufre una angulación. Se realiza TAC mandibular con reconstrucción 3D que confirma el diagnóstico de fractura subcondílea mandibular derecha en tallo verde, observándose una pequeña línea de fractura en la cortical externa de la rama ascendente derecha del maxilar inferior con angulación de dicha rama, sin evidencia de desplazamiento de fragmentos ni luxación de la ATM derecha. Dada la ausencia de repercusión clínica se decide actitud conservadora, con dieta blanda, analgésicos y reposo oclusal. Se descarta el bloqueo intermaxilar debido a la condición de fractura en tallo verde y a la temprana edad del paciente.

RESULTADOS:

Después de un año y medio de seguimiento, el paciente muestra una curación ad integrum de la fractura con remodelado de la angulación, no apreciándose alteraciones en la oclusión ni en la simetría facial. La radiografía de Towne mostró a los 4 meses signos de remodelación con rectificación del foco de fractura, siendo a los 16 meses normal.

CONCLUSIÓN:

El mayor potencial osteogénico de los niños permite una rápida consolidación de las fracturas (tres semanas habitualmente), siendo raras las uniones fibrosas o no uniones de los fragmentos. Estos factores provocan un potencial de remodelado mucho mayor que en el adulto, incluso en fracturas desplazadas. El pronóstico habitualmente favorable de una fractura condílea en un niño no sólo significa la correcta consolidación de los fragmentos, sino la restitución anatómica del cóndilo sin alteraciones del crecimiento.

SESIÓN 4

CPA52 (95). FRACTURA DE MANDIBULAS. NUESTRA EXPERIENCIA EN 10 AÑOS

García Carricondo A.; Quesada Bravo F.J.; Sicilia Gutiérrez M.A.; Herrero Basilio M.Y.; Espín Gálvez F.; Pérez García V.

Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería

INTRODUCCIÓN:

Existen escritos egipcios del 1600 a.c acerca de la traumatología facial. Desde entonces se ha escrito mucho acerca de ella al tratarse de una de las patologías mas frecuentes de las urgencias maxilofaciales. Queremos describir la experiencia en nuestro servicio por las peculiaridades encontradas.

OBJETIVOS:

Revisión retrospectiva de la trayectoria quirúrgica en traumatología facial, principalmente en fracturas mandibulares, del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Complejo Hospitalario de Torrecárdenas desde su fundación.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Realizamos una descripción epidemiológica ,revisando retrospectivamente el total de pacientes intervenidos de forma urgente por traumatismo facial, en el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Complejo Hospitalario Torrecárdenas.

RESULTADOS:

Durante los 12 años de vida del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Complejo Hospitalario de Almería, se han realizado un número aproximado de 520 intervenciones de carácter urgente por traumatismos faciales de diversa índole. Las fracturas de mandíbula representan el 64%, 16% orbi-malares, 12% orbitarias, 4% panfaciales y 4% dentoalveolares. La prevalencia es mayor en varones 86% que en mujeres 14% . La edad media total es de 33.2 años (30.55 años en varones y 43 años en mujeres). En cuanto a la nacionalidad observamos un 40% de pacientes extranjeros. Según el mecanismo causante la agresión ocupa la primera posición 52% seguido de traumatismo indirectos 24%, caídas accidentales 12%, accidentes de tráfico 8% y precipitaciones 4%. Referido a datos quirúrgicos, la estancia media obtenida es de 2.62 días y el porcentaje de complicaciones 12 % (pseudoartrosis e hipoestesis).

CONCLUSIONES

1. La incidencia de fracturas faciales por agresión física está aumentando.
2. El tratamiento precoz (< 72h) disminuye la complejidad del acto quirúrgico
3. La reducción temprana de las fracturas disminuyen la estancia hospitalaria, las complicaciones y permiten recuperar la funcionalidad al paciente con más rapidez.

SESIÓN 4

CPA53 (90). UTILIZACIÓN DEL ÁCIDO POLI-L-LÁCTICO (SCULPTRA®) EN RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS FACIALES DE PARTES BLANDAS: NUESTRA EXPERIENCIA

Novoa Gómez A, Peña González I, Megías Barrera J, Junquera Gutiérrez LM, García-Consuegra Gómez-Del Pulgar L, De Vicente Rodríguez JC

Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Universitario Central de Asturias.

INTRODUCCIÓN:

El ácido poli-L-láctico es un material sintético perteneciente a la familia de los α -hidroxil-ácidos, con numerosas aplicaciones en medicina, que abarcan desde el campo de la nanomedicina hasta su utilización en la fabricación de material reabsorbible de osteosíntesis.

Como relleno, se considera un bioestimulador más que un material tradicional de relleno, ya que promueve el aumento de volumen mediante la producción de colágeno y la vascularización del colágeno nativo. Por ello, sus resultados no son inmediatos aunque son más estables en el tiempo frente al uso de otros materiales de relleno sintéticos o a técnicas de injerto de grasa autóloga.

Presentamos nuestra experiencia de uso en la reconstrucción de defectos faciales de partes blandas, tanto post-quirúrgicos como asociados al síndrome de Parry-Romberg.

MATERIAL Y MÉTODO:

8 pacientes, tratados con Sculptra® entre Enero de 2009 y Febrero de 2013, para reconstrucción de un defecto facial de partes blandas. De ellos, 4 casos corresponden a atrofas hemifaciales por síndrome de Parry-Romberg, y los otros 4 casos corresponden a secuelas postquirúrgicas (2 carcinomas epidermoides orofaciales, 1 osteosarcoma mandibular y 1 traumatismo craneofacial severo).

En todos los pacientes se realizó un TC previo a la inyección, para confirmar la atrofia de partes blandas y descartar que los defectos fuesen debidos a secuelas óseas.

Se realizó un seguimiento exhaustivo de los mismos, con revisiones semanales en el primer mes post-inyección, y cada 6 meses posteriormente, para valorar resultados, efectos secundarios y necesidad de nuevas aplicaciones.

RESULTADOS:

Los resultados estéticos son excelentes, consiguiéndose un relleno estable del defecto, tras varias dosis de refuerzo, con un elevado grado de satisfacción por parte de los pacientes.

La morbilidad es prácticamente nula, presentándose un único caso de epidermólisis localizada en la zona de inyección, que se resolvió espontáneamente en un par de semanas, lo cual aporta innegables ventajas frente a otras técnicas como puede ser la lipoestructura de Coleman.

CONCLUSIÓN:

El ácido poli-L-láctico es un material de relleno estable, seguro, carente de morbilidad asociada y con unos resultados estéticos excelentes en la reconstrucción de defectos faciales de partes blandas.

SESIÓN 4

CPA54 (212). MENINGOENCEFALOCELE POSTERIOR A LA REFRACTURACIÓN DE UNA FRACTURA DE LE FORT III: UNA RARA COMPLICACIÓN

Carrero M(*); Fernández del Valle A(*); Mejía C(**); Rial J(***); De Vicente J(*).

(*) Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, (**) Servicio de Radiología, (***) Servicio de Neurocirugía, Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

INTRODUCCIÓN:

Las complicaciones de las fracturas de Le Fort III y las secuelas de su tratamiento incluyen fístulas del LCR, meningitis, lesión ocular y cerebral. A continuación presentamos un caso de meningoencefalocele posterior a la refracturación de una fractura de Le Fort III.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO:

Paciente de 22 años que sufre un accidente con colisión, viajando en un vehículo sin cinturón de seguridad. Es encontrado en la vía pública inconsciente. A la exploración se aprecia la existencia de una herida frontal incisocontusa, edema y hematoma panfacial, exoftalmos bilateral con rinolicuorrea y movilidad del tercio medio facial. El paciente acude con una intubación orotraqueal.

En una TC craneofacial se observó la existencia de un hematoma epidural frontotemporal bilateral y contusiones hemorrágicas frontales; fractura frontobasal izquierda que se extiende hasta el techo de la órbita, sin afectación del seno frontal, fractura orbitomalar bilateral, fractura nasoetmoidal tipo I izquierda, fractura de huesos propios nasales, fractura de Le Fort III izquierdo y Le Fort II derecho, fractura sagital de paladar y fractura de rama mandibular izquierda. El paciente es ingresado en la UCI permaneciendo estable. Pasadas tres semanas del traumatismo, en ausencia de rinolicuorrea de más de 2 semanas, se realiza una reducción abierta de las fracturas mediante abordaje coronal y vestibular superior bilateral, encontrando una consolidación incompleta de sus fracturas por lo que se efectuó una refracturación malar y maxilar izquierda con escoplo y desimpactación nasofrontal con forceps de Rowe. El TC de control posquirúrgico mostraba una adecuada reducción de sus fracturas. A las tres semanas posquirúrgicas refiere diplopía asociada a una reaparición de la rinolicuorrea izquierda, por lo que se solicita una RNM donde observa un importante neumoencéfalo con meningoencefalocele de 10mm x 13 mm localizado entre el plano esfenoidal y la lámina cribosa izquierda en su porción posterior. El paciente es intervenido por el Servicio de Neurocirugía realizándose una craneotomía frontobasal izquierda con cierre del defecto craneal y reparación dural. Después de más de tres años de seguimiento no se ha encontrado ninguna alteración neuroquirúrgica.

DISCUSIÓN:

La prevalencia de la fístula de LCR frontobasal es del 20% en las fracturas de Le Fort II-III. La gran mayoría se resuelven espontáneamente en menos de 48 horas, excepto el 2,2% de ellas, que requiere un tratamiento quirúrgico abierto o endoscópico. El meningoencefalocele es una rara complicación de la osteotomía de Le Fort III, habiéndose descrito tan solo dos casos en pacientes con Síndrome de Crouzon. En nuestro caso, creemos que no existían particularidades anatómicas que lo favorecieran, sino que posiblemente existió una fractura esfenoidal no desplazada que no fue observada en la TC previa a la intervención, lo que resalta la importancia de contar con cortes sagitales y coronales para orientar la relación entre la base de cráneo y la sutura nasofrontal. A pesar que la TC es una herramienta útil para el diagnóstico del meningoencefalocele, en nuestro paciente la TC posquirúrgica no detectó ninguna anomalía y tan sólo fue diagnosticada mediante una RNM.

CONCLUSIÓN:

Este caso describe la refracturación de un Le Fort III parcialmente consolidado. Esto no es propiamente una osteotomía Le Fort III. Creo que es preferible ceñirse a lo que tenemos y decir que la reducción diferida (y quizás inmediata) de una fractura de Le Fort III puede existir complicaciones tan infrecuente como un meningoencefalocele.

SESIÓN 4

CPA55 (280). OSTEONECROSIS QUÍMICAMIXTA DE LOS MAXILARES

Milla J.; Llorente S.; Pelaz A.; Amer I.; Junquera L.

Oviedo

INTRODUCCIÓN:

Los fármacos antirresortivos son muy eficaces en el tratamiento de las enfermedades de remodelación ósea. Hay dos medicamentos ampliamente usados para el tratamiento de la pérdida de hueso sistémica: los bisfosfonatos y un anticuerpo monoclonal (receptor activador del factor nuclear kappa-B RANKL) conocido como denosumab. Tanto los bisfosfonatos como el denosumab, se han asociado con la presentación de diferentes casos de osteonecrosis de los maxilares (ONM).

OBJETIVO:

El presente trabajo tiene como objetivo presentar dos casos de lo que denominamos osteonecrosis química "mixta" de los maxilares.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se documentan las características clínicas, radiográficas, farmacológicas, terapéuticas y evolutivas de dos enfermos que desarrollaron una ONM. Se trata de dos mujeres de 75 y 64 años de edad. Ambas tenían en común, haber recibido un tratamiento previo con bisfosfonatos; risedronato 35mg y alendronato 70mg vía oral, durante 4 y 5 años respectivamente, que se suspendió para iniciar el tratamiento con denosumab. En ambos pacientes la ONM se desarrolló tras haber recibido una sola dosis de denosumab.

CONCLUSIÓN:

Es posible la presentación de ONM relacionada con la administración de bisfosfonatos y denosumab. Sin embargo, es necesaria más evidencia a cerca de esta patología. Inicialmente se presenta con signos clínicos similares a los conocidos en la osteonecrosis de los maxilares por bisfosfonatos (ONMB), incluso es más favorable tras la supresión del denosumab y el tratamiento convencional aceptado para los mismos estadios que en la ONMB.

PALABRAS CLAVE:

Osteonecrosis de los maxilares, osteonecrosis de los maxilares por bisfosfonatos, bisfosfonatos, denosumab

SESIÓN 4

CPA56 (233). ESTUDIO PREOPERATORIO VASCULAR EN AUTOTRASPLANTE DE PERONÉ: ECO DOPPLER COLOR VERSUS ANGIOGRAFÍA O ANGIO-TC

Sanjuan-Sanjuan, A; García García,B; Heredero Jung, S; Dean Ferrer,A; Zafra Camacho, FM; Alamillos FJ.
Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

INTRODUCCIÓN:

El estudio preoperatorio de la vascularización de miembros inferiores en el contexto de cirugía reconstructiva con colgajo libre de peroné es esencial para evitar morbilidad postquirúrgica y complicaciones durante la cirugía. La angiografía ha sido considerada la prueba "Gold estándar" para evaluar la vascularización distal, siendo el angioTC una opción equiparable menos cruenta y con menos morbilidad.

Algunos autores realizan directamente angiografía o angioTC, mientras que otros seleccionan los pacientes que necesitan angioTC previamente mediante anamnesis, exploración vascular y mapeo vascular con Eco-Doppler color (EDC). Éstos últimos consideran una pierna viable si por debajo de la estenosis presenta velocidad y morfología de flujo normal. Factores de riesgo como Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, edad >75 años, fumador, alcoholismo, así como la presencia de clínica vascular o presión arterial tobillo/presión arterial brazo (ABI)

El objetivo de este trabajo es valorar la concordancia del Eco-Doppler color con la arteriografía y angioTC en la determinación de la vascularización de los miembros inferiores en pacientes candidatos a autotrasplante de peroné.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Hemos hecho un estudio retrospectivo de 29 pacientes, de los que se estudiaron 56 piernas, planificados para cirugía reconstructiva con colgajo libre de peroné en nuestro hospital. En el estudio preoperatorio para valorar la idoneidad del peroné se incluyó un EDC, un angioTC +/- una arteriografía. Se estudiaron los resultados sobre el flujo y la morfología vascular de ambas pruebas en cada paciente. Se consideraba inviable la pierna (prueba positiva) si había estenosis significativas (más del 50%) en zona proximal y media de cualquier vasos infrapoplíteos o femoro-poplíteo, si había más de una estenosis distal, malformaciones arteriovenosas (fístulas arterio-venosas, insuficiencia venosa, hemangiomas, angiofibroma...), o alteraciones de flujo (tardus- parvus, morfología no trifásica, alteraciones de la velocidad del flujo...).

Se compraron los resultados obtenidos con EDC y angioTC o arteriografía, estimándose sensibilidad, especificidad, razón de verosimilitud e índice Kappa. El análisis estadístico se realizó con SPSS vs. 19.

RESULTADOS:

De los 56 miembros estudiados mediante EDC, 50 fueron consideradas viables. De los 6 resultados inviables por EDC uno resultó viable por angioTC, mientras que en los otros 5 hubo concordancia de ambas pruebas. De las 50 piernas clasificadas como viables, 5 de ellas (4 pacientes) fueron diagnosticadas posteriormente como inviables mediante angioTC o arteriografía descartando la cirugía; siendo, por tanto, falsos negativos del EDC.

En relación a los datos obtenidos, el EDC presentó una sensibilidad del 50% (IC 95% 18'89 – 81.11%) y una especificidad del 97,8 % (IC95% 88'43- 99.64%) CP+ 23 (IC95% 3.0- 176) CP- 0.5 (IC95% 0.27- 0.95) con respecto al angioTC o arteriografía. El índice Kappa calculado fue 0.567.

De los 4 pacientes en los que se desestimó el colgajo de peroné por patología vascular según angioTC, 2 pacientes no pudieron ser reevaluados y a los otros 2 se les realizó una nueva anamnesis vascular y EDC. El primer caso era un paciente de 86 años que se reevaluaba tras 4 años de la valoración inicial y en la nueva exploración presentaba claudicación en la pierna que el EDC detectó como sana inicialmente. Así pues, este paciente cumplía criterios clínicos para realizar angioTC, tanto inicialmente como en la reevaluación.

El segundo paciente era un varón de 55 años que en la reevaluación, 3 años después del EDC inicial, no presentaba clínica de patología vascular en ninguna de las 2 piernas. Además, en el nuevo control con EDC tampoco existían alteraciones de flujo significativas, por lo que se podría considerar que las discrepancias del EDC inicial con el angioTC en ambas piernas de este paciente eran en realidad falsos positivos del angioTC.

CONCLUSIONES:

Es la primera vez, según la revisión de la literatura, que se presenta una serie de casos para reconstrucción con colgajo de peroné en la que se ha realizado a cada paciente EDC y angioTC +/- angiografía durante el estudio preoperatorio.

En nuestra serie, si comparamos el EDC con el angioTC como prueba de elección para valorar la viabilidad vascular de miembro inferior en el estudio preoperatorio de autotrasplante de peroné, el EDC como prueba aislada tiene alta especificidad, pero baja sensibilidad. Sin embargo, esta sensibilidad podría ser mejor de lo estimado si se considera que el angioTC podría tener falsos positivos respecto al EDC en miembros inferiores distales. Así, se ha podido comprobar que al menos en un paciente (2 extremidades inferiores), la exploración vascular y el EDC continúan sin ser patológicas 3 años después de que el angioTC detectara estenosis. Esto es porque una estenosis parcial observada en angioTC puede no tener repercusión funcional si la EDC detecta una curva de flujo normal después de la misma. Por lo que si utilizásemos exclusivamente angioTC podríamos estar desestimando realizar el colgajo de peroné en piernas que podrían tolerar la cirugía.

La anamnesis y exploración clínica vasculares combinadas con el EDC incrementan la sensibilidad de esta prueba para discriminación de patología vascular, seleccionando los casos que requieren angioTC.

SESIÓN 4

CPA57 (68). COLGAJO “FREE-STYLE” ANTEROMEDIAL DE MUSLO PARA LA RECONSTRUCCIÓN DE UN FARINGOSTOMA

García-García, B; Dean Ferrer, A.; Heredero Jung, S.; Gutiérrez Jodas, J.; Alamillos Granados, FJ.; Sanjuan Sanjuan A.

Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

INTRODUCCIÓN:

El autotransplante de perforantes anterolateral de muslo (ALT) es uno de los colgajos libres microvascularizados de perforantes más utilizados para reconstrucción de partes blandas. En ocasiones el colgajo ALT está desprovisto de vasos perforantes adecuados o ya se ha utilizado en cirugías previas, siendo necesaria otra opción reconstructiva. El colgajo anteromedial de muslo (AMT) constituye un alternativa para los casos en que la obtención de un colgajo ALT no es viable. El objetivo de este trabajo es presentar un caso en el que la obtención de un colgajo ALT no fue factible siendo necesaria la obtención de un colgajo AMT para la reconstrucción de un faringostoma.

CASO:

Se trata de un paciente varón de 62 años intervenido en el año 2006 de carcinoma epidermoide supraglótico de laringe tratado con laringectomía horizontal con doble vaciamiento cervical funcional. 7 años más tarde el paciente presentó una recidiva a nivel de hipofaringe y 1/3 esofágico superior planificándose cirugía de resección tumoral por parte del servicio de Otorrinolaringología. Como secuela de dicha cirugía el paciente presentó un faringostoma y fue remitido a nuestro servicio para reconstrucción del defecto.

RESULTADOS:

Durante la cirugía de elevación del colgajo de ALT, se observó ausencia de perforantes cutáneas para el pedículo del ALT. Las perforantes confluían hacia el pedículo vascular correspondiente a un colgajo AMT que fue el obtenido finalmente para la reconstrucción del defecto quirúrgico siguiendo los criterios de diseño de colgajos “free-style” a partir de una perforante cutánea. El colgajo de AMT fue plegado sobre sí mismo para aportar una cubierta interna faríngea y otra externa cutánea realizándose la anastomosis microvascular a los vasos cervicales transversos del lado izquierdo. El paciente recuperó la capacidad de la dieta oral. Actualmente no presenta signos de recidiva tumoral.

CONCLUSIONES:

El colgajo AMT ofrece una alternativa reconstructiva fiable para aquellos casos en los que el colgajo ALT no presenta perforantes cutáneas o son inapropiadas. La morbilidad del sitio donante con la obtención de un colgajo AMT no aumenta respecto a la del colgajo ALT permitiendo una función adecuada de los miembros inferiores. El diseño de colgajos de perforantes con criterios “free-style” ofrece una gran versatilidad, tanto para adaptarse a la anatomía de cada pacientes como a los defectos a reconstruir.

SESIÓN 4

CPA58 (122). TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE FÍSTULA CARÓTIDO-CAVERNOSA DIRECTA POSTRAUMÁTICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Román Ramos, M; Marín Fernández, A; Monsalve Iglesias, F; Cariati, P, Cabello Serrano, A; Gálvez Jiménez, P.
Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

INTRODUCCIÓN:

Las fistulas carótido cavernosas (FCC) son comunicaciones anómalas entre arterias y venas localizadas en el seno cavernoso. Las FCC directas son consideradas de tipo A de acuerdo con la clasificación de Barrow. La sintomatología clásica es quémosis, exoftalmos pulsátil y soplo orbitario, presentando una instauración brusca de la misma. El tratamiento de elección es el manejo endovascular de la fístula.

CASO CLÍNICO:

Paciente de 26 años de edad, sin antecedentes personales de interés, que sufrió accidente de tráfico presentando TCE y fractura de fémur que fue tratada por el Servicio de Traumatología de nuestro hospital. Tras las realización de TAC craneofacial se evidenció HSA y fractura panfacial compleja. El paciente ingresó en la Unidad de Cuidados Intensivos y presentó un estado neurológico inestable lo que obligó a desestimar la cirugía y esperar la evolución. En la valoración de las secuelas un año después destacó la presencia de distopia cigomático-orbitaria con evidente exoftalmos y quémosis en ojo derecho además de un soplo orbitario, lo que nos hizo sospechar la presencia de una fístula carótido-cavernosa secundaria al traumatismo. Se realizó un TAC craneofacial donde se identificó la existencia de una fístula carótido-cavernosa derecha con drenaje hacia la vena oftálmica superior. Con este diagnóstico de sospecha el paciente fue remitido al Servicio de Neurorradiología Intervencionista para estudio y tratamiento de la FCC.

Con el diagnóstico confirmado de FCC de alto flujo el paciente fue intervenido realizándose embolización del seno cavernoso derecho por vía arterial, lográndose la obliteración completa de la fístula. Las series postembolización mostraron preservación de la arteria carótida interna, con adecuada opacificación de sus territorios intracraneales. Tras la cirugía el paciente evolucionó satisfactoriamente, con mejoría de la agudeza visual, y regresión absoluta del exoftalmos y quémosis.

DISCUSIÓN:

Las manifestaciones oculares de las FCC son múltiples (desde síntomas compresivos provocando exoftalmos, quemosis y soplo hasta diplopia o pérdida de agudeza visual). La gravedad depende de la cantidad de flujo y de la capacidad de drenaje venoso. El diagnóstico de las FCC está basado fundamentalmente en un diagnóstico clínico, radiológico y angiográfico siendo la angiografía cerebral es la prueba de elección para el diagnóstico definitivo de FCC.

En el diagnóstico diferencial hay que incluir todos aquellos procesos capaces de provocar desplazamiento del globo ocular.

El tratamiento de las FCC ha sufrido una gran evolución a lo largo de los años, en los casos donde exista una sintomatología leve el tratamiento conservador sería el de elección, junto a un seguimiento estrecho. En cambio en las FCC de alto flujo suelen precisar de un tratamiento endovascular que puede llevarse a cabo mediante distintas técnicas dependiendo de la anatomía y tipo fístula, del tamaño del defecto y de la preferencia del cirujano.

CONCLUSIONES:

El manejo neuroendovascular se ha desarrollado en los últimos años como tratamiento de elección de las FCC directas e indirectas, con unos resultados a largo plazo muy favorables. La elección del tipo de tratamiento endovascular depende del tipo, anatomía y extensión de la fístula.

SESIÓN 4

CPA59 (8). COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS EN FRACTURAS DEL SENO FRONTAL

Calvo Archanco I.; Losa P.; Cebrian J.L.; Moreiras A.; Burgueño M.

Hospital Universitario La Paz. Madrid

Las fracturas del seno frontal constituyen un 5-15% de las fracturas faciales. Son fracturas poco frecuentes que se dan en el contexto de traumatismos de alta energía. Presentan una elevada tasa de complicaciones. Pueden tratarse de fracturas de la pared anterior, posterior o ambas. Debemos valorar el grado de desplazamiento y la afectación o no del conducto de drenaje. En la literatura se clasifican las complicaciones en 2 tipos en función de la cronología

Precoces (Tardías (> 3 meses): Abscesos cerebrales, mucocelos, mucopioceles, defomidad.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se ha realizado una revisión de 39 fracturas quirúrgicas en pacientes atendidos por el servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial de Hospital Universitario La Paz desde el año 2000 hasta el 2015.

Se evaluaron el porcentaje de complicaciones, el tipo de fractura que se observó (pared anterior o pared anterior y posterior), la distribución las fracturas asociadas que se encontraron, los tipos de complicaciones y el tratamiento de las mismas.

RESULTADOS:

El 83% de las fracturas intervenidas no sufrió ninguna complicación. El 17% padeció algún tipo de complicación. El 69% de las fracturas fue de pared anterior y el 31% de pared anterior y posterior.

En muchas de las fracturas se encontraron otro tipo de fracturas asociadas. La distribución de las éstas fue la siguiente: órbita 28%, malar 20%, Huesos nasales 20%, mandíbula 12%, maxilar 12%, dentoalveolar 8%.

Se encontró un total de 8 pacientes con complicaciones postquirúrgicas. Las diferentes complicaciones que se encontraron fueron las siguientes: 1 mucopiocele, 3 fístulas de LCR, 1 absceso cerebral, 3 defomidades postquirúrgicas.

En el caso del mucopiocele se procedió a abordar el foco. Se realizó desbridamiento y limpieza del mismo. Posteriormente se realizó la obliteración e interposición de un colgajo de pericráneo.

En el caso de las fístulas de LCR, 2 tuvieron fractura de la pared posterior con comunicación y 1 fractura de la pared anterior y posterior no desplazada.

El absceso cerebral se dio en un paciente con fractura de pared anterior y posterior sin desplazar que fue tratado inicialmente con RAFI de pared anterior. El tratamiento se realizó conjuntamente con neurocirugía. El seno se cranealizó y se interpuso un colgajo de pericráneo.

En los casos de defomidades postquirúrgicas fueron tratadas mediante osteosíntesis o prótesis PEEK.

CONCLUSIONES:

La incidencia de las complicaciones es elevada.

Se relacionan con un tratamiento insuficiente del seno frontal.

El seguimiento postoperatorio debe prestar atención a la aparición de las mismas e instaurar un tratamiento precoz para solucionarlas.

Se debe realizar un seguimiento postoperatorio a muy largo plazo.

SESIÓN 4

CPA60 (135). COLGAJO SUPRACLAVICULAR EN RECONSTRUCCIÓN DE CABEZA Y CUELLO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS A PROPÓSITO DE UN CASO

Ruiz Cruz JA; Montesdeoca García N; Cebrian Carretero JL.
Clínica la Luz. Madrid

INTRODUCCIÓN:

Aunque se han utilizado colgajos en región supraclavicular con vascularización aleatoria, no fue hasta 1979, que Lamberty describió un colgajo fasciocutáneo pediculado axial vascularizado por la arteria supraclavicular. Aporta piel de textura y color similar a la de la zona receptora, es sencillo de tallar, permite cierre directo de la zona donante y tiene una baja tasa de fracaso.

No es un colgajo muy utilizado en la reconstrucción de defectos en cabeza y cuello, a pesar de las ventajas que ofrece frente a otras opciones reconstructivas como los colgajos libres microvascularizados radial anterobraquial o anterolateral de muslo (ALT) u otros colgajos pediculados de músculo pectoral.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se realiza una búsqueda bibliográfica en Pubmed bajo el criterio “(((supraclavicular flap) OR supraclavicular osteocutaneous flap) OR supraclavicular island flap) OR supraclavicular artery island flap “. Se obtienen 82 artículos publicados en los últimos 5 años, de los cuales 65 se centran en la reconstrucción de cabeza y cuello.

Se describe nuestra experiencia con este colgajo en un caso clínico en una paciente tratada previamente con un colgajo libre osteomiocutáneo de peroné y radioterapia en la que se produce exposición en la región mandibular izquierda de la barra de reconstrucción. Se documenta el caso con pruebas de imagen y fotografías prequirúrgicas, de la intervención quirúrgica y del resultado final.

RESULTADO:

La etiología de los defectos en los que se ha empleado este colgajo se tras secuelas de ablaciones quirúrgicas por motivos oncológicos, fístulas traqueo-faringo-esofágicas y quemados. Las regiones anatómicas reconstruidas con más frecuencia fueron cavidad oral (35%), piel cervico facial (25%), faringolaríngea (20%) y orofaríngea (20%). La tasa de fracaso parcial de la isla cutánea es aproximadamente del 15%, la de la necrosis total 3%. Otras complicaciones incluyen dehiscencia de sutura (20%), la fístula salival, si se emplea en reconstrucciones intraorales (15%), hematoma (13,3%). La morbilidad de la zona donante se limita a la cicatriz, no produciendo alteraciones funcionales significativas en el movimiento del hombro.

CONCLUSIONES:

El colgajo fasciocutáneo supraclavicular es una alternativa predecible, sencilla y rápida en la reconstrucción de defectos cervicales, de tercios medio e inferior facial y cavidad oral.

SESIÓN 4

CPA61 (116). APLICACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN VIRTUAL, GUÍAS DE CORTE Y PLACAS PSI EN LA REPOSICIÓN SECUNDARIA DE COLGAJOS ÓSEOS MICROVASCULARIZADOS

Morán Soto MJ; González Martín-Moro J; Burgueño García M; González Otero T; Nieto MJ, Apellániz B
Hospital Universitario La Paz. Madrid

INTRODUCCIÓN:

La planificación virtual se ha convertido en una herramienta imprescindible en la reconstrucción ósea de cabeza y cuello. Su uso en la reconstrucción inmediata, o en la reconstrucción secundaria de defectos óseos, está muy desarrollada. Sin embargo, la literatura es mucho más escueta en su empleo para la reposición de colgajos óseos microvascularizados previos.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Presentamos dos casos en los que la reconstrucción con un colgajo microvascularizado de peroné y de cresta en sector posterior mandibular no fue satisfactoria, por falta de espacio oclusal en un caso y por asimetría en otro. En ninguno de los casos la reconstrucción primaria fue planificada virtualmente ni se solicitó un modelo estereolitográfico. La planificación se llevó a cabo con Materialise®, y se diseñaron guías de corte y placas individualizadas PSI(patient specific implant) de Synthe®.

RESULTADOS:

En el primer caso la reposición del colgajo de peroné permitió mejorar la simetría y ganar altura oclusal para su posterior rehabilitación protética. Fue preciso asociar un colgajo microvascularizado de partes blandas para mejorar la simetría y permitir el cierre sin tensión de la herida cervical. En el segundo, la planificación permitió identificar que la asimetría no se debía a la malposición del colgajo de cresta, sino al desarrollo asimétrico de la mandíbula nativa del paciente. Se planificó una osteotomía subapical desde línea media para no alterar la oclusión, y una osteotomía subcondilea. En ambos casos se emplearon placas PSI, optando en el primer caso por dos placas independientes y en el segundo por una placa de reconstrucción. En ambos casos el resultado obtenido fue superponible a la planificación previa.

CONCLUSIONES:

El empleo de cirugía virtual y su aplicación en pacientes mediante guías de corte y placas específicas del paciente permite resolver de forma satisfactoria malposiciones de colgajos microvascularizados en los que la cirugía tradicional de reposición es mucho más artesanal y con un resultado menos predecible.

SESIÓN 4

CPA62 (251). ¿ES SEGURA LA RECONSTRUCCIÓN MICROQUIRÚRGICA EN PACIENTES ANCIANOS? ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 21 CASOS Y REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA

Apellaniz Aguirre B.; Gonzalez Martin Moro J.; Gonzalez Otero T.; Moran Soto MJ.; Guiñales Díaz de Cevallos J.; Burgueño García M.

Hospital Universitario La Paz. Madrid

La esperanza de vida en la población ha ido aumentando en las últimas décadas, y con ello la incidencia de casos de Ca epidermoide en pacientes mayores de 70 años. La reconstrucción mediante colgajos libres microvascularizados desde su introducción en 1959 se ha popularizado en los últimos años, habiéndose documentado su seguridad y éxito. Sin embargo, en pacientes mayores de 70 años los riesgos potenciales de una cirugía de tan larga duración pueden superar a los beneficios.

Presentamos una serie de 21 pacientes, con una edad media de 75 años, tratados por el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial en el Hospital Universitario La Paz durante el periodo 2008-2014. El motivo de la cirugía fue el Ca epidermoide en 17 de los casos. El colgajo de elección en un 38% fue el colgajo fasciocutáneo antebraquial radial, así como en otro 38% el colgajo lateral del muslo. Se analiza la influencia de diferentes factores como enfermedades previas, hábitos tóxicos, etc en los resultados de la cirugía. La presencia de complicaciones fue relativamente superior a la observada en pacientes de menor edad, siendo las complicaciones médicas (insuficiencia renal, neumonía) las más frecuentes. La pérdida del colgajo se produjo en 3 de los 21 casos (14%) algo superior a lo descrito en la literatura para pacientes jóvenes.

La presencia de complicaciones en el postoperatorio se suele asociar al estado clínico previo a la cirugía en estos pacientes. En general, la escala ASA nos proporciona una buena estimación de dicho riesgo. Aquellos pacientes con mayor ASA, suelen presentar un mayor número de complicaciones. Las de índole médico son más frecuentes en este grupo de pacientes; no así las quirúrgicas, que se mantienen similares a los de los pacientes jóvenes.

Según la literatura, así como en nuestra experiencia, la reconstrucción microquirúrgica es un procedimiento seguro en pacientes mayores de 70 años. El ASA es un indicador del riesgo quirúrgico de gran utilidad, no así la edad tomada de forma aislada. La realización de este tipo de procedimientos por un equipo especializado que acorte el tiempo quirúrgico, así como un correcto manejo médico del paciente, permiten obtener unos resultados óptimos, disminuyendo la tasa de complicaciones.

SESIÓN 4

CPA63 (146). HISTIOCITOSIS DE CELULAS DE LANGERHANS EN EL ÁREA MAXILOFACIAL: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

Molina Méndez J; Verrier A; Serrat A; Casañas N; Baró C; García C
Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

INTRODUCCIÓN:

La Histiocitosis de células de Langerhans es una enfermedad que se caracteriza por lesiones osteolíticas infiltradas por histiocitos con núcleos en forma de "grano de café", raramente afecta a adultos, y más rara aún es su localización en el área maxilofacial. Presentamos dos casos atendidos en nuestro servicio, con distinta actitud terapéutica en base al grado de osteólisis que presentaban los pacientes.

CASO CLÍNICO 1:

Paciente masculino de 37 años, antecedente de hipertrigliceridemia, hepatitis C crónica, recibió Isoniazida 6 meses por exposición a tuberculosis en el 2006, episodios de fiebre de origen desconocido, fumador de 20 cigarrillos al día, cannabis, ex adicto a heroína y cocaína, bebedor ocasional.

Remitido por sospecha de quiste mandibular izquierdo. A la exploración presentaba expansión de la cortical mandibular izquierda en zona de 37 y endodoncia de 35, con imagen osteolítica en relación con 37-38 en la ortopantomografía. Realizamos exodoncia de piezas 37 y 38 más legrado de la cavidad que se reportó como granuloma apical. En las siguientes revisiones refería molestias en la zona de extracción, se repitió la ortopantomografía observando crecimiento de la imagen osteolítica, en una TC se apreció una imagen osteolítica de cuerpo, ángulo y rama ascendente mandibular izquierda, y una nueva biopsia reportó Histiocitosis de células de Langerhans. Se descartó enfermedad sistémica por parte de Medicina Interna y se programó para exéresis de la lesión con legrado y decorticación bajo anestesia general, confirmando el diagnóstico de Histiocitosis de células de Langerhans. El paciente evolucionó favorablemente y en las radiografías control se observó una regeneración adecuada de la mandíbula.

