



Revista Andaluza de Cirugía Bucal

**ORAL SURGERY ORAL MEDICINE
ORAL PATHOLOGY ORAL
RADIOLOGY
ENERO-ABRIL 2016
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

Ortiz Alves, T.; Gutiérrez Corrales, A.; Torres Lagares, D.;
Gutiérrez Pérez, JL.

Revista Andaluza Cirugía Bucal 2017; 4: 86 – 103.

UDIT-CBS. ISSN 2530-4135.

Long-term morbidities of coronectomy on lower third molar. Leung, Y., Cheung, L.

Introducción

La cirugía del tercer molar inferior es la más común dentro de los procedimientos quirúrgicos que se realizan en la cavidad oral. La presencia del tercer molar inferior impactado es frecuente, así como la existencia de pericoronaritis y caries dental asociadas a este mismo. Toda cirugía conlleva un riesgo de lesión, en el caso de los terceros molares inferiores el riesgo es de lesión del nervio dentario inferior, parestesias o incluso anestesia del labio inferior y barbilla. La incidencia de afectación del nervio dentario inferior es del 0,3% al 8,4%, aunque puede verse incrementado con mayor edad, con una impactación profunda y proximidad de las raíces al nervio dentario inferior. La coronectomía del tercer molar inferior es una opción de tratamiento en aquellos terceros molares inferiores que estén impactados pero asintomáticos. Consiste en la eliminación total de la corona del tercer molar dejando las raíces intactas, con el fin de evitar lesión alguna en nervio dentario inferior debido a su proximidad. Actualmente se desconoce la seguridad a largo plazo de esta técnica, ya que solo se demostró que es segura dentro de los tres primeros años. Con este estudio se quiere controlar la morbilidad a largo plazo de las raíces retenidas hasta 5 años después de la coronectomía de terceros molares inferiores.

Material y Método

Es un estudio prospectivo sobre la seguridad a largo plazo de la coronectomía y comportamiento de raíces retenidas.

- Criterios de inclusión: Los pacientes debían presentar al menos un signo radiológico de los siguientes:
 - Oscurecimiento de la raíz del tercer molar.
 - Estrechamiento brusco de la raíz del tercer molar.
 - Interrupción o pérdida de la línea blanca del canal alveolar inferior.
 - Desplazamiento del nervio dentario inferior por la raíz.
 - Estrechamiento de una o ambas líneas blancas del canal.

- Criterios de exclusión:
 - Tercer molar con raíces que no tocan las líneas corticales del nervio dentario inferior en la ortopantomografía.
 - Terceros molares con patología apical.
 - Déficit neurosensorial preexistente del nervio dentario inferior.
 - Patologías sistémicas: diabetes, VIH, quimioterapia.
 - Factores predisponentes a la infección: enfermedades óseas, radioterapia en mandíbula.
 - Lesiones quísticas o neoplásicas asociada a tercer molar.
 - Movilidad de las raíces durante la coronectomía.

- Evaluaciones preoperatorias y postoperatorias

Preoperatoriamente, se tuvieron en consideración grupos edad y sexo, así como estado de los dientes (grado de impactación, forma de las raíces, estado de erupción). Postoperatoriamente, se citaron a los pacientes a la semana, 6 meses, 12 meses, 24 meses, 36 meses y 60 meses. Se realizó ortopantomografía en las revisiones para comprobar el estado de la raíz o la presencia de cualquier patología.

- Técnica quirúrgica

Retirada completa de la corona a nivel del LAC, con remoción de hueso vestibular y distal. La superficie de la raíz se deja 3-4 mm por debajo del margen óseo. Se prescribe analgésicos y no se administra antibióticos.

Resultados

Se realizaron 612 coronectomías de tercer molar inferior en 485 pacientes (286 mujeres y 172 hombres), durante 2006 y 2013. La edad media de los pacientes fue 28,0 años. La prevalencia de lesión en nervio dentario inferior fue de 0,16% y fue de manera temporal. La presencia de infección postoperatoria fue a los 6 meses y 12 meses de 1 solo caso y posterior a los 12 meses no se encontró ninguna. La incidencia de dolor fue 0,50% a los 6 meses, 0,38% a los 12 meses y 0,49% a los 24 meses. La exposición de la

raíz apareció en el 2,3% de los casos y la necesidad de extracción de esa raíz expuesta no generó ningún déficit en nervio dentario inferior.

