

RESECCIÓN CRANEOFACIAL

DE AMELOBLASTOMA RECIDIVANTE, RECONSTRUCCIÓN CON COLGAJO LIBRE DE RECTO ABDOMINAL

JUAN HERRERA, ERNESTO CARVALLO, ALBERTO PÉREZ, JUAN LIUZZI, TOMÁS MACHADO, JAZMÍN VELÁSQUEZ, JUAN MARCANO, ALEXIS ANTEQUERA

SERVICIO DE CIRUGÍA I. HOSPITAL VARGAS DE CARACAS. VENEZUELA

RESUMEN

OBJETIVOS: La resección craneofacial es el tratamiento de elección de lesiones que comprometen huesos de la supraestructura, la fosa orbitaria y fosa craneal anterior. El ameloblastoma multiquístico es un tumor odontogénico benigno, localmente agresivo, que constituye 1 % de los tumores maxilares. Su alta tasa de recidiva local, la invasión más allá del límite radiológico exigen su resección en bloque con importante impacto estético para el paciente. **MÉTODOS:** Estudio descriptivo de caso clínico y revisión de la literatura de paciente del servicio de cirugía I "Hospital Vargas" de Caracas. **RESULTADOS:** Paciente de 43 años portadora de ameloblastoma multiquístico recidivado en antro maxilar derecho tratado con resección craneofacial con márgenes oncológicos y reconstruidos con rotación de colgajo microquirúrgico de recto abdominal. **CONCLUSIÓN:** La resección craneofacial es el tratamiento de elección para lesiones tumorales localizadas por encima de la línea de Ohngren's. Una resección adecuada debe incluir piso de la fosa craneal anterior, paredes medial, superior de la órbita y usualmente contenido orbitario. En la mayoría de las instancias el ojo debe ser sacrificado. Los ameloblastomas son tumores odontogénicos benignos localmente agresivos en un 15 % 20 % se localizan en el maxilar superior, teniendo esta localización peor pronóstico por un mayor índice de recidivas posquirúrgicas, invasión tejidos vecinos y porcentaje de malignización, requiriendo resección en bloque, con un impacto estético importante para el paciente. La rotación de colgajo microquirúrgico de recto abdominal es una opción versátil para la reconstrucción de estos pacientes.

PALABRAS CLAVE: Cáncer, tumor, odontogénico, ameloblastoma.

SUMMARY

OBJECTIVES: The craniofacial surgery is therapy of choice for tumors lesions which compromise the upper structure bones, orbital fosse and anterior cranial fosse. The multicyst ameloblastoma is a benign odontogenic tumor, locally aggressive, and accounts for 1 % of all maxilla tumors. The high rate of local recurrence and extension beyond radiological limits requires in bloc surgery, with a major esthetic impact for the patient. **METHODS:** A case report descriptive study and literature review, of patient to viewer in the Service of Surgery I of Hospital Vargas of Caracas. **RESULTS:** Female patient of 43 years old with diagnoses of multirecurrent multicyst ameloblastoma who undergo to craniofacial surgery with oncological margins, and she was reconstructed with a micro free flap of rectum abdominal. **CONCLUSION:** The craniofacial surgery is the therapy of choice for tumors located upper Ohngren's line. One adequate resection must include anterior cranial fosse floor and orbital medial and upper walls and the orbital content. Orbital exenteration is sometimes necessary. In the majority of cases the eye was sacrificed. The multicyst ameloblastoma is a benign odontogenic tumor, locally aggressive; 15 % 20 % are maxilla located, with a poor prognoses, because higher rates of post surgery recurrence, local and invasion to health tissues and extension, and high malignant transformation. In bloc resection is required, with a major esthetic impact for the patients. The reconstruction with a micro surgery rectums abdominals free flap is a versatile choice for these patients.

KEY WORDS: Cancer, odontogenic, tumor, ameloblastoma.

Recibido: 21/02/2007 Revisado: 05/03/2007
Aceptado para publicación: 27/03/2007

Correspondencia: Dr. Juan E Marciano. Urbanización Parque el Retiro Residencias Valsicta San Antonio de Los Altos. Teléfonos: 0212 3732629. E-mail: juaneduardomarcano@yahoo.com

INTRODUCCIÓN

Las lesiones localizadas por encima de la línea de Ohngren's, se consideran lesiones de la supraestructura craneofacial. El tratamiento de elección de este tipo de lesiones que compromete los huesos de la supraestructura, fosa orbitaria y los huesos de la fosa craneal anterior es la resección craneofacial, procedimiento que fue descrito por primera vez por Dandy en 1941. Smith y col. en 1954, describieron una resección craneofacial en un tumor que involucraba el seno frontal. En 1969 Terz describe la experiencia de resecciones craneofaciales en tumores de cabeza y cuello que se extienden a la fosa pterigoides ⁽¹⁾.