CASO CLÍNICO 2:

Paciente masculino de 43 años sin antecedentes patológicos de interés, fumador de 10 cigarrillos al día. Remitido a nuestro servicio por lesión osteolítica mandibular, había sido tratado con penicilina por osteomielitis mandibular por Actinomyces. A la exploración presentaba movilidad de todo el bloque óseo que afecta a 41, 31, 32 y 33, también posible afectación de maxilar derecho. La ortopantomografía y la TC evidenciaban una imagen osteolítica sinfisaria y parasinfisaria, y otra en maxilar derecho. Se realizó biopsia de región sinfisaria que reportó Histiocitosis de células de Langerhans.

Debido a la gran destrucción ósea se opta por realizar mandibulectomía segmentaria con reconstrucción del defecto mediante colgajo libre vascularizado osteomiofascial de peroné derecho fijado con placa de reconstrucción mandibular, más exodoncia de piezas 12 a 16, legrado de la cavidad y relleno con hueso autólogo del peroné. En los controles siguientes la exploración mandibular fue satisfactoria, sin embargo se produjo una zona de exposición en el maxilar por donde fue eliminando fragmentos del relleno óseo, y presentaba una lesión friable que se legó y fue reportada como reacción granulomatosa de cuerpo extraño. La zona maxilar evolucionó favorablemente. El paciente se colocó prótesis fija con puente en maxilar superior e implantes en región mandibular.

DISCUSIÓN:

La Histiocitosis de células de Langerhans tiene una incidencia de 1-2 casos por millón en adultos. Puede afectar varios órganos como piel, hígado, pulmones, bazo, pero sobre todo al hueso, involucrando la mandíbula en un 10-20% de todos los casos.

Cuando se afecta el área maxilofacial se puede manifestar clínicamente con tumefacción, dolor, gingivitis, úlceras en la mucosa, pérdida o movilidad de piezas dentales por erosión del soporte óseo. Radiográficamente la lesión osteolítica tiende a tener unos contornos bien definidos y por la erosión del hueso circundante puede dar la apariencia de dientes flotantes. En este punto es necesario hacer un diagnóstico diferencial con osteomielitis, osteosarcoma, quistes odontogénicos y granuloma de células gigantes.

En estos casos las biopsias demostraron células con núcleos lobulados o indentados, como granos de café, lo cual es la característica típica de las células de Langerhans. El estudio inmunohistoquímico fue positivo para Vimentina, el antígeno CD1a y la proteína S100, con lo que se confirmó el diagnóstico. Hecho el diagnóstico es necesario descartar lesiones ocultas en otros órganos para planificar el tratamiento.

El tratamiento dependerá de la localización y órganos afectados, pudiendo realizar legrado o resección quirúrgica, radioterapia, inyección local de esteroides o quimioterapia sistémica. Ya sea como terapia única o combinada. El pronóstico es menos favorable en pacientes jóvenes y cuando hay múltiples órganos afectados. A pesar de ser la misma patología los dos pacientes fueron tratados de manera distinta debido a la extensión de la lesión. En el primer caso la lesión se encontraba localizada, con menor grado de osteólisis por lo que se optó por el legrado quirúrgico. En el segundo caso la lesión era más extensa con mayor riesgo de sufrir una fractura patológica por lo que se optó por la resección quirúrgica con reconstrucción inmediata. Ambos cursaron con una evolución favorable sin recidivas.

CONCLUSIONES:

A pesar de ser una enfermedad rara, la Histiocitosis de células de Langerhans debe tenerse en cuenta como diagnóstico diferencial en toda lesión osteolítica sospechosa.

Ante una lesión ósea localizada el legrado o resección quirúrgica continúa siendo el tratamiento de elección, pudiendo optar por una solución más agresiva cuando exista riesgo de fracturas patológicas que puedan llevar a una mala consolidación de los fragmentos.

COMUNICACIONES PÓSTER
SIN DEFENSA (CPB)

CPB64 (28). ABORDAJE TRANSFACIAL PARA REDUCCIÓN DE VOLUMEN TUMORAL DE CONDROSARCOMA EN BASE DE CRÁNEO ANTES DE TRATAMIENTO CON POSITRONES

García Linares, J.; Vázquez, A.; Anmella, J.; Riambau, J.
Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona, Barcelona

INTRODUCCIÓN:

El condrosarcoma, tumor cartilaginoso de mayor malignidad, representa el 6% de todos los tumores de la base de cráneo. La localización más frecuente de estos tumores a nivel del cráneo es en la base (60-80%). Estos tumores deben su origen a los remanentes del condrocraqueo, el precursor cartilaginoso de la base de cráneo, y se presenta en la misma proporción en hombres y mujeres. La elección terapéutica actualmente puede ser la combinación de cirugía y radioterapia con partículas pesadas, con tasas de supervivencia a los 5 años del 80-90%.

CASO CLÍNICO:

Presentamos una paciente de 56 años con un condrosarcoma intracraneal con extensión a base de cráneo. Se realiza una exéresis parcial a nivel temporal intracraneal por el servicio de Neurocirugía y exéresis de la porción extracraneal mediante abordaje transfacial de Hernández Altemir por el servicio de Cirugía Maxilofacial y Neurocirugía. La paciente, tras postoperatorio, no presenta secuelas relevantes y las pruebas de imagen muestran disminución del tamaño tumoral para el posterior tratamiento con radioterapia con partículas pesadas.

CONCLUSIÓN:

El tratamiento quirúrgico para exéresis o disminución del tamaño tumoral en los condrosarcomas puede estar indicado para aumentar la tasa de supervivencia a los 5 años de los pacientes que se realizan tratamiento con radioterapia con partículas pesadas, y no presentan secuelas relevantes después del tratamiento quirúrgico.

CPB66 (71). DISPOSITIVO DE FIJACIÓN ÓSEA PARA ESTRELLA DE REGISTRO DE NAVEGACIÓN QUIRÚRGICA EN CIRUGÍA CRANEOFACIAL

Alamillos F.J.; Dean A.; Heredero S.; Solivera J.; García B.; Sanjuan A.
Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

INTRODUCCIÓN:

La navegación quirúrgica en cirugía craneofacial permite aplicar la planificación prequirúrgica de las osteotomías y comprobar la exactitud de los objetivos de tratamiento ayudando a obtener mayor precisión en los resultados postoperatorios. Para localizar exactamente el cráneo del lactante, uno de los sistemas de registro actualmente utilizados comprende unas estrellas reflectantes que se fijan de forma estable al cráneo del paciente y permiten navegar en el cráneo sin necesidad de fijarlo, permitiendo su movilidad durante la cirugía. La estabilidad de la estrella de registro con respecto al cráneo es fundamental para orientar la anatomía del paciente y para mantener la precisión a lo largo del acto quirúrgico, ya que permite la ubicación exacta de las estructuras anatómicas en un TC. Una de las formas de fijar la estrella de registro al cráneo del paciente es utilizando un tornillo que se atornilla al cráneo del paciente y un trípode que sirve de apoyo para estabilizar la estrella. Sin embargo, aunque el cráneo del adulto soporta perfectamente este sistema, el cráneo del lactante es demasiado frágil para soportar el peso de la estrella, y el tornillo se suelta del cráneo fácilmente, por lo que hasta ahora no había sido posible realizar navegación quirúrgica con movilidad del cráneo en los lactantes. El objetivo de esta presentación es presentar un novedoso dispositivo de fijación ósea que permite anclar de forma fija y estable la estrella de registro que se utiliza como referencia para la navegación quirúrgica en el cráneo del lactante.

MATERIAL Y MÉTODO:

Hemos diseñado este novedoso dispositivo de fijación para estrella de registro de navegación quirúrgica que comprende el tornillo de fijación conocido, en combinación con una miniplaca de distribución de tensiones. De ese modo, las tensiones que antes se creaban en la unión entre el tornillo de fijación y el cráneo quedan ahora repartidas a lo largo de una mayor superficie del cráneo del lactante, permitiendo que soporte la estrella de registro.

RESULTADOS:

Con este nuevo sistema de sujeción de la estrella de reflectante de posicionamiento del navegador Vector Vision de BrainLab es posible hacer la navegación quirúrgica en los lactantes, permitiendo la movilidad del cráneo.

CONCLUSIONES:

El nuevo dispositivo de anclaje de la estrella de navegación del navegador Vector Vision de BrainLab adaptado para la navegación en el cráneo del lactante permite aplicar la tecnología de planificación preoperatoria, cirugía virtual y navegación quirúrgica en malformaciones craneofaciales.

CPB67 (223). HEMANGIOMA ORBITARIO, ABORDAJE CRANEO-FACIAL

Villegas, D; Perez-Flecha, F; Page, I; Haddad, A; Sales, M; Acero, J.

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid

INTRODUCCIÓN:

Las lesiones que afectan el ápex y la fisura orbitaria superior son un reto quirúrgico para el cirujano, debido a su potencial morbilidad independientemente del abordaje elegido para su extirpación

MATERIALES Y METODOS:

Presentamos un caso de un varón de 40 años quien consultó por empeoramiento de la agudeza visual y exoftalmos moderado en el ojo izquierdo; la RMN informó una tumoración sospechosa de hemangioma cavernoso en el ápex orbitario con afectación del techo de la órbita. El paciente fue intervenido por un equipo multidisciplinario compuesto por los servicios de Neurocirugía, Cirugía Maxilofacial y Oftalmología del Hospital Ramón y Cajal de Madrid (España). Con el uso de cirugía guiada por ordenador se realizó un abordaje abierto, mediante una craneotomía anterior, se realizó una osteotomía que comprendió el techo y la pared lateral de la órbita, lo cual permitió una adecuada visualización y extirpación bajo visión directa del tumor. El marco orbitario se reposicionó y la craneotomía se cerro, sin incidencias.

RESULTADOS:

La lesión fue completamente extirpada, el paciente no presentó complicaciones funcionales, ni estéticas, recuperando la agudeza visual y sin restricción de los movimientos oculares. El paciente no presentó complicaciones a los largo de 1 año de seguimiento.

CONCLUSIONES:

Las lesiones tumorales que afectan zonas complejas de la órbita pueden requerir abordajes abiertos para conseguir una adecuada visualización del campo quirúrgico y disminuir la morbilidad. La cirugía guiada por navegación es una herramienta útil en la cirugías que comprometen la órbita y la base de cráneo anterior.

CPB68 (41). PLANIFICACIÓN 3-D PREOPERATORIA EN LA BIPARTICIÓN FACIAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

Alonso E.; Martín M.; Muñoz JM.; Gómez E.; Losa P.; Burgueño M.
Hospital Universitario La Paz. Madrid

INTRODUCCIÓN:

El hipertelorismo es una deformidad que se caracteriza por el aumento de la distancia interorbitaria. En casos severos, las técnicas quirúrgicas principales para su tratamiento son la medialización orbitaria y la bipartición facial. Su elección dependerá fundamentalmente de las alteraciones a nivel de la oclusión.

CASO CLÍNICO:

Presentamos el caso de una niña de 7 años de edad, con hipertelorismo orbitario, paladar ojival y mordida abierta. El tratamiento consiste en una bipartición facial cuyo diseño ha sido asistido previamente por ordenador.

RESULTADOS:

A través de un procedimiento intracraneal, se realizan las osteotomías y la resección ósea central planificadas virtualmente para la movilización de las hemicaras. La distancia interorbitaria disminuye y las alteraciones oclusales se corrigen al mismo tiempo.

CONCLUSIÓN:

La planificación 3-D constituye una herramienta que permite al cirujano optimizar la técnica y anticipar el resultado virtual de la cirugía. Estos aspectos son especialmente relevantes en los casos técnicamente más demandantes.

CPB69 (191). MENINGIOMA FRONTOORBITARIO. PLANIFICACIÓN QUIRÚRGICA, EXÉRESIS Y RECONSTRUCCIÓN

Gorriaran Terreros M; Vila Urizar A; Ciria Esteba M; Bajo Gauzin D; García Romero JC; Bada García MA
Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona

OBJETIVO:

Plantar un plan de tratamiento en un gran defecto del área craneofacial tras recidiva de meningioma en paciente con neurofibromatosis tipo 1.

MÉTODO:

Paciente varón de 61 años con antecedentes personales de neurofibromatosis tipo 2 que presenta meningioma de bulbo olfatorio del que fue intervenido mediante craniectomía subfrontal y resección microquirúrgica. Posteriormente el meningioma recidivo produciendo un exoftalmos y pérdida de visión del ojo dch. La lesión media por RMN 25 x 9 mm de diámetro adyacente a la porción escamosa del hueso frontal derecho y se observaba restos de tumoración de localización intraorbitaria de aproximadamente 33 x 22 mm de diámetro adyacente a lámina papirácea del etmoides que desplazaba músculo recto interno y nervio óptico del globo ocular derecho provocando exoftalmos.

RESULTADOS:

Dado el tamaño y localización de la lesión, se decide intervención quirúrgica conjunta entre el servicio de Neurocirugía y Cirugía Maxilofacial, planificando la cirugía en un modelo estereolitográfico y reconstruyendo con malla de titanio con trama 3 D previamente preformada.

CONCLUSIONES:

Es importante el abordaje multidisciplinar en casos complejos para poder ofrecerle al paciente el mejor resultado. De igual modo hay que aprovechar las mejoras que ofrecen las nuevas tecnologías, como la posibilidad de planear la intervención previa a la misma con un modelo que es la réplica del cráneo del paciente y así poder confeccionar mallas o placas a medida o preformadas ofreciendo al paciente el mejor resultado posible.

CPB70 (265). TUMOR EPIGNATUS O TERATOMA CONGENITO NASOFARINGEO, PRESENTACIÓN CLÍNICA Y TRATAMIENTO DE UN CASO

Buriticá Molano, C.A.; Nuño Iglesias, C.; Tomás Américo, J.A.; Bizcarrondo Ruiz, E.; Alemany Roig, F.; Gómez López, F.

Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia

INTRODUCCIÓN:

Los tumores de la cavidad oral y de la nasofaringe son poco comunes en el recién nacido; uno de los menos frecuentes es el Tumor Epignatus, el cual se puede definir como un teratoma congénito del paladar duro en la región de la bolsa de Rathke compuesto por células del ectodermo, mesodermo y endodermo. La mayoría se desarrollan de manera unidireccional dentro de la cavidad oral ocasionando en la mayoría de casos obstrucción de la vía aérea que requiere intubación o traqueostomía de urgencia; pero cuando el crecimiento es bidireccional llega a involucrar estructuras intracraneales implicando un peor pronóstico. La incidencia del Tumor Epignatus varía entre 1 de cada 35,000 y 1 de cada 200,000 nacidos vivos. Ocurre con predominio del sexo femenino en relación 3:1.

Se presentará el caso de un tumor epignato de tamaño pequeño asociado a fisura de paladar blando posiblemente secundario a la interferencia del tumor en el cierre de la línea media del paladar, que fue tratado por el servicio de cirugía maxilofacial infantil, con buena evolución y un resultado funcional adecuado.

CASO CLÍNICO:

Se trata de una recién nacida femenina producto de un embarazo sano de 40 semanas, sin antecedentes familiares de malformaciones congénitas ni otras patologías de interés, quien en el momento del nacimiento inicia dificultad respiratoria, evidenciando en la exploración intraoral fisura del paladar blando a través de la cual sobresale una tumoración de superficie mucosa en línea media que no llega a contactar con la lengua y que obstruye parcialmente las coanas. En el TAC describen una tumoración orofaríngea que obstruye totalmente la coana y fosa nasal izquierda y parcialmente la derecha; defecto palatino y engrosamiento del vómer, con estructura ósea que simula un esbozo dentario que se continúa con una hendidura en línea media del cuerpo esfenoidal, hallazgos compatibles con teratoma orofaríngeo congénito. Con diagnóstico clínico y radiológico de tumor epignatus, al 36º día de vida el servicio de cirugía maxilofacial infantil realiza extirpación de la tumoración de su base de inserción en el vómer y canalización provisional de coanas. El resultado de anatomía patológica informa una lesión tumoral benigna teratomatosa con diferenciación epidermica, pilosebacea, estromal con componente adiposo y endodermica, que confirma el diagnóstico de teratoma epignatus. Evolución postquirúrgica satisfactoria con mejoría de la dificultad ventilatoria nasal. Posteriormente después de un año y medio, se realiza cierre de fisura del paladar blando mediante estafilorrafia en tres planos sin complicaciones, logrando una competencia velo-palatina normal. Durante el transcurso de su desarrollo, la paciente fue manifestando otras alteraciones tales como limitación para los movimientos del cuello, siendo diagnosticada de vértebras cervicales en mariposa y retraso psicomotor leve; ante la sospecha de síndrome dismórfico, se realizan pruebas genéticas y es valorada por diferentes especialidades, clasificándola dentro de los síndromes con retraso del desarrollo con malformaciones congénitas, no encajados dentro de un síndrome particular.

CONCLUSIÓN:

El Tumor Epignatus es una patología infrecuente, que debe ser tenida en cuenta por los pediatras al momento de abordar un recién nacido con alteraciones orales y faríngeas acompañados de dificultad respiratoria y/o problemas deglutorios en las primeras horas de vida. El manejo urgente y el pronóstico dependerán del tamaño del tumor y la afectación intracraneal.

CPB71 (4). EL IMPACTO DE LA CIRUGÍA ORTOGNÁTICA EN PACIENTES CON REABSORCIÓN CONDILAR PREVIA. PRESENTACIÓN DE 3 CASOS CLÍNICOS

Stavaru Marinescu B.; Bellotti Mustecic M.; Zylberberg I.; Díaz Reverand SA.; Sastre Perez J.
Hospital Universitario de La Princesa. Madrid

INTRODUCCIÓN:

La reabsorción condilar es una entidad clínica que representa para muchos autores una contraindicación de la cirugía ortognática.

OBJETIVO:

evaluar el impacto de la cirugía ortognática sobre los parámetros funcionales de la ATM en el caso de los pacientes con reabsorción condilar.

MATERIAL Y MÉTODO:

El trabajo actual representa un estudio retrospectivo que incluye 3 pacientes consecutivos diagnosticados de reabsorción condilar, que posteriormente fueron intervenidos de cirugía ortognática para corregir la anomalía dentomaxilar concomitante. La valoración preoperatoria fue clínica (escala de dolor de la ATM, abertura oral, tipo de anomalía, presencia de mordida abierta) y radiológica (altura de la rama mandibular, grado de reabsorción condilar).

RESULTADOS:

Durante el seguimiento, un paciente ha desarrollado un síndrome doloroso miofascial que ha respondido al tratamiento conservador. Los otros dos casos no han presentado síntomas musculoesqueléticos ni antes, ni después del tratamiento. No se han evidenciado alteraciones de la altura mandibular durante el seguimiento.

CONCLUSIONES:

Comparando los valores de los parámetros estudiados observamos que los principales objetivos quirúrgicos han sido cumplidos y que el tratamiento quirúrgico no se ha asociado con el empeoramiento de los parámetros funcionales de la ATM. Por ello, consideramos que la reabsorción condilar en fase estable no representa una contraindicación de la cirugía ortognática.

CPB72 (101). TRATAMIENTO ORTODÓNCICO Y QUIRÚRGICO DE UNA PACIENTE CON MICROSOMÍA HEMIFACIAL

Agudelo Torres A; Barea Gamiz JA; Tomás Amérigo JA; Nuño Iglesias C; Fernandes Ciaccia LG; Baquero de la Hermosa MC.

Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia

INTRODUCCIÓN:

La microsomía hemifacial es la segunda malformación congénita craneofacial más común después del labio y paladar hendido. Sin tratamiento adecuado trae consigo problemas funcionales, estéticos y psicológicos.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO:

Presentamos un caso de una paciente de 23 años con microsomía hemifacial severa, a la exploración presentaba desviación típica importante del mentón y la comisura labial, plano oclusal cantedado y pérdida de altura con hipoplasia del area cigomatico-temporal, con severa deformidad de la oreja. Se había realizado en otro centro médico reconstrucción de rama ascendente mandibular con colgajo costal y estaba en tratamiento ortodóncico.

RESULTADOS:

Luego de ortodoncia prequirúrgica se interviene realizando una rotación del tercio inferior del esqueleto facial mediante una osteotomía bimaxilar con corrección del canto maxilar, avance de maxilar y mandíbula y mentoplastia con muy buenos resultados funcionales y estéticos. Queda pendiente la reconstrucción de las partes blandas.

CONCLUSIONES:

La cirugía ortognática puede ser una alternativa adecuada para el tratamiento de la microsomía hemifacial.

CPB73 (248). CIRUGÍA ESQUELÉTICA DEL SAHOS: QUE DEBEMOS TENER EN CUENTA PARA PLANIFICAR UN CASO

Brunso J; Prol C; Rodríguez San Vicente O; Mendiola J; Amilibia J; Cabriada V.
Hospital Universitario Cruces. Barakaldo. Osakidetza. Servicio Vasco de Salud

INTRODUCCIÓN:

La cirugía de avance bimaxilar es un procedimiento altamente efectivo para tratar un Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño (SAHOS). No obstante, no existen guías claras que orienten sobre como planificar un caso clínico concreto para lograr el máximo impacto sobre la vía aérea superior.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio prospectivo descriptivo y analítico sobre 20 pacientes intervenidos de un SAHOS con un avance bimaxilar. En todos los casos se ha realizado una Tomografía Computarizada (Tc) preoperatoria y postoperatoria siguiendo un mismo protocolo. El objetivo de este trabajo ha sido identificar en la Tc prequirúrgica de estos pacientes hallazgos radiológicos coincidentes que puedan estar asociados a un alto riesgo de padecer un trastorno obstructivo de la vía aérea superior; así como un estudio morfológico en 3D de los cambios que se producen tras la cirugía.

RESULTADOS:

Identificar las zonas de máximo compromiso ya sea con técnicas exploratorias físicas o mediante estudio radiológico es fundamental para orientar la planificación de cada caso. El patrón facial, la severidad del SAHOS, así como la altura de la vía aérea superior, la posición del hueso hioides y el grosor de los tejidos blandos prevertebrales deben ser analizados previamente a planificar un caso de cirugía bimaxilar. En todos los casos la vía aérea superior pasó a ser más corta, más voluminosa y más elíptica. El hueso hioides adoptó una posición más anterior y elevada. El Índice de Apnea Hipoapnea postoperatorio fue menor a 10 en el 94% de los casos.

CONCLUSIONES:

La cirugía de avance bimaxilar es un procedimiento altamente efectivo para tratar un SAHOS severo. Un análisis específico de la vía aérea, previamente a la planificación, del caso puede optimizar los resultados obtenidos.

CPB74 (178). TRATAMIENTO DE RINOFIMA CON ASA DIATÉRMICA: UNA TÉCNICA EFICAZ

Sanz D.; Ferreira A.; Marcelino J.P.

Serviço Cirurgia Maxilo-Facial. Hospital Univesitário de Coimbra. Portugal

INTRODUCCIÓN:

El rinofima es una alteración cutánea de la región nasal que produce problemas estéticos importantes.

CASO CLÍNICO:

Los autores describen un caso de un varón 67 años con rinofima avanzado con la resolución del mismo con una única intervención con asa diatérmica.

CONCLUSIÓN:

La utilización del asa diatérmica es una técnica con resultados excelentes para el tratamiento del rinofima.

CPB75 (207). EL PAPEL DEL LIPOFILLING EN EL TRATAMIENTO DE DEFECTOS FACIALES

Sagüillo K.; Almeida F.; Sánchez-Jáuregui E.; Núñez J.; Eslava J.M.; Acero J.

Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

INTRODUCCIÓN:

La técnica del lipofilling surge de la búsqueda del material de relleno "ideal" y fue estandarizada por S.R Coleman en 1994, desde entonces múltiples usos de la misma han sido descritos. En el área maxilofacial, el injerto de grasa autóloga es utilizado en el tratamiento de múltiples defectos originados como secuelas oncológicas, traumatismos, síndromes craneofaciales, etc., ya que el tejido adiposo presenta una amplia disponibilidad en el organismo, su obtención tiene una buena relación coste-beneficio y se trata de una técnica sencilla y segura que ha demostrado su eficacia. Las investigaciones más recientes sugieren que la viabilidad del injerto graso está en relación con la amplia disponibilidad de células madres del tejido adiposo.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se presentan los casos de lipofilling realizados en el último año (2014-2015) en el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Ramón y Cajal. Se realizaron un total de 16 casos, en los que se incluyen: 4 defectos post parotidectomía, 4 defectos post oncológicos (2 mandibulares, 1 en región temporal, 1 hemifacial), 1 defecto de tercio medio en un caso de Sd Treacher Collins, 1 asimetría facial en un caso de Sd de Goldenhar, 1 defecto en región temporal en un caso de microsomía hemifacial, 1 defecto labial en una secuela de FLAP y 4 atrofias de TCS (1 Querubismo, 2 idiopáticas y 1 tras retirada de material de relleno). En todos ellos se llevó a cabo la técnica estandarizada por Coleman, realizando una sobrecorrección intencionada del defecto de un 40-50% aproximadamente, en previsión de la reabsorción del injerto a medio plazo. El tejido adiposo se obtuvo en 11 casos del abdomen, en 3 casos de la parte externa de los muslos y en 2 casos de la parte interna de los muslos.

RESULTADOS:

El resultado estético y la satisfacción de los pacientes fueron óptimos en todos los casos. No presentaron hematomas, parestias posteriores del nervio facial, necrosis grasas, migraciones del injerto ni embolias grasas. Tan sólo se produjeron 3 casos de infracorrección del defecto de forma inmediata, que se solucionaron con nuevos injertos grasos posteriores. En todos los casos se objetivó una reabsorción del injerto a los 6 meses del 40 % aproximadamente, coincidiendo con las series de otros autores en la literatura. No se objetivaron complicaciones en la zona donante en ningún caso.

CONCLUSIONES:

El tejido adiposo reúne todos los criterios que se buscan en un material de relleno ideal, y en este sentido el lipofilling presenta un amplio abanico de indicaciones en el área maxilofacial. Factores como la manipulación de las muestras, la elección del sitio donante y la técnica de infiltración influyen en el grado de reabsorción. Las células madre que contiene el tejido adiposo desempeñan un papel muy importante en la viabilidad de los adipocitos, que ha demostrado ser mayor en siguiendo el procedimiento de Coleman.

CPB76 (39). ESTÉTICA CON MÍNIMA MORBILIDAD: EXTIRPACIÓN DE BOLA DE BICHAT

Infante Cossío, P.; Montes Carmona, J.F.; López Martos, R.; Torres Carranza, E.; Fakhí Gómez, N.; Gutiérrez Pérez, J.L.

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

INTRODUCCIÓN:

La bolsa adiposa de Bichat es una acumulación de grasa ubicada entre el músculo masetero y el músculo bucinador, de forma bilateral. Estos dos músculos que permiten los movimientos de masticación necesitan de una almohadilla grasa de lubricación que es la bolsa de Bichat. Es constante en todas las razas, en algunos casos ésta se hipertrofia, dando como resultado un rostro demasiado redondo y abultado. Se hace necesario entonces realizar un adelgazamiento mediante la reducción de las bolsas de Bichat.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Paciente de 21 años de edad que desea adelgazamiento facial, se descartan todas las opciones salvo la bichectomía por la paciente.

RESULTADOS:

Los resultados son muy satisfactorios tanto por parte del cirujano como de la paciente, basándonos en requisitos puramente estéticos y con realización de registro fotográfico, cumpliendo todas las expectativas con una mínima morbilidad.

CONCLUSIONES:

En determinadas ocasiones, la cirugía puramente estética debe cumplir requisitos de excelencia a la vez que se deben evitar procedimientos que se puedan prever poco satisfactorios y exitosos por parte del paciente. En esta línea, cuando la paciente desea un adelgazamiento facial permanente, seguro y patente, la extirpación de la bola de Bichat puede ser la mejor solución.

CPB77 (173). QUISTE DERMOIDE GIGANTE DE SUELO DE BOCA. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

García Carricondo, A; Prats Golczer, V.E; García Pérez, V; Sicilia Gutiérrez, M.; Quesada Bravo F.J; Herrero Basilio, M.Y.

SAS. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería

INTRODUCCIÓN:

Los quistes dermoides de la cavidad oral, se encuentran principalmente en la línea media del suelo de la boca. Son causados por la retención del epitelio germinal durante el crecimiento de los arcos branquiales que dan lugar a la mandíbula y el hioides. Su incidencia oscila entre el 1,6 hasta el 6,9%, representando menos del 0.01% de todos los quistes de la cavidad oral.

MATERIAL Y MÉTODO:

Presentar nuestra experiencia y resultados mediante una serie de dos casos clínicos de quiste dermoide de suelo de boca.

RESULTADOS:

Se presentan dos casos clínicos: Un paciente masculino de 24 años, que consultó por tumoración submandibular de meses de evolución, evidenciando en la RMN una lesión quística en suelo de boca, inferior al milohioideo. Se extirpó mediante un abordaje extraoral.

Un paciente femenino de 15 años, que consultó por una tumoración en línea media de suelo de boca. La RMN reveló una tumoración quística de 5 cm de diámetro entre los dos milohioideos. Se extirpó mediante un abordaje intraoral.

Ambas anatomías patológicas revelaron un quiste dermoide. No presentaron complicaciones durante el postoperatorio.

CONCLUSIONES:

Múltiples lesiones pueden presentarse como un quiste de suelo de boca, éstos incluyen neoplasias, infecciones, higroma quístico, neurofibroma, hemangioma, ránula sublingual, lipomas y linfangioma. El tratamiento de los quistes dermoide es la exéresis quirúrgica, con una tasa baja de recurrencia. El abordaje intraoral es el más útil para el tratamiento de lesiones grandes, con buenos resultados estéticos y funcionales; el abordaje extraoral está indicada en quistes inferiores al músculo milohioideo.

CPB78 (269). INTRODUCCIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA (HCE) EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL. REPERCUSIÓN EN LAS DIFERENTES CATEGORÍAS PROFESIONALES

Rodríguez Santamarta T; Junquera LM; González M; Villalaín L; Fernández del Valle A; de Vicente JC
Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

INTRODUCCIÓN:

La historia clínica es el eje de la información clínica del paciente y el soporte para la comunicación entre los diferentes profesionales que lo atienden. El desarrollo de los sistemas de información en sanidad está modificando ciertos aspectos de la práctica clínica y producirán cambios en un futuro cercano que requerirán la participación y el consenso de todos los profesionales implicados en la asistencia clínica.

MATERIAL Y MÉTODO:

Para el presente estudio hemos analizado la repercusión de la introducción de la HCE en nuestro servicio, valorando los cambios en las funciones habituales de los diferentes componentes de nuestro servicio (médicos, enfermería, auxiliares, administrativos), así como un reflejo de la opinión subjetiva en las diferentes categorías.

RESULTADOS:

La implantación del sistema se produjo en tres etapas. En un primer momento se crearon plataformas de acceso a los resultados de radiología y los diferentes laboratorios, así como a los informes médicos. En una segunda fase introdujo el sistema de citaciones y programación quirúrgica. El personal administrativo recibió una media de 8 horas de formación y contó durante tres semanas con personal de apoyo. En la etapa final se produjo la integración completa de la historia clínica a formato electrónico. El tiempo invertido en formación para los diferentes tipos de usuario fue de 18 horas para los médicos, y una media de 7 horas y 3 horas para enfermería y auxiliares respectivamente. En todos los niveles el tiempo destinado a formación fue percibido como insuficiente.

La dificultad de manejo del sistema, la necesidad de introducir los datos de forma terminológica de modo que sean codificados desde su introducción y el aumento de tareas de carácter burocrático ha supuesto un notable incremento en el trabajo habitual de los médicos, con el consecuente aumento de tiempo de consulta. A nivel de enfermería también ha supuesto un cambio en la forma de trabajo, especialmente en las plantas de hospitalización. Sin embargo, este nuevo sistema de trabajo ha aliviado notablemente la carga de auxiliares y administrativos que previamente se encargaban de la gestión de historiales y pruebas clínicas y de la elaboración de informes respectivamente.

CONCLUSIONES:

A pesar de las mejoras que han aportado fluidez al sistema electrónico y de la familiarización progresiva de los usuarios aún no se ha compensado el aumento de tareas que supone para el facultativo.

El archivo electrónico de datos es una herramienta útil en nuestra práctica diaria y de un valor incalculable de cara a la investigación clínica en futuro próximo, de ahí la importancia de la correcta introducción y codificación de los datos clínicos.

CPB79 (93). CISTOADENOMA APOCRINO PARAMANDIBULAR

Rúa González L.; González Soto J.; Novoa Gómez A.; Carrero Álvarez M.; Espinosa Fariñas C.; Rodríguez Santamarta T.

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

INTRODUCCIÓN:

Los cistoadenomas apocrinos son una entidad poco frecuente, con una incidencia menor del 1 % en cabeza y cuello. Su localización más común es facial, lejos de áreas donde clásicamente se encuentran las glándulas apocrinas (especialmente en los párpados, mejillas, cuello o cuero cabelludo). Suelen ser pequeños y asintomáticos.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO:

Se presenta el caso de un paciente varón de 68 años de edad que acudió a nuestro Servicio por aumento del volumen facial. Se observó la presencia de una tumoración paramandibular derecha de 3 centímetros de longitud en su diámetro mayor, de varios años de evolución. La lesión era asintomática, de consistencia elástica, móvil, no adherida a planos profundos, de crecimiento lento y progresivo y sin expresión intraoral. La impresión diagnóstica inicial fue de lipoma cutáneo. Se realizó una punción-aspiración con aguja fina en la que se obtuvo material poco celular sin atipia. El TC describió la presencia de una lesión benigna confinada al tejido graso celular, compatible con un quiste epidermoide.

RESULTADOS:

Al no haber sido concluyentes los estudios realizados, se decidió llevar a cabo, bajo anestesia local y sedación, la exéresis de la lesión. Se observó que se trataba de una cavidad quística de contenido líquido y dependiente de la piel.

Los estudios anatomopatológicos posteriores revelaron la presencia de secciones de piel con quiste unilocular revestido por una o dos capas de células de citoplasma amplio eosinófilo con secreción por decapitación. El diagnóstico fue de cistadenoma apocrino (también denominado hidrocistoma apocrino, hidrocistoma negro y quiste apocrino).

Consiste en una proliferación adenomatosa de tipo quístico de crecimiento lentamente progresivo. Se trata del tumor de diferenciación sudorípara más frecuente. Histológicamente, suelen presentar varios espacios quísticos y una pared compuesta de dos capas: una interna de células cuboideas y otra externa de células mioepiteliales. El tratamiento de elección de estas lesiones es la extirpación quirúrgica.

CONCLUSIONES:

Como se comprueba en el caso descrito anteriormente, se debe tener en cuenta, dentro del diagnóstico diferencial de las lesiones quísticas de localización facial, al cistoadenoma apocrino.

CPB81 (204). LIPOMA CERVICAL GIGANTE

Hidalgo-López V, Hamdan H; Sambo-Salas PC; Pérez-Caballer M; Iriarte Ortabe, JI

Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Universitari Son Espases, Palma de Mallorca, Islas Baleares

Los lipomas son los tumores mesenquimales más frecuentes. Se observan con frecuencia en adultos. Pueden ser únicos o múltiples (lipomatosis), y su localización predominante es en el dorso del tórax, en las extremidades, en las zonas frontales del cuerpo y en la zona occipital. La aparición de lipomas gigantes a nivel cervical es infrecuente. Es necesaria la realización de pruebas de imagen para una correcta localización anatómica y establecer relaciones con las estructuras vecinas. Es fundamental realizar un examen directo anatomopatológico mediante Punción con aspiración de aguja fina. El tratamiento de elección es la escisión quirúrgica de la masa.

Presentamos el caso de un varón de 53 años que presenta una tumoración gigante cervical de mas de 10 años de evolución.

La planificación prequirúrgica en este tipo de casos debe ser planificada para garantizar la conservación tanto de la función como de la estética cervicofacial.