Discusión

El hallazgo clave de este estudio es que la coronectomía de terceros molares inferiores presenta una mínima morbilidad a largo plazo. La coronectomía es un tratamiento relativamente nuevo, cuya seguridad a largo plazo no ha sido probada en ningún estudio prospectivo bien realizado; por lo que fue normal encontrar la resistencia de muchos cirujanos orales a poner en práctica esta técnica. Los criterios para la terminación del estudio se fijaron en el 10% de los pacientes del estudio que presentaban morbilidad después del tratamiento. Se consiguió demostrar que la coronectomía era segura publicando los resultados de 3 años de estudio y confirmando la seguridad de esta técnica a largo plazo. A pesar de la seguridad que nos da este estudio se aconseja evitar la prescripción excesiva de coronectomías, incluso en aquellos casos con un bajo riesgo de lesión del nervio dentario inferior. La elección de coronectomía o eliminación total del tercer molar inferior está en manos del profesional y del paciente.

Conclusiones

Este estudio consigue demostrar que la opción terapéutica de coronectomía en terceros molares inferiores impactados con alto riesgo de lesión del nervio dentario inferior es segura a largo plazo, consiguiendo una morbilidad mínima en términos de infección, dolor o desarrollo de otras patologías. El riesgo de lesión nervio dentario inferior con esta técnica es de 0,16% y de manera temporal.

The influence of intraoperative frozen section analysis in patients with total or extended maxillectomy. Murphy, J., Isaiah, A., Wolf, J., Lubek, J.

Introducción

La obtención de un margen negativo de resección quirúrgica se considera un factor crítico en el pronóstico de los pacientes con procesos de enfermedad maligna de cabeza y cuello. En la mayoría de los carcinomas de cabeza y cuello se aconseja un margen de

resección mínimo de 1 cm alrededor, e incluso mayor en el caso de sarcomas. Con la finalidad de poder garantizar un margen negativo y compensar la inevitable contracción que se produce después de la resección. A la hora de proponer la opción terapéutica mediante secciones congeladas existe divergencia de opiniones por parte de los profesionales. Lo que se intenta conseguir con este estudio es comparar el análisis de la sección congelada con el análisis patológico final con respecto a procesos malignos tardíos del maxilar que requerirán una maxilectomía.

Material y Método

Se trata de un estudio retrospectivo, en pacientes que habían tenido una maxilectomía total o extendida por enfermedad maligna entre 2008-2013, que comparó el análisis de la sección congelada intraoperatoriamente con el análisis patológico final.

- Criterios inclusión:

Como hemos dicho pacientes sometidos a dicha intervención en las fechas especificadas para un proceso maligno en el que se obtuvieron cortes congelados. Se definió la maxilectomía extendida como maxilectomía con resección de tejido adyacente, incluyendo cualquiera de estas estructuras: cavidad nasal, senos etmoidales o esfenoidales, base del cráneo, cigoma y contenido orbitario. También se incluyeron datos demográficos, de tratamiento y resultados de los pacientes.

Las muestras para patología de sección congelada se tomaron siempre del sitio quirúrgico y nunca de la muestra de resección. El número de secciones congeladas dependía del cirujano. Se definió el “margen positivo” como la presencia de células malignas invasivas en el margen.

Resultados

El estudio se realizó sobre 25 pacientes (13 mujeres y 12 hombres), que cumplieron los criterios de inclusión. La media de edad fue de 67,8 años y todos habían sido sometidos a maxilectomía total o extendida. Un 76% de los pacientes tenían estadio IV de la enfermedad.

Se tomaron dos secciones congeladas por pacientes, de las que fueron positivas en el 24% de los casos en comparación con el 60% en el análisis patológico final. Los márgenes positivos fueron resecados, a menos que estuvieran limitados por la proximidad a estructuras vitales. Los pacientes recomendados con radioterapia adyuvante eran más propensos a aceptar la recomendación en comparación con los recomendados a quimioterapia adyuvante, que eran menos propensos a aceptar la recomendación.

