

ESTOMA

REVISTA MEDICA
DE ESTOMATOLOGIA Y PROFILAXIS



ESTOMA

REVISTA MEDICA DE
ESTOMATOLOGIA Y PROFILAXIS

publicación trimestral

DIRECTOR
Y
COORDINADOR EDITORIAL
ELISARDO PARDOS BAULUZ

P.º Sagasta, 14
ZARAGOZA-6

CONSEJO EDITORIAL
JUNTA DIRECTIVA DEL ILUSTRE COLEGIO
DE ODONTOLOGOS Y ESTOMATOLOGOS
DE LA VI REGION

VOLUMEN III

1983

Número 1

REDACCION Y ADMINISTRACION
COLEGIO DE ESTOMATOLOGOS

C/. Arquitecto Yarza, 3
ZARAGOZA-8

DESARTICULACION TEMPORAL PEDICULADA A MEJILLA DEL MAXILAR SUPERIOR (ES) COMO VIA DE ABORDAJE TRANSFACIAL A LAS REGIONES FUNDAMENTALMENTE RETROMAXILARES Y PARA OTRAS INDICACIONES (VIA MAXILOPTERIGOIDEA) UNA NUEVA TECNICA

Por el Dr. Don Francisco HERNANDEZ ALTEMIR

Jefe del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial
de la Ciudad Sanitaria José Antonio de Zaragoza

EXISTEN territorios de difícil acceso a las técnicas quirúrgicas y muchas veces el llegar a ellos es a costa de mutilaciones o daños de las estructuras adyacentes, este hecho ocurre en nuestra especialidad cuando se precisa explorar los espacios retromaxilares, pterigoideos, etmoidales, la rinofaringe, el cavum, el seno esfenoidal, el clivus, ciertas regiones de la base del cráneo, sobre todo las situadas inmediatamente por detrás de la apófisis pterigoides, la región inferior de la órbita, los espacios paramaxilares externos (región pterigomandibular) e internos (fosas nasales y estructuras adyacentes), pues bien con nuestra técnica la accesibilidad a estas regiones se facilita enormemente y con la ventaja además, de hacerlo, sin provocar daños o mutilaciones irreparables de ningún tipo, pudiendo emplearse el procedimiento con otros fines a los descritos y que más adelante apuntaremos y otro aspecto importante es que el procedimiento se puede desarrollar simultáneamente a nivel de ambos maxilares, quedando la parte media de la cara abierta como un libro y así poder trabajar en su profundidad, prácticamente a cielo abierto.

Descripción de la técnica

Paciente bajo anestesia general con intubación nasotraqueal o traqueotomía previa, según la patología a resolver. Tarsorrafia temporal, con el paciente en decúbito supino. La incisión previamente marcada se extiende desde el bermellón del labio superior progresando casi verticalmente por el relieve externo que ofrece el filtrum del lado a intervenir hasta el surco nasolabial donde se hace horizontal, para de nuevo rodean-

