

Centro de Cirugía Plástica - M. S. P.

LA RECONSTRUCCION TOTAL DEL MAXILAR SUPERIOR (*)

Dra. Paula Victoria Knaibl y Odontólogo Dr. Javier Pietropinto

La reconstrucción del maxilar superior significa la reparación de una estructura muy compleja del tercio medio del macizo óseo de la cara, estructura que se pierde por causas variadas en el curso de las diferentes edades y que por ser soporte de órganos vinculados a funciones múltiples presenta problemas importantes y diversos.

Lo más a menudo se trata de pérdidas parciales de un hemimaxilar superior provocadas espontáneamente por la enfermedad. La osteomielitis hematógena no es excepcional en la primera infancia y se acompaña de la secuestación y pérdida de porciones más o menos extensas del reborde alveolar. El defecto que se crea, se agrava en este caso con el crecimiento, al influir sobre el desarrollo de las restantes piezas del esqueleto facial.

En la patología del adulto la destrucción del maxilar superior se observa especialmente en tres circunstancias: por traumatismos que aplastan la cara, por infecciones de origen dentario y por tumores, ya sea de las estructuras adyacentes que invaden el hueso, a lo cual se agrega con cierta frecuencia la radionecrosis ósea producida en el curso de su tratamiento, o por tumores malignos propios del tejido óseo, especialmente los que toman origen en el proceso alveolar.

Sólo por excepción, puede presentarse el caso de pérdida de ambos maxilares superiores.

(*) Esta comunicación fué presentada en la sesión del 11 de octubre de 1950.

En muchos de estos casos se complica el problema de reparación ósea por acompañarse de pérdida de las partes blandas.

Cuando el defecto es importante, la seria deformidad que significa para la estética facial es un lastre psicológico muy a tener en cuenta.

Por ejemplo, aunque no haya pérdida de partes blandas en la típica resección del maxilar superior por tumor, observamos que además del hundimiento de la mejilla, la fijación del borde superior de la mucosa labial en el reborde orbitario, cuando éste persiste, eleva la comisura bucal hasta la altura del ala nasal, con un marcado entropion de labio. La retracción cicatrizal además deforma el párpado inferior.

Pero mucho más importantes son los desórdenes funcionales que acarrea: del lado orbitario, si la resección abarcó el piso de órbita, existe diplopia marcada con enoftalmia, epifora por la fijación cicatrizal del párpado inferior el cual a menudo no puede ocluir el ojo por lesión de esta zona del orbicular.

La alimentación es defectuosa, pues existen dificultades para la masticación, insalivación y hasta la deglución, existiendo reflujo de alimentos por las vías aéreas con las probables consecuencias. Una constante molestia es la caída de mucosidades nasales a la boca. Todo esto por el amplio orificio que significa la pérdida del hemipaladar.

También la fonación está trabada por este defecto palatino y por la fija deformidad bucal.

La mímica de la mitad de la cara está perdida o comprometida seriamente.

Puede intentarse corregir sólo la diplopia elevando el piso de órbita por injerto óseo relativamente pequeño, además de corregir luego las desviaciones musculares oculares, y colocar una prótesis que obture el orificio palatino cuando existen dientes en el maxilar superior opuesto donde fijarla. Pero la prótesis nunca adapta exactamente y hay que renovarla constantemente pues los tejidos vecinos ceden y las consecuencias en este sector, son las mismas que anteriormente, sino aumentadas, con el consiguiente desánimo del enfermo ya muy baldado psicológicamente.



FIG. 1. — Caso R. L. — Antes de operarse. Aspecto habitual de la enferma.



FIG. 2. — Caso R. L. — Después de la reconstrucción del maxilar superior. Faltan retoques estéticos en labio, nariz y párpado inferior.

También puede corregirse la sola pérdida de la cara anterior del maxilar superior que produce un hundimiento de mejilla, con relleno de trocitos de hueso esponjoso o mejor aún, con pasta de tejido esponjoso óseo.

Si hubo pérdida de partes blandas, hay que realizar previamente esta reparación, ya sea recurriendo a los colgajos por rotación de las zonas vecinas, de cuello, etc. (colgajo de Esser) si el defecto no es demasiado extenso, o en el caso contrario, debemos recurrir a los colgajos a distancia transportados por tubo, que nosotros preferimos acromiotorácico, por la rapidez de transporte, seguridad de vascularización, comodidad en la inmovilización, y buen resultado estético, pues la piel de esa región se parece mucho a la de la cara. Se completa con plastias de párpado inferior, si fuera menester.