CPB82 (103). TRATAMIENTO DE ABSCESO ODONTÓGENO CERVICAL MEDIANTE PUNCIÓN Y ASPIRACIÓN ECO-GUIADA EN UNA PACIENTE CON MUY ALTO RIESGO ANESTÉSICO

Sierra NE; Lemus M, Arecchi A; Pelaez E; Pamias J; Bescós-Atín C.
Hospital Universitario Valle de Hebrón. Barcelona

INTRODUCCIÓN:

El tratamiento del absceso odontógeno es fundamentalmente quirúrgico mediante incisión y drenaje de la colección purulenta, asociado al tratamiento antibiótico sistémico y al tratamiento odontológico del foco de infección.

La incisión y drenaje de los abscesos odontógenos que afectan los espacios cervicales se realiza habitualmente bajo anestesia general. El abordaje quirúrgico, la disección, drenaje y lavado de los espacios afectados requiere una profundidad anestésica alta. Adicionalmente, el control perioperatorio de la vía aérea precisa intubación traqueal para garantizar una ventilación efectiva en el contexto de ocupación cervical por edema o sangrado durante las primeras horas del postoperatorio.

Algunos pacientes que presentan abscesos odontógenos cervicales profundos padecen comorbilidades que comportan un alto riesgo perioperatorio en relación a la anestesia general. Tal es el caso de pacientes con cardiopatías congénitas severas.

Presentamos el caso de una paciente con cardiopatía congénita severa que acudió a nuestras urgencias por un absceso odontógeno cervical, tratado de forma efectiva mediante punción y aspiración.

MATERIAL Y MÉTODOS: REPORTE DE CASO:

Presentamos el caso de una paciente mujer de 36 años, con cardiopatía congénita severa (Ventrículo único morfológicamente izquierdo con doble entrada, comunicación interauricular (CIA), estenosis mitral severa, estenosis pulmonar, hipertrofia y dilatación ventricular, L- malposición de grandes arterias, hipertensión pulmonar y fibrilación auricular paroxística; tratada de forma paliativa mediante banding de arteria pulmonar y ampliación percutánea de la CIA) y tratamiento anticoagulante oral, que acudió a nuestras urgencias por un cuadro de infección odontógena con evolución tórpida.

Tras un periodo de 7 días con emperreamiento clínico progresivo decide acudir a urgencias. A su llegada refirió síntomas iniciales de pericoronaritis de 38 con emperreamiento progresivo del dolor y posterior aparición de trismo. A su llegada completaba 5 días de tratamiento con amoxicilina 500mg c/8h prescrito por su médico de cabecera. A la exploración física se objetivó hipertermia de 37.8 °C, trismo severo con distancia interincisal. Bajo orientación diagnóstica de absceso odontógeno masticatorio-submaxilar se indica drenaje de la colección. En el contexto de cardiopatía congénita severa y con una alteración de los parámetros de coagulación se solicita interconsulta con los equipos de cardiología, hematología y anestesia. De forma conjunta se indica la corrección de la coagulación mediante plasma fresco y vitamina K logrando cifras de INR 1.8 a las 12 horas del inicio de la infusión. Tras 12 horas de tratamiento endovenoso y con estricto cumplimiento de los ejercicios de apertura oral el trismus permaneció estable con una distancia interincisal máxima de 1.2cm. Teniendo en cuenta la estabilidad del trismo, que impedía el drenaje por vía intraoral, se plantea la posibilidad de realizar incisión y drenaje quirúrgicos por abordaje submaxilar, sin embargo su cardiopatía de base comportaba un alto riesgo perioperatorio por lo que se decide de forma conjunta la punción y drenaje ECO-guiado de la colección bajo anestesia local.

Tras obtener el consentimiento informado de la paciente, y comprobando la corrección de los parámetros de coagulación, el equipo de imagenología intervencionista procedió a realizar la intervención. La paciente recibió tratamiento antibiótico y antiinflamatorio endovenoso durante el procedimiento con el fin de prevenir inestabilidad hemodinámica secundaria a una posible bacteriemia. Se aplicó anestesia local sin adrenalina. La punción y aspiración percutánea se realizó con un catéter endovenoso 20 G desde la región posterior del

ángulo mandibular. Se aspiraron un total de 13 cc de exudado purulento. El ecógrafo permitió identificar la presencia de un septo dentro de la colección que fue eliminado mediante el catéter utilizado para el drenaje. Tras el drenaje se aplicó compresión de la zona. No hubo complicaciones durante o después de la intervención. La paciente fue hospitalizada para continuar tratamiento endovenoso con Ertapenem endovenoso, por recomendación del equipo de Medicina Interna-Infecciosas hasta la obtención del antibiograma. Durante su hospitalización la paciente evolucionó favorablemente. A las 48 horas del drenaje el trismus se había resuelto, permitiendo la exodoncia del 38 sin incidencias. Por recomendación del equipo de cardiología, debido a su cardiopatía con riesgo embólico, se inició tratamiento con heparinas de bajo peso molecular a dosis anticoagulante por vía subcutánea. El resultado del cultivo y antibiograma señaló la presencia de una cepa de *Prevotella* spp sensible a amoxicilina-clavulánico. La paciente fue dada de alta una semana después del drenaje percutáneo, tras 48 horas de tratamiento antibiótico con amoxicilina-clavulánico por vía oral sin evidencia de empeoramiento clínico. En la última visita de seguimiento, a las 4 semanas del drenaje, la paciente mostró recuperación completa y fue dada de alta por parte de nuestra unidad.

CONCLUSIONES

La punción-aspiración percutánea ECO-guiada es una alternativa terapéutica para los pacientes con abscesos cervicofaciales que padecen enfermedades sistémicas con un alto riesgo perioperatorio en relación a la anestesia general.

CPB83 (80). ANGINA BULLOSA HEMORRÁGICA: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Rehberger Bescós F; López Gordillo D; Bermejo Abascal L; Lazuén Fernández S; Herrera Calvo G; Saiz-Bustillo R.

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

INTRODUCCIÓN:

La angina bullosa hemorrágica (ABH) es una entidad rara pero benigna, habitualmente localizada en la capa subepitelial de la mucosa oral o faríngea, y en ocasiones esofágica. Se caracteriza por la aparición súbita de lesiones ampollosas, rellenas de sangre y tensas, que se rompen espontáneamente tras 24-48 horas de su aparición. Suelen ser indoloras y no dejan cicatriz. La etiopatogenia no está establecida; los traumatismos locales, la diabetes y los esteroides por vía inhalatoria se han considerado como posibles factores implicados.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Mujer de 63 años que desde hace 6 años presenta la aparición súbita de vesículas rellenas de sangre en distintas zonas de la mucosa oral, que se resuelven espontáneamente en el plazo de horas. El examen físico objetivó una lesión ampollosa y hemorrágica,, asintomática, en el borde lateral derecho de la lengua. Se realizó biopsia de la lesión para estudio histológico y de inmunofluorescencia, así como analítica para hemograma, bioquímica y coagulación.

RESULTADOS:

El estudio histológico mostró una ampolla subepitelial con infiltrado eritrocitario en su interior. La inmunofluorescencia directa descartó la presencia de depósitos de IgA, IgG, IgM o complemento C3, y los estudios analíticos fueron normales. Por tanto, descartadas las enfermedades vesículo-ampollosas y alteraciones sanguíneas, se estableció el diagnóstico de ABH.

CONCLUSIONES:

La ABH es una entidad benigna que no requiere tratamiento y cuyo diagnóstico es clínico, pero que debe de ser diferenciado de otras entidades importantes como las enfermedades vesículo-ampollosas y las discrasias sanguíneas, por lo que es fundamental realizar un correcto diagnóstico diferencial.

CPB84 (10). DÉFICIT DEL FACTOR XIII: HEMATOMA LINGUAL Y CERVICAL TRAS RESECCIÓN TUMORAL Y DISECCIÓN CERVICAL BILATERAL

Blasco Palacio J.C.; López Gordillo D.P.; Rehberger Bescós F.J.; Bermejo Abascal L.; Lazuén Fernández S.; García Reija M.F.

Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

El factor XIII de la coagulación actúa en el proceso de la fibrinogénesis, convirtiendo al fibrinógeno en polímeros estables de fibrina. El déficit del factor XIII es el más infrecuente de los déficits de los factores de la coagulación y puede ser un defecto congénito o adquirido. El déficit congénito es un trastorno hereditario autosómico recesivo que puede manifestarse a cualquier edad pero generalmente se diagnostica durante la infancia: hemorragia del cordón umbilical (56%), hemorragia intracraneal (25-30%) hematomas o hemartrosis. Los déficits adquiridos han sido descritos en asociación con medicamentos, fallo renal crónico, cirrosis hepática y enfermedades linfoproliferativas. Se diagnostica determinando niveles de factor XIII en sangre cuando el resto de pruebas de coagulación han sido normales. Para el tratamiento de hemorragias urgentes se usa plasma fresco concentrado, crio precipitados y factor recombinante. Para cirugías programadas se debe valorar la necesidad de tratamiento profiláctico.

Presentamos el caso de un paciente de 70 años, sin antecedentes de sangrados relevantes, ex bebedor moderado y diagnosticado de un carcinoma epidermoide de suelo de boca al que se realiza extirpación y disección funcional cervical bilateral. El postoperatorio inmediato cursó con hematoma lingual y sangrado importante que precisó drenaje cervical en dos ocasiones y traqueotomía. En los estudios de coagulación realizados y seriados postoperatorios sólo se objetivó un factor XIII de 30% que tras terapia con plasma fresco concentrado aumentó a 80% progresivamente.

La dificultad en reconocer un defecto adquirido de la coagulación puede tener graves consecuencias. El déficit de factor XIII es infrecuente y su diagnóstico oportuno no siempre ocurre. Debe sugerirse en pacientes con antecedente de sangrado anormal, con plaquetas y tiempos de coagulación dentro de lo normal y sin evidencia de trastorno en la función plaquetaria. Cuando se diagnostique se debe estudiar a los familiares de primer grado.

CPB85 (69). SIALOMEGALIA PAROTÍDEA ASOCIADA A BULIMIA: UN MANEJO DIFÍCIL

García-García, B; Dean Ferrer, A; Sanjuan Sanjuan, A; Valenzuela Salas, B.
Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

INTRODUCCIÓN:

El término sialoadenosis se refiere al aumento de tamaño de origen no inflamatorio de las glándulas salivares asociado generalmente a un trastorno sistémico de base. El objetivo de este trabajo es presentar un caso de sialoadenosis asociada a bulimia y revisar las opciones de tratamiento actuales.

CASO CLÍNICO:

Presentamos a una mujer de 32 años con historia de bulimia nerviosa de 14 años de evolución que presenta sialoadenomegalia parotídea bilateral desde hace 6 años. Una PAAF y la TC revelaron sialoadenosis de origen inespecífico sin evidenciarse masas ni litiasis glandulares. Tras descartar otras patologías tales como síndrome de Sjögren, alcoholismo o sarcoidosis que cursan con sialoadenomegalia, el diagnóstico fue de sialoadenitis secundaria a bulimia nerviosa. Se inició tratamiento conservador con pilocarpina oral 5 mg/día durante 2 meses sin éxito. Tras solicitar un informe a su psiquiatra, este manifestó que las conductas purgativas habían cesado 2 años antes confirmadas por analíticas de control. Se programó entonces una parotidectomía suprafacial conservadora bilateral.

DISCUSIÓN:

La sialoadenomegalia secundaria a bulimia ocurre entre el 10 - 66%². El diagnóstico diferencial debe realizarse con el síndrome de Sjögren, alcoholismo, sialadenitis y sarcoidosis. En los casos asociados a trastornos alimentarios el tratamiento es discutido. Se han publicado casos en los que tras el cese del vómito o tras la administración de altas dosis de pilocarpina la sialoadenomegalia se había resuelto. La parotidectomía es controvertida, especialmente si el trastorno de la conducta alimentaria no se ha resuelto, pero en ocasiones es la única opción ante el fracaso de medidas conservadoras.

CONCLUSIONES:

El manejo de la sialoadenosis debe contemplar siempre el trastorno subyacente. En los casos de bulimia, las medidas conservadoras pueden no ser suficientes siendo la parotidectomía la única opción efectiva de tratamiento para corregir la indeseada y antiestética sialoadenomegalia mejorando en ocasiones la adherencia al tratamiento psiquiátrico al reforzarse la autoestima del paciente.

CPB86 (153). RECONTORNO MANDIBULAR MEDIANTE ABORDAJE INTRAORAL Y COMBINACIÓN DE ESCULTURA ÓSEA Y OSTEOTOMÍA BASAL CON ULTRASONIDOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTROFIA MANDIBULAR. CASO CLÍNICO

Monsalve Iglesias F; Román Ramos M; Cariati P; Marin Fernandez AB; Capitán Cañadas LM; Martínez Plaza A. *Servicio Cirugía Oral y Maxilofacial Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada*

INTRODUCCIÓN:

La hiperplasia condilar tipo II o hipertrofia hemimandibular es un trastorno infrecuente que consiste en un crecimiento unilateral en el plano vertical de una hemimandíbula produciendo clínicamente un aumento de tamaño tridimensional de dicha hemimandíbula con mórdida abierta o canteo del plano oclusal. Su tratamiento es controvertido y suele estar condicionado en cada caso por la aparición o no de sintomatología de la ATM así como por el grado de trastorno estético y funcional (oclusal) que produzca. Dado que suele aparecer en pacientes en las primeras décadas de la vida es especialmente importante el abordaje estético en esta cirugía. El abordaje intraoral de la mandíbula es la vía idónea para realizar el recontorno mandibular evitando cicatrices inestéticas a los pacientes.

OBJETIVO:

El objetivo de esta comunicación es prestar una alternativa para el acceso a toda la mandíbula a través de un abordaje exclusivamente intraoral.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Presentamos el caso de una paciente diagnosticada de Hipertrofia hemimandibular derecha diagnosticada con 15 años. Sometida previamente a condilectomía alta, la paciente presentaba importante asimetría facial a consta de basal mandibular derecha muy prominente. Se realizó recontorno mandibular mediante escultura ósea ("shaving") y osteotomía completa de la basal mandibular mediante ultrasonidos (piezosurgery") para corregir la asimetría. Para ello se utilizó un abordaje exclusivamente intraoral a través de dos incisiones: una incisión alta labial tipo "royal" y una incisión de Obwegeser que se tunelizaron preservando la emergencia del nervio mentoniano.

RESULTADOS:

Este abordaje permitió un campo de trabajo adecuado y cómodo para la realización de los procedimientos de escultura ósea y osteotomía basal. El resultado final de la intervención fue satisfactorio.

CONCLUSIÓN:

El abordaje intraoral mediante incisiones tunelizadas permite un acceso satisfactorio a toda la mandíbula de una forma muy estética evitando el "degloving" mandibular así como los abordajes cervicales.

CPB87 (272). ESTUDIO DE LA EFICACIA DEL DISPOSITIVO DE AVANCE MANDIBULARMA A MEDIO PLAZO

Maniegas Lozano ML(*); Gómez García T(**); Martínez-Pérez D(*); Rosón Gómez S(*); Ruiz Jiménez J(*)
(* Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, (** Servicio de Neumología, Fundación Jiménez Díaz. Madrid

OBJETIVO:

Analizar la utilidad y mejoría objetiva del DAM en pacientes con roncopatía, SAHS leve, moderado o grave.
Introducción: El dispositivo de avance mandibular (DAM) es un dispositivo intraoral que modifica la posición de la mandíbula y de la lengua de forma transitoria durante su uso aumentando el área seccional de la faringe.

MATERIAL Y MÉTODOS:

De 2011 a 2015 se estudian 25 pacientes diagnosticados de SAHS mediante PSG o PG. Se presentan los candidatos en sesión multidisciplinar de sueño. Se realiza evaluación en consulta de maxilofacial (exploración intra y extraoral y técnicas cefalométricas). Se coloca DAM y se realiza nueva PG o PSG (según estudio previo) a los 6 meses de uso de DAM, midiendo y comparando diferentes parámetros clínicos, radiológicos y polisomnográficos al inicio y a los 6 meses de su uso.

RESULTADOS:

Se obtienen resultados de mejoría polisomnográfica, clínica y radiológica en 24 pacientes.

CONCLUSIONES:

El DAM es útil en el tratamiento del SAHS, incluso en los casos más graves, con altas tasas de éxito si se selecciona adecuadamente al paciente. Es necesario continuar el estudio para obtener resultados a largo plazo.

CPB88 (40). OSTEOMIELITIS BIMAXILAR ASOCIADA A LA OSTEOPETROSIS AUTOSÓMICA DOMINANTE: CASO CLÍNICO

Kulyapina A.; Verdaguer Martin J.J.; Navarro Cuéllar C., Navarro Vila C.
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

INTRODUCCIÓN:

Osteopetrosis pertenece al grupo de displasias óseas congénitas esclerosantes y se caracteriza por aumento de la densidad de masa ósea. El mecanismo fisiopatogenico es la falta de resorción ósea por la disminución del número y actividad de osteoclastos. La clasificación clínica es compleja por la variabilidad de las manifestaciones y complicaciones asociadas. Tres formas clínicas principales descritas en literatura son osteopetrosis infantil o maligna, osteopetrosis benigna o del adulto autosómica dominante y osteopetrosis intermedia recesiva. La osteopetrosis autosómica dominante (OAD) es la forma más común de osteopetrosis con incidencia estimada de 5 en cada 100.000 nacimientos. OAD tipo 2 se asocia a mutación del gen CLCN 7 que codifica los canales del cloruro que se encuentran solo en osteoclastos.

Las principales manifestaciones de la osteopetrosis son la esclerosis osea generalizada, fracturas óseas recurrentes, compresión de los nervios con cefaleas, ceguera, hipoacusia, alteraciones hematológicas por reducción del volumen de medula ósea, como anemia mielofítica, plaquetopenia y leucopenia. En la región de cabeza y cuello las manifestaciones de osteopetrosis son las alteraciones en la erupción dentaria, pérdida de dientes, las malformaciones dentarias y susceptibilidad de desarrollar osteomielitis de maxilares.

Los hallazgos radiológicos característicos en ADO son el incremento de densidad ósea generalizado. En la columna vertebral se observa engrosamiento cortical en platillos vertebrales. Es típica la imagen de "hueso dentro de hueso" dentro de cresta iliaca.

CASO CLÍNICO:

Paciente varón de 66 años, fue derivado a nuestro servicio para valoración de comunicación orosinusal y osteomielitis maxilar tras extracción del tercer molar superior. El paciente tenía en anamnesis historia de fracturas de humero y fémur, sordera neurosensorial y anemia mielofítica y fue diagnosticado de osteopetrosis autosómica dominante. A la exploración intraoral se observaba zona de exposición ósea en el maxilar superior derecho de un centímetro acompañada de comunicación orosinusal. El paciente fue tratado con ciclo de terapia antibacteriana que no fue efectiva. La zona de exposición ósea ha aumentado y el paciente presentaba signos de sinusitis. Se ha realizado cierre de comunicación orosinusal con colgajo de bola de Bichat.

A pesar del tratamiento el foco de osteomielitis ha persistido con formación de sequestro óseo. Se ha realizado tomografía computarizada con hallazgo de sequestro óseo maxilar e imágenes radiológicas típicas de osteopetrosis (aumento de densidad ósea, obliteraciones de senos paranasales e imagen de hueso dentro hueso en el hueso esfenoides). Se ha realizado cirugía de retirada del sequestro y desbridamiento. El cierre del foco de osteomielitis en maxilar superior se ha conseguido tras tres años del tratamiento. Siete años tras finalizar tratamiento de osteomielitis maxilar el paciente se presentó en nuestro servicio por aparición de nuevo foco de osteomielitis en mandíbula izquierda tras extracción de molares en tercer cuadrante. El paciente presentaba exposición ósea de dos centímetros de diámetro. El tratamiento conservador fue inefectivo y la osteomielitis mandibular se complicó con fractura patológica de mandíbula, formación de sequestro óseo y absceso en el espacio masticador. El paciente fue tratado quirúrgicamente con drenaje de absceso y desbridamientos de foco de osteomielitis. El cierre de exposición ósea en mandíbula se ha logrado tras dos años del tratamiento.

CONCLUSIONES:

Presentamos el primer caso de osteomielitis bimaxilar no simultánea en el paciente con osteopetrosis autosómica dominante descrito en literatura. Describimos la progresión clínica y radiológica de la enfermedad a lo largo de doce años. El caso confirma la susceptibilidad de los pacientes con OAD de desarrollar osteomielitis maxilar y necesidad de seguimiento evolutivo de pacientes con osteopetrosis a lo largo de su vida. Las medidas preventivas son esenciales para prevenir aparición de nuevos focos de osteomielitis en pacientes con OAD. La osteomielitis asociada a osteopetrosis es difícil de tratar y conduce a la importante pérdida ósea.

CPB89 (18). REHABILITACIÓN IMPLANTOSOPORTADA EN PACIENTES CON DISPLASIA ECTODÉRMICA HIPOHIDRÓTICA

Tousidonis M; García Sevilla A; Fernández Valadés R; Navarro Cuéllar C; Ochandiano Caicoya S; Salmerón Escobar JI.

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

INTRODUCCIÓN:

Las displasias ectodérmicas forman un grupo heterogéneo de desórdenes hereditarios que se definen por el desarrollo anormal de dos o más estructuras derivadas de la capa ectodérmica.

Las dos categorías principales de displasias ectodérmicas incluyen las formas hidrótica e hipohidrótica. La segunda es la más frecuente y se denomina también síndrome de Christ-Siemens-Touraine. Se diferencian ambas formas en la presencia o ausencia de funcionamiento de las glándulas ectodérmicas.

La displasia ectodérmica anhidrótica es la forma más frecuente de entre más de 150 tipos de displasias ectodérmicas en humanos. Se estima que afecta al menos a 1 cada 17.000 personas (1/10,000 - 1/100,000). Estos desórdenes producen desarrollo anormal en las estructuras ectodérmicas, incluyendo la piel, el pelo, las uñas, los dientes y las glándulas, antes del nacimiento. Clínicamente es típica la triada: hipotricosis, hipohidrosis e hipodoncia. Se asocia con diversas distrofias faciales, incluyendo aumento de proyección del hueso frontal, aumento del grosor de los labios y nariz en silla de montar. La displasia ectodérmica hipohidrótica es la forma más severa y afecta más a varones que a mujeres. Los varones con displasias ectodérmicas tienen una cara facial reconocible, de aspecto envejecido. El hallazgo clínico más característico es el número reducido y la morfología anormal de los dientes.

OBJETIVOS:

Los pacientes con displasia ectodérmica, debido a la ausencia de dientes, presentan atrofia del proceso alveolar de los maxilares, con morfología en filo de cuchillo, haciendo de la rehabilitación dental un desafío. Las publicaciones científicas recogen diversas técnicas implantológicas y de cirugía preprotésica para la rehabilitación odontoestomatológica de estos pacientes. El edentulismo de estos pacientes junto con la atrofia ósea dificulta la adaptación de prótesis removibles, siendo una opción de segunda elección hoy día.

Presentamos tres casos clínicos de pacientes afectados por esta enfermedad poco frecuente y diferentes formas de solucionar el edentulismo y el déficit de hueso alveolar de los procesos maxilares.

Comunicamos diferentes abordajes y tratamientos implantosoportados para la rehabilitación en pacientes con displasia ectodérmica hipohidrótica: técnicas con implantes dentales clásicos, técnicas con implantes cigomáticos, técnicas preprotésicas con injertos óseos autólogos y/o con sustitutos óseos de origen animal, técnica de distracción alveolar y técnicas de elevación de seno sinusal.

MATERIAL Y MÉTODO:

El primer caso presentado es un varón de 19 años de edad. Fue manejado con cirugía preprotésica con injerto de hueso autólogo de cresta ilíaca de tipo aposición para sectores posteriores maxilares junto con elevación de seno bilateral e injertos de cresta ilíaca en mandíbula mediante abordaje extraoral. El procedimiento preprotético permitió la colocación de cuatro implantes dentales en maxilar superior, así como la colocación de cuatro implantes dentales en maxilar inferior, permitiendo la rehabilitación dental posterior implantosoportada. El segundo caso, el hermano menor del primer caso, presentaba una mayor atrofia ósea del proceso alveolar maxilar. Rechazó el tratamiento con autoinjertos por lo que tuvo que realizarse un tratamiento preprotésico quirúrgico alternativo. Fue manejado con elevación bilateral de seno con injerto óseo Bio-Oss® y distracción alveolar de sinfisis mandibular con distractor KLS Martin® mediante cirugía virtual (Materialise®, Symplant) y cirugía guiada. La ganancia de altura mandibular fue de 7 mm. Estos procedimientos permitieron la colocación

de seis implantes dentales en maxilar, cuatro en los senos elevados y dos inmediatos postexodoncia de los dientes dismórficos remanentes incisivos, y tres implantes dentales en mandíbula para la posterior rehabilitación protética.

El tercer caso es un varón de 24 años de edad. Presentaba oligodoncia con atrofia ósea maxilomandibular, menos severa que los dos casos precedentes. Fue manejado sin cirugía preprotésica de injerto óseo ya que la zona sinfisaria no presentaba atrofia y su morfología crestal era adecuada. Para la rehabilitación de la mandíbula edéntula se realizó cirugía con colocación de seis implantes dentales interforaminales. Para la rehabilitación maxilar, que era atrófica en los sectores posteriores pero en la premaxila presentaba dientes remanentes y desarrollo óseo del proceso alveolar, se realizó cirugía implantológica con colocación de implantes cigomáticos en sectores posteriores maxilares (dos por hemilado) y dos implantes dentales clásicos en región premaxilar postextracción inmediata.

RESULTADOS:

La colocación de implantes dentales en pacientes con displasia ectodérmica es un tratamiento científico aceptado y que puede realizarse en la adolescencia, siendo uno de los pocos casos en los que está indicado en esta edad ya que las ausencias dentarias producen una reabsorción progresiva de los procesos alveolares de los maxilares.

Discutimos las ventajas e inconvenientes de los diferentes métodos realizados: injertos óseos de cresta ilíaca, elevación de seno sinusal, tratamiento con implantes cigomáticos y distracción alveolar ósea. Según diversos autores, debido al defecto compuesto de tejidos de inicio temprano, el tratamiento idóneo es el que permita mayor ganancia de tejido compuesto que consiga una rehabilitación más duradera, sin añadir comorbilidades al paciente, estudiando el riesgo / beneficio. La rehabilitación dental mediante prótesis implantosoportadas puede ser realizada en estos pacientes, mejorando de forma significativa los resultados clínicos medidos en términos de calidad de vida.

Los pacientes con DEH presentan hipo o anodoncia y ausencia de hueso alveolar. La rehabilitación protésica de estos pacientes es compleja debido al bajo número de dientes remanentes y al bajo grosor y altura de la cresta alveolar. Con la amplia variedad de implantes dentales y técnicas preprotésicas existentes en la actualidad pueden ofrecerse nuevas formas de conseguir la rehabilitación. La deficiencia del proceso óseo de los maxilares puede solucionarse con procedimientos de aumento de volumen de hueso: injertos óseos o distracción alveolar. Los implantes cigomáticos son una alternativa válida para rehabilitación oral en el maxilar superior, sin la necesidad de realizar injertos óseos.

En el seguimiento todos los implantes desarrollaron osteointegración con estabilidad primaria y secundaria, sin periimplantitis ni pérdidas. Todos los pacientes alcanzaron adecuada función masticatoria y la estética fue mejorada considerablemente en todos los pacientes.

CONCLUSIONES:

El aumento óseo y la colocación de implantes endoóseos previo a la rehabilitación protésica parece ser un tratamiento fiable y reproducible como opción terapéutica para el tratamiento de pacientes adultos con displasia ectodérmica hipohidrótica.

En paciente con DEH y atrofia severa de la cresta alveolar, procedimientos como la distracción alveolar y los injertos óseos permiten aumentar el hueso receptor para la posterior cirugía implantológica. Debe ser realizado tan pronto como sea posible para evitar la progresión de la reabsorción ósea.

El tratamiento con implantes cigomáticos parece ser otra opción válida para el tratamiento de pacientes seleccionados afectados de DEH para alcanzar una rehabilitación oral del maxilar superior.

Se debe utilizar la técnica menos invasiva en la rehabilitación, evaluando riesgos y beneficios. Por otro lado, las técnicas menos invasivas no siempre son posibles debido al grado de atrofia.

Los injertos óseos son una opción terapéutica cuando el proceso alveolar maxilar sufre importante grado de reabsorción.

La distracción alveolar es un procedimiento fiable y reproducible, con el inconveniente del coste del distractor, la dificultad en la obtención de la dirección del vector y del tiempo del tratamiento.

La rehabilitación dental es posible y predecible en pacientes con displasia ectodérmica hipohidrótica y existen diversos métodos de abordaje para realizar el tratamiento, que debe ser individualizado en cada caso.

Es primordial tratar estas condiciones del paciente con DEH para restablecer la estética, la actividad masticatoria, las condiciones dentales, ortognáticas y cefalométricas, mejorando la autoestima y los resultados medidos en términos de calidad de vida.

CPB90 (138). QUISTE SINOVIAL DE LA ARTICULACIÓN ESTERNOCLAVICULAR: A PROPÓSITO DE UN CASO

Varela Reyes E., De la Sen O., Martínez I., Naranjo N., Encinas A., Alonso A.
Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Clínico San Carlos. Madrid

INTRODUCCIÓN:

Los quistes sinoviales son masas de tejido blando que se desarrollan alrededor diversas articulaciones. Se producen como consecuencia de la herniación de la membrana sinovial a través de la cápsula de la articulación o de la distensión del fluido de una bursa para-articular, por lo tanto pueden estar o no en comunicación con la articulación. Están recubiertos de células sinoviales con contenido inflamatorio crónico en su interior. Suelen encontrarse en la rodilla y la cadera, con menos frecuencia los encontramos en el hombro, muñeca, codo, tobillo, pie o mano, siendo un hallazgo extremadamente raro en la articulación esternoclavicular.

Pueden cursar de manera asintomática o causar síntomas como dolor, debilidad, hinchazón, deterioro de la movilidad o compresión de estructuras cercanas. La presencia de una clínica inespecífica y unas pruebas de imagen con interpretaciones equívocas, pueden dificultar el diagnóstico.

MATERIAL Y MÉTODO:

Presentamos el caso de una mujer de 83 años, con una masa supraclavicular de rápido crecimiento e indolora. La TC reveló la presencia de una colección de 12 por 3 cm de diámetro a la altura del manubrio esternal, afectación de la unión esternoclavicular con erosión del extremo proximal de la clavícula derecha, fractura clavicular izquierda y luxación posterior del extremo proximal. En la RMN se presentó como una tumoración hipointensa en las secuencias en T1 y de predominio hiperintenso en las secuencias en T2. La paciente fue tratada inicialmente de manera conservadora, sin embargo ante la progresión de la tumoración y el inicio de sintomatología opresiva, fue necesaria la extirpación completa de la lesión incluyendo los dos fragmentos claviculares dañados en el seno del quiste con el objetivo de evitar recidivas.

Resultados: El diagnóstico anatomopatológico definitivo fue de quistes sinovial metaplásico de la articulación esternoclavicular bilateral. La evolución postoperatoria fue favorable.

CONCLUSIONES:

La inflamación no traumática de la articulación esternoclavicular es un trastorno poco común. El aumento de tamaño espontáneo, de la articulación esternoclavicular, a pesar de que lo más frecuente es que se trate de una patología benigna, debe estudiarse mediante biopsia quirúrgica y anatomíapatólogica. En el diagnóstico diferencial de una masa de características quísticas alrededor de la articulación esternoclavicular se deben incluir las linfadenopatías, infecciones, teratomas, quistes dermoides, linfangiomas y otras masas mediastínicas. El tratamiento de los quistes sinoviales en esta u otras localizaciones es controvertido. Se debe individualizar cada caso a la hora de pensar en tratamiento conservador o quirúrgico, teniendo en cuenta fundamentalmente la localización y sintomatología del paciente.

CPB91 (120). PAPEL DEL ACTINOMYCES SPP EN LA PROGRESIÓN DE LA OSTEOPATOLOGÍA MAXILAR INDUCIDA POR INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA. ANÁLISIS DEL PERÍODO 2008-2013 Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Pinos Galindo D.; Ruiz Delgado F.; Zamudio Sánchez L.; Granados Colocho F.; Acosta Moyano A.; Aguilar Lizarralde Y.

Hospital Regional Universitario. Málaga

INTRODUCCIÓN:

La osteopatología maxilar inducida por inhibidores de la resorción ósea es una importante complicación en relación con la toma de bifosfonatos o denusumab. Aún así, la etiopatogenia de la osteonecrosis maxilar sigue sin ser bien conocida. Si bien, el antecedente de la toma de bifosfonatos es esencial en la instauración, el papel del Actinomyces spp en la progresión supone una controversia.

OBJETIVO:

Implicar al Actinomyces spp en la progresión de la enfermedad a estadios avanzados.

Material y métodos: Análisis de 20 muestras con carácter retrospectivo referentes a 20 estudios histopatológicos recogidos por el Servicio de AP de nuestro Centro y remitidos por el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del mismo.

RESULTADOS:

El género Actinomyces estaba presente en el 65 % de nuestros pacientes y en un 63 % de literatura. En los pacientes con fistula la incidencia era mayor hasta el 76.9 %. En todos nuestros pacientes existía infección por el agente y en un 85% de la literatura, siendo el resto colonización.

CONCLUSIÓN:

La patogenia de la ONM sigue sin estar cerrada; se postula que las bacterias del género Actinomyces juegan un papel importante en el proceso, por lo que la naturaleza aséptica del cuadro debe ser discutida, al menos en la evolución.

CPB92 (32). SIALOLITIASIS DE IMPORTANTE DIMENSIÓN EN GLÁNDULA SUBLINGUAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

Granados, J.F.; Pinos, D.A.; Agustín, J.E.; Arias, B.; Acosta, A.J.; Aguilar, Y.
Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacia. Hospital Regional de Málaga

INTRODUCCIÓN:

Es la afectación más frecuente de las glándulas salivales, de etiología multifactorial. Por orden de frecuencia la afectación varía desde 92% en glándula submandibular, 6% en parótida hasta un 2% en glándula sublingual. El 90% de la afectación de la glándula submaxilar es debido a la característica ascendente del conducto de Wharton y a la alcalinidad de su saliva.

Su etiopatogenia suele ser multifactorial, involucrando deshidratación y disminución de función secretora. La saliva normal se compone de Hidroxiapatita abundante, cuyos agregados mineralizados en los conductos pueden formar nidos y favorecer la formación de cálculos, estasis salival y obstrucción, que provocan la clínica habitual en estos pacientes.

Los grandes sialolitos suelen ser poco comunes, sin embargo en la literatura se han citado algunos casos de hasta 70 mm, siendo la glándula submandibular la más afectada. En esta comunicación presentamos un caso cuyas dimensiones alcanza mas del 50% del tamaño más grande descrito en la literatura actual.

CASO CLÍNICO:

Mujer de 52 años, sin antecedentes de interés que presenta historia de induración a nivel de región submandibular izquierda de varios meses de evolución con síntomas que se intensifican tras las comidas, episodios previos de inflamación y tratamiento antibiótico que controlan dichas exacerbaciones, así como xerostomía recurrente.

RESULTADOS:

Pruebas de imagen complementarias que demuestran tanto en tomografía axial computarizada de haz cónico (CBCT, por sus siglas en inglés) litiasis de 45mm de diametro. Confirmada con ecografía que evidencia ensanchamiento de conducto de Wharton ubicando litiasis de 45 x 24 mm.

CONCLUSIÓN:

- Las litiasis gigantes se suelen acompañar de una larga evolución de sialoadenitis, dando lugar en una glándula fibrótica y de pobre función.
- Las dimensiones de estas litiasis resultan en un reto diagnostico.
- Es conveniente elegir un abordaje intraoral menos radical y con menores complicaciones para el paciente.

CPB93 (255). DOLOR CERVICOBRAQUIAL CRÓNICO, UN RETO DIAGNÓSTICO - SÍNDROME DE EAGLE

Bajo D(*); Bada MA(*); Vila A(*); Gorriarán M(*); Riaño A(*); Hidalgo A(**)

(*) Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. (**) Servicio de Traumatología. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona

INTRODUCCIÓN:

El Síndrome de Eagle o Síndrome estilohioideo, es una entidad raramente identificada clínica y anatomopatológicamente por su gran variabilidad clínica.