do el ala de la nariz ascender de forma teóricamente paralela e inmediatamente por encima del trayecto de la arteria y vena angulares sobrepasando la comisura palpebral interna y respetándola, para volver a hacerse horizontal y tarsal hasta la unión cigomático-temporal, incurvándose ligeramente. A nivel de la fibromucosa alveolomaxilar será precisa otra incisión vertical que va desde el reborde gingival en su porción media a buscar la incisión cutánea que comprendía la región subsanal y rodeaba el ala de la nariz. En su momento haremos la última incisión que previa infiltración de la fibromucosa palatina con un vasoconstrictor en la proporción adecuada y dando conocimiento al anestesista, se extiende desde la región gingivopalatina del canino o bicúspide contralateral hasta la región retrobuberitaria del lado a intervenir. Completada la incisión cutánea, a la que hicimos referencia en primer lugar y que comienza seccionando el labio superior, para a continuación exponer las estructuras óseas subyacentes, que existen a lo largo de la incisión cutánea descrita, de forma tal, que quedará expuesta la unión cigomáticotemporal, la pared lateral externa e interna de la órbita, el suelo y reborde orbitario, siguiendo la osteotomía dibujando lo que sería la apófisis frontal del maxilar hasta las proximidades de la sutura frontomaxilar, inmediatamente por delante de la cresta lagrimal anterior y la sutura nasomaxilar, para poner al descubierto, mayor parte de la superficie total del hueso propio, hasta llegar a la escotadura piriforme: aprovechando el momento, para despegar la mucosa nasal, tanto a nivel del piso de la nariz, como en su cara externa, de la forma más amplia posible, para no herirla cuando completemos las osteotomías y que de esta manera faciliten al quedar despegadas la disyunción maxilar. Expuestas ya, las superficies óseas, se inician las osteotomías, que realizo con el siguiente orden: primero una vertical a nivel de la unión cigomáticotemporal, otra horizontal y media a nivel de la porción media del reborde orbitario externo que es seguida por una osteotomía intraorbitaria situada a pocos milímetros del reborde orbitario y que extendiéndose desde la pared lateral externa de la órbita sigue el suelo de la misma hasta la región frontomaxilar, remedando la osteotomía el dibujo de lo que sería la apófisis frontal del maxilar, una vez, eso sí, que tenemos identificado el conductor lagrimal, la osteotomía desciende hasta la porción más alta y lateral de la escotadura piriforme a lo largo de la unión nasomaxilar, aquí se interrumpe y es cuando se inicia la segunda incisión a la que hicimos referencia, esto es la gingivopalatina, que ya he explicado y que permite el despegamiento de la fibromucosa palatina desde la región gingivopalatina de la región bicuspídea contralateral hasta la espina nasal posterior, sobrepasando con amplitud la zona, de tal modo, que queda fácilmente accesible la superficie palatina y paramedial del lado a intervenir, permitiendo así, que la siguiente osteotomía, que va desde el vestíbulo alveolomaxilar a nivel de la región distal del incisivo lateral, puede desarrollarse hasta el reborde palatino posterior paralela y yuxtamedialmente a la posición teórica del tabique nasal. La tercera y úl-

tima osteotomía aprovecha la incisión retrotuberositaria y con escoplo curvo se efectúa la disyunción u osteotomía pterigomaxilar. Queda así dispuesto el bloque maxilar, para ser luxado con los medios habituales. A nivel del suelo de la órbita, inmediatamente por debajo y al traccionar del maxilar, se deja ver el nervio suborbitario, que es preciso marcar e identificar, para su posterior sutura, ya que hay que seccionarlo. Su marcaje lo hacemos con un punto de seda atraumática en cada cabo. El maxilar luxado queda pediculado a la mejilla y su eje de giro teórico, ha tenido lugar, a nivel de la sutura cigomátiotemporal. La irrigación del pedículo y con ello del maxilar dependiente, tiene lugar a expensas entre otras, de las arterias facial y facial transversa, como ramas más importantes, si bien el plexo vascular a nivel de la mejilla, es tan abundante y complejo que difícilmente puede verse la zona exangüe, incluso ligando la carótida externa del lado correspondiente. Antes de llevar a efecto, la disyunción maxilar y a nivel del agujero palatino posterior, se ha liberado la arteria palatina de su trayecto óseo, mediante una osteotomía realizada con escoplo, de esta manera, se conserva el pedículo arterial de la fibromucosa, si bien nuestra experiencia, es que puede sacrificarse sin mayores riesgos, no obstante tratamos de ser conservadores a ultranza, de la mayor parte de las estructuras, ya que de ello, lo único que se pueden desprender, son beneficios. El bloque luxado, se protege y fija con una gasa humedecida con S.S.F. para no mantenerlo expuesto de forma innecesaria. De este modo, hemos conseguido un fácil acceso, a las siguientes regiones: pterigomandibular y retromaxilar, rinofaringe y estructuras de la fosa nasal correspondiente, cavum y seno esfenoidal, etmoides, región suborbitaria, región temporal y cigomátiomalara por citar algunas, regiones a las cuales podemos llevar nuestras técnicas quirúrgicas, para la exéresis de tumores de diversa índole, localizado en estas estructuras, o bien para realizar diversos tipos de cirugía, en las zonas ahora accesibles. Así la región retropterigoidea es fácil de alcanzar y también ciertas partes de la base del cráneo, como pueden ser la zona de los agujeros y hendiduras, lugar de paso de estructuras vasculares y nerviosas de primera categoría. El seno esfenoidal es muy accesible y a su través se puede llegar a la región hipofisaria, también el clivus está ahora más a mano, por señalar algunas aplicaciones de la técnica que es probable que con el paso del tiempo se irán ampliando.