Pero cuando la pérdida del maxilar superior abarca también apófisis palatina y el reborde alveolar, la reconstrucción de la arcada nos exige injertos óseos con cierta solidez para poder darle la forma adecuada. Además, pérdidas tan extensas obligan a incluir mucha cantidad de tejido óseo y esto necesariamente implica lecho bien vascularizado con que no contamos en estos casos, no pudiendo injertar hueso directamente.

Este complejo problema, creemos se resuelve con la siguiente técnica en que utilizamos un colgajo de músculo temporal con su arteria temporal profunda anterior que nos da un magnífico lecho para el extenso injerto óseo subsiguiente y que además aprovechamos para contribuir a cerrar la brecha palatina, separando así las fosas nasales de la boca.

En el caso cuya documentación presentamos, hemos creído que la corrección por la cirugía plástica, de ser posible, es superior siempre a la prótesis que esta enferma usaba durante el período de vigilancia clínica, y que era muy poco satisfactoria.

Hacía 4 años que por un tumor maligno de antro a esta enferma le fué resecado el maxilar superior izquierdo casi totalmente dejándole sólo una laminilla ósea en el piso de órbita. No había pérdida de partes blandas de mejilla, pero su piel era fina, dura y retraída.

La técnica es la siguiente:

1er. tiempo: Se levanta un colgajo en forma de U invertida sobre el cuero cabelludo de la región temporal con base sobre la apófisis cigomática. Se incinde y separa la aponeurosis epicraneana. Se talla un colgajo de músculo temporal que lleve la arteria temporal profunda anterior y sus ramas. Las proporciones fueron previamente estudiadas en operaciones realizadas en el cadáver, mas o menos 1/3 anterior del músculo. Con legra se separa de su implantación en la escama temporal. La aponeurosis temporal

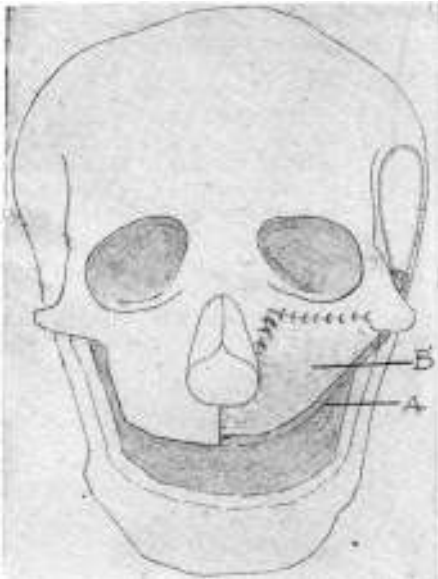


FIG. 3. — 1er. tiempo. Pasaje y fijación del colgajo de músculo temporal. A, Músculo; B, Aponeurosis.

se desinserta en todo este contorno y de la apófisis cigomática en la misma extensión del colgajo muscular que cubre. Esta separación muscular se prolonga hasta la apófisis coronoides y por delante se desinsertan las fibras de la hendidura cigomática. Bien movilizado este colgajo muscular se pasa por la parte anterior de la hendidura hacia la boca.

Por otra parte ya se separó el borde superior de la mucosa gingival que estaba adherido al borde del hueso propio de la nariz y reborde orbitario. Se aplanan las retracciones de la mejilla.

Por esa abertura se pasa el colgajo muscular y con su aponeurosis hacia la fosa nasal (para proteger el tejido muscular

de la exposición directa en esa fosa) se sutura al piso de órbita, al hueso propio nasal y especialmente al borde de la apófisis alatina opuesta. Luego de terminada esta fijación y quedando

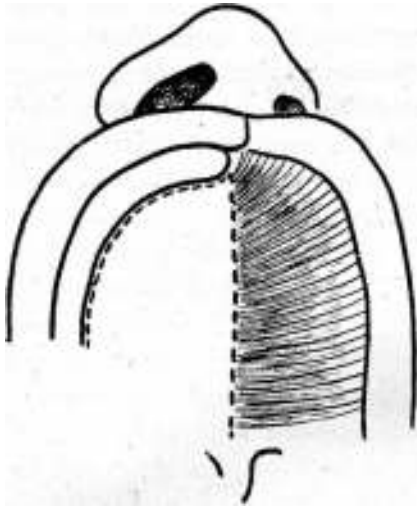


FIG. 4. — 1er. tiempo. Fijación del colgajo muscular al hemipaladar opuesto. La línea de puntos indica la incisión del colgajo palatino opuesto.