Se define como la elongación del proceso estilohioideo y/o calcificación del ligamento estilohioideo, la clínica asociada a este síndrome, comprende desde pacientes asintomáticos hasta manifestaciones como la sensación de cuerpo extraño faríngeo, faringodinia, odinofagia, dolor facial como sensación de ardor, dolor cervical retrognático o anterolateral y con frecuencia irradiación a hombro, además de dolor referido a la ATM y otalgia; en casos raros se puede observar alteración en el gusto o cambios en la voz.

Con frecuencia cursa de manera asintomática, por lo que el tratamiento de elección es conservador. En los casos sintomáticos la decisión terapéutica deberá ser individualizada, tomando en consideración aspectos como el grado de sintomatología presentada, los beneficios del tratamiento medico temporal versus el quirúrgico definitivo y la decisión del paciente.

MATERIALES Y METODOS:

Paciente de 42 años sin antecedentes patológicos de interés, que presenta dolor en región cervical posterior, anterior y hemicraneal desde julio de 2010, no cede con el reposo y presenta exacerbación con la extensión cervical, es referido en trapecio y hombro derecho, sensación de ardor o quemazón desde región torácica anterior, posterior y ambos brazos sin delimitar dermatomo alguno, síndrome vertiginoso, afonía, alteración del gusto y dificultad para tragar, sin mejoría con tratamiento farmacológico.

Desde el médico de atención primaria es derivada a distintos servicios médicos:

- Servicio de Rehabilitación: se le diagnostica de cervicalgia asociada a omalgia y con hallazgo en la radiografía AP y lateral: apófisis estiloides prominente y calcificación del ligamento estilohioideo. Se le realiza TC cervicofacial donde se observa la elongación bilateral de los procesos estilohioideos. Tras manejo rehabilitador, de fortalecimiento y farmacológico no refiere gran mejoría clínica.
- Servicio de Otorrinolaringología por síndrome vertiginoso, afonía y dificultad para tragar, donde se diagnostica de laringitis por reflujo.
- Traumatología y Cirugía Ortopédica, donde tras estudio y RMN se demuestra la existencia de una discopatía C4-C5, C5-C6, C6-C7 y nos lo derivan para valoración del Síndrome de Eagle.

A la exploración clínica, presenta dolor en segmento cervical superior izquierdo, ECM y escalenos izquierdos, flexión y extensión completas con dolor en la inclinación lateral derecha y alivio con distracción cervical. Movilidad normal, dolor en los últimos grados en todos los sentidos. Dolor a la palpación en ambos trapecios y región paravertebral dorsal, en el lado izquierdo. No déficit motor evidente en las extremidades superiores. La palpación transoral entre la rama ascendente y la fosa amigdalina produce dolor cervical derecho y reproduce la sintomatología ya descrita.

Se realiza ortopantomografía, donde se demuestran las apófisis estilohioideas elongadas y calcificadas y por medio de estudio tomográfico cervicofacial se obtienen mediciones de ambos ligamentos estilohioideos calcificados:

- Estiloides derecha mide 8,68 cm.
- Estiloides izquierda 8,43 cm. Con un área no calcificada a 6 cm de distancia de su origen, que mide 0,8 cm, existiendo de nuevo calcificación distal a la misma.

Dada la evolución tórpida y poco favorable de la sintomatología se decide tratamiento quirúrgico y extirpación de apófisis estilohioideas en dos tiempos, se programa intervención con abordaje externo-cervical del complejo estilohioideo derecho, se obtiene pieza de 5 cm de longitud derecha.

Tras el primer mes postquirúrgico, la paciente refiere mejoría de gusto, sensibilidad facial y disminución de dolor derecho con persistencia de sintomatología izquierda, por lo que se realiza una segunda intervención y resección con mismo abordaje cervical obteniendo una pieza de 3 centímetros del ligamento calcificado.

RESULTADOS:

Actualmente y tras ambas intervenciones la paciente refiere una marcada mejoría en la calidad de vida, solo persiste falta de fuerza en hombro derecho y continua en rehabilitación.

El resultado anatomopatológico demuestra tejido óseo trabecular de forma cilíndrica con médula hemopoyética y focos de osificación endocondral en ambos casos, confirmando así el diagnóstico de Síndrome de Eagle.

CONCLUSIONES:

El Síndrome de Eagle representa un reto diagnóstico dada la heterogeneidad de manifestaciones clínicas, este puede quedar enmascarado como una condición médica común tal como son cefaleas, otalgias, alteraciones de la ATM u otros síndromes dolorosos inespecíficos, llevando a un diagnóstico y tratamiento tardío el cual puede influir negativamente en recuperación del paciente.

El diagnóstico del Síndrome de Eagle deberá ser considerado en los diagnósticos diferenciales de dolores crónicos de cabeza, región facial y cervical de carácter no infeccioso ni oncológico.

El diagnóstico debe ser realizado con la información proporcionada por la historia clínica, el examen físico y estudios de imagen.

El TC se considera una de las técnicas más avanzadas y seguras para valorar el Síndrome de Eagle, ya que permite obtener mediciones precisas de longitud, ángulo, dirección de la curvatura y el grado de calcificación del ligamento estilohioideo.

CPB94 (187). OSTEOMA GIGANTE DE MANDÍBULA

Vila Urizar. A; Bada García MA; Díaz Galvis LA; García González E; Bajo Gauzin DA; Gorriaran Terreros M
Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona

INTRODUCCIÓN:

Los osteomas son tumores osteogénicos de crecimiento lento que se producen sobre todo en el área maxilofacial. Tiene una incidencia de 0.014-0.43% y se originan más frecuentemente en la mandíbula con especial predilección por el cóndilo. La mayoría son asintomático, por lo que el tratamiento de elección el conservador mediante seguimiento. Otros en cambio, pueden producir asimetría, maloclusión, clínica compresiva... en cuyo caso el tratamiento a seguir sería la extirpación conservadora.

CASO CLÍNICO:

Se presenta mujer de 45 años edad que consulta por lesión de años de evolución que al principio es asintomática, pero que con el tiempo le ha producido dolor cervical y mareos. Por Rx y OPG se aprecia lesión radioopaca ovalada y compacta y por TC: Exostosis dependiente de rama mandibular izda con desplazamiento medial de carótida interna y externa del mismo lado y desplazamiento caudal y medial de arteria lingual y facial izdas

RESULTADOS:

Dado el gran tamaño, la localización y la clínica que produce se decide extirpación de la lesión bajo anestesia general. Se utiliza abordaje cervical y se extirpa por disyunción de su base con bisturí piezoeléctrico y escoplo.

CONCLUSIONES:

Se presenta un caso poco frecuente de osteoma gigante mandibular que produce deformidad en forma de tumoración cervical. Aunque la mayoría de los casos de osteoma se tratan de manera conservadora con seguimiento estamos ante un caso que precisa de actuación quirúrgica mediante un abordaje cervical. Además, no tenemos que olvidar que este tipo de tumoraciones de dimensiones tan grandes pueden plantearnos diagnóstico diferencial con diferentes patologías, entre ellas los osteoblastomas, por lo que se podría precisar cirugía también para el diagnóstico definitivo.

CPB95 (276). EL SAXOFÓN, EL QUISTE DEL CONDUCCO TIROGLOSO Y LA MEDIASTINITIS: UN TRÍO PECULIAR

Martino Gorbea R.; García González, E; Ciria Esteban, M; Ayala Sola, P; Gorriaran Terreros, M.
Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona

La mediastinitis se define como la inflamación aguda o crónica de las estructuras mediastínicas. La incidencia en general es baja.

La causa aguda más frecuente es la postesternotomía derivada de la cirugía cardíaca de revascularización con ambas arterias mamarias internas, con una incidencia del 0,4-5% y una mortalidad del 16,5 al 47%, siendo el vector más frecuente el *Staphylococcus aureus*. La perforación esofágica normalmente iatrogénica es la segunda causa de mediastinitis aguda, vehiculizada por flora orofaríngea común, con una mortalidad del 20 al 60%, dependiendo del momento del diagnóstico. La mediastinitis necrotizante descendente es la tercera causa, siendo el foco odontógeno en un 60% el origen y el *Streptococcus β-hemolítico* el microorganismo causante en el 71,5%.

El caso que presentamos es el de una paciente de 22 años que presentó una mediastinitis aguda en relación con la sobreinfección de un quiste tirogloso intervenido en 2 ocasiones durante la infancia. Durante la anamnesis, el único dato relevante era el inicio de la práctica del saxofón coincidiendo con el inicio de la sintomatología. En nuestra especialidad, las infecciones cervicales son un capítulo importante por sus posibles complicaciones, sin embargo, no es frecuente la extensión hacia mediastino de estos procesos infecciosos. Las pruebas de imagen son imprescindibles en el diagnóstico de estos cuadros y en muchos de ellos, además del tratamiento médico, es necesario el drenaje quirúrgico.

CPB96 (243). MALFORMACIONES VASCULARES VENOSAS: GRANDES SIMULADORAS

Riaño Argüelles A., Martino Gorbea R., Vila Urizar A., Bajo Gauzín D.

Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona

Mujer de 45 años de edad que acude a consulta refiriendo inflamación de la mejilla izquierda, en ocasiones mientras come, ascendiendo la inflamación por encima del arco cigomático. Asimismo refiere disartria en el desempeño de su actividad laboral (cuando tiene turno nocturno) y pérdida de fluidez en el uso del Euskera, su lengua materna. Refiere haber sido valorada por Neurología por este motivo sin objetivar causa aparente. Se le pide Ecografía parotídea, sospechando patología salivar, y en la misma diagnostican de una tumoración de un centímetro de diámetro en el lóbulo profundo parotídeo. Se recomienda PAAF de la misma para diagnóstico citológico, por existir dudas entre un adenoma pleomorfo o tumor de Warthin.

En la revisión posterior de la paciente, ésta nos comenta que ha notado recientemente que se inflama de forma súbita cuando ladea la cabeza en un determinada posición. Reproduce la maniobra en consulta observando una súbita inflamación de hemifacies izquierda. Tras esta exploración se decide posponer PAAF y completar estudio con RM. En la misma se diagnostica una deformidad vascular venosa que afecta a parótida y fosa pterigomaxilar izquierdas y paladar blando y hemilengua derechos.

Se revisa con el radiólogo las imágenes de ECO parotídea y RM, tras contrastarlas se observa coincidencia de la zona descrita con un ovillo vascular de la deformidad. Durante la ECO se realizó estudio Doppler pero, al presentar la malformación vascular un bajo flujo, no se observó captación en el estudio. Analizando la RM se observa dilatación de vasos cerebrales por lo que ampliamos el estudio con RM craneal.

El Servicio de Radiología Intervencionista considera a la paciente no tributaria de embolización o esclerosis. Actualmente la lesión ha comenzado a manifestarse por epistaxis de repetición en proceso de estudio por parte del Servicio de Otorrinolaringología.

CPB97 (200). ACTINOMICOSIS LINGUAL

Ramírez Pérez F.A.; Hernández Vila C.; Ruiz Casas J.; Morillo Sánchez A.J.; Manzano Sólo de Zaldívar D.; Monje Gil F.

Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Infanta Cristina. Badajoz

INTRODUCCIÓN:

El diagnóstico diferencial de la patología de la cavidad oral se caracteriza por el amplio abanico de posibilidades a tener en cuenta, sin menospreciar entidades raras como los procesos infecciosos por microorganismos poco frecuentes

MATERIAL Y MÉTODOS:

Una mujer de mediana edad, sin antecedentes personales de interés, acude a consulta derivada del Servicio de Urgencias por la aparición de una lesión dolorosa en dorso lingual de varios días de evolución. A la exploración se aprecia una placa indurada de 1x1cm, maloliente y de dudosa ulceración. A nivel cervical se palpa gran número de adenopatías de gran tamaño en niveles I-II-III. Se toman biopsias para análisis microbiológico y anatomopatológico y se pide una TC cervicofacial. Se pauta antibioterapia con Amoxicilina-clavulánico.

RESULTADOS:

La paciente es revisada en consulta, apreciándose la completa resolución del cuadro. El resultado de microbiología y de anatomopatología revela una infección por Actinomyces

CONCLUSIÓN:

La actinomicosis es una rara infección bacteriana anaeróbica normalmente causada por Actinomyces israelii, cuyo tratamiento principal se basa en el uso de penicilinas. Aunque dicho microorganismo forma parte de la flora de la cavidad oral, puede provocar lesiones a nivel cervicofacial que pueden remedar patología de tipo tumoral. La mayor parte de la bibliografía hace referencia a infecciones a nivel de los senos paranasales y de las estructuras óseas faciales, siendo mucho más infrecuente la afectación lingual.

CPB98 (181). EL TUMOR PARDO EN EL MAXILAR, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y MANEJO TERAPÉUTICO

Hassan Amselem, D.; Albarracin Arjona B.; Montes Carmona J.; Rodríguez Jara P.; Lozano R.; Torres Carranza E.
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

INTRODUCCIÓN:

El Hiperparatiroidismo (HPT) es una enfermedad caracterizada por un aumento en los niveles de PTH sanguínea, hormona encargada de regular el metabolismo óseo. Es el tercer trastorno endocrino más frecuente, apareciendo sobretodo en mujeres postmenopáusicas. La afectación ósea del HPT se conoce como Osteítis Fibrosa Quística. Dentro de esta encontramos como lesión focal, el tumor pardo. Los tumores pardos son lesiones osteolíticas, bien delimitadas, que pueden afectar a cualquier parte del esqueleto, aunque en el territorio maxilofacial aparecen con mayor frecuencia en la mandíbula. Hoy en día, son lesiones poco frecuentes y cuando aparecen, es en estadios avanzados de la enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Presentamos tres casos de pacientes con tumor pardo en maxilar superior. Todos se presentaron como masas de lento crecimiento en maxilar superior, cubiertas por mucosa sana. En la radiología observamos masas óseas expansivas, líticas, bien delimitadas. Todos los casos fueron tratados de manera conservadora, con un tiempo medio de seguimiento de 2 años.

DISCUSIÓN:

Para poder establecer el diagnóstico de tumor pardo, es preciso demostrar la existencia simultánea de hiperparatiroidismo, ya que su clínica y radiología son muy similares a otras tumoraciones del maxilar. El diagnóstico diferencial más importante que se debe realizar, es con los tumores malignos, en concreto con el carcinoma mucoepidermoide de glándula salival menor, siendo en muchos casos, el cuadro inicial muy similar. Entre las lesiones benignas o de crecimiento lento, es importante diferenciarla del adenoma pleomorfo, ya que aquellas lesiones dependientes de una enfermedad sistémica regresan, como en este caso, al tratar la enfermedad de base, por lo que no serán tratadas de manera quirúrgica como primera opción. Histológicamente, debemos hacer un diagnóstico diferencial con otras lesiones de células gigantes que afectan a los maxilares como son: el tumor de células gigantes, el granuloma reparativo de células gigantes o el querubismo. Radiológicamente, se encuentra entre las lesiones de osteolíticas bien definidas junto con los quistes maxilares, los tumores óseos de agresividad media y algunas osteomielitis.

En cuanto al tratamiento, actualmente se acepta que el control de la enfermedad de base hace regresar los tumores pardos en la mayoría de casos. Aunque no garantiza la resolución completa de todos los cuadros. El tratamiento quirúrgico de los tumores pardos de reserva para casos concretos como imposibilidad para controlar el hiperparatiroidismo, lesiones refractarias a este tratamiento o tumores que produzcan grandes limitaciones en la vida diaria del paciente.

CONCLUSIONES:

Ante el hallazgo de una tumoración excrecente en maxilar superior, de crecimiento lento y consistencia blanda, se debe proceder a una análisis radiológico y anatomopatológico para confirmar el diagnóstico.

El cirujano debe conocer las posibles manifestaciones en el territorio maxilofacial de diferentes enfermedades sistémicas, para poder tratarlas de manera adecuada, ya que en muchos casos el control de la enfermedad de base disminuye o incluso resuelve la lesión.

CPB99 (218). PICADURA POR ARAÑA LOXOSCELES RECLUSA: A PROPÓSITO DE UN CASO

González Cardero, E.; Rodríguez Jara, P.; Martín Lozano, G.; Albarracín Arjona, B.; Pérez Ceballos, J.L.; Gutiérrez Pérez, J.L.

Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

INTRODUCCIÓN:

La araña *Loxosceles* es una especie predominante de regiones templadas y tropicales de América, África y Europa. Se encuentra en lugares oscuros, secos y cálidos. Su actividad es sobre todo nocturna. La picadura causa desde reacciones leves autolimitadas hasta necrosis tisular localizada (loxoscelismo cutáneo) y, en raras ocasiones, toxicidad sistémica potencialmente mortal (loxoscelismo sistémico). La mayoría de las picaduras ocurren mientras la persona duerme, al comprimir la araña contra la piel. Las zonas más frecuentemente afectadas son las extremidades y la región maxilofacial.

MATERIAL Y MÉTODO:

Presentamos el caso de una paciente de 68 años, sin antecedentes personales de interés, que acudió a urgencias por la aparición brusca de una lesión que describía como "negruzca y amarillenta" en el hemilabio inferior izquierdo. Refería la aparición de la lesión al despertar, sin poder relacionarlo con ninguna causa. A la exploración, se apreciaba en bermellón y mucosa del hemilabio izquierdo, una lesión necrótica única, delimitada, de unos 2cm de tamaño. Se solicitaron pruebas de laboratorio, que descartaron, entre otros, procesos reumatológicos e infecciosos y se tomó una biopsia. Se realizó un diagnóstico diferencial de lesiones cutáneo-mucosas necróticas y, tras haber interrogado a la paciente y mediante exclusión, se llegó al diagnóstico.

DISCUSIÓN.

El principal componente del veneno, responsable de sus efectos, es la esfingomielinasa-D. El diagnóstico es clínico, sin pruebas de laboratorio que lo confirmen. El diagnóstico diferencial de lesiones cutáneo-mucosas necróticas es muy amplio: celulitis, vasculitis, úlceras diabéticas, insuficiencia vascular, reacciones medicamentosas, quemaduras térmicas, infecciosas, traumáticas, etc. El tratamiento es de soporte, sin olvidar el cuidado de la herida. Es necesario realizar una correcta cobertura antibiótica para evitar la sobreinfección de la zona afectada. Inicialmente, se intentará llevar a cabo tratamiento conservador, mediante la extirpación delimitada del tejido necrótico, al tratarse de una zona estética y funcionalmente importante. Posteriormente, el defecto creado puede llegar a requerir técnicas de reconstrucción.

CONCLUSIÓN:

La picadura por *Loxosceles reclusa* puede causar graves defectos tisulares. La aparición súbita de una lesión necrótica única y circunscrita, debe hacernos incluir esta posibilidad en el diagnóstico diferencial. La actitud inicialmente debe ser conservadora, pudiendo necesitar, en un segundo tiempo, técnicas reconstructivas para su tratamiento.

CPB100 (171). TUMOR MIOFIBROBLÁSTICO INFLAMATORIO MAXILAR. PRESENTACIÓN DE UN CASO
Casañas Villalba N., Molina Méndez J.F., Pérez Villar A., Serrat Soto A., Zamora Martínez T., Verrier Hernández A.
Hospital Río Ortega. Valladolid

INTRODUCCIÓN:

El tumor miofibroblástico inflamatorio (TMI) es una patología que desde 1970 ha recibido varias nomenclaturas: granuloma de células plasmáticas, miofibroblastoma, proliferación miofibrohistiocítica inflamatoria, pseudotumor inflamatorio. Se trata de un tumor de etiología desconocida, descrito por la Organización Mundial de La Salud como un tumor de tejido blando compuesto por células fusiformes con diferenciación miofibroblástica acompañadas de un variable infiltrado de células inflamatorias, plasmáticas y/o linfocitos. Su aparición ha sido descrita frecuentemente en el pulmón siendo las localizaciones extrapulmonares más habituales el retroperitoneo, el abdomen y las extremidades. La presentación en cabeza y cuello es un hallazgo raro, pudiendo representar el 5% de estas lesiones. Presentamos el caso de una paciente que presenta un TMI que afecta a cresta alveolar y seno maxilar izquierdo, estando descritos en la literatura 27 casos previos (3 de ellos en España).

DESCRIPCIÓN DEL CASO:

Mujer de 57 años que acude a nuestra consulta a raíz de una extracción de la pieza 27 periodontal, por presentar dolor maxilar izquierdo asociado a tumoración en los 5 meses posteriores a la extracción. A la exploración se aprecia una tumoración expansiva del maxilar izquierdo que abomba vestíbulo y paladar con ausencia de piezas dentarias desde 24 hasta tuberosidad maxilar sin evidencia de úlceras mucosas. Palpación cervical negativa. La paciente aporta una ortopantomografía donde se aprecia un proceso osteolítico del reborde alveolar con discreta ocupación del seno maxilar izquierdo. Además aporta un TAC facial donde se objetiva una masa heterogénea expansiva que destruye la cresta alveolar e invade el seno maxilar destruyendo las paredes medial y lateral del mismo. Tras realizar una biopsia con resultado sugestivo de TMI, se pauta una dosis diaria de prednisona 60 mg durante una semanal y posteriormente se procede al tratamiento quirúrgico: se realiza hemimaxilectomía izquierda desde 24 a tuberosidad maxilar y legrado de la mucosa sinusal con posterior reconstrucción del defecto óseo mediante colgajo de músculo temporal y fijación de prótesis de polietileno a hueso temporal. Finalizada la cirugía se continuó con una pauta descendente de prednisona durante 15 días. El estudio histopatológico fue concluyente de TMI: proliferación de células fusocelulares de carácter miofibroblástico, fibroblastos y células inflamatorias sin atipia celular ni evidencia de infiltración neoplásica. Fascículos de células fusocelulares, con regiones focalmente colagenizadas, asociados a un masivo infiltrado inflamatorio constituido por células plasmáticas con numerosos linfocitos y abundantes eosinófilos. Las células fusocelulares, positivas para Vimentina, Actina, son policlonales con representación tanto de cadenas Kappa como cadenas Lambda, negatividad para ALK y Citoqueratina AE1 / AE3, siendo el índice de proliferación Ki67 inferior al 4% y Herceptest negativo.

Se han realizado revisiones periódicas durante 1 año, estando la paciente a día de hoy libre de enfermedad.

DISCUSIÓN:

La presentación del TMI en seno maxilar es extremadamente rara y adquiere un comportamiento agresivo con destrucción ósea e infiltración de tejidos vecinos, esto obliga a realizar un diagnóstico diferencial con las infecciones fúngicas y principalmente con las enfermedades de origen neoplásico. La biopsia es necesaria para la orientación diagnóstica y el tratamiento de elección es la resección quirúrgica. Aunque la terapia corticoidea a altas dosis y la RT local se han descrito como posibilidades terapéuticas, se han reservado en la mayor parte de casos descritos para controlar la sintomatología y el crecimiento tumoral.

El pronóstico de estos pacientes tras la resección quirúrgica suele ser bueno aunque debido al carácter infiltrativo de estas lesiones, se ha descrito una tasa de recurrencia del 25%.

CPB101 (112). FASCITIS NECROTIZANTE PERIORBITARIA POR S. PYOGENES SIN TRAUMA PREVIO: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Vázquez Marcos V (*); Fernández- Barriales López M (*); De la Fuente Sánchez T (**); Ortiz de Landaluce Santos B (**); Alonso Fernández-Pacheco J (*).

(*). Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. (**) Servicio de Oftalmología. Hospital Universitario de Álava. Vitoria

INTRODUCCIÓN:

La fascitis necrotizante se define como una infección severa, aguda y rápidamente progresiva caracterizada por una extensión a lo largo de los planos aponeuróticos, afectando la fascia superficial y a veces la profunda, y por la necrosis severa de los tejidos blandos con destrucción y licuefacción de la grasa. En su fase inicial no compromete la piel suprayacente ni los músculos subyacentes.

En la cabeza y cuello la fascitis necrotizante es rara y usualmente resulta de infecciones dentales supuradas, extracciones dentarias, absceso peritonsilar, infección glándulas salivares, adenitis cervicales y causas idiopáticas. No hay edad o sexo con predilección para la fascitis necrotizante. La enfermedad ocurre más frecuentemente en diabéticos, alcohólicos, inmunocomprometidos, drogadictos y pacientes con enfermedad vascular periférica. Sin embargo también puede ocurrir en pacientes jóvenes previamente sanos.

La causa de muerte en los pacientes con fascitis necrotizante es usualmente la sepsis (muerte precoz), y el fracaso multiorgánico y el síndrome de distress respiratorio del adulto como causa de mortalidad tardía.

Suele tener una etiología polimicrobiana (tipo 1) mixta (aerobios y anaerobios) en el 70-80%; el resto son monomicrobianas, siendo el S. pyogenes el agente causal más frecuente (tipo 2).

El cuadro comienza con afectación local: edema difuso, eritema, calor y dolor (desproporcionado a los síntomas locales). Progresa rápidamente y en 48 horas la zona adquiere una coloración azulada con formación de ampollas amarillentas. Sin tratamiento se desarrollan bullas, necrosis muscular y el proceso se extiende a lo largo de la fascia. Por último, aparece necrosis extensa del tejido celular subcutáneo. Asocia alteración del estado general, fiebre elevada, afectación multiorgánica y shock séptico.

El diagnóstico es fundamentalmente para desbridamiento, estudio de extensión y recogida de muestras para gram y cultivo. Se puede apoyar en estudios de imagen (ecografía, TC o resonancia magnética).

El tratamiento debe ser precoz, farmacológico y quirúrgico, con un adecuado manejo de las alteraciones hemodinámicas. La antibioterapia empírica se realiza con una cefalosporina de tercera generación asociada con clindamicina o metronidazol. Si se confirma la presencia de S. pyogenes penicilina y clindamicina es una combinación adecuada. El tratamiento quirúrgico debe ser precoz y agresivo, con desbridamiento amplio de las zonas necróticas y revisiones cada 12 ó 24 horas. Considerar el uso de gammaglobulina IV (GGIV).

CASO CLÍNICO:

Presentamos el caso de un paciente varón de 45 años. Como antecedente de interés, 20 días antes del inicio del cuadro clínico había sido sometido a rizólisis de S1 por fibrosis epidural tras intervención de hernia discal L5 – S1. En tratamiento con Pregabalina, Tramadol y corticoides.

En las 48 horas previas al inicio de la sintomatología orbitaria refería haber notado aumento de volumen del conducto auditivo externo. Acudie al servicio de Urgencias de nuestro centro hospitalario por presentar sensación urente y aumento de volumen de párpado inferior derecho desde hacía 2 horas.

A la exploración física se objetiva edema en párpado inferior derecho y pabellón auricular ipsilateral. No se objetivan heridas cutáneas adyacentes ni patología intraoral, ni se acompañaba de fiebre ni ningún otro síntoma general. Se decidió ingreso a cargo de Medicina Interna. Ante el aumento progresivo del edema palpebral derecho se realizó TAC orbitario, objetivándose intenso edema de los tejidos periorbitario y palpebrales derechos con una colección hipodensa lenticular de aproximadamente 6 x 14 mm compatible con absceso. No se visualiza afectación del globo ocular ni de los tejidos retrooculares ni afectación intracraneal.

Doce horas después se realiza RMN orbitaria donde se objetiva extensa alteración de la señal y aumento de volumen por cambios inflamatorio en los tejidos blandos hemicráneos derechos que afecta a la región frontotemporal, espacio masticador, espacio parotídeo, orbitonasal y malar. A nivel frontotemporal tiene un comportamiento mixto, con mayor componente líquido/edematoso, mientras que en la región occipital tiene una apariencia más reticulada en superficie y profundidad respecto al músculo occipitofrontal y orbicular de la boca. A nivel periorbitario existe restricción a la difusión e hipocaptación post – Gd con burbuja aérea que se proyecta sobre la región palpebral, concordante con la sospecha clínica de fascitis necrotizante. Globo ocular, nervio óptico y grasa intra- extraconal derechos de morfología y señal normales, demostrando únicamente una colección inmediatamente en superficie respecto a la cámara anterior de 16 x 4 mm (tr, ap). Sin hallazgos patológicos intracraneales. La afectación inflamatoria se extiende por continuidad al conducto auditivo externo, con ocupación parcial de oído medio y celdas etmoidales. Adenopatías inespecíficas en mayor número y grado de agrupación en el espacio carotídeo y cervical posterior derechos.

Durante las primeras 24 horas se administra tratamiento antibiótico empírico con Ceftriaxona, oxacilina y Metronidazol vía endovenosa, así como corticoides, y es valorado por los servicios de otorrinolaringología y oftalmología. Aumenta el edema hemifacial derecho y la piel es friable, desprendiéndose con facilidad en párpado inferior. Presenta lagrimeo serohemorrágico. Se toman muestras de exudado para cultivo.

Tras la realización de RMN se inicia tratamiento con Meropenem 1g cada 6 horas, Linezolid 600 mg cada 12 horas y Clindamicina 600 mg cada 8 horas vía endovenosa.

Posteriormente es remitido para valoración por Cirugía Maxilofacial con diagnóstico de sospecha de fascitis necrotizante con afectación facial, predominantemente periorbitaria derecha. Ingreso en UCI.

Tras la valoración del paciente se realiza desbridamiento de tejido necrótico palpebral con afectación de porción de orbicular pretarsal y preseptal y canto lateral en colaboración con el servicio de Oftalmología.

A las 8 horas, dada la progresión de la sintomatología se procede a nuevo desbridamiento con resección de tejido necrótico de región orbitaria hasta reborde supraorbitario incluyendo ceja, canto interno de ojo derecho, e infraorbitario y región temporal y preauricular derechos en plano supraperióstico incluyendo espesor palpebral completo dejando remanente conjuntival y de aponeurosis del elevador del párpado superior para oclusión ocular. Se eleva colgajo supra SMAS evidenciándose edema difuso sin apreciar áreas de necrosis. Durante la intervención quirúrgica se objetiva extensión del edema hacia la región cervical derecha.

Se inicia tratamiento con inmunoglobulinas intravenosas.

A las 24 horas se realiza TAC cráneo- Facio- cérvico- torácico- abdominal que objetiva desaparición completa de la afectación de partes blandas y del absceso periocular. Aumento de partes blandas y a descartar formación de líquido en región parietal derecha, y aumento de partes blandas hasta glándula parótida ipsilateral. Dos burbujas aéreas en área preauricular, más probablemente en relación con cirugía.

Se realizan curas continuas con povidona yodada diluída. El 5º día de ingreso se confirma positividad para *S. pyogenes* en el cultivo del exudado conjuntival, por lo que se suspende el tratamiento antibiótico con Meropenem y Linezolid y se inicia tratamiento con Penicilina 4MU cada 4 horas, manteniendo Clindamicina 600 cada 8 horas. El resultado del estudio anatomopatológico de las muestras evidencia intensa inflamación aguda con necrosis compatible con diagnóstico clínico de fascitis necrotizante. Al 10º día del desbridamiento ampliado se realiza cirugía reconstructiva mediante disección y tallado de colgajo de fascia parietotemporal derecha con isla cutánea para reconstrucción de ceja y cobertura de conjuntiva y tarso ipsilaterales. Injerto libre de fascia temporal profunda para tira tarsal de párpado inferior. Colgajo cervicofacial y nasogeniano derechos de rotación y avance para cobertura de defecto infraorbitario. Injerto libre de piel supraclavicular izquierda para cobertura de fascia temporoparietal a nivel periorbitario. A las 24 horas, dado que permanece estable a todos los niveles, el paciente es dado de alta a planta. Once días después se procede al alta hospitalaria. Durante el proceso de cicatrización se produce necrosis superficial de colgajo de ceja e injerto libre a nivel de canto interno, por lo que se procede al desbridamiento de los mismos y a epitelización por segunda intención. Actualmente continúa en revisiones por parte de los servicios de Oftalmología y Cirugía Maxilofacial, pendiente de intervención para realizar aumento de la hendidura ocular mediante cantotomía lateral y retoque de plastia en surco nasogeniano.

CONCLUSIONES:

La fascitis necrotizante periorbitaria es un cuadro poco frecuente, generalmente secundario a infecciones odontogénicas o traumatismo local previo de origen polimicrobiano. Afecta a piel y tejidos profundos, con necrosis de las mismas de forma rápidamente progresiva.

Es fundamental el inicio precoz del tratamiento, tanto farmacológico como quirúrgico (desbridamiento amplio) para frenar la progresión de la enfermedad, y minimizar las secuelas funcionales y estéticas.

CPB102 (227). SÍFILIS: LA REPARICIÓN DE UNA ENFERMEDAD OLVIDADA Y SUS MANIFESTACIONES ORALES

Pantilie BG; Gavín Clavero MA; Jarrod Ferrer UM; Cámara Vallejo M; Mur Til A; Fernández Larrañaga A
Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

INTRODUCCIÓN:

La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual de declaración oficial en la Unión Europea, producida por *Treponema pallidum*, una espiroqueta anaerobia filamentosa, con tropismo por varios órganos y tejidos que causa complejas manifestaciones clínicas.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO:

Paciente, varón de 35 años, sin alergias medicamentosas, con antecedentes de pitiriasis rosada tratada con corticoide y antifúngico, y micosis orogenital de mes y medio de evolución, que acude a consultas de Cirugía Oral y Maxilofacial para valoración de lesiones a nivel de mucosa palatina de aproximadamente un mes y medio de evolución. A la exploración presenta lesiones erosivas múltiples localizadas a nivel de mucosa de paladar blando y duro, induradas, no infiltrativas, no sangrantes, de aspecto inflamatorio crónico. A la palpación no se palpan adenopatías a nivel submandibular ni cervical. Se realiza biopsia de lesión palatina bajo anestesia local, siendo el resultado de inflamación aguda y crónica severa, no diagnóstica. El paciente acude a revisión aportando un informe procedente de parte del Servicio de Dermatología, en el cual se indica que su pareja presenta sífilis secundaria, por lo que, con la sospecha diagnóstica de sífilis se le realizan serologías que resultan positivas (RPR 1/16) y es remitido a Servicio de Infecciosas, que le pauta Penicilina Benzatina 2,4 millones UI en una única dosis intramuscular. Paciente en control por parte de ambos servicios con mejoría de las lesiones y disminución de RPR 1/8.

RESUMEN:

Con el descubrimiento de la Penicilina en 1940, así como con las campañas de prevención llevadas a cabo, se consiguió reducir de una manera significativa la incidencia de la sífilis. En 1960 reapareció como consecuencia de la llamada "3 P" (promiscuidad, permisividad y píldora). Desde entonces, en los países industrializados, se han registrado aumentos cíclicos. La evolución de la enfermedad cursa con varias etapas que se pueden solapar. Por un lado tenemos la sífilis primaria que cursa con una única lesión altamente contagiosa, papulomatosa, indurada, indolora, ulcerada y bien delimitada (chancro sífilítico) y leves adenopatías.

Entre un 4-12% de los casos el chancro sífilítico se localiza en la orofaringe y se acompaña de adenopatías submandibulares y cervicales. Por otro lado tenemos la sífilis secundaria que se caracteriza a nivel de la mucosa de la cavidad oral por placas, dolorosas, ligeramente sobreelevadas, recubiertas por pseudomembranas blanquecinas y rodeadas de eritema, siendo la localización más típica la mucosa vestibular. Estas placas confluyen conformando un aspecto serpenteante. Por último, la sífilis terciaria se caracteriza a nivel de la cavidad oral por la aparición, años después de la infección, de una lesión denominada goma, localizada en paladar duro, lengua o amígdalas. El diagnóstico es clínico con positividad de test serológicos y/o visualización directa de las espiroquetas. El tratamiento consiste en la administración intramuscular de una dosis única de 2.4 millones UI de Penicilina G Benzatina (doxiciclina o tetraciclina si alergia) en la sífilis primaria y secundaria. En la terciaria, el tratamiento consiste en una dosis semanal durante tres semanas. La relación entre las sífilis y los pacientes VIH positivos no está clara, siendo el tratamiento el mismo para VIH positivos como para VIH negativos.

CONCLUSIÓN:

Los datos registrados en España ponen en evidencia un aumento de los casos de sífilis.