El procedimiento descrito, puede hacerse bilateralmente, quedando la porción media de la cara abierta como un libro, sólo permanecen en su lugar, el dorso y las estructuras medias de la nariz y del paladar con los cuatro incisivos, semejando una premaxila. Estas estructuras sirven luego como referencia para la correcta reducción y fijación de los maxilares luxados. Ni que decir tiene que en la técnica bilateral la fibromucosa palatina se despega de forma total y que para llevarla a efecto la luxación del otro maxilar es preciso repetir los pasos que hemos explicado pero que en el otro lado, quizá la técnica bilateral será excepcional, ya veremos.

ESQUEMA "TECNICA DE DESARTICULACION TEMPORAL PEDICULADA A MEJILLA DEL MAXILAR SUPERIOR (ES) COMO VIA DE ABORDAJE TRANSFACIAL A LAS REGIONES FUNDAMENTALMENTE RETROMAXILARES Y PARA OTRAS INDICACIONES. UNA NUEVA TECNICA.

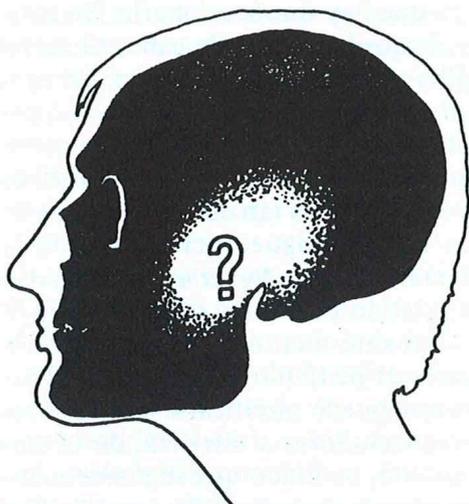


Fig. 1.— ¿Cómo llegar a las regiones fundamentalmente retromaxilares, suborbitarias, etmoidales, pterigomaxilares, etc., sin provocar graves mutilaciones y obtener un campo quirúrgico que nos permita prácticamente trabajar a cielo abierto?.

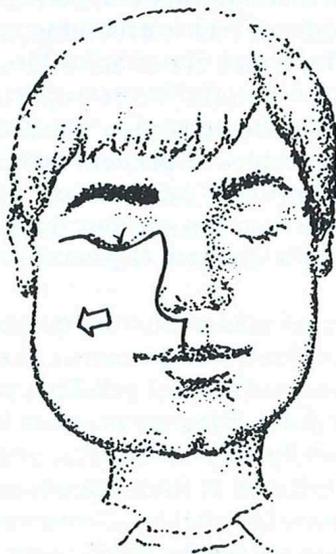


Fig. 2.— Incisión.

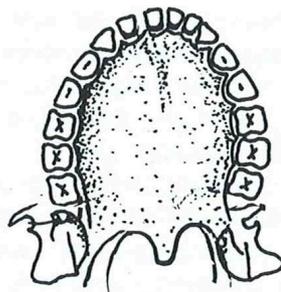


Fig. 3.— Incisión en la fibromucosa palatina.

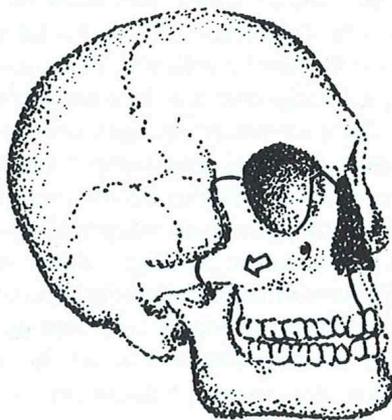


Fig. 4.— Osteotomías.