El ameloblastoma multiquístico es un tumor odontogénico benigno, localmente agresivo, que constituye el 1 % de los tumores maxilares. Un 80 % se localiza en la mandíbula y el 20 % restante en el maxilar superior. De los mandibulares el 47 % se sitúa en la región molar, 15 % en antro y piso nasal, 9 % en región canina y 2 % en el paladar ⁽²⁻⁴⁾.

Fue descrito inicialmente por Falkson en 1879. Posteriormente, en 1885 Malassezen introduce el término adamantinoma-epitelioma. La denominación de ameloblastoma se la da Ivy y Churchill en 1930. Actualmente se clasifican dentro de los tumores benignos de epitelio odontogénico con estroma fibroso maduro sin ectomesénquima odontogénico ⁽⁵⁾.

La edad de aparición es en la cuarta década de la vida, sin predominio entre sexos o razas. Histológicamente pueden clasificarse en folicular y plexiforme, siendo la forma folicular la más frecuente observándose islotes epiteliales rodeados de epitelio conectivo fibroso, con degeneración quística en la porción central de los islotes ⁽⁶⁾.

En base a su localización y morfología se

pueden clasificar en sólido o quístico, que a su vez puede ser multiquístico o unikuístico; extraóseo o tipo periférico y desmoplástico ⁽⁷⁾.

Los ameloblastomas son tumores de crecimiento rápido, con alta tasa de recidiva, en los maxilares tienen comportamiento más agresivo ⁽⁸⁾.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de paciente femenina de 43 años, natural y procedente de Maracaibo, con antecedentes de 3 resecciones de ameloblastoma multiquístico variante folicular y plexiforme en maxilar derecho, la última en marzo de 2004 cuando se realizó maxilectomía total ampliada con márgenes sin lesión, quien fue enviada a nuestro servicio refiriendo inicio de su enfermedad actual 7 meses previo al ingreso cuando comienza a presentar aumento de volumen en la hemicara derecha, exoftalmos con disminución de la agudeza visual y una lesión elevada en el techo de la cavidad bucal, friable al tacto, con sangrado fácil, motivo por el cual previa a su valoración se decide su ingreso.

ANTECEDENTES PERSONALES

Resección simple de quiste maxilar derecho (agosto 2002), resección local de lesión quística maxilar derecha cuya biopsia reporta ameloblastoma multiquístico maxilar folicular y plexiforme (junio 2003); maxilectomía total ampliada con márgenes oncológicos negativos (marzo 2004) cuya biopsia reporta ameloblastoma multiquístico recidivante.

EXAMEN FUNCIONAL

Amaurosis derecha progresiva, asociada a exoftalmos. Pérdida de peso, acompañada de hiporexia.

EXAMEN FÍSICO

Cabeza: fascie asimétrica, observando y palpando aumento de volumen en región malar derecha, proptosis ojo derecho.

Nariz: tabique rechazado hacia la izquierda, pirámide asimétrica, en fosa nasal derecha lesión elevada hiperémica, de superficie lisa, que compromete la luz, no rinorrea; fosa nasal izquierda lesión de aspecto polipoideo que contacta el septum, rinorrea anterior hialina.

Boca: edéntula parcial, mucosa hidratada, evidenciándose lesión tumoral que sustituye el paladar duro, elevada, hiperémica, friable al tacto, con sangrado fácil, en la porción lateral derecha del techo de la boca, que no está en relación con el pilar faríngeo ipsilateral. Dicha lesión dificulta la deglución.

ESTUDIOS PARACLÍNICOS Y DE IMÁGENES

NASOFIBROSCOPIA

Lesión que impide el paso del instrumento a través de ambas fosas nasales.

TAC DE CRÁNEO Y CARA

Tumoración que ocupa el seno maxilar derecho, celdillas etmoidales, órbita derecha, pared lateral de la fosa nasal y músculos de la fosa inferior temporal, seno frontal produciendo fenómenos expansivos y erosivos, incluso sobre la apófisis pterigoides derecha. Efecto de masa y agrupamiento de los músculos de la fosa infratemporal. Velamiento del seno esfenoidal. Erosión del pabellón óseo. Nivel hidroaéreo en seno maxilar izquierdo y seno esfenoidal.