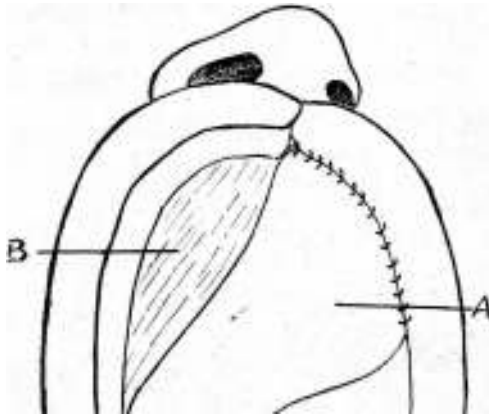


FIG. 5. — 1er. tiempo. A, Rotación del colgajo mucoperióstico del hemipaladar opuesto. Fijación en el límite superior de la mucosa gingival. B, Zona cruenta.



músculo sin cubierta como techo de boca, se lo cubre rotando un colgajo mucoperióstico proveniente del hemipaladar opuesto, suturando sus bordes al borde mucoso remanente de la mejilla del mismo lado y de la cara interna del labio superior.

Mecha de gasa yodoformada a presión en el lecho cruento dejado por el colgajo palatino. Se vuelve a tapar la fosa temporal con el colgajo en U que se sutura borde a borde.

La evolución post-operatoria fué excelente. No hubo infección ni gran reacción inflamatoria. Al día siguiente de la intervención la enferma ya no rezumó sangre por la boca ni por la nariz.

Si el caso fuera con pérdida de mejilla deberíamos en este tiempo implantar una espátula torácica llevada por un tubo acromiotorácico, preparado previamente, quedando encerrado el colgajo de músculo temporal en un estuche limitado: por fuera, por el colgajo torácico; por debajo, por el colgajo palatino opuesto, y por arriba por la propia aponeurosis temporal. Se secciona el pedículo acromiotorácico a las tres semanas.

2º tiempo: A los 2 meses, aunque creemos pueda realizarse antes, incindiendo sobre la cicatriz antigua de su intervención

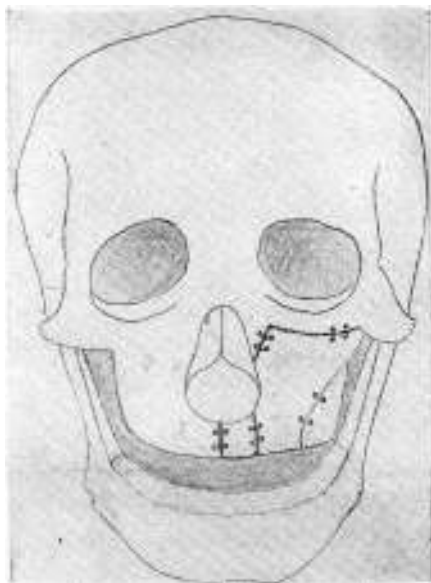


FIG. 6. — 2º tiempo. Injerto de hueso coxal.

curativa (hemirresección de maxilar superior) desde el labio, bordeando la nariz y el piso de órbita, se levanta el colgajo de mejilla. Se toman las medidas aproximadas del injerto óseo necesario (10 por 6 cms. más o menos). Aprovechando la curvatura adecuada, se talla del coxal del mismo lado a expensas de tabla

externa y hueso esponjoso. Este trozo se modela convenientemente, dividiéndole en tres para poder darle la forma de la arcada. Se adapta al defecto y se fija con hilo de acero finísimo a los bordes óseos y periostio adyacentes: hueso malar, hueso propio de la nariz, reborde alveolar opuesto. Se reaplica y sutura el colgajo de mejilla en su sitio.

En el caso de necesitar piso de órbita, simplemente se adapta en este tiempo un trozo óseo más.

La colocación de estos injertos es con la tabla externa hacia la mejilla (poco vascularizada) y el tejido esponjoso hacia el lecho ricamente vascular de músculo temporal.