Fig. 5.— Osteotomías.

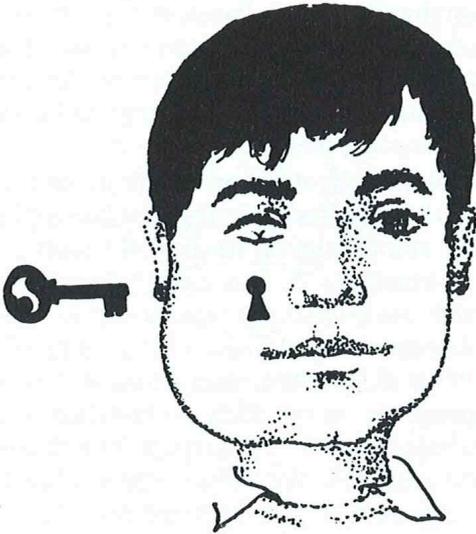


Fig. 6.— ¡Hay que abrir el maxilar.

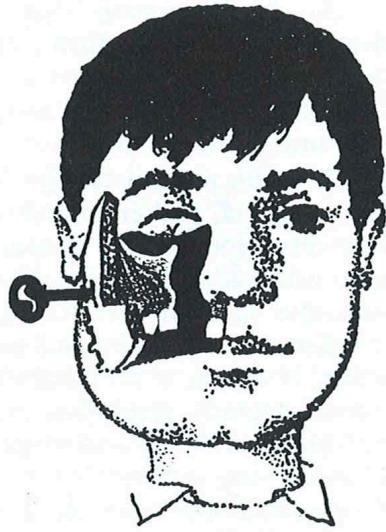


Fig. 7.

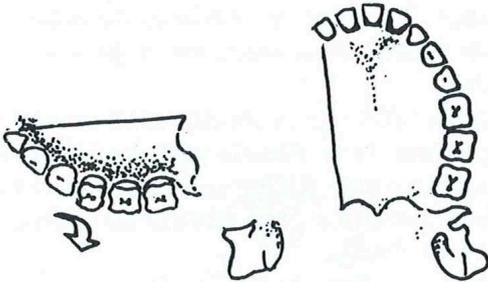
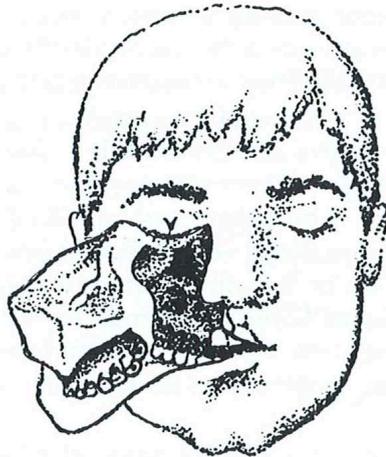


Fig. 9.— La etapa de “puerta abierta hasta atrás” se puede ver claramente en el esquema, con lo que sin sacrificar estructuras podemos llegar a las hasta ahora inaccesibles regiones pterigomaxilares, rinofaríngeas, esfenoidales, cavum, estructuras de la base craneal, clivus, etc.

Fig. 8.— El maxilar se ha separado de la región parasseptal y de la región pterigomaxilar.



Algunas ventajas de nuestra técnica:

1.— La incisión previa, a la luxación del maxilar, está avalada por la experiencia de los cirujanos que trabajamos en esta región y su trazado, no sacrifica ninguna estructura que prácticamente no sea recuperable y desde luego ninguna importante desde el punto de vista funcional o estético.

2.— La disyunción o luxación del maxilar o maxilares, se pueden realizar también sin sacrificar estructuras, a diferencia, de lo que ocurre, con las técnicas transmaxilares o transfaciales o incluso otras que abulsionan el maxilar y requieren su posterior reimplante, con el sacrificio de las estructuras dentarias, necrosis del maxilar transplantado, entre otras.