Es importante conocer y reconocer esta enfermedad para evitar su transmisión, dada la efectividad de su tratamiento. Existe una necesidad de realización de campañas preventivas y re-educación poblacional.

CPB103 (193). ESTUDIO ANALÍTICO DE LAS URGENCIAS ESPECIALIZADAS ATENDIDAS EN 2014: ¿QUÉ PODEMOS HACER PARA MEJORAR LA ATENCIÓN DE NUESTROS PACIENTES?

Cámara Vallejo M; Mur Til A; Pantilie BG; Gavín Clavero MA; Jariod Ferrer UM; Nadal Cristóbal B.
Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

INTRODUCCIÓN:

El servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza atiende las urgencias de una población adulta y pediátrica de aproximadamente 1.644.387 habitantes.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realiza una revisión y estudio retrospectivo de los pacientes atendidos en urgencias por nuestro servicio a lo largo del año 2014. Se excluyen los pacientes ingresados atendidos de urgencia, interconsultas, urgencias resueltas en consultas externas y de manera telefónica del mismo u otro centro.

Las variables estudiadas son edad, género, comorbilidad, diagnóstico, derivación desde otro centro, manejo o tratamientos previos, manejo en urgencias y destino, entre otras.

RESUMEN:

Análisis de la epidemiología de la población atendida en urgencias durante el año 2014, así como de la naturaleza de las patologías, comorbilidad asociada, manejo terapéutico previo y en urgencias. También se analizan aquellos pacientes que acuden al servicio de urgencias por no resolución y/o complicación de la patología valorada previamente.

CONCLUSIÓN:

Parte de los pacientes valorados en urgencias no precisa atención especializada, por ello se propone la rotación de los Médicos de Familia en formación por el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial así como la elaboración y difusión de guías clínicas sobre la patología básica que concierne a nuestra área de conocimiento, para poder ofrecer una atención de excelencia ya desde los Centros de Salud.

CPB104 (186). NECROSIS LINGUAL POR NORADRENALINA

Gavín Clavero M.; Jariod Ferrer U.; Cámara Vallejo M; Mur Til A. ; Pantilie B.; Rodríguez-Cachero Pelaez T.
Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza

INTRODUCCIÓN:

La necrosis lingual es una situación rara debido a la rica vascularización que tiene a través de las arterias linguales, las ramas de las arterias facial, faríngea y palatina y su rica vascularización colateral. Cuando se produce suele ser unilateral, siendo muy raros los casos de necrosis lingual bilateral. La causa más frecuente descrita en la literatura es la arteritis de la temporal, seguido del tratamiento con vasopresina intraarterial, accidente isquémico transitorio y algún caso de coagulación intravascular diseminada.

MATERIAL Y MÉTODOS:

El caso presentado corresponde a un paciente varón de 69 años de edad, con el único antecedente de arritmia controlada, edéntulo de maxilar superior; que acude a urgencias por dolor torácico, donde se diagnostica de disección aórtica tipo A. Se realiza intervención quirúrgica urgente, el paciente presenta hipotensión severa y se pauta desde el inicio tratamiento con dobutamina y dopamina a dosis media. Precisa en el postoperatorio inmediato transfusión de 2 concentrados de hematíes, 2 pool de plaquetas, 2g de fibrinógeno y 600 ui de complejo protombínico. Durante los siguientes días presenta situación de shock mixto (cardiogénico con componente significativo de vasoplejia) y síndrome multiorgánico junto con acidosis metabólica y CID (TP 21.7, TTPa 60.9 y trombopenia). Precizando noradrenalina, adrenalina y dobutamina a altas dosis, produciéndose a los 5 días del ingreso necrosis de la parte distal bilateral de la lengua y de la mucosa labial superior e inferior, además de isquemia de las partes acras.

RESULTADOS:

La principal causa de necrosis fue la alta dosis de noradrenalina que precisó el paciente, está es un vasoactivo que actúa sobre todo a nivel de vasos periféricos. A esto se añadió la situación de CID que presentaba y el decúbito por mordida. Tras desbridarse la zona lingual necrótica, mejoró la perfusión lingual. El paciente falleció 15 días más tarde en situación de fracaso multiorgánico.

CONCLUSIONES:

En la literatura revisada, existen pocos casos de necrosis lingual por CID, y ninguno relacionado con la perfusión intravenosa de noradrenalina. Esta produce vasoconstricción a través de los receptores alfa-1 del músculo liso de los vasos periféricos. Parece ser que la vasoconstricción producida por la noradrenalina unida a la situación de CID y el decúbito producido por los dientes mandibulares fue la causa de la necrosis lingual y labial que presentaba el paciente.

CPB105 (263). LINFADENOMA SEBÁCEO EN GLÁNDULA PARÓTIDA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Mur A; Pantilie B; Gavín M; Jariod U; Cámara M; Iso I

Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

INTRODUCCIÓN:

Los tumores de las glándulas salivales constituyen un área importante de la patología oral y maxilofacial. La mayor parte de las neoplasias glandulares salivales son benignas, representando las malignas entre el 15 y el 32% del total. La localización más común de estas entidades es la glándula parótida, en la que asientan hasta el 80% de todos los casos. El linfadenoma sebáceo de glándula parótida es una infrecuente neoplasia de glándula salivar que raramente se diagnostica preoperatoriamente.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se presenta el caso de una paciente de 70 años con antecedentes de DM tipo II, HTA, DLP, hepatitis C e hipotiroidismo, que acude a nuestras consultas por presentar una tumoración en región preauricular izquierda de meses de evolución. A la exploración presenta tumoración parotídea izquierda que abomba en orofaringe. Se realiza una ecografía en la se advierte un tejido glandular homogéneo en ambos lados sin evidencia de lesiones nodulares y una PAAF con citología negativa para células malignas compatible con sialadenitis crónica. Se interviene quirúrgicamente realizándose parotidectomía total izquierda con identificación y preservación del nervio facial y sus ramas. El resultado anatomopatológico de la pieza es de linfadenoma sebáceo. 20 meses postintervención la paciente se encuentra sin signos de recidiva clínicos y radiológicos.

RESULTADOS:

Las neoplasias con diferenciación sebácea, en glándulas salivares mayores, son raras e incluyen el linfadenoma sebáceo, el carcinoma sebáceo, el adenoma sebáceo y el linfadenocarcinoma sebáceo. El linfadenoma sebáceo es un tumor benigno poco común de la glándula parótida. Histológicamente, se caracteriza por islotes de epitelio con diferenciación sebácea distribuidos sobre tejido linfoide hiperplásico. Clínicamente se manifiesta como un masa de crecimiento lento y progresivo asintomática, como en el caso presentado. Este tipo de tumor debe diferenciarse de los tumores más comunes benignos (adenoma pleomorfo, tumor de Warthin...). Habitualmente el diagnóstico preoperatorio mediante PAAF no es satisfactorio, como ocurrió en nuestro caso, y suele ser necesario el estudio anatomopatológico de la pieza para alcanzar el diagnóstico. El tratamiento curativo es la exéresis quirúrgica de la tumoración.

CONCLUSIONES:

El linfadenoma sebáceo se comporta clínicamente como la mayoría de los tumores benignos parotídeos y la PAAF habitualmente no nos da el diagnóstico correcto, por ello es el estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica quien nos da el diagnóstico definitivo en la mayoría de los casos. Hay pocos estudios realizados sobre el linfadenoma sebáceo, para mejorar el conocimiento sobre este tipo de tumor es necesario realizar estudios incluyendo un mayor número de casos.

CPB106 (257). USOS DEL BISTURÍ PIEZOELÉCTRICO EN CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL

Gómez Fernández R; Hernando J; López D; Bidaguren A; Martinez-Seijas P; Martín J
Hospital Universitario Donostia. Donostia, Gipuzkoa

INTRODUCCIÓN:

El bisturí piezoeléctrico constituye un instrumento clave en el ejercicio de nuestra profesión, encontrándole cada vez más utilidades gracias a sus propiedades ultrasónicas que consiguen cortar el hueso sin dañar las partes blandas.

Entre sus ventajas destacan también la precisión de corte, la mejora de la visibilidad y permite diseñar variaciones en los trazos.

Por el contrario es un instrumento relativamente caro y el corte que realiza es bastante lento, aunque los nuevos dispositivos están mejorando esta faceta

MATERIAL Y MÉTODOS:

Presentamos un caso de una anquilosis de ATM en un niño que fue tratada mediante resección del bloque y colocación de un destructor, para lo cual fue necesario diseñar con gran precisión los cortes mandibulares.

Así mismo presentamos sus aplicaciones en cirugía ortognática (LeFort I, segmentación, SARPE, BSSO, genioplastias).

Otra de las aplicaciones es la osteotomía maxilar en sandwich, para preservar la membrana sinusal.

Por último, en cirugía reconstructiva, para modelar con precisión el hueso donante después de una cuidadosa planificación

CONCLUSIÓN:

El uso del bisturí piezoeléctrico se está extendiendo cada vez más por nuestra profesión ya que sus opciones terapéuticas pueden ser infinitas

CPB107 (274). RECONSTRUCCIÓN DE SECUELAS DE TERCIO MEDIO FACIAL CON COLGAJO MICROQUIRÚRGICO Y NAVEGACIÓN INTRAOPERATORIA: DESCRIPCIÓN DE UN CASO

Sánchez Torres L.; Rivero Calle A.; Gutiérrez Díaz R.; Fernández García A.; Domínguez Medina D.; Sánchez Aniceto G.

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

INTRODUCCIÓN:

El concepto de carcinoma polimorfo de bajo grado fue introducido en 1984 por Evans y Batsakis para describir un grupo de tumores de glándulas salivares menores que muestran una gran variedad de patrones histológicos y un comportamiento maligno y silente. También se ha denominado como carcinoma lobular y carcinoma ductal terminal. Desde su introducción en 1964, se han publicado numerosas series de este tumor en la literatura (Crean et al 1996, Castle et al 1999).

DESCRIPCIÓN DEL CASO:

Se presenta el caso de una paciente de 66 años, sin antecedentes médicos de interés intervenida en 2008 de un carcinoma polimorfo de bajo grado de maxilar derecho, estadio IV (pT4aN0M0), que se sometió a radioterapia adyuvante posterior, tras decisión del comité multidisciplinar del centro.

La intervención consistió en resección de la lesión con maxilectomía total con preservación del contenido orbitario, reconstrucción de suelo y pared medial con mallas preformadas; el defecto fue reconstruido con un colgajo microquirúrgico, ALT. Asimismo se realizó vaciamiento celuloganglionar supraomohiideo ipsilateral. Durante el seguimiento, la paciente permaneció libre de enfermedad, aunque con secuelas de tercio medio facial consistentes en incompetencia labial (retracción hemilabio superior derecho), enoftalmos de aproximadamente 2-3 mm e hipoftalmos de 5 mm, hipoproyección de partes blandas y aspecto pseudoprognático.

RESULTADOS:

Tras realizar pruebas de imagen y eco-doppler se optó por realizar un colgajo radial, ya que el ALT restante se desestimó en la anterior cirugía al no hallar perforantes. El colgajo osteomiocutáneo de peroné hubiese sido una buena opción, pero también se descartó ya que la longitud de su pedículo no era válida por falta de vasos receptores en el cuello ipsilateral y ausencia de ambos vasos temporales superficiales.

La planificación fue realizada con el sistema operativo del navegador disponible en el centro que posee el módulo de cirugía maxilofacial. Con este se planificó la reconstrucción de las paredes orbitarias y la posición de los injertos óseos libres. Tras reapertura de abordaje de Weber-Ferguson previo y fondo de vestibulo labial superior, se realizó disección a través del colgajo ALT previo hasta la reconstrucción orbitaria previa con malla de titanio y retirada de la misma, y disección de paredes orbitarias 360°. Posteriormente, tras obtener injertos de calota craneal, se realizó osteosíntesis de los mismos a nivel del cuerpo de malar, reborde infraorbitario y arbotante nasomaxilar (miniplacas 1.5 mm) Se colocaron mallas orbitarias, una anatómica pequeña y otra en abanico para reconstrucción de pared medial-suelo y suelo-pared lateral respectivamente. Se chequeó con navegación intraoperatoria tanto la posición de la reconstrucción de paredes orbitarias como la posición de los injertos óseos. Se colocó un injerto óseo sobre la pared lateral para tratamiento del enoftalmos. Tras tallado de colgajo fasciocutáneo antebraquial, desepidermización del mismo y sutura a nivel de defecto de tercio medio facial desde el reborde infraorbitario y fondo de vestibulo labial superior en línea media; se realizó la anastomosis microquirúrgica a la arteria facial y una rama del tronco tirolinguofacial en el cuello contralateral. El postoperatorio cursó sin incidencias, siendo la estancia hospitalaria de 10 días.

Se realizó un TC de control, en el que se verificó la correcta posición de la reconstrucción orbitaria.

La mejoría funcional, tanto de la competencia labial como de la mejoría de la visión (aunque no era objetivo de la cirugía), fueron satisfactorias para la paciente sin morbilidad asociada.

CONCLUSIONES:

El carcinoma polimorfo de bajo grado es una neoplasia maligna de glándula salival casi exclusiva de glándulas salivares menores (Blanchaert et al 1998). La mayoría de casos están descritos en la cavidad oral, especialmente a nivel de paladar duro y blando (57%), labios (17%) y mucosa oral (16%) siendo extremadamente rara la localización extraoral. La edad media de presentación oscila entre 21-94 años, pero la edad más frecuente es entre la sexta y séptima décadas (Wenig et al 1991).

El carcinoma polimorfo de bajo grado es un tumor de crecimiento lento y de supervivencia prolongada. A menudo existen recidivas locales y no están descritas las metástasis a distancia. Un 80% de los pacientes sobreviven libres de enfermedad, un 24% presentan recidivas locales y un 6% presenta metástasis cervicales. La reconstrucción de secuelas postoncológicas plantea un reto, sobre todo en el área del tercio medio facial, donde nos encontramos con los esfínteres orbitarios y oral a los que debemos lograr retornar a un nivel de funcionalidad aceptable. En estos casos, de compleja anatomía tridimensional, la navegación puede ayudarnos, tanto en el momento de la planificación como en el intraoperatorio, a alcanzar nuestros objetivos tanto estéticos como funcionales.

CPB108 (117). APLICACIÓN DE LA NEURONAVEGACIÓN EN EL TRATAMIENTO DE FRACTURAS DE SUELO DE ÓRBITA

Noguera J; Del Castillo JL; Guiñales J; Losa P; Calvo I; Burgueño M
Hospital Universitario La Paz. Madrid

El tratamiento de las fracturas de suelo de órbita continua siendo un reto para los cirujanos maxilofaciales dada la dificultad del mismo condicionado por el reducido campo quirúrgico y la complejidad de la anatomía orbitaria. La neuronavegación intraoperatoria supone una herramienta valiosa a la hora de restablecer dicha anatomía y la correcta posición del material de osteosíntesis. A continuación se presenta una serie de 6 casos de fracturas orbitarias tratados por el servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Universitario La Paz mediante el empleo de esta nueva tecnología en el periodo 2011-2015 con un seguimiento medio de 6 meses. Se analizan los estudios de imagen preoperatorio y postoperatorio, así como la secuencia de tratamiento utilizada. Finalmente, se comprueba el correcto posicionamiento del material de reconstrucción y los resultados clínicos obtenidos. No se observaron complicaciones quirúrgicas mayores en el postoperatorio inmediato. En un caso se apreció diplopía transitoria, y en otro anosmia secundaria al traumatismo previo. Se corrige el enoftalmos en aquellos pacientes que lo presentaban previamente. Con la imagen TC postoperatoria se comprueba la reducción del contenido herniado, la buena posición de la malla de reconstrucción y la restitución de los volúmenes orbitarios.

El empleo de la neuronavegación en el tratamiento de las fracturas orbitarias permite llevar a cabo intervenciones seguras y precisas, permitiendo la identificación de las estructuras afectadas y consiguiendo una restitución anatómica tridimensional con un posicionamiento óptimo del material de reconstrucción. Los resultados obtenidos confirman que esta tecnología es útil en el tratamiento de fracturas de órbita disminuyendo la probabilidad de complicaciones, dada la precisión que aporta.

CPB109 (234). MIOEPITELIOMA PAROTÍDEO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Gálvez Prieto F; Collado López J; Patiño Seijas B; Luaces Rey R; Chávez Bonilla V; López-Cedrún Cembranos JL

SERGAS. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

INTRODUCCIÓN:

Los tumores de glándulas salivares constituyen un grupo heterogéneo de neoplasias con gran diversidad histomorfológica. Los mioepiteliomas son neoplasias muy raras que corresponden a menos del 1% de todos los tumores de estos órganos. El término mioepitelioma fue usado por primera vez por Sheldon en 1943 y fue considerado como un subtipo de adenoma pleomorfo hasta 1991, fecha en que la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo clasificó como una entidad independiente. Los mioepiteliomas se han descrito en las glándulas salivales, mama, laringe y glándulas sudoríparas de la piel. Dentro de las glándulas salivares, la parótida es el sitio de localización más frecuente (40%), seguido de paladar duro y blando (21%). La edad de presentación va desde los 6 a 85 años, con preferencia en la cuarta década de vida, sin diferencias en cuanto al género. En su mayoría se presenta como una masa asintomática, lentamente progresiva en un período de meses a años.

El mioepitelioma es definido por la OMS como una neoplasia benigna de glándula salival, compuesto por islas o cordones de células mioepiteliales, con variables patrones arquitecturales (sólido, mixoide, reticular y mixto) y diferentes tipos celulares (fusiformes, epitelioides, plasmocitoides y claras), que pueden ser dominantes o entremezclarse en diferentes proporciones, lo que condiciona una marcada variabilidad morfológica en el material obtenido por PAAF y con frecuencia su incorrecta interpretación diagnóstica, pero no se relaciona con diferencias en la tasa de recurrencia, comportamiento biológico o la edad del paciente. La multiplicidad de formas de presentación dificulta el diagnóstico, siendo de utilidad en estos casos la inmunohistoquímica.

La ecografía, tomografía computarizada y resonancia magnética pueden ser útiles en la determinación de la ubicación y el tamaño de la lesión, pero no son específicas. Existen protocolos de CT mejorados con contraste, que pueden ser de utilidad en la diferenciación de los mioepiteliomas con otros tumores de tejidos blandos. El diagnóstico diferencial se establece con el adenoma pleomorfo, carcinoma adenoideo quístico, adenoma de células basales, adenocarcinoma de células claras, carcinoma mucoepidermoide, mioepitelioma maligno, schwannoma, neurofibromas, mioma, rhabdomyosarcoma, leiomioma, así como leiomyosarcoma.

La mayoría presenta un comportamiento benigno, aunque muestran un crecimiento local más agresivo que el adenoma pleomorfo, con posibilidad de malignización en un pequeño grupo de casos (mioepitelioma maligno) y poca tendencia a la recurrencia, siendo este el motivo por el que es importante diferenciarlos. Como en el adenoma pleomorfo, el tratamiento es la enucleación y exéresis quirúrgica.

Presentamos un caso de mioepitelioma parotídeo de aspecto fusiforme, con el fin de aumentar el conocimiento de este raro tumor benigno en cuanto a su morfología, anatomía patológica y características radiológicas junto con su posible diagnóstico diferencial.

CASO CLÍNICO:

Paciente de 25 años de edad con antecedentes de esquizofrenia paranoide, que presenta un nódulo de 1 año de evolución con crecimiento progresivo en los últimos meses a nivel de la región parotídea izquierda de 3cm de diámetro, indoloro, de consistencia elástica y ligeramente móvil. La PAAF es informada como proliferación fusocelular de valoración incierta. La TAC describe una masa de 2.5 x 3.2 x 9 cm a nivel de la glándula parótida izquierda, discretamente más densa que el resto de la glándula, con centro ligeramente hipodenso, que podría corresponder a necrosis central, compatible con adenoma pleomorfo. Sin evidencia infiltración de estructuras vecinas. Se realiza parotidectomía superficial izquierda, conservadora del nervio facial, siendo el resultado anatomopatológico informado como mioepitelioma parotídeo de aspecto fusiforme. 2 años después de la intervención quirúrgica, el paciente se encuentra asintomático y sin signos de recidiva locorregional.

DISCUSIÓN:

Los criterios para clasificar un mioepitelioma según su morfología son algo subjetivos. Los mioepiteliomas, están casi completamente compuestas de células mioepiteliales y contienen pocos conductos (menos del 10% de la sección). La matriz condromixoide o la formación de osteoide no están presentes, sin embargo, su presencia es característica en el adenoma pleomórfico, que además contienen abundantes conductos, y la cantidad de células mioepiteliales es variable.

La inmunohistoquímica y/o estudios ultraestructurales son esenciales para llegar al diagnóstico correcto. Las células mioepiteliales son positivas a citoqueratina (CK), CK7 y 14, proteína S-100, proteína glial fibrilar (GFP) y calponina, lo cual no sólo es importante para diferenciarlo, sino también para conocer su grado de agresividad. El estudio citogenético demuestra alteraciones cromosómicas específicas que afectan a 12q y que son compartidas por el tumor mixto. Las descripciones de las características citológicas del material obtenido por PAAF de estas lesiones son muy escasas y dispares en la literatura y corresponden a casos aislados que han sido interpretados erróneamente como falsos positivos.

CONCLUSIONES:

Las técnicas estructurales, histoquímicas y los marcadores inmunohistoquímicos son herramientas útiles que permiten diferenciar el mioepitelioma de otros tumores benignos y malignos de glándulas salivares y establecer el pronóstico. Existen protocolos de CT mejorados con contraste, que pueden ser de utilidad en la diferenciación de los mioepiteliomas con otros tumores de tejidos blandos.

CPB110 (209). OSTEOLASTOMA PALATINO EN UN VARÓN DE 7 AÑOS: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Pombo Castro M.; González Mourelle A.; Lorenzo Franco F.; Méndez del Río I.; Carral Roura N. López-Cedrún Cembranos J.L.

Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. SERGAS

INTRODUCCIÓN:

Los osteoblastomas son tumores benignos del tejido óseo. Constituyen el 1% de todos los tumores óseos y el 3% de los tumores óseos benignos. Son más frecuentes en adultos jóvenes y se localizan sobre todo en la columna vertebral, huesos largos, huesos pequeños de las extremidades y huesos faciales, en donde el mayor porcentaje se concentra en la mandíbula.

Se pueden clasificar en dos formas clinicopatológicas: benignos, con bajo índice de crecimiento, un margen esclerótico bien definido y moderadamente bien vascularizados; y agresivos, con crecimiento local más invasivo, tendencia a la recurrencia y más difíciles de diferenciar de un osteosarcoma.

La evaluación clínica, histológica y radiológica es esencial para el diagnóstico definitivo. El tratamiento es quirúrgico.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Varón de 7 años de edad remitido por tumoración palatina de aproximadamente 2cm de diámetro. La exploración física muestra una tumoración de consistencia dura en hemipaladar duro izquierdo, a nivel de molares. Se realiza un TAC, que constata una lesión ósea expansiva, bien delimitada, de 2,3 X 1,2 cm, conservando la cortical intacta. El aspecto radiológico es compatible con fibroma no osificante versus displasia fibrosa.

Se realiza biopsia incisional, con el resultado de proliferación fusocelular osteoblástica sugestiva de osteoblastoma. Con este diagnóstico se realiza exéresis de la tumoración, incluyendo la mucosa suprayacente. El defecto se reconstruye con un colgajo pediculado de bola de Bichat.

RESULTADOS:

La evolución postoperatoria del paciente es favorable, con supervivencia del colgajo, que mantuvo un buen sellado del defecto, y sin evidencia de recidiva de la lesión.

CONCLUSIONES:

Algunos autores defienden el origen neoplásico del osteoblastoma; sin embargo, existen estudios que proponen un origen traumático o inflamatorio. Su pronóstico va a depender de la agresividad local, de que se trate de una lesión primaria o recurrente y de su tendencia a la transformación maligna. Debido a su rareza y a sus manifestaciones inespecíficas, para el diagnóstico definitivo debemos contar con el análisis histopatológico. La excisión completa es esencial para minimizar el riesgo de recurrencia y de potencial malignización.

CPB111 (31). CARCINOMA EPIDERMOIDE DE CAVIDAD ORAL: ANÁLISIS DE 236 CASOS EN LA PROVINCIA DE ALMERÍA

Espín Gálvez, F; Herrero Basilio Y; García Carricondo A; Pérez García V.; Sicilia Gutiérrez MA.; Prats Golczer V. *Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Regional Universitario Torrecárdenas. Almería*

INTRODUCCIÓN:

El carcinoma epidermoide es la neoplasia más frecuente de la cavidad oral. El riesgo es mayor en individuos que consumen alcohol y tabaco, y en aquellos con infección de VPH con variedades de alto riesgo (16 y 18). Este último agente etiológico ha surgido en la última década como el factor más importante en personas menores de 40 años que no fuman ni beben alcohol. En la actualidad no basta con la estadificación oncológica, debemos conocer los factores pronósticos para ofrecer la mejor alternativa terapéutica. Los factores pronósticos dependen del individuo y del tumor; los que mayor impacto en la supervivencia y control oncológico tienen son: el estado ganglionar, infiltración tumoral alrededor de los ganglios metastásicos (ruptura capsular ganglionar), tamaño, localización y extensión del tumor primario, sitio de origen del tumor, profundidad en milímetros de la invasión tumoral (en etapas iniciales), estado de márgenes quirúrgicos y estado de infección del VPH.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se revisaron 236 historias de pacientes con carcinoma epidermoide de cavidad oral presentados por el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial en el Comité de tumores de Cabeza y Cuello del Hospital Torrecárdenas desde el año 2007 al 2014. Se excluyeron los localizados en el labio. Las variables registradas para nuestro estudio descriptivo fueron: edad, género, alcoholismo, tabaquismo, localización, grado de diferenciación histológica, estadio tumoral, tratamiento, recidiva local y regional y supervivencia.

RESULTADOS:

La edad media de aparición en nuestra provincia fue 64 años, con un rango comprendido desde los 26 a los 104 años de edad. La relación hombre-mujeres fue 2:1. El uso de tabaco fue registrado en el 65% de los pacientes, el alcohol en el 63% y ambos en el 55%. La localización más frecuente fue la lengua presente en el 32%, seguido por el suelo de la boca en el 15%. El grado de diferenciación histológica fue del 71% para G1, 18% para G2 y 10% para G3. El 36% de los pacientes presentaron en el momento del diagnóstico estadio I, 25% estadio II, 5% estadio III y 34% estadio IV. La recidiva local se presentó en el 47% de los paciente y la regional en el 32%. El 80% fueron tratados quirúrgicamente, el 60% fueron tratados con radioterapia (terapéutica o adyuvante) y el 31% con quimioterapia (adyuvante y/o paliativa). El estadiaje influyó significativamente en la mortalidad: las cifras de supervivencia a los 5 años en pacientes atendidos desde 2007 al 2013 fueron del 72% en el estadio I, 39% en el estadio II, 27% en el estadio III y 12% en estadio IV.

CONCLUSIONES:

Cada paciente con diagnóstico de carcinoma epidermoide de la cavidad oral debe de ser evaluado individualmente de acuerdo a sus factores pronóstico con el objeto de ofrecer las mejores alternativas terapéuticas y la secuencia ideal del mismo. El pronóstico depende del control oncológico loco-regional. La mortalidad por la neoplasia continúa siendo alta, hecho que no ha cambiado en la última década, debido principalmente a que la etapa en que se diagnostica es avanzada.

CPB112 (213). AFECTACIÓN DE LA GLÁNDULA PARÓTIDA POR UNA TRANSFORMACIÓN PROGRESIVA DE LOS CENTROS GERMINALES: UNA LOCALIZACIÓN INUSUAL

Carrero M(*); Fernández MS(**); Novoa A(*); García-Consuegra L(*); Junquera L(*); De Vicente J(*)

(*) Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, (**) Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo

INTRODUCCIÓN:

La transformación progresiva de los centros germinales (PTGC) ha sido reconocida como una forma de hiperplasia linfoide reactiva con un patrón nodular predominante, de naturaleza incierta. La importancia de esta patología consiste en diferenciarla de aquellas que pueden afectar seriamente el pronóstico de nuestros pacientes como un Linfoma de Hodgkin con predominio nodular.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO:

Acude una mujer de 37 años sin ningún antecedente médico, quien refiere una tumoración parotídea derecha asintomática desde hace 3 meses. A la exploración se encuentra un nódulo de 2 cm a nivel preauricular derecho, de consistencia blanda, indolora, sin afectación del VII PC. Además se localiza otra tumoración de características similares de menos de 1cm más inferior.

En la RNM se confirma la existencia de las lesiones intraparotídea derecha, compatible con Tumor de Whartin. Se identifica otro nódulo a nivel inferior de la glándula parótida izquierda compatible con una adenopatía intraglandular. Se realiza una PAAF de una tumoración parotídea derecha obteniendo una población linfoide polimorfa, en ausencia de células epiteliales oncocíticas, lo que descartaría un Tumor de Whartin. Ante los hallazgos no concluyentes, se decide realizar una parotidectomía extrafacial diagnóstica.

El resultado anatomopatológico definitivo detectó una estructura ganglionar encapsulada que adopta un patrón de disposición nodular en el que están desdibujados los centros germinales e infiltrados por una población linfocitaria de pequeño tamaño, con origen en la zona del manto. Los linfocitos maduros expresan positividad al CD20, CD79a, CD23, BCL2, BCL6, así como negatividad al CD 30.

No se observaron células de Red-Sternberg típicas del Linfoma Hodgkin. También se descarta la traslocación característica del Linfoma folicular ni del manto, así como la existencia de monoclonalidad B. Ante estos hallazgos, se hace el diagnóstico de PTGC. Después de más de 3 años de seguimiento clínico y ecográfico, en ausencia de nuevos síntomas, no se han detectado signos de recurrencia.

DISCUSIÓN:

Lennert y Muller-Hermelik en el año 1975 describieron por primera vez la PTGC como un agrandamiento de los folículos con un desdibujamiento de la unión de la zona del manto y del centro germinal. La PTGC afecta tanto a la edad pediátrica como al adulto, siendo cuatro veces más en adultos. La edad promedio de aparición en niños es a los 11 años, mientras que en los adultos es a los 28 años, aunque puede abarcar edades extremas desde los 4-82 años. La PTGC representa entre el 3,5-10% de los pacientes con una adenopatía crónica, siendo tres veces más frecuentes en los hombres. El diámetro de la adenopatía oscila entre 1,3-4,0 cm. Habitualmente se localiza en el cuello (50%), la axila (25%) o la ingle (22%). La afectación abdominal es infrecuente (4%). Es inusual la localización cutánea (2%) o en cavidad oral (2%).

La etiología de la PTGC es desconocida, pero se cree que es el resultado de una hiperplasia nodular anormal después de una estimulación antigénica. La arquitectura del centro germinal compuesta por centroblastos, centrocitocitos, células plasmáticas y células reticulares dentríticas, son ampliamente reemplazadas por unos linfocitos pequeños. El diámetro de la estructura folicular es al menos dos a tres veces más que la de un folículo reactivo (1,3-4,0 cm). Otra particularidad es la afectación de una pequeña proporción de los folículos, a diferencia de los procesos linfoides que afectan la gran mayoría.

En el 63% de los casos diagnosticados de una PTGC se localiza en únicamente una adenopatía, siendo muy semejante al Linfoma de Hodgkin con predominio nodular, de ahí su importancia en diferenciarla mediante estudios histológicos e inmunológicos. La ausencia de células de Reed- Sternberg, células linfocitocitarias y células monoclonales son las diferencias más significativas con respecto al Linfoma de Hodgkin con predominio nodular. En el pasado, se describió una relación de causalidad entre éstas dos patologías, pero carece de evidencia científica. A nivel inmunológico, se caracteriza por la fuerte expresión de CD 20, CD 79a con positividad a OCT 2, BOB 1 y cadenas pesadas y ligeras, así como negatividad al CD 30.

Otros diagnósticos diferenciales son el Linfoma de Células B rico en células T, Linfoma folicular variante floral, Linfoma de células B de la zona marginal nodal, Linfoma de células del manto y la hiperplasia nodular reactiva florida.

El seguimiento de los pacientes con PTGC debe ser frecuente, haciendo énfasis en la aparición de otras adenopatías u otros síntomas. Alrededor del 50% de los niños y el 23% de los adultos diagnosticados con PTGC, presentarán adenopatías recurrentes que deberán ser biopsiadas para excluir un linfoma. En la población infantil, el 20% puede recurrir más de dos veces.

El 86% de las recurrencias se localiza en la misma región ganglionar, en un rango de tiempo entre 20 días hasta 3 años. Por su parte, alrededor del 35% de los adultos diagnosticados de una PTGC, tuvieron, tienen o tendrán un Linfoma de Hodgkin con predominio nodular. La comorbilidad con otros tipos de Linfomas de Hodgkin o el Linfoma folicular es cercana al 5%.

CONCLUSIÓN:

Las adenopatías persistentes en cabeza y cuello requieren estudios radiológicos y muestras de tejido para excluir etiologías malignas. Los estudios histológicos e inmunológicos son requeridos para excluir los procesos linfoides. Tras el diagnóstico de PTGC, el seguimiento debe ser estricto, haciendo énfasis en la aparición de nuevos síntomas u otras adenopatías, siendo determinantes para un tratamiento temprano.

CPB113 (19). QUALITY OF LIFE OUTCOME MEASURES USING UW-QOL QUESTIONNAIRE V4 IN EARLY ORAL CANCER/SQUAMOUS CELL CANCER RESECTIONS OF THE TONGUE AND FLOOR OF MOUTH WITH RECONSTRUCTION USING MICROSURGICAL FREE FLAPS

Ahmed Amer I. ; De Vicente J.C.

Central University Hospital of Asturias, Spain, Faculty of Medicine, Oviedo University

INTRODUCTION:

Reconstruction following tongue cancer and floor of mouth remains one of the most challenging problems in head and neck oncology. With the success of microvascular surgery, immediate free flap transfer has become the most common and accepted standard of care after tumor ablation. The research questions were (1) what are the speech and swallowing outcomes of primary resection of tongue cancer and immediate free flap reconstruction without adjuvant therapy and (2) what factors affect speech and swallowing outcomes in these patients.

PATIENTS AND METHODS:

Our study included 29 cases (23 males and 6 females) of biopsy proven T1/T2 squamous cell cancerous lesions involving oral tongue or the base of the tongue/or floor of mouth excised and reconstructed by reconstructive free flap in oral and maxillofacial department in Oviedo university hospital in Asturias, Spain, between December 2012 and December 2014. The age groups ranged from 35 to 81 with a median age of 58. The patients were enrolled into the study after a brief explanation about the study and were given the UW-QOL4 questionnaires in the head and neck outpatient clinic by in 3 session preoperative, one month post-operative and 3 month post-operative of all treatment. Data regarding the patient demographics, TNM staging, primary site involved, type of surgery, reconstruction carried out and amount and duration of Radiotherapy was documented from the patient notes.

Speech and swallowing performance are documented preoperative, one month after operative, 3 month after operative.

RESULTS:

Statistical analyses revealed that the speech and swallowing function of surgically treated of tongue and floor of mouth cancer patients have some improvement and this improvement is increasing when the patients not tack radiotherapy.

CONCLUSION:

Improvement between 1 and 3 months post surgery may be related to the relatively small amount of therapy that these patients received during that period. Several outcome variables worsened significantly at the 3-month evaluation; the reversal of function at the 6-month evaluation point could be the effect of postoperative radiotherapy, because irradiated and nonirradiated patients differed in their pattern of recovery on oropharyngeal swallow efficiency and several speech variables.

CPB114 (166). CARCINOMA AMELOBLÁSTICO DE MANDÍBULA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Rosado Rodríguez P., Calvo García N., Pelaz García A., Gallego López L., Fuente E.
Hospital de Cabueñes. Gijón, Asturias

INTRODUCCIÓN:

El carcinoma ameloblástico constituye una enfermedad infrecuente, pero de mal pronóstico. En el momento del diagnóstico, a menudo se encuentra en fase avanzada a nivel local, precisando de tratamientos agresivos.