Discusión

Conseguir un margen de resección negativo es un objetivo importante para poder predecir el riesgo de recurrencia locorregional en los procesos malignos de cabeza y cuello. La obtención de estos márgenes quirúrgico negativos se hace bastante difícil en estos casos en los que existe una carga tumoral creciente. La presencia de márgenes de sección congelada positiva en nuestro estudio no condujo a que existiera una reducción en el número de márgenes positivos en la patología final. Aunque es importante destacar que todas las secciones congeladas se tomaron de la herida quirúrgica. Es importante reconocer dos errores innatos que encontramos en este estudio y que surgen ante la cuestión de porque si conseguíamos márgenes de sección congelada negativa, se obtenían márgenes finales positivos, y estos errores serían: errores de muestreo y errores de interpretación. Los errores de muestreo en relación al tamaño del tumor, invasión estructuras vecinas así como la imposibilidad de muestrear todos los márgenes del tumor. Los errores interpretativos fundamentalmente por parte del patólogo. Una de las debilidades de este estudio es la gran variedad de procesos malignos presentes, el tiempo de seguimiento de algunos pacientes que fue corto (especialmente en pacientes con ACC), la pérdida de seguimiento de otros y la presencia de varios cirujanos involucrados.

Conclusiones

Los análisis de la sección congelada intraoperatoria no son garantía en la predicción de márgenes positivos en pacientes con una neoplasia maligna de etapa tardía. El error de muestreo es bastante significativo en estos pacientes. La carga de costes añadidos es difícil de justificar a la luz de la baja sensibilidad y dificultad que presenta el cirujano

para poder reseca debido a la proximidad de estructuras vitales. Es importante un análisis patológico final para poder ayudar al paciente a tomar una decisión sobre la necesidad de terapia adyuvante. Los pacientes eran más propensos a aceptar radiación adyuvante que la quimioterapia adyuvante.

Influence of orthognathic surgery for symptoms of temporomandibular dysfunction. Sebastiani, A.M., Baratto-Filho, F., Bonotto, D., Kluppel, L.

Introducción

La influencia de la cirugía ortognática sobre los trastornos temporomandibulares es un tema que genera gran cantidad de discusiones y debates entre los profesionales, no solo por la posibilidad de mejoría del paciente a través de la corrección de la deformidad facial sino también debido a la posibilidad de desarrollar síntomas en pacientes que preoperatoriamente no tenían ningún trastorno temporomandibular, lo que puede ocurrir debido a la manipulación extensa de huesos y músculos durante la cirugía. El objetivo es intentar evaluar la influencia que tiene la cirugía ortognática en los síntomas y signos clínicos de los trastornos temporomandibulares teniendo muy presente que los pacientes tienen a menudo expectativas muy altas ante estos procedimientos quirúrgicos.

Material y Método

Se trata de un estudio de cohorte con 54 pacientes, realizado entre agosto 2013- junio 2014. Los pacientes presentan deformidades dentofaciales y fueron sometidos a cirugía ortognática.

- Criterios de exclusión:

Pacientes sometidos cirugía previa en la ATM y región maxilofacial, pacientes en tratamiento clínico y médico por trastornos temporomandibulares, así como pacientes que sufrieron complicaciones locales postoperatorias.

Inicialmente, se recogieron todos los datos de los pacientes: edad, sexo, raza, tipo de deformidad dentofacial (I, II, III). Se realiza una evaluación de los signos y síntomas del

trastorno temporomandibular a la 1 semana preoperatoria (T1), al mes preoperatorio (T2) y a los 6 meses después (T3). Esta evaluación de los pacientes será tanto subjetiva como clínica objetiva, e incluye variables tanto de la cirugía como del paciente. Los resultados se someten a análisis descriptivos y estadísticos. Se realizan análisis univariados para verificar la asociación de las variables.