3.— Con nuestra técnica, se obtiene una vía de abordaje de primerísima categoría, pudiéndose abordar fácilmente, las regiones pterigomaxilare y retropterigoideas, retromaxilares, rinofaríngeas, nasales, el cavum, el seno esfenoidal, la región orbitaria, el etmoides, la fosa nasal y las estructuras que la componen, la región temporocigomática, retromalar, el seno maxilar, el conducto nasolagrimal, la región cigomática y pterigomandibular, el clivus, y porciones de la base del cráneo, que quizá antes de nuestra técnica, resultaban más inaccesibles, si no era a costa de grandes mutilaciones de las estructuras maxilodentarias o que requerían emplear técnicas muy sofisticadas y complejas, basadas fundamentalmente en la microscopía quirúrgica, sin duda complejas y que no siempre conducen a campos de fácil manejo y gran parte de las veces insuficientes. La región retropterigoidea, con nuestra técnica se puede sobrepasar fácilmente a cielo abierto camino de los agujeros y hendiduras de la base del cráneo y que son lugar de paso de estructuras vasculares y nerviosas de primera categoría. El tiempo quizá vaya demostrando algunas otras posibilidades, que ahora mismo se me escapan.

4.— Esta técnica, permite no sólo, el facilitar el abordaje a las zonas a las que he hecho referencia, sino también el emplearla para modificar la arquitectura de la cara en todas las direcciones del espacio, asociando las osteotomías a la colocación de injertos óseos o bien realizando ostectomías selectivas a distintos niveles, según el caso.

5.— Sin duda esta técnica, podrá ser aprovechada, no sólo por cirujanos orales y maxilofaciales, sino también por otorrinolaringólogos, oftalmólogos, neurocirujanos, etc., si bien es fácil que éstos precisen del curso del cirujano oral maxilo facial, ya que no siempre, será fácil el restablecimiento de la oclusión intermaxilar, etc., si se desconocen las técnicas de las que disponen este tipo de especialistas y que a su vez están basadas en técnicas estomatológicas y protéticas muy complejas, como puede ser por ejemplo, el restablecimiento de una correcta relación intermaxilar, después de haber luxado un maxilar desdentado, por citar un ejemplo.

6.— La técnica puede emplearse de forma simultánea bilateralmente, en este caso el dorso de la nariz, el tabique óseo y cartilaginoso, el rafe medio palatino y los cuatro incisivos (semejando una premaxila) permanecerían en la línea media y servirían de referencia luego insustituible, para la reposición adecuada de los maxilares luxados.

7.— Quiero reseñar que la técnica surgió ante la necesidad de extirpar un angiofibroma gigante en un niño de 14 años con una pubertad precoz

TECNICA BILATERAL

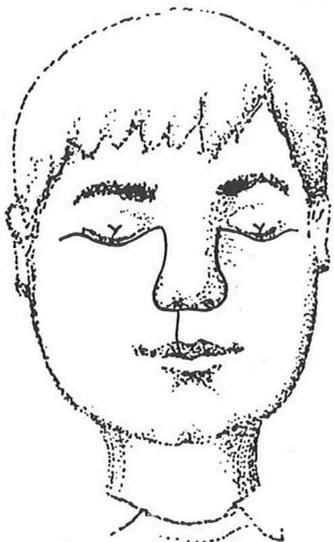


Fig. 1.— Incisión para la técnica bilateral.

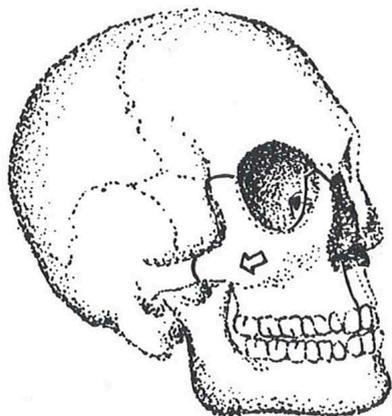


Fig. 2.— Incisión en la fibromucosa palatina.

Fig. 3.—
Osteotomías
a uno
y otro
lado.

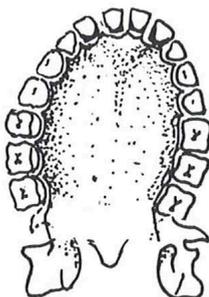


Fig. 4.— Osteotomías paraseptales y pterigomaxilares (ahora bilaterales).