PACIENTE Y MÉTODO:

Presentamos el caso clínico de un paciente varón de 19 años y etnia china, que acude a nuestra consulta por presentar molestias en relación al diente 37. No presentaba antecedentes personales de interés. En la ortopantomografía se apreciaba la presencia de una lesión radiolúcida de 1,5cm en relación a la pieza 37 y en contacto con las piezas 36 y 38 incluido, con leve reabsorción de la raíz distal del 37. El estudio anatomopatológico demostró la presencia de atipias celulares, mitosis, signos citológicos de malignidad y positividad para el Ki-67 (40%) y Bcl2 (20%). De forma focal se observó la presencia de una empalizada ameloblástica, con diferenciación epitelial ameloblástica, sin queratinización. Todos estos hallazgos eran compatibles con el diagnóstico de carcinoma ameloblástico. Se completó el estudio mediante la realización de una tomografía computerizada en la que no se objetivaban otras lesiones Locoregionales.

RESULTADOS:

Ante el diagnóstico, se realizó bajo anestesia general una mandibulectomía segmentaria que incluía la mencionada lesión. El defecto se reconstruyó mediante un colgajo osteocutáneo de peroné y una placa de reconstrucción de 2.4 mm. La evolución del paciente fue favorable. A los 6 meses se podía evidenciar la correcta cicatrización ósea del peroné y la ausencia de signos radiológico o clínicos de recidiva.

DISCUSIÓN:

Se ha calculado una incidencia global de carcinoma ameloblástico de 1.79 casos por cada 106 personas/año. Este tipo de tumores a menudo debutan como una tumoración de rápido crecimiento. En nuestro caso el paciente acudió con molestias de tipo periodontal y con una imagen radiolúcida en la ortopantomografía de carácter inespecífico. El análisis histopatológico de la pieza confirmó las características de malignidad y dada la agresividad conocida de este tipo de lesiones se decidió realizar una cirugía radical. La reconstrucción en este tipo de casos resulta especialmente comprometida, tanto desde el punto de vista funcional como estético, debido a la juventud del paciente y su raza, a cuyos estereotipos no estamos habituados en nuestro medio.

Dada la ausencia de series clínicas a largo plazo, el tratamiento de esta entidad no está protocolizado. En general se recomienda la exéresis con márgenes amplios (2-3 cm) con o sin vaciamiento en función de la presencia de metástasis o signos de agresividad. La aplicación de radio y quimioterapia coadyuvante es también controvertida.

CONCLUSIONES:

El carcinoma ameloblástico constituye una entidad descrita en 2005 independiente al ameloblastoma maligno. Dada su baja frecuencia se requieren estudios a largo plazo que pongan de manifiesto el tratamiento idóneo de la misma.

CPB115 (91). MIXOMA INTRAMUSCULAR DEL MÚSCULO TEMPORAL: UNA LOCALIZACIÓN EXCEPCIONAL

Novoa Gómez, A; González García, M; Megías Barrera, J; Fernández Vega, I; Fresno Forcelledo, F; Peña González, I.

Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Central de Asturias

INTRODUCCIÓN:

Los mixomas son tumores mesenquimales benignos de origen fibroblástico que producen un exceso de mucopolisacáridos y son incapaces de producir colágeno maduro. Este tipo de tumores son muy poco frecuentes, con una incidencia de aproximadamente un caso por millón al año. De entre ellos, la mitad afectan al muslo. Otras localizaciones, menos frecuentes, son glúteos, hombro, gemelos, antebrazo y tronco. La localización a nivel de cabeza y cuello es excepcional, encontrándose referencias bibliográficas previas de únicamente 3 casos de mixoma a nivel del músculo temporal.

DESCRIPCIÓN DEL CASO:

Mujer de 80 años con masa indolora en región supracigomática izquierda, de 5 años de evolución, que presenta un crecimiento progresivo. No se observa afectación del VII par ni otra clínica acompañante. No existen adenomegalias locorregionales. En el informe del estudio citológico se describe la presencia de material mixoide. En el TC se observa masa supracigomática izquierda, bien delimitada, hipodensa, homogénea, en relación con músculo temporal. No se aprecia invasión de tejidos circundantes ni erosión ósea. La masa se encuentra diferenciada de la glándula parótida izquierda, que se halla ligeramente aumentada de tamaño.

El estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica, muestra una proliferación delimitada por tejido muscular esquelético en la que márgenes de la tumoración y el tejido circundante son imprecisos. Existe una proliferación de elementos estrellados inmersos en un estroma mucoide con algunas fibras colágenas, todo ello sin existencia de atipias. Se realizan, asimismo, técnicas de inmunohistoquímica para citoqueratina 19, CD34, actina de músculo liso y S-100, todos ellos marcadores que permiten hacer un diagnóstico diferencial del tumor.

DISCUSIÓN:

La presencia de mixomas en región temporal es muy infrecuente, descrita únicamente en 3 ocasiones en la literatura.

Su baja tasa de presentación, unida a las características histopatológicas y radiológicas que pueden presentar en común con otros tumores de dicha región anatómica, como los adenomas pleomorfos de glándula parótida, hacen que su diagnóstico sea tardío, confirmándose únicamente tras el estudio al completo de la pieza de resección quirúrgica, donde se pueden apreciar características diferenciadoras.

La presencia de áreas de material mixoide en el espesor de los adenomas pleomorfos de glándula parótida explica que la punción-aspiración con aguja fina no sea concluyente.

CONCLUSIÓN:

Pese a que el mixoma de músculo temporal es una entidad rara, descrita únicamente en 4 ocasiones, es conveniente tenerla en cuenta para el diagnóstico diferencial de masas a nivel de cabeza y cuello.

Las pruebas de imagen y la punción-aspiración con aguja fina pueden ayudarnos a orientar el diagnóstico pero se requiere siempre de un estudio histológico de confirmación sobre el specimen quirúrgico.

CPB116 (77). CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES SOBRE QUISTE DE CONDUCTO TIROGLOSO

Salcedo Gil, CA; Pérez Caballer, M; Espinosa Calleja, P; Iriarte Ortabe, JI; Molina Barraguer, MI; Álvarez Segurado, C.

Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca

INTRODUCCIÓN:

Presentamos el caso de un paciente varón de 87 años con diagnóstico de carcinoma papilar de tiroides sobre quiste tirogloso persistente. El cáncer papilar de tiroides es el tumor maligno más frecuente de dicha glándula constituyendo el 65-80% de todos los carcinomas de tiroides, y es el de mejor pronóstico. Es un tumor diferenciado de la glándula tiroides y deriva de las células foliculares, de ahí su similitud con las células normales. Suele aparecer en pacientes de edades comprendidas entre 30 y 50 años, más frecuentemente en mujeres. Tiene un crecimiento lento y suele diseminarse a ganglios linfáticos cervicales, siendo rara la diseminación a distancia. Puede estar relacionado con radiación previa en el paciente o con defectos congénitos de la línea media como persistencia del conducto tirogloso.

CASO CLÍNICO:

Varón de 87 años remitido al servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Son Espases por tumoración asintomática submentoniana de más de 10 años de evolución. Antecedentes de HTA y dislipemia en tratamiento. Como pruebas complementarias se realizaron un TC que informó de una masa heterogénea, con componentes sólido-quísticos de aproximadamente 5x5x4.5 cm cervical anterior. Ante dicha imagen se realizaron dos PAAF guiadas por ECO de cuello y de tiroides que diagnosticaron la masa como un carcinoma papilar de tiroides.

Se planificó un tratamiento quirúrgico junto al servicio de Cirugía General. De esta manera se realizó tiroidectomía total con exéresis radical mediante técnica de Sistrunk y submaxilectomía derecha, sin vaciamiento ganglionar cervical. Durante la cirugía se comprobó que el tumor estaba relacionado con la persistencia del conducto tirogloso. Se identificaron y preservaron las glándulas paratiroides que en el postoperatorio mostraron niveles de calcemia y paratohormona adecuados. Después recibió tratamiento complementario con radioyodo y un correcto seguimiento posterior por parte de Cirugía Maxilofacial, Cirugía General y Endocrinología.

DISCUSIÓN:

La localización más frecuente del carcinoma de tiroides es la propia glándula tiroidea, pero al enfrentarnos ante una masa cervical anterior siempre se debe tener en cuenta al carcinoma papilar de tiroides como diagnóstico diferencial. En la mayoría de los casos la orientación diagnóstica es de benignidad, debiéndose descartar otras entidades como absceso odontógeno, lipoma cervical o defectos de la línea media como la persistencia del conducto tirogloso. Siempre debemos descartar, ante varones de 60 años o más, las metástasis cervicales de un tumor primario de cabeza y cuello ya que son el diagnóstico más frecuente ante este tipo de clínica y también las metástasis cervicales de tumor tiroideo primario.

El diagnóstico de carcinoma papilar de tiroides es histológico. El pronóstico del carcinoma sobre quiste de conducto tirogloso es similar o mejor, que el carcinoma de la glándula tiroides, con cifras de curación mayores a 95%. Actualmente tenemos 3 líneas diferentes de tratamiento: la cirugía, el radioyodo para las recidivas y las enfermedades persistentes y la radioterapia que actualmente están estudiando nuevas moléculas diana.

El tratamiento quirúrgico del quiste tirogloso es el procedimiento de Sistrunk, en la que se realiza exéresis del quiste, porción central del hueso hioides y disección del conducto tirogloso hasta la base lingual. Pero en caso de afectación maligna de glándula tiroides se recomienda realizar además la tiroidectomía total junto a linfadenectomía seguida de terapia ablativa con I131 6,16,17.

No obstante, sigue siendo el tumor maligno tiroideo con excelente pronóstico.

CONCLUSIÓN

En resumen, presentamos un caso de carcinoma papilar de tiroides sobre conducto de quiste tirogloso persistente, una complicación infrecuente del QCT, de excelente pronóstico, diagnosticada generalmente de manera incidental. Respecto de su manejo, la cirugía es de elección mediante la operación de Sistrunk con tiroidectomía, ampliación de la cirugía o tratamiento coadyuvante.

CPB117 (66). ADENOMA PLEOMORFO GIGANTE DE PALADAR

Hosn-Centenero, SA; Vila Masana, I; Rodríguez Berart, P
Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Plató. Barcelona

INTRODUCCIÓN:

L'adenoma pleomorfo es el tumor benigno mas frecuente de las glándulas salivares mayores y menores, de todas formas los malignos son mas frecuentes en estas últimas. La localización intraoral mas frecuente de los tumores de glándulas salivares menores es el paladar.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Presentamos el caso de un paciente varón de 59 años que acudió a nuestro servicio refiriendo una tumoración asintomática de lento crecimiento de veinte años de evolución. El TC determinó la presencia de una gran lesión expansiva, con un diámetro máximo aproximado de 4'7 cm y con su epicentro localizado en la mitad derecha del paladar blando. La sucesiva citología mediante punción para aspiración con aguja fina encontró una gran cantidad de células mioepiteliales, lo cual reforzó el diagnostico inicial de tumor de glándula salival menor.

RESULTADOS:

El paciente fue intervenido quirúrgicamente y la totalidad del tumor de paladar blando y duro fue extirpado con márgenes de seguridad. El defecto neoplásico se reconstruyó con un colgajo pediculado miofascial de músculo temporal, cuya vía de acceso hasta la cavidad oral fue posible mediante la osteotomía del arco zigomático. El estudio anatomopatológico confirmó el diagnostico de adenoma pleomorfo de glándula salival menor palatina. Un año después de la cirugía, no ha habido signos de recidiva de la lesión y el colgajo ha realizado una excelente metaplasia.

DISCUSIÓN:

Los tumores mixtos de glándulas salivares menores afectan mayoritariamente a pacientes entre la cuarta y la sexta década de la vida, sin una clara predominancia de genero. Clínicamente es típica la palpación de una tumoración dura o semiblanda submucosa, sin signos de ulceración de la mucosa adyacente. El primer objetivo de la exéresis consiste en la resección tumoral completa, reduciendo el riesgo de recidivas y malignización.

CONCLUSIONES:

Aunque el adenoma pleomorfo es una entidad benigna, el exhaustivo estudio clínico, radiológico i anatomopatológico es altamente importante para prevenir su malignización y la posibilidad de recidiva.

CPB118 (58). CARCINOMA ADENOIDE QUÍSTICO DE LA GLÁNDULA SUBMAXILAR SIMULANDO UNA MALFORMACIÓN VASCULAR EN EL EXÁMEN RADIOLÓGICO

Bermejo Abascal L.; López Gordillo D.P.; Rehberger Bescos F.; Lazuén Fernández S.; González Terán T.; Saiz Bustillo R.C.

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

El Carcinoma Adenoide Quístico (CAQ) es una neoplasia maligna infrecuente que representa el 1% de todos los cánceres de cabeza y cuello y que aparece más comúnmente en las glándulas salivales. Representa el 30% de los tumores de glándulas salivales mayores y es la lesión maligna más frecuente de las glándulas salivales menores (25-31%). La mayoría de los pacientes se encuentran en un rango de edad entre los 40 y 60 años, con una gran predilección por el sexo femenino. A la exploración física, se presenta como una masa unilocular, de consistencia firme a la palpación, que infiltra progresivamente la mucosa. La invasión perineural es característica de este tumor, pudiendo ocasionar a menudo parálisis facial. Histológicamente, puede presentar tres patrones: cribiforme, tubular y sólido. Es frecuente la recidiva local y puede presentar metástasis a distancia. Presenta una supervivencia a corto plazo elevada (60-90%). Sin embargo, la supervivencia a largo plazo disminuye, con metástasis a distancia en un 40-60% de los casos. La escisión quirúrgica completa con amplios márgenes es el tratamiento más apropiado en la mayoría de los casos.

Presentamos un caso de Carcinoma Adenoide Quístico que afecta la glándula submaxilar en un varón de 76 años. El paciente refería un crecimiento lento pero progresivo de la lesión en los últimos 4 años. Como estudio complementario, se llevó a cabo una RM, observándose un tumor con señal hipointensa potenciada en T1 y una marcada señal hiperintensa en T2. Ésto, junto con las calcificaciones internas, hicieron sospechar un tumor vascular con flebolitos como diagnóstico de presunción. Considerando su origen vascular, se llevó a cabo una arteriografía previa al tratamiento quirúrgico, pero no se identificaron vasos aferentes nutricios al tumor. Este hecho cuestionó el diagnóstico radiológico. Se decidió finalmente extirpar el tumor con el objetivo de alcanzar un diagnóstico anatomopatológico definitivo. El informe anatomopatológico fue de Carcinoma Adenoide Quístico.

Este caso muestra cómo el Carcinoma Adenoide Quístico puede mostrar a veces patrones radiológicos de malformación vascular. Como consecuencia, esto puede derivar en un diagnóstico erróneo, tratamiento tardío y descenso en la supervivencia de estos pacientes.

CPB119 (262). HISTIOCITOMA FIBROSO TIPO ANGIOMATOSO; PRESENTACIÓN DE UN CASO EN LA REGIÓN TEMPORAL

Ortiz de Artiñano, F.; Álvarez Yagüe, E.; Millón Cruz, A.
Hospital Virgen de la Luz, SESCAM, Cuenca

El histiocitoma fibroso maligno es el subtipo más frecuente de los sarcomas de partes blandas, descrito por primera vez en 1984.

Afecta habitualmente a las extremidades, retroperitoneo y cavidad abdominal. Sólo un 1% -3% de los casos afectan al territorio cervical o craneal.

La causa ambiental más frecuente (23%) parece estar relacionada con la radiación ambiental. Su comportamiento es agresivo, y se caracteriza por recurrencias locales o distantes, con pobre supervivencia. El tratamiento principal es quirúrgico, con radioterapia y quimioterapia adyuvante.

Presentamos un caso clínico de presentación con muy largo tiempo de evolución.

CPB120 (64). RECONSTRUCCIÓN FUNCIONAL MEDIANTE COLGAJO ANTEBRAQUIAL RADIAL DE GLOSECTOMÍA SUBTOTAL POR MELANOMA

Hernando J; Martín J; Rad JA; Martínez-Seijas P; Bidaguren A; López D
Hospital Universitario Donostia. San Sebastián

INTRODUCCIÓN:

El melanoma primario de cavidad oral constituye una entidad muy rara, especialmente cuando se localiza en la lengua, con un pronóstico infausto a pesar de realizar un tratamiento agresivo.

CASO CLÍNICO:

Varón de 71 años en seguimiento en nuestras consultas por una lesión leucoplásica homogénea, situada en el dorso lingual. Tras constatar un cambio de aspecto con aparición de lesión ulcerada, no dolorosa ni sangrante de aproximadamente 1 x 2 cm, se programó una biopsia incisional. El resultado anatomopatológico fue de melanoma. Se realizó una tomografía de emisión de positrones con la presencia de 2 captaciones nodulares en el hemicuello izdo. Se planificó una resección que incluía los 2/3 anteriores de la lengua, disección cervical supraomohioidea derecha (niveles I-III) y funcional izda (niveles I-V). La reconstrucción del defecto local se llevó a cabo mediante un colgajo microvascularizado fasciocutáneo antebraquial radial izquierdo, sin presentar dificultades en la deglución y fonación tras la retirada de la sonda nasogástrica y cánula de traqueostomía. Siguiendo el criterio propuesto por la NCCN del año 2014, se realizó un tratamiento adyuvante con radioterapia loco-regional. Tras 6 meses de la finalización del tratamiento el paciente sufrió una diseminación sistémica de la enfermedad que llevó a su fallecimiento.

CONCLUSIÓN:

Se debe realizar un tratamiento agresivo en los melanomas de cavidad oral que incluyen la realización de técnicas reconstructivas microquirúrgicas. Sin embargo, a pesar de este enfoque terapéutico, la supervivencia de los pacientes es baja.

CPB122 (74). METÁSTASIS EN ENCÍA DE CARCINOMA GASTROINTESTINAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

De la Sen Corcuera O, Encinas Bascones A, Varela Reyes E, Martínez Padilla I, Naranjo Aspas N, De Pedro Marina M.

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

INTRODUCCIÓN:

La diseminación metastásica en la cavidad oral es inusual, supone aproximadamente un 1-3% de las neoplasias malignas de este territorio. Estas lesiones se pueden encontrar en toda la cavidad oral, aunque la mandíbula a nivel de los molares es el lugar más frecuentemente afecto. Sólo un tercio de estas metástasis se producen en los tejidos blandos, donde la encía parece ser la más predispuesta a padecer una metástasis, lo que sugiere el posible papel de la inflamación en la atracción de depósitos metastásicos.

En los varones, los tumores primarios que metastatizan con más frecuencia a la cavidad oral son los de pulmón, riñón e hígado, mientras que en las mujeres son los de mama, órganos genitales y riñón, siendo los carcinomas gastrointestinales un origen infrecuente de metástasis en cavidad oral.

Estas lesiones se presentan como masas exofíticas con aspecto de malignidad, que producen dolor, inflamación, sangrado y parestesias a los pacientes. Una vez que una lesión se diagnostica como metástasis, el tumor primario debe ser identificado mediante estudios clínicos, radiológicos e histopatológicos.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Presentamos el caso de un varón de 83 años con antecedentes de adenocarcinoma de esófago estadio IV diagnosticado en 2012, y que fue tratado mediante Oxaliplatino y Xeloda, desestimándose la cirugía. Durante la evolución del proceso, en Abril de 2014, el paciente acude a nuestras consultas por presentar una tumoración exofítica a nivel de 34-35, que le produce dolor e inflamación en dicha región y sin afectación mandibular. Esta masa es biopsiada con el diagnóstico anatomopatológico de metástasis de adenocarcinoma de origen gastrointestinal.

RESULTADOS:

El paciente fue remitido al Servicio de Oncología para tratamiento de la recidiva del adenocarcinoma de esófago, desestimándose el tratamiento quirúrgico en el territorio maxilofacial. Pocos meses después el paciente fallece por progresión tumoral.

CONCLUSIÓN:

Ante una lesión sospechosa en la cavidad oral de un paciente con antecedentes oncológicos, no podemos descartar el origen metastásico de la misma pese a lo inusual del proceso, por lo que la debemos biopsiar de manera preferente. Resulta necesario el realizar un estudio de extensión tumoral previo a la toma de cualquier decisión terapéutica, que debe ser a su vez multidisciplinaria.

CPB123 (5). MELOMA MÚLTIPLE DIAGNOSTICADO POR UNA LESIÓN RADIOLÚCIDA MANDIBULAR

Bellotti Mustecic M.; Stavaru Marinescu B.; Zylberberg I.; Diaz Reverand S.; Muñoz Guerra M.

Hospital Universitario de La Princesa. Madrid

INTRODUCCIÓN:

El mieloma múltiple se caracteriza por una proliferación neoplásica de células plasmáticas. Se asocia a lesiones óseas osteolíticas, y aumento de inmunoglobulinas monoclonales patológicas con repercusión sistémica. La media de supervivencia de pacientes con mieloma múltiple puede variar de 64 a 29 meses, según el International Staging System (ISS). La afectación mandibular se ha registrado hasta en el 10,54% de los enfermos, pero el diagnóstico de la enfermedad a partir de una lesión osteolítica mandibular es extremadamente raro.

CASO CLÍNICO:

Mujer de 46 años acude por Urgencias por dolor en ATM izquierda con ligera inflamación en tejidos blandos. Se le realiza una OPG encontrándose una lesión radiolúcida, con imagen en "pompas de jabón", que se extiende desde el ángulo mandibular hasta el cóndilo, con áreas de esclerosis y discontinuidad de la cortical anterior.

El TC describe una tumoración ósea expansiva, que rompe la cortical, con pérdida de distinción de los planos grasos del espacio masticador y aumento de partes blandas asociadas. Se le realiza una biopsia incisional, con resultado de proliferación de células plasmáticas con expresión monotípica de cadenas ligeras lambda. En el estudio de extensión, se objetivaron lesiones por infiltración plasmocitaria en esternón, sacro-ilíacas, fémur y tibia. El diagnóstico fue mieloma múltiple IgG lambda estadio IIA, ISS 1 con plasmocitoma en rama ascendente mandíbula izquierda.

La paciente fue tratada con radioterapia de 50 Gy, y 6 ciclos de Bortezomib-Dexametasona. Finalmente se le realizó el trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos de sangre periférica. Actualmente se encuentra en tratamiento quimioterápico, con persistencia de la lesión ósea.

CONCLUSIÓN

El plasmocitoma mandibular, solitario o en contexto de un mieloma múltiple, ha de sospecharse ante una imagen radiolúcida en el área mandibular. La lesión puede presentarse con inflamación de tejidos blandos, movilidad dentaria, dolor o neuropatía mentoniana. La imagen radiológica puede variar desde lesiones uniloculares bien definidas, o mal definidas con bordes irregulares. El cirujano máxilofacial debe tener presente este diagnóstico para su estudio y tratamiento precoz.

CPB124 (88). ANESTESIA UNILATERAL DE LABIO INFERIOR COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE LINFOMA DE BURKITT: A PROPÓSITO DE UN CASO

García Sevilla A; Tousidonis Rial MA; Fernández-Valades Gámez R; Arenas De Frutos G; Bacián S; Maza Muela C.
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

INTRODUCCIÓN:

El linfoma de Burkitt fue descrito en 1958 y se caracteriza por una proliferación difusa de células de extirpe B como resultado de una desregulación del oncogen c-myc. Se han descrito tres subtipos: endémico, que ocurre principalmente en comunidades africanas y afecta a riñón, peritoneo, hígado y frecuentemente a maxilares de niños de 3 a 8 años, relacionándose en el 100% de los casos con el virus de Epstein-Barr; esporádico, que ocurre en adolescentes de raza blanca afectando a íleon terminal, anillo de Waldeyer y muy infrecuentemente a maxilares, siendo el VEB positivo en un 20%; y asociado a VIH que representa hasta el 40% de los Linfomas no Hodgkin en este grupo de pacientes y afecta a médula ósea y ganglios linfáticos.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Presentamos el caso de un paciente varón de 21 años de edad que acude a consulta refiriendo anestesia de hemilabio inferior izquierdo de dos meses de evolución y episodios de infección en relación con pieza 38 en las últimas semanas que no remiten completamente con antibioterapia. A la exploración, el paciente presenta anestesia en el territorio de nervio dentario inferior izquierdo y movilidad grado III de piezas 35, 36, 37 y 38.

En la tomografía cervicofacial se describe una lesión activa hipodensa con captación periférica moderada sobre la hemimandíbula izquierda con solución de continuidad ósea, en área de masetero izquierdo y desplazando la musculatura del suelo de la boca y la glándula submaxilar, así como adenopatías submandibulares y submaxilares aparentemente reactivas.

La tomografía de cuerpo no muestra adenopatías en ningún territorio ni otras alteraciones.

La analítica sanguínea no presenta alteraciones, las determinaciones microbiológicas son negativas para VIH, VHC, VHB, VHS, Tuberculosis y parásitos, y positivas para VEB, CMV y VVZ.

Se realiza exodoncia de las piezas móviles bajo anestesia local observándose material de granulación de tipo úlceroinfiltrativo en lechos periapicales y se envía para estudio anatomopatológico que informa la muestra como tejido fibroconectivo infiltrado de forma generalizada por Linfoma Burkitt con patrón de cielo estrellado y tasa de proliferación del 100%.

CONCLUSIÓN:

La hipoestesia del territorio del nervio dentario/mentoniano puede deberse a múltiples causas como traumatismo, atrofia severa del reborde alveolar, diabetes, infecciones, vasculitis, amiloidosis, etc. Pero en ocasiones puede ser síntoma de un proceso maligno por lo que debe estar presente en nuestra práctica clínica.

CPB125 (260). MÉTODOS DE TUNELIZACIÓN DEL PEDÍCULO DEL COLGAJO LIBRE MICROVASCULARIZADO

García Molina D; González Martín Moro J; Morán Soto MJ; Cebrián Carretero JL; González Otero T; Burgueño García M.

Hospital Universitario La Paz. Madrid

INTRODUCCIÓN:

En la reconstrucción de grandes defectos de cabeza y cuello es frecuente el uso de colgajos libres microvascularizados. En numerosas ocasiones los vasos sobre los que se realiza la anastomosis y el defecto a reconstruir están lejanos entre sí, lo que implica que el pedículo debe de, además de tener longitud suficiente, ser tunelizado. Una de las mayores preocupaciones del cirujano reconstructor es cómo pasar este pedículo sin que se vea afecto por movimientos de torsión o fricción. Presentamos dos métodos sencillos y económicos para pasar el pedículo de una forma segura.

MATERIAL Y MÉTODOS:

En el primer método, válido para túneles rectos, empleamos el cuerpo de una jeringa sobre la que previamente hemos retirado su extremo distal, permitiendo colocar el pedículo en su interior. En el segundo método, válido tanto para todo tipo de túneles, empleamos un drenaje tipo penrose, sobre el que realizamos una incisión longitudinal en toda su extensión, al abrirlo permite depositar el pedículo, y por la propia resistencia y memoria del material, éste vuelve a quedar cerrado. Tras tunelizar el pedículo la jeringa o el penrose se retira.

CONCLUSIÓN:

Los métodos de tunelización mediante jeringa o penrose permiten el paso seguro del pedículo, siendo además una técnica rápida y económica.

CPB126 (238). INFILTRACIÓN DE LA PORCIÓN INTRA-EXTRA CRANEAL DE LA II RAMA DEL N. TRIGÉMINO POR DEPÓSITOS DE IG-G4

Pérez-Flecha F.; Villegas Toro D.; Page Herraiz I.; Almeida F.; Nuñez Paredes J.; Acero Sanz J.
Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

INTRODUCCIÓN:

La enfermedad oftálmica relacionada con depósitos infiltrativos de Inmunoglobulina Ig-G4 afecta a la cavidad orbitaria incluyendo glándula lagrimal, motilidad ocular extrínseca, pares craneales y nervio óptico. Sin embargo, la infiltración del nervio infraorbitario por depósitos de Ig-G4 es una patología infrecuente, con pocos casos recogidos en la literatura mundial. Existen múltiples diagnósticos diferenciales que deben ser considerados en una tumoración infiltrativa del N. infraorbitario, como son patología neoplásica (schwanomas, linfoma, diseminación perineural tumoral, tumores miofibroblásticos idiopáticos) patología inflamatoria como (arteritis de celulas gigantes, sarcoidosis, granulomatosis, vasculitis, Behcet, tiroidopatía oftálmica) patología infecciosa como tuberculosis. El diagnóstico se basa en el criterio clínico, datos de laboratorio, estudios radiológicos y hallazgos anatomopatológicos e inmunohistoquímicos. La enfermedad asociado con Ig-g4 obtiene buena respuesta generalmente con tratamiento esteroideo e inmunomoduladores, pero si la biopsia no es concluyente para su diagnóstico se debe considerar la exéresis de la tumoración como alternativa terapéutica válida.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se presenta un caso tratado quirúrgicamente en nuestro servicio con síntomas de carácter leve de 2 años de evolución como dolor facial, hipoestésia de la segunda división del V par craneal y proptosis ocular del lado derecho. Estudios radiológicos TAC y posterior RNM demostraron la existencia de una imagen en reloj de arena hipodensa que se extendía desde la fosa craneal media vía Foramen Rotundumun hacia la fosa pterigo-palatina y cavidad orbitaria, infiltrando la segunda rama intra-extra craneal del V par craneal. El diagnóstico de presunción radiológico fue de Schwanoma de la II rama del N. Trigémino. La biopsia inicialmente realizada no fue concluyente, decidiéndose así la cirugía resectiva de la lesión infiltrativa nerviosa craneofacial. La extirpación tumoral se realizó a través de un abordaje subtemporal-preauricular derecho mediante craneotomía temporal en combinación con osteotomía orbitocigomática y coronoidectomía para abordaje de la fosa infratemporal y pterigopalatina y reconstrucción de la cavidad orbitaria con material de osteosíntesis de Titanio. El estudio histológico reveló la existencia de infiltrado linfoplasmocitario con depósitos de IG-G4 de la segunda rama del N. Trigémino en su porción intra y extracraneal.

CONCLUSIÓN:

El engrosamiento infiltrativo de la porción intra-extracraneal del N. Trigémino es un hallazgo infrecuente que plantea varios diagnósticos diferenciales. Entre los que se destaca; Schwanomas, infiltraciones neuronales tumorales, tumores miofibroblásticos o tumores inflamatorios entre otros. Ahora, un nuevo diagnóstico tiene que ser considerado. El cuadro clínico y las imágenes de presunción radiológicas son insuficientes para un diagnóstico de certeza y se requiere una muestra tisular de la lesión para la confirmación, incluso si producimos una hipoestesia permanente en el proceso. En el caso de tumores que afectan al área infratemporal y pterigopalatina, el abordaje quirúrgico representa un la mayor dificultad para la completa extirpación del mismo. En el caso presentado, realizamos un abordaje coronal y preauricular, con craneotomía temporal, combinado con osteotomía orbitocigomática, sección de apófisis coronoidal y retracción superior del músculo temporal (Modificación de Sekhar al abordaje quirúrgico de Al Mefty & Anand) para abordaje de la región Pterional, Fosa infratemporal y pterigopalatina, que nos permitió un excelente control del campo quirúrgico y extirpación completa de la tumoración.

CPB127 (140). “DOCTOR NO PUEDO ABRIR LA BOCA”...¿QUÉ TENGO?...“TIENE USTED UN LINFOMA”

García González E. ; Quílez Sardá I. ; Etayo Pérez A.; Gorriarán Terreros M.

Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona

INTRODUCCIÓN:

Los linfomas no Hodgkin se definen como un grupo de cánceres de linfocitos. Hay muchos tipos diferentes de linfomas no Hodgkin, pudiéndose dividir en dinámicos (de crecimiento rápido) e indolentes (de crecimiento lento) y pueden estar formados por células B o células T. El linfoma difuso de células grandes B (LDCGB) es el linfoma más frecuente, constituyendo un 35% de todos los casos de linfoma no Hodgkin. Su incidencia aumenta con la edad desde 0,3/100 000/año (entre los 35–39 años) a 26,6/100 000/año (entre los 80–84 años). También es el linfoma más frecuente asociado a la infección por HIV. En el territorio maxilofacial representa el segundo lugar dentro de las patologías malignas de cabeza y cuello (5%), precedido del carcinoma escamoso, y su presentación clínica habitualmente es por adenopatías cervicales, aunque el caso expuesto, trata sobre la afectación extranodal en musculatura masticatoria.

MATERIAL /MÉTODO/ REPORTE UN CASO:

Varón de 59 años que acude a la consulta por tumoración mandibular izquierda de un año de evolución, y trismus importante. Las pruebas radiológicas simples no muestran lesiones evidentes por lo que se decide completar el estudio mediante TAC Y RMN, donde se visualiza hipertrofia de músculos masticadores izquierdos, vientre anterior de músculo digástrico y milohioideo ipsilateral con probable infiltración de glándula parótida, apreciándose afectación ósea de la medular de la mandíbula, produciendo obliteración de los espacios mucoso, masticador y parafaríngeo ipsilateral, planteándose como posible diagnóstico inicial una hipertrofia benigna de músculos masticadores, patología tumoral (linfoma), inflamatoria (miositis) e infecciosa.

Se completa el estudio mediante eco-paaf y finalmente biopsia, que aclara el diagnóstico final de músculo esquelético infiltrado por LINFOMA DE CELULAS GRANDES B, que tras completar el estudio de extensión mediante TAC toracoabdominal /PET y Biopsia de MO se descarta afectación a otros niveles. Fue tratado mediante RCHOP x 3 y RT, sin completar voluntariamente el tratamiento, pero presentando normalización en las captaciones sobre región afectada según PET de control.

DISCUSIÓN:

En la región máxilofacial los linfomas representan la segunda entidad maligna (5%), precedida por los carcinomas escamosos. Habitualmente la manifestación de los linfomas no Hodgkin es como adenopatías cervicales, forma nodal, asociando fiebre o pérdida de peso. La afectación extranodal de los LNH más habitual, ocurre sobre territorio gastrointestinal, siendo menos habitual en cabeza y cuello (25-30%), donde el lugar más frecuente de asiento es el anillo de Waldeyer, seguido de otro sitios como región intraoral o piel facial.

Son pocos los casos descritos en la literatura de linfomas no Hodgkin extranodales que afecten a la musculatura masticatoria y/o de la expresividad facial, siendo más frecuente la afectación de la musculatura en la región pélvica o glúteos que suele ocurrir por metástasis o por proximidad de afectación linfática.

La presencia de asimetrías faciales, implica múltiples diagnósticos diferenciales, algunos de inicio desde la infancia(largo tiempo de evolución), como son por ejemplo las microstomías hemifaciales o craneosinostosis, otros a raíz traumatismo en la niñez con fractura condilar que supone alteraciones de crecimiento mandibular y posible anquilosis o asimetrías de origen funcional, como las hipertrofias sistema masticatorio por patrones de masticación unilateral. Los cuadros con inicio agudo y que asocian síntomas generales, fiebre, MEG etc... corresponderían a procesos infeccioso-inflamatorios, de origen dental, piel o glándulas salivares mayores, entre otros, sin olvidar procesos tumorales benignos.Uno de los primeros diagnósticos que se barajaron tras la primera visita en este caso fue la displasia fibrosa ósea, que los estudios radiográficos descartaron,

descartando también otras entidades de origen óseo como el fibroma osificante o el osteosarcoma. De entre los malignos, se incluyen los de la vía respiratoria alta, que son frecuentes en este sitio. La afectación tumoral primaria es más rara y normalmente a expensas de sarcomas o rhabdomiomas en la infancia. Los Linfomas NH son mucho más inusuales.

Sin embargo la manifestación clínica habitualmente no varía entre entidades siendo frecuente el trismus y las masas faciales sobre la región parotídea o temporal.

La única herramienta válida para el diagnóstico de LDCGB es el examen histopatológico. En lo posible se debe obtener una biopsia por escisión antes que una biopsia por punción. No debe utilizarse material obtenido por punción con aguja fina. En el laboratorio, la cifra de LDH representa una medida de la carga tumoral, encontrándose incrementada en el 50 % de los pacientes al diagnóstico. Se necesitaría completar el estudio mediante pruebas de imagen y otros estudios de punción y biopsia de MO para llegar a la estadificación necesaria.