Resultados

Aunque inicialmente se obtuvo una muestra de 54 pacientes, finalmente un total de 45 son los que fueron atendidos en los que la intensidad del trastorno temporomandibular disminuyó significativamente durante el periodo postoperatorio. La incidencia de trastornos temporomandibulares 6 meses después de la cirugía ortognática fue significativamente menor. Las mujeres con respecto a los hombres, presentaron una mayor prevalencia de trastornos musculares y temporomandibulares preoperatoriamente. La apertura bucal sin dolor mejoró de T1 a T3 y T2 a T3, sin embargo empeoró de T1 a T2. Para la apertura bucal con dolor los resultados fueron similares. Los pacientes a los que se le realizó una fijación de la mandíbula con tornillos bicorticales, la apertura bucal sin dolor era menor que en los pacientes que colocaron fijación con tornillos monocorticales y placas.

Discusión y Conclusión

La muestra predominante en este estudio fue femenina (68,5%) y la deformidad más prevalente fue la maloclusión de clase III. En la gran mayoría de los pacientes presenta una combinación de problemas maxilares y mandibulares, de ahí que las cirugías se realizaron en ambos segmentos. La evaluación de la incidencia de los trastornos temporomandibulares disminuye después de la cirugía ortognática como lo hace también su intensidad. Se reduce el número de pacientes con chasquidos y artralgias. La apertura bucal es más limitada al mes de la operación pero mejora significativamente dentro de los 6 meses después de la cirugía.

Tras este estudio se consigue afirmar que gracias a la cirugía ortognática, los signos y síntomas clínicos de los trastornos temporomandibulares, se ven reducidos.

Oral squamous cell carcinoma: the impact of stage-dependent therapy regimes on postoperative disease recurrence

Unterhuber, T., Duma, M., Rau, A., Nieberler, M., Wolff, K., Kesting, M.

Introducción

El carcinoma oral de células escamosas es actualmente uno de los 10 tumores malignos más frecuentes en el mundo y su tasa va en aumento. Existen diferentes estrategias terapéuticas dependientes del estadio en el que se encuentre, desde la cirugía primaria y radioterapia adyuvante o radioquimioterapia, incluyendo a menudo compromisos con la deglución, el habla, respiración y masticación. También es importante destacar la gran capacidad de metástasis que presenta el carcinoma oral de células escamosas, con afectación ganglionar y mal pronóstico. Se pretende comparar la recidiva de esta enfermedad entre los pacientes con carcinoma oral de células escamosas y afectación ganglionar positiva, tratados con cirugía sola, con cirugía y radioterapia postoperatoria, y cirugía y quimiorradioterapia postoperatoria.

Material y Método

Se realizó una revisión retrospectiva entre 2006 y 2014 en pacientes con el diagnóstico de carcinoma oral de células escamosas. Para incluirlos en el estudio se necesitó una biopsia positiva en cualquier estadio y con lesión ganglionar positiva. Fueron un total 161 pacientes a los que se le realizó el seguimiento, se dividieron en dos grupos en función del estadio ganglionar: grupo pN1 y grupo pN2. Los pacientes fueron tratados de acuerdo con las directrices alemanas de 2012. Se estudió la recidiva de la enfermedad postoperatoria tras únicamente cirugía, tras radioterapia adyuvante y tras radioquimioterapia y para posteriormente compararlas con los criterios alemanes.

Resultados

De los 161 pacientes, 111 fueron hombres y 50 mujeres, siendo la media de edad de 61 años. La localización más frecuente del tumor primario fue el suelo de la boca (39%). Todos los pacientes tenían afectación ganglionar, de manera que, 55 formaron parte del grupo pN1 y 106 del pN2.

Cabe destacar la aparición de la recurrencia de la enfermedad postoperatoria en 60 pacientes (37%): sometidos únicamente a cirugía (38%), a cirugía y radioterapia adyuvante (42%) y a radioquimioterapia (39%). Al evaluar la recurrencia de la enfermedad asociada a la afectación ganglionar y sus dos estadios, los hallazgos fueron positivos en un 25% en pacientes diagnosticados con pN1 y un 44% en pacientes con pN2. Entre los paciente considerados como pN1 la recurrencia más elevada se produjo entre los pacientes con cirugía y radioquimioterapia adyuvante (33%); y entre los pacientes diagnosticados como pN2 la recurrencia más alta se observa en pacientes tratados solo con cirugía (60%).