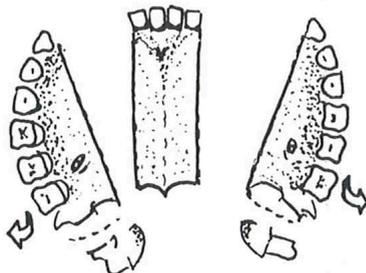


Fig. 5.— Se inicia la separación de ambos bloques maxilares, que debe hacerse de forma individual.

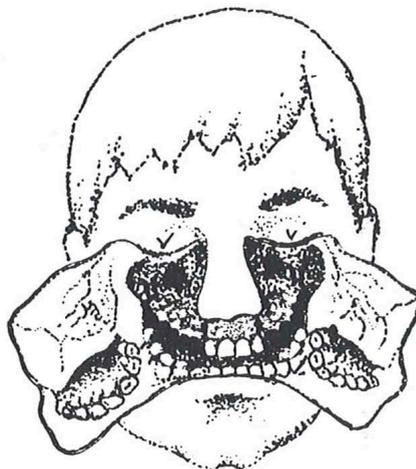


Fig. 6.— Imagen en "libro abierto" ahora el acceso es más amplio. La nariz y los dos incisivos centrales aparecen en su posición habitual y servirán de referencia para devolver los maxilares a su lugar, fijándolos con puntos de osteosíntesis y bloqueo elástico intermaxilar.

y un grado intelectual muy avanzado, el tumor se localizaba en seno esfenoidal, cavum, rinofaringe, fosa nasal derecha, seno maxilar, espacio retromaxilar, pterigomaxilar y retropterigomaxilar, región pterigomandibular y coronoidea, región temporal, zona cigomácticotemporal, suelo de órbita etmoides, espacio premaseterino y retromalar, haciendo procedencia en región yugal, hasta tal punto que producía decúbitos a nivel de molares superiores del maxilar, dificultad para la apertura bucal y modificación de la oclusión intermaxilar con aumento de volumen de la hemifacies derecha, obstrucción nasal y rinofaríngea que determinaban dificultades respiratorias, sólo en dos ocasiones epistaxis de poca entidad. Su extirpación se hizo en bloque y su peso exangüe fue de 130 gramos. Lo publicamos con detalle a continuación, dado que considero que la técnica tiene otras aplicaciones y así he podido extenderme someramente sobre la misma.

8.— Esta técnica quirúrgica no trata de sustituir a las técnicas tradicionales de manera absoluta, sólo pretende el autor que el cirujano la recuerde para los casos selectivos en que el tamaño exagerado del tumor y/o su localización lo hagan poco o nada accesible por los medios tradicionales, si no es a costa de producir graves mutilaciones.

9.— La fácil exposición de las regiones a las que me he referido, permite enuclear no sólo con más facilidad tumores tapados por las estructuras fundamentalmente maxilares, sino el hacerlo con mayores garantías de exéresis completa, como es el caso de los angiofibromas de cavum, sin duda uno de sus mayores problemas, asociado a la posibilidad de graves hemorragias que hasta ahora eran difíciles de controlar. Al hacerse la exéresis bajo visión directa, esta situación es más fácil no sólo de controlar, sino incluso de que se produzca, ya que no nos vemos precisados a trocar el tumor de forma intempestiva. La identificación de las estructuras retromaxilares, septales, esfenoidales, etc., es ahora fácil.

10.— Los distintos especialistas y las diferentes patologías irán dando con algunas modificaciones que el cirujano haga a nuestra técnica, el que sus posibilidades se vayan haciendo día a día más numerosas. Casi pretendemos más que exponer una nueva técnica quirúrgica, el desarrollar una nueva vía quirúrgica, que pudiéramos llamar vía maxilopterigoidea, que tal vez lleve a una nueva concepción quirúrgica.

Bibliografía

- HERNANDEZ ALTEMIR, F. y Col. (1982): "Un caso de angiofibroma juvenil gigante de cavum intervenido por la técnica de desarticulación temporal pediculada a mejilla de maxilar superior" ESTOMA. Vol. II. Núm. 1.