Por lo tanto, el LNH debe considerarse entre los posibles diagnósticos dentro de las tumoraciones de cabeza y cuello, llegando a un diagnóstico certero mediante biopsia y con la cooperación entre los servicios de hemato-oncología para completar el estudio de extensión y la mejor opción terapéutica.

CPB128 (271). FENÓMENO DE RETENCIÓN MUCOSA: ¿UN DIAGNÓSTICO INOCUO?

Garatea Esteban, A; Garatea Crelgo, J.

Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona

INTRODUCCIÓN:

El fenómeno de retención mucosa se refiere a la colección y/o extravasación de material de secreción exocrina en el tejido intersticial y es muy frecuente en la cavidad oral, afectando principalmente a la cara mucosa del labio inferior y a la región de la glándula sublingual. La presentación clínica típica es una masa fluctuante, de tamaño variable y color azulado en plano submucoso que puede llegar a romperse desapareciendo temporalmente y recayendo después en múltiples ocasiones. En su diagnóstico diferencial deberemos incluir lesiones neoplásicas y reactivas, con el mucocele y el carcinoma mucoepidermoide (CME) encabezando la lista de diagnósticos diferenciales; la presencia de estas lesiones en localizaciones distintas al labio inferior debe servir como signo de alerta e inclinar el diagnóstico hacia un carcinoma mucoepidermoide de glándula salivar menor.

CASO CLÍNICO:

Presentamos el caso de un varón de 17 años, sin antecedentes de interés, que presenta una tumoración redondeada, de aspecto azulado y 1 cm de diámetro en el límite entre paladar duro y paladar blando, por lo demás asintomático.

Se plantea el diagnóstico diferencial entre mucocele y carcinoma mucoepidermoide, indicando su extirpación quirúrgica. Se cursa una tomografía computadorizada con fin de delimitar la extensión de la lesión. El resultado del mismo descarta extensión ganglionar u ósea.

Se lleva a cabo la excisión de la lesión bajo anestesia general; se realiza la resección incluyendo el periostio perteneciente a paladar duro y conservando márgenes de seguridad. Se coloca una prótesis de acrílico para aislar en la medida de lo posible la zona intervenida y favorecer la cicatrización por segunda intención. Durante el postoperatorio apareció una comunicación orosinusal que se resolvió espontáneamente. El paciente, tras 5 años de seguimiento, está sin indicios de recidiva local ni enfermedad a distancia.

RESULTADOS:

La anatomía patológica revela una glándula salivar menor de tipo mucoso en la que se observa una lesión de aspecto quístico, revestida de epitelio de tipo tumoral, formado por cordones de células claras entremezcladas con células mucinosas. El diagnóstico final es de carcinoma mucoepidermoide de bajo grado de malignidad.

Discusión y Conclusiones

Los carcinomas mucoepidermoides son los tumores malignos de glándulas salivares más frecuentes por debajo de los 20 años. Se presentan clínicamente como tumoraciones rosadas o azuladas localizadas en paladar blando, duro o en el límite entre ambos. Su aspecto clínico plantea el diagnóstico diferencial con los mucocelos, lesiones pseudoquísticas de etiología traumática que se presentan fundamentalmente en la mucosa del labio inferior. Tal es la importancia de estas localizaciones, que cualquier lesión con el aspecto clínico descrito debería considerarse un CME siempre que se encuentre en un sitio distinto a la mucosa del labio inferior. Así, este caso pretende llamar la atención sobre la importancia diagnóstica de estas lesiones, aparentemente inocuas en una primera visita.

Por otra parte, ilustra la capacidad de recuperación espontánea de la fibromucosa palatina, consiguiéndose la curación con restituo ad integrum de un área de 6 cm², sin necesidad de reconstrucción plástica.

CPB130 (179). DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERANS UNA NEOPLASIA RARA: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

Vázquez O.; Mommsen J.; Gumbao V.; Mirada E.; Mateos M.; Rodríguez J.
Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona

El dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP) es una neoplasia de partes blandas poco frecuente, de malignidad intermedia. Supone un 0,1 % de todos los cánceres y un 1% de todos los sarcomas de partes blandas. Excepcionalmente produce metástasis, aunque cursa con gran morbilidad por su gran capacidad infiltrativa local y la elevada tasa de recidivas tras la extirpación quirúrgica.

Presenta un crecimiento lento y su aspecto clínico varía según el tiempo de evolución. Existen diferentes variedades histológicas, siendo la más agresiva la variedad fibrosarcomatosa.

El tratamiento de elección es la escisión quirúrgica con margen amplio.

Presentamos dos casos. Mujer de 58 años con DFSP tipo fibrosarcomatoso de 20 x 20 cm a nivel occipital y hombre de 22 años con la misma variedad histológica localizado a nivel frontal.

El tratamiento de los dos casos fue la resección quirúrgica uno de ellos mediante navegación. La reconstrucción de uno fue microquirúrgica y del otro mediante una lámina de Integra e injerto libre. Durante su seguimiento uno de ellos se ha tenido que reintervenir por una metástasis cervical teniendo que realizar vaciamiento cervical del compartimento posterolateral.

El pronóstico de DFSP viene asociado a su variedad histológica, la tipo fibrosarcomatoso que es la que aquí presentamos, es variedad más agresiva con alta tasa de recidivas locales. Lograr el control local del tumor es difícil, ya que el DFSP recurre tras cirugía convencional hasta en un 30 % de los casos.

CPB132 (55). MELANOMA DE CABEZA Y CUELLO, GANGLIO CENTINELA Y VACIAMIENTO GANGLIONAR CERVICAL. EXPERIENCIA Y RESULTADOS EN 5 AÑOS

Nuño Iglesias, C.; Buriticá Molano, C.A.; Tomás Amérigo, J.A.; Agudelo Torres, A.; Fernandes Ciaccia, L.G., Baquero Ruiz de la Hermosa, M.C.

Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

El melanoma es una neoplasia agresiva y en muchas ocasiones impredecible; pero cuando se diagnostica precozmente tiene altas posibilidades de curación. El Melanoma de Cabeza y Cuello (MCC) comprende 6% a 25% de todos los melanomas cutáneos.

La escisión local amplia es el pilar en el tratamiento de la lesión primaria en el MCC; la biopsia del ganglio linfático centinela (BGLC) se considera en determinados estadíos no metastásicos. El vaciamiento ganglionar cervical (VGC) se realiza cuando existe enfermedad metastásica cervical clínica (EMCC) o cuando la BGLC es positiva, siempre que no exista una enfermedad diseminada.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se ha revisado nuestra experiencia en los últimos 5 años, con un total de 15 casos de MCC tratados, la mayoría remitidos de dermatología diagnosticados por exéresis-biopsia, para realizar escisión local amplia con BGLC y/o VGC según necesidad de cada caso.

Se diseñó un estudio descriptivo con los datos epidemiológicos, clínicos, radiológicos, histológicos, quirúrgicos y evolutivos de cada caso, obteniendo los datos estadísticos más relevantes.

RESULTADOS:

Edades entre 42 a 80 años con media de 62 sin diferencias entre sexo, siendo la mejilla el lugar más afectado y el léntigo maligno melanoma el tipo histológico más frecuente.

Se indicó BGLC en 12 pacientes, en 2 no hubo migración del radiotrazador; de los 10 restantes, 8 resultaron negativos y 2 positivos. Se realizó VGC a los 2 con BGLC positivo y a 3 pacientes con EMCC. A día de hoy, 11 pacientes se encuentran libre de enfermedad (incluyendo los 8 BGLC negativos). Llama la atención que los 4 pacientes restantes coinciden con el tipo histológico melanoma nodular, presentaron metástasis a distancia y ya han fallecido 3 por causa relacionada con la enfermedad.

CONCLUSIÓN:

En nuestra serie, la BGLC negativa ha representado un factor de buen pronóstico, contrario al tipo histológico melanoma nodular que ha representado un factor de morbi-mortalidad importante; sin embargo, hay que considerar que son necesarios seguimientos a más largo plazo y muestras representativas para obtener conclusiones defin

CPB133 (44). TUMOR DESMOIDE EN MÚSCULO MASETERO: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Tomás Américo JA; Buritica Molano C; Agudelo Torres A; Nuño Iglesias C; Fernandes L; Baquero Ruiz de la Hermosa MC.

Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia

INTRODUCCIÓN:

Los tumores desmoides localizados en el músculo masetero son una entidad muy rara, con muy pocos casos descritos en la literatura médica. Este tipo de lesión también recibe el nombre de fibromatosis agresiva o proliferación tipo desmoide.

Pueden originarse a partir de cualquier estructura músculo aponeurótica, y se caracteriza por presentar un crecimiento infiltrante con tendencia a la recidiva local tras su escisión quirúrgica, provocando una considerable morbilidad, y en raras circunstancias la muerte.

Histológicamente los tumores desmoides son una proliferación de fibroblastos o miofibroblastos bien diferenciados embebidos en una matriz rica en colágeno; su exéresis incompleta conlleva una alta tasa de recurrencias, pero sin potencial metastásico.

La etiología de esta entidad parece ser multifactorial. Entre las posibles causas que puede influir en su aparición, se han descrito: una predisposición genética, factores endocrinos y traumatismos.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO:

Se presenta el caso de un paciente varón de 39 años que presenta un tumor desmoide localizado en músculo masetero, tratado quirúrgicamente.

RESULTADOS:

Ante los hallazgos obtenidos en las pruebas complementarias, se llevó a cabo el tratamiento quirúrgico, realizando una biopsia exéresis de la lesión, previa localización y colocación de arpón eco dirigido.

En vista del resultado histológico, se realizó una segunda intervención para ampliar los márgenes de la resección previa. La intervención y el postoperatorio transcurrieron sin ninguna complicación. Actualmente se continúa el seguimiento con regularidad, no presentando signos de recidiva.

CONCLUSIONES:

Creemos que la resección quirúrgica extensa con un margen amplio, libre de enfermedad macroscópica y microscópica es el tratamiento de elección. Este enfoque terapéutico puede reducir las tasas de recurrencia, pero la presencia de estructuras vitales y la compleja anatomía de la cabeza y el cuello humanos a menudo impiden el poder realizar amplias resecciones.

CPB134 (165). METÁSTASIS DE CÁNCER RENAL DISEMINADO (ESTADIO IV) EN MANDIBULA Y ENCÍA

Barbier L; Franco M; García M; Aguirre I; Prol C; Álvarez J

Hospital Universitario Cruces. Barakaldo, Universidad del País Vasco

INTRODUCCIÓN:

El cáncer renal (CR) representa el 2% de los cánceres diagnosticados. La mortalidad es del 50%. Un tercio de los pacientes presentan un estadio localmente avanzado o diseminado en el diagnóstico. El CR produce metástasis frecuentemente por dos mecanismos. Por un lado mediante diseminación linfática retroperitoneal hacia pulmones, hígado, cadenas linfáticas y columna. Por otro lado puede metastatizar por vía hematógena, ya que el CR hace en ocasiones un crecimiento endovenoso por la vena renal a la cava, región retrohepática, aurícula derecha y de ahí a prácticamente cualquier órgano: pulmones, ganglios linfáticos, huesos, hígado, cerebro, suprarrenales, riñón contralateral, seno maxilar, encías, etc. Hay un 14% de metástasis óseas en los CR diseminados. La mayoría son lesiones líticas pero en ocasiones son osteoblásticas. Dan dolor y pueden producirse fracturas espontáneas. Característicamente las metástasis del CR están muy vascularizadas y su resección es muy sangrante y complicada. El tratamiento más efectivo es la cirugía resectiva. La supervivencia en estos casos es del 47% al año y 11% a los cinco años. El CR tiene una extraordinaria variabilidad de comportamiento siendo junto con el melanoma maligno los tumores que más probabilidades tienen de producir regresión espontánea de metástasis. Solo en un 2,5%-3,2% de los casos de CR hay uno o varios focos metastásicos en un solo órgano, considerándose este caso un CR con diseminación limitada, bien sea en el diagnóstico (sincrónico) o durante el seguimiento (metacrónico). Tienen una supervivencia a 5 años del 35%-40%. En los casos de diseminación, dada la gran variabilidad del comportamiento del CR, se recomienda extirpar las metástasis si es factible. Los criterios para considerar a un paciente como candidato a la resección de metástasis son: control del tumor primario, viabilidad de la extirpación quirúrgica y ausencia de enfermedad sistémica.

CASO CLÍNICO:

Varón de 62 años con antecedentes de ictus en tratamiento habitual con Adiro 300. Cardiopatía hipertensiva con función conservada. Nefrectomía 10 meses antes por CR estadio IV. Metástasis en ganglios de fosa renal izquierda, ganglios retroperitoneales y nódulos pulmonares. Es remitido a nuestras consultas por una lesión pediculada, de consistencia gomosa, en encía de la zona edéntula 3.6. En la OPG y TC se aprecia una imagen radiolúcida en la mandíbula desde el conducto dentario hasta el reborde alveolar. Se realiza una biopsia que no es concluyente en tanto que una segunda confirma que se trata de una metástasis de CR. El crecimiento de la tumoración es rapidísimo, saliendo fuera de la cavidad oral, impidiendo la masticación y amenazando la vía aérea por lo que se realizó una traqueostomía y se instaló una sonda nasogástrica para la alimentación. Previa embolización es intervenido practicándose, ligadura de la arteria carótida externa izquierda, mabibulectomía marginal desde 3.4 hasta el ángulo que incluye la arteria y nervio dentario inferior, encía, piezas dentarias y la tumoración. En el postoperatorio presenta una fractura espontánea en el límite distal de la mandibulectomía marginal que deriva en una pseudoartrosis funcionante para los movimientos mandibulares.

RESULTADOS:

Tras la resección de la metástasis pudo retirarse la traqueostomía y volver a la alimentación oral. Un año después de la resección de la tumoración no hay signos de recidiva en la región mandibular y no ha sido necesario tratamiento radioterápico.

CONCLUSIONES:

Las metástasis óseas del CR diseminado (Estadio IV) deben extirparse quirúrgicamente, si técnicamente es viable. Para evitar el sangrado importante durante la extirpación de las metástasis en mandíbula y encía son eficaces la embolización previa y la ligadura de la arteria carótida externa.

CPB135 (182). MALIGNIZACIÓN DE ADENOMA MONOMORFO EN GLÁNDULA SALIVAL MENOR

Jariod Ferrer U; Cámara Vallejo M; Mur Til A; Pantilie B; Gavin Clavero M; Lopez López A.

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

INTRODUCCIÓN:

El adenoma de células basales (ACB), es una neoplasia epitelial benigna con una apariencia histológica uniforme y monomorfa, en la que predominan las células basaloides sin el componente mixocondroide del tumor mixto. Representan un 2% de los tumores primarios de glándulas salivares y se localizan más frecuentemente en la glándula parótida y en las glándulas salivares menores del labio superior. El riesgo de malignización hacia adenocarcinoma de células basales es del 4%.

CASO CLÍNICO:

Paciente de 62 años que acude a consultas externas en mayo de 2012 por presentar lesión de tipo nodular a nivel de labio superior, en su porción lateral izquierda sin sobrepasar línea media. Se realiza exéresis de la lesión bajo anestesia local obteniendo como resultado anatomopatológico adenoma monomorfo. Acude en Diciembre de 2013 a nuestras consultas por nueva lesión en labio superior a nivel medial; se realiza exéresis completa resultando ser adenocarcinoma de células basales. En diciembre de 2014 presenta nueva lesión a dicho nivel con biopsia positiva para recidiva de adenocarcinoma de células basales. En enero de 2015 se realiza, bajo anestesia general, exéresis de la lesión con márgenes resultando ser la anatomía patológica negativa para malignidad. Actualmente la paciente sigue controles periódicos en nuestras consultas sin signos de recidiva.

DISCUSIÓN:

El adenocarcinoma de células basales es la variante maligna del adenoma de células basales y su distinción del adenoma de células basales se basa en las características de crecimiento y en la mayor agresividad en su comportamiento. Estas características incluyen invasión del parénquima y tejidos adyacentes como grasa, músculo, piel y hueso, así como invasión vascular y perineural. Un recuento de mitosis mayor de 3-10 por campo es altamente sugestivo de malignidad aunque un número menor de las mismas no garantiza que el tumor sea benigno. El adenocarcinoma de células basales es un tumor de escasa malignidad, con buen pronóstico a largo plazo que puede recidivar hasta en el 50% de los casos. El tratamiento es quirúrgico.

CONCLUSIÓN:

El adenoma monomorfo suele malignizar en un 4% de los casos, siendo el adenocarcinoma de células basales una de sus variantes histológicas. Su tratamiento es quirúrgico y su pronóstico a largo plazo es bueno pudiendo recidivar hasta en el 50% de los casos.

CPB136 (96). ARTROSCOPIA DE LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR: UN PIN REABSORBIBLE MANTIENE DE FORMA EFICAZ EL DISCO REPOSICIONADO DOS AÑOS ANTES

Martínez-Padilla, I; Martín-Granizo, R; Encinas Bascones, A; De la Sen Corcuera, O; Varela Reyes, E; Millón Cruz, A.

Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Clínico San Carlos. Madrid

INTRODUCCIÓN:

La patología articular más frecuente de la ATM es el desplazamiento anteromedial del disco articular, que puede producir clínica de disfunción y dolor de la articulación. Las técnicas utilizadas en la reposición del disco articular por vía artroscópica comprenden procedimientos de sutura discal, los cuales son técnicamente complejos y de dudosos resultados debido a su anclaje a tejidos blandos. Una nueva técnica consistente en la fijación del disco al cóndilo mediante un pin reabsorbible de poly-96L/4D-lactide copolymero través de un abordaje artroscópico se presenta como una nueva alternativa con buenos resultados. El objetivo de esta comunicación es describir los hallazgos de una artroscopia bilateral dos años después de la colocación de este pin.

CASO CLÍNICO:

Paciente mujer de 21 años de interés que consulta por sensación de encajamiento mandibular y reducción de la apertura oral, que tras 2 meses de tratamiento conservador con analgésicos y relajantes musculares sin mejoría se le realiza Resonancia magnética de ATM. En ella se evidencia luxación de ambos discos articulares con persistencia de la luxación en el lado izquierdo al abrir la boca.

Se realiza artroscopia bilateral en la cual se efectúa exploración y lavado en el lado derecho, y en el izquierdo se coloca pin reabsorbible sobre el menisco para fijarlo a cóndilo mandibular. Las consultas de control a los 3, 6 y 12 meses postoperatorios se observa una mejoría paulatina de la apertura oral máxima hasta alcanzar 40 mm con persistencia de chasquido auricular y dolor con el bostezo, sin embargo a los 18 meses presenta nuevo bloqueo, esta vez el lado derecho. Una nueva resonancia magnética muestra desplazamiento del disco sin recaptura en el lado derecho con integridad del izquierdo, por lo que se decide nueva artroscopia para repetir la colocación del pin en lado derecho.

RESULTADOS:

Durante la intervención, dos años después de la primera, se coloca pin reabsorbible en ATM derecha y se revisa la articulación izquierda. En ella pudimos encontrar una sinovitis de grado I, un tejido retrodiscal normal y que el disco se mantuvo en su posición normal con un roofing del 100 %. Además el disco ligeramente deslustrado y el fibrocartílago era normal sin condromalacia. No se pudo visualizar la cabeza del pin colocado previamente ya que fue completamente reabsorbido.

CONCLUSIÓN:

La artroscopia con implante de pin reabsorbible para el tratamiento de las luxaciones anteriores de disco interauricular de ATM se presenta como una alternativa a métodos de reparación con dudoso resultado. En el caso presentado, se ha podido comprobar de forma directa como tras dos años el pin implantado se ha reabsorbido y el disco interauricular ha mantenido la misma posición, con buen resultado funcional de la paciente.

CPB137 (108). CONDROMATOSIS SINOVIAL DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR. DESCRIPCIÓN DE UN CASO

Juliá M. A., Gallana S., Lozano A. D., Chavez R. E.
Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

INTRODUCCIÓN:

La condromatosis sinovial es una enfermedad metaplásica poco frecuente que afecta generalmente a grandes articulaciones, siendo rara la afectación de la articulación temporomandibular (poco más de 100 casos han sido descritos en esta localización).

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Se describe un caso de condromatosis sinovial de ATM unilateral en un varón de 72 años de edad, diagnosticado y tratado mediante cirugía en nuestra U.G.C. Se adjuntan imágenes diagnósticas correspondientes al estudio tomográfico pre- quirúrgico y anatómo- patológico de la pieza de resección.

DISCUSIÓN:

Esta enfermedad está considerada de carácter metaplásico y no muestra tendencia a la malignización, aunque puede ser localmente agresiva, erosionar la base del cráneo, e incluso extenderse intracranealmente. Se han descrito diferentes patrones de manifestación clínica y de progresión de esta enfermedad. Las técnicas diagnósticas de imagen, tales como resonancia nuclear magnética y la tomografía son de elección para su estudio y determinación del grado de extensión de la misma. El tratamiento de elección es la cirugía, aunque hay poco descrito sobre las técnicas de elección a la hora de la reconstrucción articular.

CONCLUSIONES:

En conclusión, la condromatosis sinovial de la articulación temporomandibular es una patología de etiología y patogenia desconocidas. Los síntomas son inespecíficos, y la mayoría de los autores consideran la TC y la RMN como técnicas diagnósticas pre- operatorias de elección. El diagnóstico diferencial de esta entidad debe plantearse con lesiones malignas, como el condrosarcoma. Para la condromatosis en la ATM, la extirpación y la sinovectomía son las técnicas quirúrgicas de elección descritas.

CPB138 (30). SÍNDROME DE HENDERSON-JONES QUE AFECTA LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

Molina Méndez J; Serrat A; Sánchez A; Casañas N; Baró C; Pérez-Villar A.
Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

INTRODUCCIÓN:

La condromatosis sinovial de la articulación temporomandibular es una enfermedad rara, con menos de 180 casos reportados en la literatura, se caracteriza por cuerpos libres cartilaginosos que pueden llegar a calcificarse, recibiendo el nombre de síndrome de Henderson-Jones. Presentamos dos casos con una sintomatología inespecífica y una evolución muy similar, con una revisión actualizada de la epidemiología, patogénesis, diagnóstico y tratamiento.

CASO CLÍNICO 1:

Paciente femenina de 63 años sin antecedentes patológicos de interés, remitida por disfunción de ATM izquierda. Refería dolor en relación con los movimientos mandibulares, y a la exploración presentaba apertura oral máxima limitada, chasquidos articulares ausentes y oclusión clase I.

La paciente aportaba RM que fue informada como sinovitis temporomandibular izquierda con calcificaciones distróficas en la región pterigoidea homolateral. Se completó el estudio con TC y Ortopantomografía, se reportaron calcificaciones groseras de morfología lobulada, agrupadas, con unas dimensiones de 2x1x1,5 cm, adyacentes a la inserción de la musculatura pterigoidea izquierda. Con estos hallazgos se realizó el diagnóstico radiológico de Condromatosis sinovial de la ATM izquierda.

Se sugirió la posibilidad de tratamiento quirúrgico, pero debido a la mejoría de la sintomatología de la paciente con analgesia y medidas conservadoras, como cambios en la dieta y ejercicios para fortalecer la musculatura mandibular, se optó por diferir la cirugía y realizar revisiones periódicas en consulta.

CASO CLINICO 2:

Paciente femenina de 70 años sin antecedentes patológicos de interés, remitida por patología de ATM izquierda. La paciente refería dolores ocasionales en lado izquierdo de la cara, sin bloqueo ni dificultad para la masticación. Refería además, que hace 10 años le extrajeron de la articulación unas bolas pequeñas "como granos de arroz" porque el cartílago se estaba deshaciendo, aunque no aportaba informe del procedimiento. A la exploración presentaba dolor en la ATM izquierda, con una tumoración dura palpable en región condilar izquierda. La paciente aportaba RM la cual reportaba disfunción mandibular bilateral con irregularidad en la cortical del cóndilo izquierdo y alteración en la morfología del menisco. Se completó el estudio con TC y Ortopantomografía, se reportó extensa osteocondromatosis sinovial en ATM izquierda, con numerosos cuerpos libres calcificados periarticulares que protruyen hacia el espacio masticador y partes blandas.

En las siguientes revisiones la paciente manifestó mejoría de los síntomas con analgesia y medidas conservadoras, sin presentar nueva sintomatología, por lo que se optó por diferir el tratamiento quirúrgico y realizar revisiones periódicas en consulta.

DISCUSIÓN:

La condromatosis sinovial es una enfermedad rara caracterizada por una metaplasia progresiva y crónica en la cual se forman nódulos cartilaginosos a partir de la membrana sinovial de las articulaciones, vainas tendinosas o bursas. Con el tiempo algunos de los nódulos se degradan, desprenden y forman cuerpos libres calcificados.

El primer caso que afecta la ATM fue reportado en 1933, cuando Axhausen reporto una condrogénesis metaplásica en la membrana sinovial. La etiología no es clara y los casos suelen dividirse en primarios,

cuando no hay una causa identificable, y secundarios, que suelen relacionarse a traumas previos o artritis degenerativa. Siendo los primarios más agresivos.

Miligram clasificó tres fases de evolución basadas en la histopatología de la lesión: una fase temprana con metaplasia activa de la membrana sinovial y una proliferación de células madre indiferenciadas, sin cuerpos libres. Una segunda fase transicional con formación de cuerpos libres conteniendo condrocitos activos parcialmente recubiertos de membrana sinovial. Por último una fase avanzada sin actividad metaplásica intrasinovial, puede aparecer degeneración y calcificación de los cuerpos libres, denominándose entonces síndrome de Henderson-Jones.

En el año 2014 Yingjie et al. reportaron la relación del factor de crecimiento de los fibroblastos 2 (FGF-2) con la condromatosis sinovial. Observaron que el FGF-2 promueve la diferenciación condrogénica, osteogénica y angiogénica de los sinoviocitos en la condromatosis sinovial, concluyeron que el FGF-2 era el responsable de la formación de cuerpos libres cartilaginosos y que estaba relacionado en la patogénesis de la enfermedad. La enfermedad afecta tres veces más a mujeres que a hombres, con una media de edad de 46 años, se afecta por igual la articulación derecha que la izquierda. Los tres síntomas y signos principales son dolor preauricular, tumefacción o asimetría facial y limitación de la apertura oral. La tomografía y la resonancia magnética son las principales técnicas de diagnóstico por imágenes y ayudan a la planificación quirúrgica, la resonancia magnética es sobre todo útil para el diagnóstico en las fases tempranas, antes de la calcificación de los nódulos.

La cirugía abierta es el tratamiento de elección, mediante una sinovectomía con extracción de los cuerpos libres, y en algunos casos asociado a extracción del disco articular. Guarda-Nardini et al. en una revisión sistemática de la literatura que incluyó 76 pacientes, han concluido que la artroscopia no es recomendable en esta patología cuando afecta la ATM, ya que la tasa de éxito reportada fue del 55% y se tuvo que recurrir a la cirugía abierta para completar la sinovectomía.

La tasa de recurrencia es mínima con solo un caso descrito en la literatura. Solo se han reportado 3 casos de progresión de la condromatosis sinovial temporomandibular hacia un condrosarcoma sinovial.

CONCLUSIONES:

Debido a su sintomatología inespecífica la condromatosis sinovial es una patología a tener en cuenta en pacientes con disfunción de la ATM e imagen sospechosa en estudios radiológicos, recomendando el uso de la resonancia magnética para descartar fases tempranas de la enfermedad.

A pesar de ser considerada una enfermedad benigna puede actuar con mucha agresividad, e incluso se ha reportado su progresión hacia el condrosarcoma sinovial, aunque los resultados no fueron concluyentes en aclarar si esta actuó como causa o fue consecuencia del condrosarcoma.

Aunque se ha difundido el uso de la artroscopia para el tratamiento quirúrgico de la enfermedad en otras articulaciones, en la ATM se continúa recomendando la cirugía abierta ya que ha demostrado mejores tasas de éxito.

CPB140 (246). TERCEROS MOLARES ECTÓPICOS. ABORDAJES INUSUALES EN SU EXTIRPACIÓN

González Soto J; Espinosa C; Carrero M; García-Consuegra L; Junquera LM; de Vicente JC.

Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

INTRODUCCIÓN:

El desarrollo dentario se determina a partir de una interacción entre el epitelio oral y el mesénquima subyacente. Cualquier anomalía durante esta interacción puede dar lugar al desarrollo dental anómalo.

La inclusión del tercer molar es un hecho relativamente frecuente en Cirugía Oral y Maxilofacial, siendo inusual la ectopia del mismo.

Su tratamiento pasa desde la abstención terapéutica hasta su extirpación, tanto por vía intra como extraoral

CASO CLÍNICO:

Presentamos un caso clínico de un tercer molar mandibular izquierdo en un paciente de 71 años de edad que acude a nuestro Servicio derivado por su Médico de Atención Primaria tras presentar desde hace dos meses una tumoración cervical izquierda, asintomática. A la exploración se aprecia una tumoración de superficie irregular de 1'5cm de diámetro máximo, sita en celda submaxilar izquierda, desplazable de la piel pero no de del plano profundo. La punción obtiene drenaje purulento. Radiológicamente (Ortopantomografía/TC) se observa una lesión nodular en el espesor del tejido blando de morfología tubular llegando a contactar con la cortical externa de la rama mandibular, lugar donde se encuentra interrumpida y en relación con tercer molar no erupcionado.

Bajo anestesia general y mediante abordaje cervical, se realizó la disección del trayecto fistuloso y extirpación del molar incluido.

RESULTADOS:

Tras la intervención quirúrgica el paciente presenta una evolución clínica favorable, decidiéndose el alta a domicilio y seguimiento periódico de manera ambulatoria.

El análisis definitivo de la pieza quirúrgica permanece pendiente a fecha de redacción del caso.

CONCLUSIONES:

La presencia de un tercer molar heterotópico en ángulo mandibular es infrecuente. Está indicada su extirpación quirúrgica ante la presencia de procesos infecciosos de repetición o su asociación a un quiste folicular. La cirugía debe de ser minuciosamente planificada para disminuir los riesgos asociados.

CPB142 (184). QUERATOQUISTE O TUMOR ODONTOGÉNICO QUERATOQUÍSTICO: MALIGNIZACIÓN A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Arenas de Frutos G; Tousidonis Rial M; Peña Barreno M; Maza Muela C; Ochandiano Caicoya S; Navarro Cuéllar C.

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

INTRODUCCIÓN:

El queratoquiste o tumor queratoquístico odontogénico es una lesión uni- o multiloculada benigna intraósea, tapizada por un epitelio escamoso estratificado, morfológicamente similar a otros quistes odontogénicos, pero caracterizada por su agresividad y tendencia a la recurrencia. En cuanto a su manejo terapéutico existen numerosas opciones de tratamiento tales como la marsupialización, enucleación, adyuvancia (solución Carnoy, nitrógeno líquido) o la resección ósea, inclinándose la tendencia actual hacia la elección de medidas terapéuticas conservadoras siempre que el tamaño y localización de la lesión lo permitan, habiéndose logrado resultados satisfactorios, bajo nivel de recurrencias y morbilidad bajo estas líneas. La malignización o desarrollo de un carcinoma epidermoide en relación a esta lesión es una entidad extremadamente infrecuente tal y como se ha venido describiendo en la literatura.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se presenta el caso de una paciente mujer de 75 años de edad que acude a consultas del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital General Universitario Gregorio Marañón en Febrero de 2013 para valoración de inflamación y dolor hemimandibular izquierdo. Refiere historia previa de colocación de implantes dentarios en tercer cuadrante ocho meses antes, con retirada posterior de los mismos tras fracaso de osteointegración y seguimiento por parte de su odontólogo por infecciones de repetición en dicha localización, realizándose biopsia compatible con osteomielitis y finalmente legrado del lecho y exodoncia de piezas 32 y 33 seis meses después sin mejoría clínica. En la valoración en consultas de nuestro servicio se observa edéntulismo de tercer cuadrante, movilidad de piezas 31 y 41, defecto de mucosa en reborde crestal y abombamiento cortical, con dolor de intensidad moderada a la palpación. En el estudio de imagen mediante tomografía computerizada se observó lesión expansiva mandibular izquierda que afectaba a la región subcondilea de la rama mandibular izquierda y a la totalidad del cuerpo mandibular izquierdo, abundantes calcificaciones intralesionales y múltiples zonas de solución de continuidad y destrucción de la cortical mandibular, sin hallarse afectación de cuello o cóndilo mandibulares ni de partes blandas de la celda submaxilar izquierda, apreciándose adenopatías locorregionales de apariencia reactiva en áreas I y II de apariencia inespecífica. Se lleva a cabo biopsia de la lesión, llegándose al diagnóstico de queratoquiste odontogénico. En Abril de 2013 se realiza mandibulectomía segmentaria desde región subcondilar izquierda hasta región sinfisaria que incluye encía de reborde alveolar afecto, disección de vasos cervicales izquierdos con submaxilectomía izquierda asociada y reconstrucción inmediata del defecto con colgajo microquirúrgico de peroné izquierdo. En el estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica se describe pieza de hemimandibulectomía de 9x3 cm que incluye en región central lesión quística intraósea expansiva y queratinizante compatible con queratoquiste, con focos de infiltrado inflamatorio agudo y con abscesificación de la pared del quiste, no observándose atipias citológicas ni figuras de mitosis y respetando la lesión los márgenes de resección quirúrgicos.

RESULTADOS:

La paciente presentó un postoperatorio inmediato sin complicaciones. En noviembre de 2013 la paciente experimenta inflamación y dolor hemifacial izquierdo, siendo diagnosticada de absceso en lecho quirúrgico y espacio masticador ipsilateral, procediéndose a drenaje del mismo que evoluciona posteriormente de manera tórpida, precisando ingreso y tratamientos sucesivos. En estudio de imagen en Febrero de 2014 se observa

una masa infiltrativa difusa que afecta al espacio masticador izquierdo con extensa infiltración de espacios adyacentes (celda parotidea y músculo esternocleidomastoideo) con zonas de necrosis/ abcesificación en su interior que no permiten discernir entre la existencia de un área de recidiva tumoral, un proceso infeccioso, o una combinación de ambos. Se procede a extirpación del resto remanente mandibular hasta inserción de músculo masetero derecho, colgajo peroneo, apófisis coronoides y partes blandas con resultado anatomopatológico de queratoquiste odontogénico, no detectándose elementos neoplásicos en la muestra. En junio 2014 presenta lesión cutánea en región parasinfisaria derecha, de la que se realiza biopsia con resultado histopatológico de carcinoma epidermoide hiperqueratósico de alto grado de madurez. En estudios de imagen mediante tomografía computerizada y PET se observan restos tumorales sugestivos de malignidad en espacio masticador izquierdo que alcanzan fosa infratemporal así como lesión expansiva contralateral de nueva aparición que afecta la rama mandibular y espacio masticador derechos, zona anterior de suelo de boca y región submentoniana ipsilateral.

Tras desestimación de tratamiento quirúrgico la paciente inicia tratamiento quimioterápico paliativo con Cetuximab asociado a Taxol, presentando a los 6 meses de iniciado el mismo una respuesta favorable con cierre de fistulizaciones cutáneas y presencia de resto tumoral de 7 mm en espacio masticador derecho en estudio tomográfico.

CONCLUSIONES:

El queratoquiste o tumor queratoquístico odontogénico es una lesión con potencial agresividad y tendencia a la recurrencia. Su malignización es un proceso infrecuente tal y como se describe en la literatura, con una incidencia de en torno al 0,12% según algunas series, pero que obliga a un manejo terapéutico estricto y un seguimiento postoperatorio exhaustivo.

CPB143 (220). AMELOBLASTOMA: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO CONSERVADOR

Chávez León R.; Mayorga Jiménez F.; Rollón Mayordomo A.; Tofé Povedano A.; Juliá Martínez, M.; Avellaneda Camarena A.

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

INTRODUCCIÓN:

Los tumores odontogénicos en ángulo mandibular son una patología relativamente frecuente. En el tratamiento de los mismos la literatura científica recomienda en muchos casos un tratamiento radical en base a osteotomías segmentarias.