Discusión y Conclusión

A pesar de que continuamente se esté intentando mejorar la terapia, el carcinoma oral de células escamosas aún presenta tasas elevada de mortalidad. De acuerdo a estudios recientes, las etapas avanzadas de TNM, la diseminación extracapsular de los ganglios linfáticos y márgenes de resección cercanos o positivos, generalmente se han corroborado como factores de riesgo para el carcinoma oral de células escamosas recurrente. La aplicación de terapia adyuvante, ya sea radioterapia o radioquimioterapia, después de la cirugía primaria no fue más beneficioso que la cirugía con respecto a la recurrencia de la enfermedad. En los grupos pN por separado los resultados conseguidos son bien diferentes. En pacientes con pN1, la cirugía y terapia adyuvante no se asoció con una disminución de la tasa de recurrencia de la enfermedad en comparación con la cirugía sola. Los pacientes del grupo pN2 que recibieron terapia adyuvante durante el seguimiento si presentaban una tasa de recidiva menor. Aunque todos estos datos aun necesitan una revisión crítica en el futuro. Por tanto, podemos concluir que en los pacientes que presenten un carcinoma oral de células escamosa con afectación ganglionar en grado pN1, la cirugía por sí sola podría ser igual de eficaz que con radioterapia o radioquimioterapia coadyuvante. Y en los pacientes que presenten un grado pN2, la cirugía más terapia adyuvante tiene beneficios con respecto a la recidiva de la enfermedad postoperatoria.

Adenoid cystic carcinoma of the minor salivary glands: a retrospective series of 29 cases and review of the literatura. Shum, J., Chatzistefanou, I., Qaisi M.

Introducción

El carcinoma adenoide quístico es un tumor maligno de crecimiento lento y una tasa alta de recurrencia que se presenta como un subconjunto único de tumores de las glándulas salivales menores. Es un tumor raro, poco frecuente y presenta diferentes características. La realización de este estudio se basa en la revisión de características clínicas y patológicas, así como el tratamiento y la supervivencia de este carcinoma adenoide quístico en la región maxilofacial.

Material y Método

Consiste en estudio retrospectivo durante un periodo de 23 años (1989-2012) de 29 pacientes con carcinoma adenoide quístico de las glándulas salivales menores.

Resultados

Del total de tumores encontrados (243), el 78% fueron malignos (189 pacientes) y dentro de este grupo de malignidad, el 15% fueron carcinomas adenoides quísticos (29 pacientes). La media de edad fue de 61,2 años sin tener predilección de género. La localización más frecuente es en el paladar/maxilar (66%), siendo estas lesiones del paladar de tipo T3-T4. El síntoma más frecuente fue el dolor intratable. La incidencia de enfermedad nodal y metastásica fue infrecuente. El tratamiento inicial para todos los pacientes fue la cirugía con márgenes de resección. La radioterapia estaba indicada para márgenes positivos, compromiso perineural, tamaño T3-T4 o afectación ósea y evidencia de linfadenopatía cervical.

Tras la fase postoperatoria aguda, con o sin radiación adyuvante, se realizaron revisiones del paciente con regularidad y anualmente los pacientes debían hacerse una resonancia magnética, tomografía computarizada y tomografía por emisión de positrones con el fin de vigilar la cabeza, el cuello y el tórax. La tasa de recurrencia fue de 10% local, 14% distante durante el periodo de observación.

Aunque el tamaño de la muestra puede resultar demasiado pequeño desde el punto de vista estadístico; se observó una relación importante entre la localización del tumor y el estadio de la enfermedad con lesiones localizadas en el paladar, que se presentan en una etapa avanzada a diferencia con otros lugares de la cavidad oral.