ULTRASONIDO DOPPLER COLOR PARTES BLANDAS CUELLO Y ABDOMEN

Ambas carótidas común interna y externa observándose incipientes cambios de aterosclerosis difusa representados por engrosamiento

endotelial, sin evidencias de placas que produzcan efecto estenótico ni alteraciones en la dinámica para el momento del estudio. Los patrones espectrales son monofásicos, normales y simétricos. Se identifican ambas arterias temporales superficiales y sus respectivos componentes venosos de trayecto y localización normal. El calibre de la arteria temporal superficial derecha alcanza a medir 1,3 mm, y la izquierda 1,2 mm. Se observa voluminosa lesión ocupante de espacio en continuidad con la estructura ósea del seno maxilar y órbita derecha, ya conocida. Ambas arterias epigástricas inferiores son de trayecto y calibre normal. Miden 2 mm. Ambos músculos rectos abdominales de trayecto y calibre normal, sin evidencia de alteraciones.

REVISIÓN DE LÁMINAS DE RESECCIÓN PREVIA

Ameloblastoma variante plexiforme. Fragmentos de tejido óseo compacto sin lesiones histológicas significativas. Glándula salival sublingual sin lesiones histológicas significativas.

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Resección craneofacial con resección de techo de órbita derecha, exenteración globo ocular derecho, músculos y apófisis pterigoidea y antro maxilar para exéresis de la lesión en bloque. Posteriormente rotación de colgajo microquirúrgico pediculado de recto abdominal, con anastomosis microvascular con vena yugular externa y arteria facial. Se inició el procedimiento con la realización de traqueostomía abierta, complementándose con gastrostomía.

EVOLUCIÓN POSOPERATORIA

Al 5º día de posoperatorio se evidencia secreción purulenta a nivel de la herida operatoria que ameritó exploración quirúrgica

con el hallazgo transoperatorio de necrosis del colgajo, constatándose arteria y vena del colgajo microquirúrgico con trombos intraluminales, obligando al retiro del colgajo. El 7° día del posoperatorio se evidencia déficit neurológico agudo producto de evento vasculocerebral trombótico en región parietal derecha, el cual fue documentado. La paciente evoluciona de manera satisfactoria, con regresión del déficit, egresando en buenas condiciones.

DISCUSIÓN

El ameloblastoma multiquístico es un tumor odontogénico benigno, localmente agresivo, que constituye el 1 % de los tumores maxilares. A pesar de que histológicamente los ameloblastomas maxilares no presentan diferencias con sus homólogos mandibulares, tienen un comportamiento biológico más agresivo, donde se ha descrito invasión de órbita, cerebro y base de cráneo ⁽¹⁾.

Desde el punto de vista embriológico se origina del esmalte dental, capa basal de la mucosa oral o del epitelio de quistes odontogénicos.

La variedad multiquística es la más frecuente, invade tejido local y destruye el hueso. El porcentaje de recidiva es hasta 90 % si se tratan sólo con curetaje.

Los signos y síntomas más frecuentes de presentación son la tumefacción (75 %) y dolor (33 %). Otros síntomas relacionados son la obstrucción nasal, sangrado, trismos y compromiso del seno maxilar ⁽⁶⁾.

El diagnóstico es anatomopatológico. Sin embargo, el hallazgo de una imagen multiloculada, con numerosos espacios quísticos bien definidos, con invasión local sin signos de invasión perineural, puede sugerir su presencia ⁽⁹⁾.

El tratamiento de elección es quirúrgico. Debido a la alta tasa de recidiva local e invasión

a estructuras vecinas y la relación entre estas y el riesgo de malignización, la literatura recomienda exéresis en bloque de la lesión con un margen de seguridad de al menos 1 cm aunado a su invasión más allá del límite radiológico (hasta 8 mm). La radioterapia actualmente está reservada para los casos en los cuales no es factible el tratamiento quirúrgico. No responden a la quimioterapia ⁽⁴⁾.

Las lesiones localizadas por encima de la línea de Ohngren's, se consideran lesiones de la supraestructura craneofacial. Usualmente es difícil obtener un margen amplio de tejido sano en estas lesiones y la ubicación ósea imposibilita el corte congelado. Una resección mucho más radical es requerida, usualmente implicando resección de la órbita. Se requiere un buen criterio para establecer un procedimiento que permita plantear una cirugía óptima ^(1,4).