Presentamos un póster en el que analizamos la clínica, el diagnóstico, tratamiento quirúrgico conservador y evolución de 4 casos clínicos con tumores odontogénicos mandibulares (tres ameloblastomas y un fibroodontoma ameloblástico)

El ameloblastoma es una neoplasia polimórfica localmente invasiva que comúnmente tiene un patrón folicular o plexiforme, constituida por una proliferación de epitelio odontogénico en un estroma fibroso y se clasifica dentro de los tumores benignos de epitelio odontogénico con estroma fibroso maduro sin ectomesénquima odontogénico

El fibroodontoma ameloblástico es un tumor odontogénico benigno poco frecuente, con características generales de fibroma ameloblástico, pero con cantidades variables de tejido calcificado. Se encuentra habitualmente asociado a piezas dentarias incluidas y su incidencia es ligeramente mayor en el maxilar inferior.

MATERIAL Y MÉTODO:

Presentamos 4 casos clínicos de ameloblastoma con tratamiento quirúrgico conservador

RESULTADOS:

El tratamiento quirúrgico conservador de los tumores odontogénicos mandibulares produce menos morbilidad y complicaciones en los pacientes, aunque la literatura informa de un porcentaje mayor de recidivas locales.

CONCLUSIÓN:

Según nuestra experiencia se puede indicar en algunos pacientes el tratamiento quirúrgico conservador en lugar de las osteotomías segmentarias en los tumores odontogénicos mandibulares de gran tamaño.

CPB144 (107). MÚLTIPLES TUMORES PARDOS MAXILARES EN EL CONTEXTO DE UN HIPERPARATIROIDISMO

Perez Villar, A(*); Crespo Pinilla, I(*); Villar Bonet, A(**); Casañas, N(*); García Sierra, C(*); Verrier, A(*)
(* Hospital Universitario de Río Hortega; (**) Hospital Clínico Universitario. Valladolid

INTRODUCCIÓN:

El hiperparatiroidismo primario es un trastorno generalizado del metabolismo óseo producido por un aumento de la secreción de hormona paratiroidea (PTH), siendo el adenoma paratiroideo la causa mas frecuente de hipersecreción de la hormona. Los tumores pardos son unas lesiones focales de células gigantes que aparecen como resultado directo de los efectos de la hormona paratiroides en el tejido óseo en algunos pacientes con hiperparatiroidismo.

CASO CLÍNICO:

Presentamos el caso de una paciente con múltiples tumores pardos a nivel de los maxilares como primera manifestación de un hiperparatiroidismo primario, destacando las peculiaridades del proceso diagnóstico.

DISCUSIÓN:

Los tumores pardos son cada vez es menos frecuente, debido al diagnostico temprano del hiperparatiroidismo. Las lesiones focales son mas frecuentes en costillas, clavícula y pelvis siendo la afectación mandibular registrada de un 4,5%. Las lesiones maxilares suponen una entidad rara. Toda lesión focal mandibular con histología de células gigantes se debe descartar analíticamente que este en un contexto de un hiperparatiroidismo, por lo que se hablaría de tumor pardo.

La exéresis del adenoma paratiroideo supone el tratamiento de elección. La normalización de la función paratiroidea reduce el tamaño o provoca la desaparición del mismo.

CONCLUSIONES:

En algunas ocasiones el cirujano maxilofacial puede ser el primero en detectarla ante lesiones osteolíticas a nivel de los maxilares. En estos casos, el propio cirujano debe realizar el diagnóstico diferencial entre el granuloma reparativo de células gigantes, el tumor de células gigantes, la displasia fibrosa y el quiste óseo aneurismático. Se debe realizar una biopsia de la lesión y en el contexto de un hiperparatiroidismo se hablaría de tumor pardo. Las lesiones pueden regresar espontáneamente tras la cirugía de las paratiroides aunque también se recomienda un pauta inicial de corticoides sistémicos para la reducción del tamaño seguido de la enucleación y curetaje de la lesión ósea.

En cualquier caso, ante quistes con gran destrucción mandibular y pocas posibilidades de remodelación por la ausencia de corticales óseas mandibulares una vez normalizada la calcemia, y una persistencia mayor de 6 meses, algunos autores indican cirugía de la misma.

CPB145 (132). COLGAJO PECTORAL CON DOBLE PALETA CUTÁNEA PARA RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTO ONCOLÓGICO INTRAORAL Y CERVICAL TRAS RECONSTRUCCIÓN MICROQUIRÚRGICA

Moreno Sánchez M; Ruiz Laza L; Manzano Solo de Zaldívar D; González Ballester D; Hernández Vila C; Ramírez FA

Hospital Universitario Infanta Cristina. Badajoz

INTRODUCCIÓN:

La reconstrucción de defectos oncológicos complejos y extensos de partes blandas en cabeza y cuello, tras recurrencia tumoral local o tras fallo de la reconstrucción microquirúrgica primaria, puede suponer un verdadero reto.

CASO CLÍNICO:

Se presenta el caso clínico de un paciente de 35 años intervenido por tumoración sólida vegetante que afectaba a base de la lengua y musculatura de suelo de boca, amígdala derecha, hioides y laringe supraglótica.

RESULTADOS:

Se realizó laringuectomía total ampliada a base de lengua derecha e hioides mediante abordaje "pull-through" para exponer totalidad de lengua, orofaringe y espacio suprahioides. Se realizó doble disección cervical funcional y reconstrucción primaria de defecto intraoral y cervical con colgajo microquirúrgico anterolateral de muslo. A las 2 semanas, volvió a ser intervenido por dehiscencia de hipofaringe distal al colgajo y gran defecto de suelo de boca. Se diseñó y adaptó para reconstrucción secundaria de dicho defecto (intraoral, cervical y defecto cutáneo peritraqueostomía), un colgajo miocutáneo de Pectoral mayor con dos islas cutáneas, dejando su parte proximal pediculado al plano arterial. El diagnóstico anatomopatológico fue de carcinoma de células escamosas basaloides e infiltrante.

CONCLUSIÓN:

El colgajo miocutáneo de Pectoral mayor es un colgajo versátil que puede jugar un papel importante en la era de la microcirugía. El diseño con 2 islas cutáneas ha sido descrito en la literatura en muy pocos casos y puede ser utilizado con éxito para reconstrucción de defectos oncológicos complejos de cabeza y cuello cuando la microcirugía fracasa o no es posible realizarla.

CPB146 (106). RECONSTRUCCIÓN NASAL COMPLEJA: ALGORITMO DE TRATAMIENTO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Sambo Salas, P; Ramos Murguialday, M; Molina Barraguer, M; Morera Serna, E; Salcedo Gil, C; Iriarte-Ortabe, JI. *Servicio de Cirugía Maxilofacial. Hospital Son Espases Palma de Mallorca*

INTRODUCCIÓN:

Las fracturas del tercio medio facial son las más frecuentes de las fracturas del macizo óseo facial. Se pueden presentar con otro tipo de fractura facial y afectación cutáneo –cartilaginosa en la mayoría de los casos. Tienen mayor incidencia en el sexo masculino.

Para la producción se requiere la acción de un traumatismo regular o de mayor intensidad generalmente producidos por objetos contusos, durante peleas o agresiones, pero en general la causa de estas son los accidentes de tráfico. La decisión terapéutica dependerá de la evaluación tanto estética como funcional.

CASO CLÍNICO:

Paciente varón de 60 años de edad que acudió a urgencias en el año 2011 tras accidente de tráfico con coche y sin cinturón, presentando diversas fracturas de alta energía a nivel del tercio medio facial más heridas inciso contusas faciales. Se realiza de forma urgente Reducción y osteosíntesis de fracturas, suturas de heridas, enucleación e implante de od. Acude posteriormente a nuestro servicio por deformidad nasal y dificultad ventilatoria severa.

A la exploración física se evidencia déficit cutáneo cartilaginoso a nivel de ala nasal derecha y columela además de laterorrinia y hundimiento de dorso nasal por volatilización de huesos propios.

TAC facial: Huesos propios volatilizados, Múltiples placas de osteosíntesis, prótesis OD, malla suelo órbita izda. Septo desviado con colapso de fosa nasal izquierda.

Con estos hallazgos se decide realizar Septoplastia, reconstrucción con injerto conchal de narina derecha, cartílago costo condral triturado envuelto en fascia lata para dorso y colgajo naso frontal para reconstrucción cutánea narina dcha, strut columelar, ,Injerto de Sheen escudo en punta nasal con controles evolutivos favorables.

CONCLUSIONES:

Para la reconstrucción nasal compleja se debe realizar una evaluación estética y funcional completa del caso y el éxito o no de la IQ dependerá sobre todo de restablecer las subunidades estéticas nasales.

Proponemos aquí un algoritmo de tratamiento para dichos casos, teniendo en cuenta las diferentes posibilidades de reconstrucción facial.

CPB147 (21). COLGAJOS DE PERFORANTES EN CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DE CABEZA Y CUELLO

De Leyva, P. (*); Picón, M. (**); Almeida, F. (**); Núñez, J. (**); Acero, J. (*)(**).

(*) Hospital Universitario Quirón, (**) Hospital Universitario Ramón y Cajal y Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid.

INTRODUCCIÓN:

Los colgajos de perforantes, desde su primera descripción en 1989, han revolucionado la cirugía reconstructiva. Un colgajo de perforantes consiste en un colgajo de piel y/o grasa subcutánea cuyos vasos nutricios son perforantes aisladas. El concepto básico es que cualquier vaso con nombre propio dará lugar a ramas más pequeñas hacia la piel en las que se pueden basar colgajos pediculados o libres. Nuestro objetivo es hacer una revisión de los colgajos de perforantes utilizados en nuestro servicio para la reconstrucción en cabeza y cuello.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Realizamos una revisión de los colgajos de perforantes utilizados en reconstrucción de cabeza y cuello en nuestro servicio. Presentamos un esquema general de su anatomía vascular, diseño del colgajo, principales características, ventajas e inconvenientes y aplicaciones.

RESULTADOS:

Se presenta una revisión de diferentes colgajos de perforantes de varios tamaños y composiciones. Algunos pueden ser utilizados como colgajos libres, sin embargo, algunos otros ofrecen la posibilidad de utilizar tejido adyacente al defecto, que puede ser transferido como un colgajo de perforantes local. Esto proporciona una opción reconstructiva más simple y directa, consiguiendo una mayor similitud en el tejido y por tanto un mejor resultado estético.

CONCLUSIONES:

En reconstrucción quirúrgica en cabeza y cuello es clave aunar un óptimo resultado estético y funcional con una mínima morbilidad de la zona donante. Durante décadas, la falta de un conocimiento detallado de la anatomía vascular de la piel impidió realizar avances en este campo. El estudio de la anatomía vascular de las perforantes cutáneas fue de vital importancia para el diseño de colgajos de perforantes seguros.

Los colgajos de perforantes han contribuido a mejorar los resultados estéticos y funcionales en la reconstrucción en cabeza y cuello, al tiempo que han permitido preservar la función de la zona donante. El gran número de colgajos locales disponibles ofrece la posibilidad de elegir una solución local, más simple que un colgajo libre. El reto está en seleccionar el mejor colgajo de perforantes para cada cirugía.

CPB148 (208). RECONSTRUCCIÓN DE TERCIO MEDIO MEDIANTE COLGAJO MICROVASCULARIZADO DE PERONÉ

García Serrano G; Sagüillo K; Pérez-Flecha F; Lago B; Picón M; Acero J
Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

INTRODUCCIÓN:

La reconstrucción ósea del tercio medio facial es un complejo reto al que debe enfrentarse con frecuencia el Cirujano Maxilofacial. Son muchas las opciones descritas que permiten la reconstrucción del tercio medio, sin embargo la importancia de esta región en la estética y funcionalidad facial nos obliga a la búsqueda de procedimientos que permitan la extirpación tumoral con criterios de seguridad oncológica, pero generando la menor morbilidad posible.

PACIENTE Y MÉTODO:

Presentamos el caso de una paciente de 27 años diagnosticada mediante biopsia y pruebas de imagen de fibroma odontogénico que se extendía en el maxilar izquierdo desde los procesos alveolares hasta el suelo orbitario. Se realizó una hemimaxilectomía (tipo IIIB de Brown) para la extirpación completa de la lesión. Posteriormente se diseñó un colgajo microvascularizado de peroné que se anastomosó por vía intraoral a los vasos faciales izquierdos.

RESULTADOS:

Se consiguió la extirpación completa de la lesión, así como una adecuada rehabilitación estética y funcional de la zona. Pendiente de rehabilitación dental con implantes.

CONCLUSIONES:

Dada su gran versatilidad y la variedad y cantidad de tejidos que aporta, el colgajo microvascularizado de peroné es una de las primeras opciones a valorar en la reconstrucción ósea del tercio medio facial. Además las anastomosis microquirúrgicas intraorales evitan incisiones adicionales, que generan una morbilidad añadida importante en pacientes jóvenes.

CPB149 (131). VERSATILIDAD DE COLGAJO ABBÉ PARA EL MANEJO QUIRÚRGICO RECONSTRUCTIVO DE UNA MAV DE LABIO SUPERIOR. A PROPÓSITO DE UN CASO

Domínguez Medina D.; Sánchez Torres L.; Sánchez Aniceto G.

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

INTRODUCCIÓN:

De las anomalías vasculares, las malformaciones vasculares arterio-venosas (MAV) son poco comunes, cuando aparecen involucran el territorio de Cabeza y cuello en un 60% y no existe uniformidad definida para el tratamiento. El trauma, infección y los cambios hormonales son factores predisponentes para la progresión de las mismas. La terapia endovascular, desde su introducción como tratamiento de las MAV en 1930 (Brooks) es el tratamiento de elección de estas malformaciones (y el único el 80% de los casos), sin embargo algunos autores promueven recientemente que la embolización supraselectiva seguida de la cirugía puede ser el tratamiento de elección en determinados casos.

En la reconstrucción maxilofacial, tras resecciones de MAV extensas, con importante componente de tejidos blandos, muchas veces es necesario recurrir a la microcirugía para conseguir un resultado óptimo funcional y estético; en este trabajo expondremos la versatilidad de un colgajo local (Abbé) empleado para la reconstrucción de una MAV extensa, con buenos resultados funcionales y estéticos.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Varón de 29 años, fumador activo, que acude por primera vez a nuestro servicio en julio de 2013, portador de una MAV que involucra el 100% del labio superior (dicha malformación había sido intervenida quirúrgicamente previamente en 3 ocasiones en otros centros, como único tratamiento, con evidente persistencia) ocasionándole dolor, sangrado constante y aislamiento social.

Tras estudio angiográfico inicial, se objetiva dependencia de ambas arterias faciales y maxilares superiores, susceptible de embolización. Inicialmente se realiza embolización supraselectiva de las arterias facial y maxilar interna izquierda, consiguiendo clínicamente una disminución de tamaño de la MAV y disminución de episodios de sangrado; motivo por el que se somete a una segunda embolización, en esta ocasión de las arterias facial y maxilar interna contralaterales (objetivándose en este segundo estudio recanalización parcial de la MAV por la carótida externa izquierda). Se somete a una tercera embolización 2 meses después en este caso de la arteria maxilar superior izquierda de la que se objetiva hipertrofia. Clínicamente experimenta escasa mejoría del tamaño de la MAV, añadiéndose necrosis cutánea; motivo por el cual nos planteamos en este punto tratamiento quirúrgico. Como estudio prequirúrgico se realiza una Angio-RM, observándose extensa MAV centrada en labio superior, predominio izquierdo, afectación muscular del orbicular oris y con afectación ósea del maxilar superior (margen anterior e izquierdo del paladar óseo). Se planifica resección quirúrgica incluyendo resección de paladar y una probable reconstrucción microquirúrgica. Se somete a Cirugía resectiva en febrero de 2014, mediante abordaje transfacial, en la que se realiza resección completa de labio superior, comisura bucal izquierda, resección de la porción palatina de la lesión y reconstrucción primaria del defecto con colgajos regionales (colgajo de avance perialar bilateral, colgajo mucoso izquierdo y Abbé-estlander de labio inferior). Tras la cirugía se realiza sección del pedículo del colgajo 4 semanas después de la intervención. Como complicación local tuvo una dehiscencia del colgajo en comisura izquierda que se resuelve con sutura con anestesia local.

El paciente globalmente se encuentra bien, solamente inconforme con la microstomía resultante; motivo por el que 10 meses después se somete a una comisuroplastia bilateral (técnica Gillies), sin complicaciones. Actualmente se encuentra sin signos de recidiva de la MAV y con buen resultado estético y funcional.

CONCLUSIONES:

Actualmente el manejo de las MAV requiere un tratamiento multidisciplinar. En el caso de malformaciones con importante componente de tejidos blandos el tratamiento recomendado es la embolización supraselectiva seguida de la Cirugía.

En cuanto a la reconstrucción del defecto resectivo, los colgajos locales como el Abbé-estlander pueden constituir una buena alternativa a la microcirugía, especialmente para reconstruir defectos de espesor total y de más de dos tercios labio superior o inferior, con comisura intacta, con buen resultado estético y funcional.

CPB150 (235). ANASTOMOSIS INTRAORAL EN LA RECONSTRUCCIÓN DE CABEZA Y CUELLO

Lago-Beack B; Haddad-Riesgo A; Herraiz-Page Ines; García-Serrano G; Picón-Molina M; Acero-Sanz Julio
Hospital Universitario Ramón y Cajal/ Hospital Puerta de Hierro de Madrid

OBJETIVO:

En la reconstrucción microvascular de los defectos de cabeza y cuello el objetivo principal es conseguir la máxima funcionalidad posible así como preservar el aspecto físico y la estética previos a la cirugía. En el caso de la cirugía oncológica, grandes resecciones son necesarias, siendo aprovechados estos mismos abordajes para buscar los vasos receptores que se anastomosarán al pedículo que vasculariza el tejido transplantado. En situaciones en las que queda un defecto importante que por cuyas características obliga a reconstruir con un colgajo libre microvascularizado, siendo principalmente secuelas de trauma facial o patología benigna, un abordaje intraoral se puede emplear de manera segura para evitar cicatrices externas faciales.

MATERIALES Y MÉTODO:

Se ha realizado un estudio descriptivo retrospectivo de dos casos intervenidos en el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Ramón y Cajal en el año 2014. Se describen los datos clínicos de cada paciente, la técnica quirúrgica realizada y el seguimiento posterior.

RESULTADOS:

En ambos casos se realizó una resección completa del tumor con reconstrucción inmediata mediante colgajo libre microvascularizado OMC de peroné y OMC femoral, sin complicaciones post-operatorias y consiguiendo rehabilitación funcional y estética.

Conclusiones. La anastomosis intraoral de colgajos libres microvascularizados permite reducir la aparición de cicatrices externas faciales sin aumentar el número de complicaciones derivadas de esta técnica quirúrgica. La búsqueda de los vasos receptores por vía intraoral es más dificultosa y alarga el tiempo quirúrgico pero disminuye el riesgo de dañar la rama marginal del Nervio Facial.

PALABRAS CLAVE: Anastomosis intraoral, reconstrucción, colgajos microvascularizados

CPB151 (85). MANEJO OSTEO-OCULO-NERVIOSO DE HERIDAS COMPLEJAS FACIALES: A PROPÓSITO DE UN CASO

López Martos, R; Martín Lozano, G; Rodríguez Jara, P; Hernández Guisado, JM; Gutiérrez Pérez, JL
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

INTRODUCCIÓN:

Las heridas faciales complejas accidentales son poco frecuentes en nuestro medio. Esta falta de experiencia unida a las características especiales de estas lesiones, que requieren en muchas ocasiones el empleo de técnicas reconstructivas complejas para su tratamiento, hacen de su manejo un verdadero reto.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Presentamos un caso de un paciente de 43 años que sufre un accidente mientras manipulaba una sierra radial provocándole una herida hemifacial compleja con estallido y vaciamiento del contenido intraocular, fracturas de techo y suelo orbitario y pared anterior de seno maxilar con sección de ramas bucales del nervio facial.

RESULTADOS:

Tras la correcta hemostasia se realiza una TAC de urgencia interviniéndose bajo anestesia general. En el mismo acto operatorio se realiza reducción y osteosíntesis de pared anterior de seno frontal y seno maxilar además suelo de órbita. Se realiza también neurorrafia de la rama bucal del nervio facial recuperando movilidad transcurrido un año y se realiza la evisceración y reconstrucción del globo ocular dañado.

CONCLUSIÓN:

Una vez descartadas y/o tratadas las lesiones de riesgo vital se abordan las heridas faciales. Lo más controvertido en el tratamiento de estas lesiones es el manejo quirúrgico de pacientes con lesiones extensas de la cara que involucran partes blandas y hueso, ya que pueden tratarse con técnicas reconstructivas complejas en el primer acto operatorio o se puede realizar de forma diferida. El fin común es lograr una adecuada reparación tanto desde el punto de vista estético como funcional.

Palabras Claves : herida facial; neurorrafia; reconstrucción

CPB153 (236). IMPLANTE DE POLIETERETERCETONA EN LA SECUELA TRAUMATICA FACIAL

Espinosa Fariñas C.A. Carrero Álvarez M. Gutiérrez Morales J. Peña González I.
Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

INTRODUCCIÓN:

Los traumatismos craneofaciales pueden resultar devastadores. Las fracturas conminutas fronto-orbitarias suponen un reto quirúrgico debido a la dificultad en su reducción y osteosíntesis. Estos defectos tienen consecuencias funcionales, estéticas y psicológicas. La reconstrucción es necesaria para la protección cerebral y del globo ocular, así como para restaurar la simetría craneofacial y la autoestima del paciente.

La polietereetercetona (PEEK) es un material que se utilizó inicialmente en la cirugía de columna vertebral y de cadera. Presenta características que favorecen su uso en defectos craneofaciales: Biocompatible, resistente a la radiación térmica e ionizante y, biomecánicamente, similar al hueso. Por ello, ha crecido su uso en reconstrucción cráneo-facial.

En el presente trabajo, se describe el empleo de un implante de PEEK hecho a medida para el tratamiento de una secuela post-traumática fronto-orbitaria.

CASO CLÍNICO:

Paciente varón de 25 años que acude a nuestras consultas presentando un déficit fronto-orbitario secundario a atropello por un tren. El paciente presentaba una cicatriz hipertrófica residual en región frontal izquierda, ptosis palpebral, enoftalmos e hipoglobo, decalaje óseo con deformidad en el reborde supraorbitario que se extendía hacia el arbotante fronto-malar y un escalón óseo en el reborde infraorbitario homolateral. Valorado por oftalmología se confirmó la pérdida de visión del ojo izquierdo. Se realizó una tomografía computarizada (TC) (matriz de 512 x 512-pixel con corte de 1,0-mm de grosor, 0 ° de inclinación de pórtico y en algoritmo óseo), según protocolo del fabricante (Synthes Maxilofacial), para posterior procesamiento de las imágenes y diseño a medida del implante.

Mediante abordaje coronal se procedió a la colocación del implante PEEK y posterior fijación con dos miniplacas de 1.5 mm (Synthes). No fue necesario su remodelado. Además se realizó un colgajo de deslizamiento de la ceja izquierda utilizando la cicatriz hipertrófica previa para la recolocación de la misma. Por otro lado, se realizó un abordaje transconjuntival izquierdo para la reparación del suelo orbitario con malla de titanio preformada (Synthes).

RESULTADO:

La mejoría del contorno fronto-orbitario fue evidente, restaurando la simetría craneofacial. La reconstrucción de la ceja y del suelo orbitario mejoraron el aspecto estético aunque se mantuvo un leve enoftalmos como consecuencia del hipoglobo.

En cuanto al implante, no se presentaron reacciones de rechazo, infección o exposición del mismo durante el postoperatorio. Su utilización permitió disminuir el tiempo quirúrgico.

CONCLUSIÓN:

Los implantes de PEEK personalizados se presentan como un método razonable para la reconstrucción de defectos cráneo-faciales. Deben evaluarse diversos factores, tales como: el coste, el procedimiento quirúrgico, el tiempo hasta que se obtiene el implante definitivo y los resultados a largo plazo.

CPB154 (147). ASISTENCIA INICIAL DEL TRAUMATISMO FACIAL. EVALUACIÓN Y PRINCIPIOS GENERALES DEL TRATAMIENTO

Augustín J.E.; Pinos D.A.; Acosta A.J.; Galeas F.J.; Daura A.F.; Aguilar Y.
Hospital Regional Universitario de Málaga

El trauma facial representa una de las patologías más frecuentes en nuestros servicios de urgencias. Accidentes de tráfico, deportes, caídas por tropiezos y resbalones, agresiones y mordeduras de animales constituyen las causas más frecuentes. Por ello y dada la visibilidad de las lesiones junto con el problema psicológico subsiguiente que en algunos casos acarrearán las secuelas creemos acertada y conveniente una revisión bibliográfica acerca del manejo inicial del traumatizado facial en lo referente a evaluación clínica, exploración de la herida, pruebas complementarias y principios generales del tratamiento acompañado de ejemplos fotográficos recogidos durante nuestra actividad asistencial.

CPB155 (156). ESTENOSIS DE NARINAS: DILATACIÓN NASAL PROGRESIVA MEDIANTE UN CONFORMADOR DE DISPONIBILIDAD UNIVERSAL

Fernández-Barrales López M.; Vázquez Marcos V.; Jauregi Zabaleta M.; Sánchez López-Davalillo I.; Alonso Fernández-Pacheco J.

Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Universitario de Álava. Vitoria-Gasteiz

INTRODUCCIÓN:

La estenosis de narinas (EN) es una reducción circunferencial del diámetro de las aperturas anteriores de la cavidad nasal como resultado de una pérdida tisular y/o fibrosis cicatricial. Sus agentes causales más frecuentes son el traumatismo (accidental o iatrogénico), la infección y las enfermedades congénitas. La EN causa grados variables de obstrucción nasal y deformidad estética del complejo lóbulo-columela-ala que pueden ser tratados con distintas combinaciones de abordajes ortopédicos y quirúrgicos.

Presentamos un caso clínico que fue manejado de forma mínimamente invasiva con dilatación nasal progresiva en la que empleamos un conformador de disponibilidad universal.

CASO CLÍNICO:

Varón de 30 años que sufrió una herida traumática nasal con pérdida de piel, tejido subcutáneo y cartílago alar izquierdo. Dos meses tras la reconstrucción presentaba secuelas del traumatismo consistentes en estenosis nasal puntiforme, dificultad respiratoria nasal, borramiento de los surcos nasales supra-alar, alar-facial y alar vertical y falta de proyección de la punta nasal.

Se llevó a cabo un procedimiento de decorticación circunferencial de la estenosis que recidivó en una semana por sobrecrecimiento de tejido de granulación. Una nueva decorticación seguida de ferulización intra-nasal inmediata con un conformador pre-fabricado de silicona de 7 mm de diámetro (Polytech-Silimed. Dieburg, Alemania) fue efectiva y bien tolerada. Continuamos con la dilatación nasal ortopédica progresiva semanal con conformadores de 8 y 9 mm. Debido a una falta de suministro puntual, y con la colaboración y el consentimiento del paciente, se planteó la posibilidad de continuar la dilatación con un objeto cotidiano, de disponibilidad universal y dimensiones adecuadas al diámetro y la profundidad de la narina en ese momento; una tapa de bolígrafo BIC (Société Bic. Clichy, France). Para asegurar una interfaz de contacto de reconocido efecto en la maduración y curación de las cicatrices y permitir un escalado en el diámetro del conformador se practicó un recubrimiento circunferencial con cinta de silicona (3M. St Paul, Minesotta. USA).

Resultados

La proyección nasal, volumen del ala nasal, definición de los surcos alares, función respiratoria y diámetro de la narina mejoraron significativamente asimilándose a los de la narina contralateral por medio de un abordaje mínimamente invasivo y con resultados estables dos años tras la intervención.

CONCLUSIÓN:

La dilatación nasal progresiva es una opción terapéutica mínimamente invasiva para los casos de estenosis nasal post-traumática. Presentamos además una alternativa de bajo coste, disponibilidad universal y dimensiones adecuadas al diámetro y la profundidad de la narina adulta que podría ser una opción en el tratamiento de esta patología en contextos sanitarios menos desarrollados o en situaciones especiales como la que nos llevó a buscar esta alternativa.

CPB156 (281). DISFAGIA LUSORIA SECUNDARIA A ARTERIA SUBCLAVIA DERECHA ABERRANTE

Pujol Romanyà, R; Gil Sales, J.; Herencia Nieto, H.; Crespo Escudero, J.L.; Navarro Cuéllar, I.; Martín Sastre, R.
Hospital Virgen de la Salud. Toledo

OBJETIVO:

Presentar un caso de disfagia lusoria secundaria a un origen aberrante de la arteria subclavia derecha en el cayado aórtico, produciendo compresión del esófago cérvico-torácico.

MATERIAL Y MÉTODO:

Mujer de 63 años, sin antecedentes personales de interés que consulta por disfagia intermitente de años de evolución sin odinofagia ni síndrome constitucional asociado. En la exploración física no se encuentran masas cervicales que justifiquen la clínica. Endoscopia digestiva: sin hallazgos. EGD: normal. TC: Faringe normal. Ambos espacios parafaríngeos preservados y simétricos. Laringe normal. Glándulas salivares mayores sin alteraciones. No se aprecian masas adenopáticas cervicales. Arteria subclavia derecha que se origina posterior y medial en el cayado aórtico, como una variante anatómica de la normalidad y que muestra un trayecto posterior al esófago y que puede justificar el cuadro de disfagia.

CONCLUSIONES:

La disfagia se define como el impedimento al paso normal del bolo alimentario deglutido. La mayoría de los casos se deben a problemas del tracto gastrointestinal alto (reflujo ácido, anillo de Schatzki, estenosis benignas, achalasia, cáncer de esófago o estenosis postquirúrgicas), a problemas funcionales neuromusculares o a secuelas postquirúrgicas y postradioterapia. La compresión extrínseca es una causa poco frecuente y generalmente por bocios de gran tamaño. El síndrome de la arteria subclavia aberrante o disfagia lusoria es una causa infrecuente de compresión extrínseca del esófago que se produce por una rara variante anatómica del origen de la arteria subclavia derecha o izquierda, cruzando por detrás del esófago. Es la anomalía congénita vascular más común del arco aórtico.

El tratamiento de la disfagia lusoria depende del grado de incapacidad que origine al paciente. La mayoría de los pacientes se tratan con modificaciones dietéticas. En los casos más graves, se recomienda intervención mediante cirugía convencional del arco aórtico o, más modernamente, cirugía mixta (con exclusión endovascular de la arteria aberrante y revascularización convencional mediante bypass de arteria subclavia).

CPB157 (282). INTUBACIÓN OROENDOTRAQUEAL PERISUBMENTAL (IOEPS)

Hernández Altemir, F.
Zaragoza

INTRODUCCIÓN:

La técnica convencional de Intubación endotraqueal por vía submental (IS) (1-2), se puede considerar, que tiene ya un largo recorrido y difusión, tal como se concibió e incluso, con las modificaciones sucesivas. Al respecto, presentamos ahora (IOEPS), una variante de la misma, para investigación, que en nuestro pensamiento y manos, habría que buscarla, ya cómo coetánea de aquella primitiva (IS), no obstante, porque ya hicimos algún estudio también, para entonces.

Aunque ahora retomamos, evitando atravesar, con nuestros instrumentos quirúrgicos y con el tubo endotraqueal, tanto los espacios mucosublinguales e infragenimilohioideos, o lo que es lo mismo, las estructuras profundas del suelo de la boca, así como incluso, las superficiales, mucomiocutáneas.

Todo con intenciones, para casos señalados, de hacerla más específica, al hacer el diseño del trayecto, por el que deberá discurrir el tubo endotraqueal, por espacios de anatomía, lo menos complejas posibles y sobre todo, para evitar incisiones cutáneas, que pueden ser determinantes, en algún tipo de pieles, de cicatrices hipertróficas y tal vez, para minimizar más si cabe, infecciones y otras patologías de la región implicada y por donde habitualmente sale al exterior, el tubo endotraqueal (IS).

MATERIAL Y MÉTODO:

No necesitamos instrumental quirúrgico y o anestesiológico, diferentes a los habituales empleados en la técnica de la (IS) y de algunas variantes o puntualizaciones (3, 4, 5, 6). Dicho esto y previos ensayos preliminares en cadáver principalmente, se seleccionaría el tipo de paciente subsidiario, ya reflejado someramente, en el apartado anterior. Se procedería por el anestesiólogo, a la intubación oroendotraqueal, con tubo anillado preferentemente, para luego, el cirujano, realizar, dos incisiones horizontales sinfisarias intraorales centrales, más o menos, de canino a canino. Una anterior, en la profundidad de la mucosa adherida vestibular, para despegar y exponer ampliamente, lo que sería el espacio supraperiostíico sinfisario anteroinferior, para realizado esto, despegar a través de la trazada, en la fibromucosa fija sinfilinguocaudal, la zona homóloga retrosinfisaria correspondiente. Respetando en la comunicación de ambas áreas de despegamiento, la anatomía insertiva geniioidea, así cómo claro, y en lo posible, del resto de las estructuras adheridas musculoaponeuróticas correspondientes a las inserciones digástricas y milohioideas parasinfisarias. Bastará ahora establecida la comunicación espacial de ambas áreas despegadas, pasar el disector o el tractor que se determine, subsinfisariamente, desde vestíbulo a lingual, para tomar con el mismo, primero el tubo del manguito traqueal y acto seguido, la boca proximal del tubo endotraqueal, desprovista de su conector, para traccionándolo, llevarlo de la misma manera, ahora al exterior, a través de la región oral, para ya instalar la conexión del tubo endotraqueal y así acoplar los sistemas de ventilación correspondientes. De esta manera, se evitan las inmersiones del tubo endotraqueal de la (IS), en las estructuras del suelo de la boca y claro, las incisiones externas, con el inconveniente, eso sí, de la presencia del tubo endotraqueal en el área bucal, más o menos medialmente.

Consideramos en el procedimiento la posibilidad de tener biselado previamente de forma moderada, total o parcial, la porción más proximal del tubo endotraqueal, donde estaría instalado el conector, para así facilitar su paso subsinfisariamente, retirado el mismo y aprovechando el área de despegamiento. En definitiva, o un corte de tijera total, para el biselado o uno parcial, para que nos sirva también, para traccionar del mismo, con nuestro disector o hemostato y así, facilitar la progresión del tubo y llevarlo fuera de la cavidad oral, en el espacio interlabial.

DISCUSIÓN:

El decidir a estas alturas llevar a efecto, esta modificación de la (IS), pensada como decíamos ya en los inicios del procedimiento, se debe fundamentalmente, cómo señalábamos antes, a que se dan casos de cicatrices hipertróficas en determinados tipos de piel y etnias a nivel de la huella cutánea correspondiente a la exteriorización del tubo endotraqueal en la (IS) tradicional y también, con la intención incluso, de obviar en casos señalados, cualquier tipo de cicatriz en el espacio cervicosubmandibular. No cabe duda, que este procedimiento (IOEPS) deberá indicarse, para situaciones concretas, que la experiencia de los que la practiquemos, servirá para afirmarse en uno u otro sentido aplicativo. Adjuntamos esquemáticamente el Procedimiento.

BIBLIOGRAFÍA:

1. F. Hernández Altemir: Intubación endotraqueal por vía submental. Revista Iberoamericana de Cirugía Oral y Maxilofacial Vol. VI-Nº. 3, 1984.
2. F. Hernández Altemir: The submental route for endotracheal intubation. A new technique. J Maxillofac Surg 14: 64-65, 1986.
3. F. Hernández Altemir, Sofía Hernández Montero: The submental route revisited using laryngeal mask airway: a technical note. Journal of Cranio-Maxillofacial Surg (2000) 28, 343-344.
4. F. Hernández Altemir, Sofía Hernández Montero, Elena Hernández Montero, Susana Hernández Montero, M. Moros Peña.: Submental intubation under fibroscope: A new technique. XVIII Congress of the European Association for Cranio-Maxillofacial Surgery, Barcelona- September 12th to 16th 2006.
5. F. Hernández Altemir, Sofía Hernández Montero, Susana Hernández Montero, Elena Hernández Montero, Manuel Moros Peña: Supragenihyoid Airway. ICOMS BARCELONA 2013.
6. F. Hernández Altemir, S. Hernández Montero, M. Moros Peña: Letters to the Editor- Oral endotracheal intubation in the management of midfacial fractures-Gibbons AJ. Br. J. Oral Maxillofac. Surg. 41 (2003) 259-260 (August 2003).