Discusión

El carcinoma adenoide quístico es un tumor maligno de las glándulas salivales que tiene su origen en las células ductales y mioepiteliales con 3 patrones histológicos distintos, siendo el patrón cribiforme el más frecuente (46,3%). El carcinoma adenoide quístico se caracteriza por su comportamiento agresivo y con una tendencia al neurotropismo y recurrencia. Clínicamente se presenta como una masa lenta, de crecimiento firme y con márgenes mal definidos como resultado de un patrón infiltrativo de crecimiento submucoso. En general, no presenta predilección de género y el pico mayor de incidencia se encuentra en la quinta-sexta década de los pacientes. Las lesiones palatales/maxilares son las más frecuentes y se detectan en una etapa de lesión T3-T4. La afectación de los ganglios linfáticos es poco frecuente. La metástasis es rara y la disección de cuello generalmente no se realiza. La radioterapia postoperatoria se considera para la mayoría de los pacientes con carcinoma adenoide quístico de las glándulas salivales menores. Las tasas de supervivencia global varían aunque nos encontramos con tasas de supervivencia a 5 años entre el 66%-92%, mientras que las tasas de supervivencia a los 10 y 20 años descienden entre el 40%-70%.

Conclusiones

El carcinoma adenoide quístico es un tumor maligno de las glándulas salivales menores, se localiza preferentemente en paladar y frecuentemente en la etapa IV de la lesión. Es un tumor raro de la cabeza y el cuello. Su disección puede verse complicada debido al crecimiento infiltrativo que dificulta la eliminación de la resección. Es común que aparezca una invasión perineural, lo que dará lugar a un pronóstico negativo. La opción terapéutica de radiación postoperatoria continua siendo una estrategia frecuente para prevenir recidivas locales.

Maxillary reconstruction assisted by preoperative planning and accurate surgical templates. Zheng, G., Wang, L., Su, Y., Liao, G., Zhang, S., Lao, S.

Introducción

La reconstrucción quirúrgica del maxilar es un procedimiento técnicamente difícil y requiere mucho tiempo. Los defectos maxilares causados por cirugías tumorales, traumatismos o infección pueden llevar a deformidades y disfunciones. La colocación de prótesis para restaurar estos defectos generan pacientes con dolores intensos y con una oclusión alterada. Se ha demostrado que la reconstrucción maxilar es posible gracias a segmentos óseos de cresta iliaca, escapula, etc; sin embargo la mala relación espacial de estos segmentos y los tejidos blandos pueden generar resultados insatisfactorios. Por lo que hace indispensable una buena planificación preoperatoria completa y una guía quirúrgica. La reconstrucción maxilar, gracias a la tecnología digital y la cirugía asistida por ordenador, se puede realizar con ayudas de modelos estereolitográficos basándose en los datos de la tomografía computerizada. Desde el 2010 se utilizan unas plantillas quirúrgicas bastante precisas, con las que se definen cada corte y posicionamiento de cada hueso segmento.

Material y Método

El estudio se realiza sobre 6 pacientes, durante los años 2010 y el 2014. Estos pacientes presentan grandes defectos del maxilar superior. En base a los datos de la tomografía computerizada se diseñaron las plantillas de sección maxilar, el corte del peroné y su posicionamiento. Las plantillas se imprimen con una impresora tridimensional. Durante la cirugía, la resección maxilar, el corte de peroné y posicionamiento del mismo se realizaron según las plantillas quirúrgicas. La precisión se evaluó midiendo la desviación, para ello tiene que superponerse la planificación preoperatoria y el maxilar postoperatorio.

Resultados

La cirugía se realizó fiel a la simulación preoperatoria. Para medir la desviación se superpuso la planificación preoperatoria y el maxilar postoperatorio. La desviación media del punto central era 0,58mm, la desviación máxima era 1,53mm y la rotación era

6.0 grados. Se consiguió en todos los pacientes un aspecto armonioso y un contorno facial simétrico, teniendo un seguimiento medio de 24 meses.

Discusión

Los métodos tradicionales de reconstrucción maxilar eran técnicamente difíciles y requerían de mucho tiempo y los resultados eran imposibles de predecir incluso para profesionales muy experimentados. La malposición de los injertos óseos podría comprometer la apariencia facial y complicar la rehabilitación dental. La implantación de cirugía asistida por ordenador para la reconstrucción de maxilar ha permitido a los cirujanos simular los procedimientos de conformación ósea, necesarios para optimizar la configuración ósea del maxilar. Las plantillas quirúrgicas se diseñaron en función de la simulación preoperatoria y se fabricaron con un dispositivo de prototipado rápido. La esencia fundamental de este método fue definir la resección del tumor, el corte del segmento a unir y su posicionamiento mediante tres plantillas quirúrgicas para que la cirugía pudiera ser realizada con una precisión de acuerdo a la simulación preoperatoria. Por lo que una de las principales ventajas de este método es la precisión de implantación quirúrgica. Este método, por tanto, lo aplicaremos a la reconstrucción primaria después de la resección benigna del tumor o la reconstrucción secundaria después de la resección del tumor maligno.