3er. tiempo: Tenemos ya la reconstrucción casi completa. Hay una buena arcada, pero falta profundidad al fondo de saco mu-

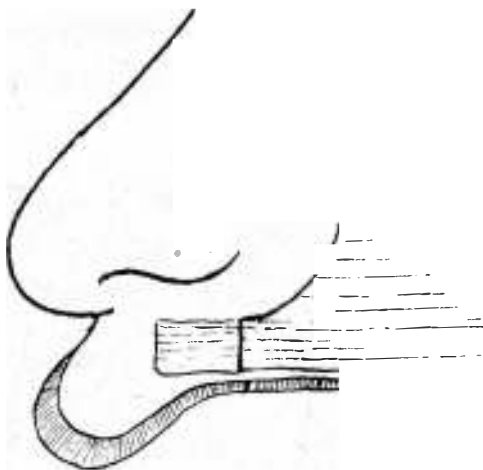


FIG. 7. — 3er. tiempo.
Falta de vestíbulo bucal.
Injerto óseo consolidado.

coso como para dar sitio y soportar una prótesis dentaria. Se incide sobre el borde de la mucosa gingival y labial, profundizando el vestíbulo y colocando sobre molde confeccionado con pasta dentaria (Stent) un injerto libre de piel que se contiene con puntos entre el paladar y la mejilla.

En el post-operatorio se insiste con una prótesis para evitar la retracción, se espera un tiempo prudencial y se le confecciona una prótesis dentaria común, completa y definitiva, pues esta enferma no tenía absolutamente ningún diente.

El resultado funcional de esta reparación es altamente satisfactorio, siendo vigilada más de seis meses, corrigiendo esta técnica completamente todas las perturbaciones funcionales que significa la pérdida tan extensa de maxilar superior.

• En cuanto a la estética, con retoques sucesivos se logran corregir los pequeños detalles que la operación curativa haya de-

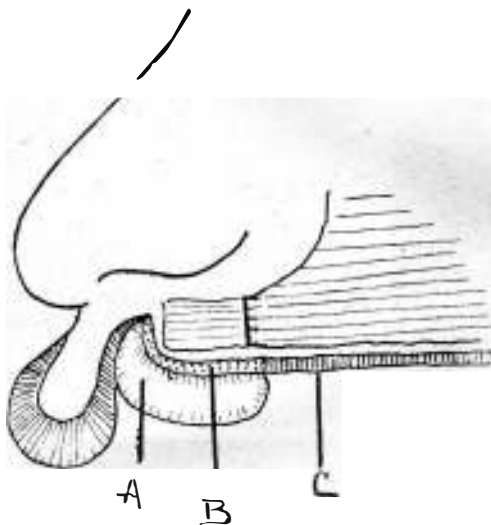


FIG. 8. — 3er. tiempo. A, Molde de stent. B, Injerto libre de piel. C, Mucosa palatina.

jado. En nuestro caso, la enferma había sufrido incluso una pérdida parcial de ala nasal, tiene aun un entropion y cicatriz defectuosa de labio y el párpado inferior habría que mejorarlo, pero de condición muy modesta y muy poco preocupada en ese sentido, no aceptó ninguna intervención ulterior.

Creemos además que para completar esta técnica en los casos en que no hubo que cerrar la mejilla con colgajo, sería conveniente practicar un injerto de grasa a posteriori bajo la piel de la mejilla, pues esta piel que ha perdido gran parte de su celular en el tratamiento curativo de su epiteloma, queda fina, sin elasticidad y además adhiere al injerto óseo, no lográndose así un contorno facial perfecto y trabando la mímica.



FIG. 9. — Caso R. L. — Antes de operarse. Amplio defecto palatino comunicando fosas nasales y boca.



FIG. 10. — 3er. tiempo. Paladar y vestibulo bucal terminado. Lista para llevar prótesis dentaria.

Dr. García Capurro (Vicepresidente de la Sociedad de Cirugía).

Creo que no podemos dejar pasar un trabajo como el de la Dra. Knaibl y del Dr. Pietropinto, sin felicitarlos efusivamente.

Poder realizar, con éxito, la técnica que se ha cumplido en este caso, muestra una competencia ya muy grande en la realización de la cirugía plástica; hay muchas técnicas que han tenido que ser combinadas, para poder solucionar un problema realmente muy difícil. De manera que felicito a los autores.

Dra. Knaibl. — No tengo más que palabras de agradecimiento al Dr. García Capurro y demás asistentes, en especial a todos los que nos han enseñado y a la colaboración del Centro de Cirugía Plástica, empezando por el Dr. Ardao y Apolo, González y Alsina.