La resección craneofacial fue descrita por primera vez por Dandy en 1941. Facilita el establecimiento de los márgenes superiores y laterales, en las lesiones maxiloetmoidales. La maxilectomía simple es mucho menos exitosa en este tipo de tumores, debido a su proximidad a la órbita y al espacio pterigomaxilar. Una resección adecuada debe incluir piso de la fosa craneal anterior, paredes medial y superior de la órbita y usualmente el contenido orbitario. En la mayoría de las instancias el ojo debe ser sacrificado e inclusive cuando se encuentra involucrada la piel, debe darse un margen amplio, lo que complica aún más la fase reconstructiva ^(1,4).

La necesidad de la resección en bloque de estas lesiones plantea el reto de la reconstrucción posoperatoria, motivado al impacto estético en estos pacientes, por el considerable tamaño del defecto. En la actualidad se ha utilizado la reconstrucción con colgajos pediculados o libres, como son pectoral mayor y recto abdominal ⁽¹⁰⁾.

El colgajo pectoral mayor fue descrito por Ariyan en 1979, pasando a ser el gold standard

en cirugía reconstructiva de cabeza y cuello. En 1982, se describe el colgajo de recto abdominal pediculado para la mama y luego se utilizó como colgajo libre para cabeza y cuello, inclusive desplazando la utilización del pectoral en algunos casos ⁽¹¹⁾.

La ventaja fundamental del colgajo de recto abdominal es que tiene suficiente volumen de tejido para reconstruir grandes defectos y se puede levantar simultáneamente con la extirpación del tumor de la cara, en vista de que pueden trabajar dos equipos de cirujanos simultáneamente que permite la reconstrucción inmediatamente posterior a la exéresis. Además pasados 2 a 3 meses pueden ser remodelados, utilizando lipo-aspiración, para optimizar el efecto estético ⁽¹²⁾.

Adicionalmente el pedículo está compuesto por los vasos epigástricos inferiores, los cuales tienen un diámetro mayor de 2 mm, lo cual permite la realización de las anastomosis utilizando lupas de aumento 4X, reduciendo el tiempo quirúrgico, dando al cirujano mayor comodidad y mejor campo visual ⁽¹⁰⁾.

El manejo de los pacientes con este tipo de patologías es indiscutiblemente multidisciplinario, donde el trabajo en equipo es la piedra angular para la evolución satisfactoria.

REFERENCIAS

1. Thawley S, Panje W, Batsakis J, Lindberg R. Comprehensive management of head and neck tumors. 2ª edición. WB Saunders Co.; 1999:582-600.
2. Shafer W, Hine M, Levy B. Tratado de Patología Bucal. 3ª edición. México: Editorial Interamericana; 1977:253-287.
3. Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D. Pathology & Genetics. Head and neck tumors. WHO Classification of Tumors. Lyon: IARC press; 2005:284.
4. Donald P. Head and Neck Cancer. Management of the difficult case. Filadelfia: WB Saunders Co.; 1984:170-194.
5. Daley T, Wysocki G, Pringle G. Relative incidence of odontogenic tumors and oral and jaw cysts in a canadian population. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1994;77:276-280.
6. Daura A, Palma A, Sánchez FJ. Ameloblastoma de maxilar superior. Rev Eur Odont Estomat. 1997;9:88-94.
7. Leider AS, Eversole LR, Barkin ME. Cystic ameloblastoma: A clinicopathologic analysis. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1985;60:624-630.
8. Sciubba JJ, Fantasia JR, Kahn LB. Atlas of Tumor Pathology. 3a serie. Tumors and Cysts of the Jaw. Washington: AFIP; 2001:84.
9. Reichart PA, Philipsen HP. Odontogenic tumors and allied lesions. Quintessence books, London. 2004.
10. Gardner DG, Pecak AMJ. The treatment of ameloblastoma based on pathologic and anatomic principles. Cancer. 1980;42:735-740.
11. Ariyan S. The pectoralis mayor myocutaneous flap. A versatile flap for reconstruction in the head and neck. Plast Recons Surg. 1979;63:73-81.
12. Browne J, Burke A. Benefits of routine maxillectomy and orbital reconstruction with the rectus abdominis free flap. Otolaryngol Head and Neck Surg. 1999;121:203-209.