Conclusiones

Con la simulación quirúrgica preoperatoria (planificación) y las plantillas quirúrgicas se pueden realizar reconstrucciones maxilares con gran precisión.

Approaches of robot-assisted neck dissection for head and neck cancer: a review

Zhou, S., Zhang, C., Lí, D.

Introducción

Este artículo de revisión presenta las aplicaciones de diferentes enfoques para la disección de cuello asistida por robot y sus indicaciones y determina si la disección de

cuello asistida por robot puede transmitir cualquier beneficio en comparación con las técnicas convencionales. La cirugía asistida por robot en comparación con las técnicas convencionales mínimamente invasivas, están siendo cada vez más utilizadas ya que mejoran la precisión, visualización y articulación. La técnica que vamos a describir es la de disección de cuello asistida por robot como método alternativo al procedimiento quirúrgico tradicional. La cirugía mínimamente invasiva se ha ido ampliando gradualmente con el fin de reducir al máximo la morbilidad de la cirugía. Con el uso del endoscopio los tumores pueden researse completamente con un daño mínimo a los tejidos. Actualmente, sólo el Sistema da Vinci está comercializado como robot quirúrgico.

A diferencia de las técnicas endoscópicas convencionales nos ofrece una visión tridimensional del campo operatorio, incisiones más pequeñas, pérdida de sangre intraoperatoria reducida, dolor postoperatorio disminuido procedimientos más precisos, eliminando hasta los pequeños temblores del cirujano. En los últimos años el campo de la cirugía ha sufrido grandes avances gracias al uso generalizado de cirugías mínimamente invasivas (endoscopias, laparoscopias) y cirugías asistidas por robot. Son métodos seguros y rentables comparados con los métodos abiertos y parece proporcionar beneficios clínicos sobre los procedimientos convencionales, particularmente para los tumores complejos.

Hasta la fecha, sobre la base de experimentos preclínicos y estudios clínicos, la cirugía robótica aplicada en cirugía de cabeza y cuello, puede ser utilizada con éxito para resecciones neoplásicas en la base de la lengua, resección radical de carcinoma de células escamosas, eliminación de lesiones parafaríngeas, incluso para tratamientos quirúrgicos para la apnea obstructiva del sueño.

TIPOS DE ABORDAJES PARA LA DISECCION DE CUELLO ASISTIDA POR ROBOT

Debido a la creciente demanda de estética por parte de los pacientes sometidos a cirugías de cáncer de cabeza y cuello, algunos cirujanos se han dedicado a investigar métodos para que se puedan realizar disecciones completas de cuello con pequeñas incisiones quirúrgicas.

En la actualidad existen cuatro tipos de abordaje:

1. Lifting facial modificado o incisión retroauricular.
2. Incisión transaxilar y retroauricular combinada.
3. Incisión transxilar.
4. Incisión transoral.

La disección de cuello asistida por robot puede ayudar a realizar la cirugía mínimamente invasiva y lograr excelentes resultados cosméticos, así como los resultados oncológicos deseados, y esto requiere seleccionar un enfoque adecuado basado en las diferentes necesidades de disecciones del cuello.

DESVENTAJAS Y PERSPECTIVAS

Estamos hablando de una nueva tecnología que efectivamente ha mejorado los tratamientos pero no debemos olvidar que presenta desventajas y no pueden ser ignoradas. Es necesario reducir el tamaño de los instrumentos originales y los brazos del robot da Vinci. Los datos de imagen preoperatoria deben ser utilizados y los sistemas de navegación tienen que ser compatibles e instalados. Necesita ser estandarizado y su uso difundido. Esto nos ayudaría a localizar las lesiones con mayor precisión y lograr márgenes quirúrgicos más limpios. Otro factor importante es el costo de los instrumentos robóticos, para poder evaluar la relación costo-efecto son necesarios estudios controlados exhaustivos y más prospectivos. Aunque los cirujanos experimentados que desean evitar incisiones cervicales grandes en pacientes pueden realizar con seguridad disecciones de cuello asistidas por robot, todavía hay bastantes limitaciones. Lo que se ha intentado con esta revisión, es introducir las aplicaciones de diferentes enfoques para la disección de cuello asistida por robot y sus indicaciones, así como determinar si puede llegar a ser más beneficioso en comparación con la cirugía convencional.

Superficial circumflex iliac artery perforator flap for tongue reconstruction. Ma, C., Tian, Z., Kalfarentzos, E., Zhang, Y., Zhang, Z., Lam, D., Zhang, C., He, Y.

Introducción

El cáncer de lengua, junto con otras neoplasias malignas de cabeza y cuello se considera

una enfermedad maligna compleja y propensa a la recidiva y metástasis. La intervención quirúrgica sigue siendo la primera opción de tratamiento, aunque da lugar a defectos del tejido blando que necesitan ser posteriormente reconstruidos. Para la reconstrucción de defectos parciales de lengua se han utilizados injertos de antebrazo radial, que a pesar de la facilidad de recolección tienen una gran morbilidad, de ahí, que cada vez sea más frecuente el injerto anterolateral del muslo. Más recientemente, existe una tendencia a la reconstrucción microvascular para el tratamiento de defectos de cabeza y cuello. A la luz de esto y para la reconstrucción de hemiglosectomías parciales se evaluó la opción de injertos mediante el colgajo superficial de la arteria iliaca circunfleja (SCIP).

Material y Método

El estudio clínico se realizó desde abril de 2013 a marzo de 2015. Un total de nueve pacientes fueron incluidos en el estudio y recibieron reconstrucción de colgajo SCIP por defectos en la lengua.

- Criterios de inclusión:
 - Malignidad primaria de la lengua que requiere hemiglosectomía.
 - Tamaño de defecto de la lengua no menor de 5-6 cm.
 - Ausencia de condiciones médicas patológicas.

Todos los procedimientos quirúrgicos reconstructivos se realizaron inmediatamente después de la glosectomía y la disección de cuello. Se recogieron todos los detalles de las características clínicas y se analizaron las funciones postoperatorias y los resultados estéticos y se evaluaron las funciones de habla y de deglución después de un periodo de seguimiento regular de 6 meses en todos los pacientes.

Resultados

Todos los injertos de SCIP tuvieron éxito, no se encontró ningún rechazo. La mayoría de las heridas quirúrgicas cicatrizaron sin incidentes. La función del habla y de la deglución, postoperatoriamente se encontraron aceptables durante el proceso de seguimiento y revisión. Las evaluaciones subjetivas de los pacientes fueron favorables..

Discusión

La lengua puede considerarse la región más afectada por el cáncer oral. El cáncer de lengua se ha vuelto más complejo, ya que no solo supone seguir todos los pasos terapéuticos para el tratamiento oncológico de una enfermedad sino que también genera un deterioro en funciones del paciente como el habla y la deglución. Debido a la tendencia actual y creciente de la reconstrucción quirúrgica se han utilizados multitud de tipos de injertos. El colgajo de SCIP, consiste en una nueva alternativa a tener en cuenta cuando se trata de reconstruir defectos intermedios, parciales o hemiglosectomías. La morbilidad del sitio donante es muy baja.. Existe poco riesgo de disección nerviosa y una gran ventaja que tiene es la capacidad de retener volumen a largo plazo del tejido adiposo, incluso después de la radiación. Lo cual nos va a garantizar unas funciones muy favorables del habla y de la deglución. A pesar de todas estas ventajas que presenta, la controversia a la hora de defender este tipo de colgajos viene por el pequeño tamaño de la muestra de este estudio.

Conclusiones

Tras este estudio, podemos decir que la técnica de colgajo de SCIP, puede ser una buena alternativa terapéutica para la reconstrucción de defectos parciales o hemiglosectomías. Nos aporta grandes beneficios funcionales y estéticos específicos. Se puede esperar que la aplicación de esta técnica en varias reconstrucciones de cabeza y cuello aumente.