



# 26 CONGRESO NACIONAL SECOMCYC

CARTAGENA 15-17 junio 2023

 **Actividad DPC/FMC acreditada SEAFORMEC**

Actividad presencial: acreditada con 14.0 CPE-DPCs  
Actividad No Presencial: acreditada con 0.0 CPE-DPCs  
Créditos Profesionales Españoles de DPC  
Registro: 0203P/05/2023

**LIBRO DE COMUNICACIONES** 

**Sumario\*** pincha para ir a la pag. seleccionada



## INSTRUCCIONES DE USO

ir a inicio	ir a sumario	pag. anterior	pag. posterior
-------------	--------------	---------------	----------------

COMUNICACIONES  
ORALES **(CO)** . . . . .pág. 3

COMUNICACIONES  
PÓSTER CON DEFENSA **(CPA)** . . . . .pág. 121

COMUNICACIONES  
PÓSTER SIN DEFENSA **(CPB)** . . . . .pág. 205



## COMUNICACIONES ORALES (CO)

## BASE DE CRÁNEO

### [0144] RECONSTRUCCIÓN SECUNDARIA DE LA BASE DE CRÁNEO EMPLEANDO COLGAJOS MICROVASCULARIZADOS

M<sup>a</sup> Barajas Blanco, M<sup>a</sup> J. Morán Soto, J. González Martín-Moro, M. M<sup>a</sup> Pampín Martínez, J. P. Rodríguez Arias, J. L. Cebrián Carretero  
Hospital Universitario La Paz. Madrid

#### BREVE INTRODUCCIÓN

La reconstrucción secundaria de la base de cráneo tras complicaciones infecciosas y tumorales relacionadas con la resección de tumores intracraneales o intra-extracraneales y traumatismos con implicación de los senos paranasales, continúa siendo un reto para el cirujano reconstructor. En estos casos, el objetivo es aislar las estructuras intracraneales de la vía aero-digestiva superior. Si se producen complicaciones, empleo de colgajos loco-regionales es complicado pues habitualmente han sido utilizados en la primera intervención. En esta situación la técnica reconstructiva de elección son los colgajos microvascularizados de partes blandas.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

En la presente comunicación exponemos nuestra experiencia en el H.U. La Paz en la reconstrucción secundaria de la base de cráneo empleando colgajos microvascularizados entre los años 2000 y 2022. En este periodo se trataron 11 pacientes. Analizamos sus historias clínicas para evaluar el motivo de la reconstrucción, el tipo de colgajo empleado, los vasos receptores, la evolución del colgajo, las complicaciones y las técnicas complementarias para conseguir mejores resultados.

#### RESULTADOS

De los 11 pacientes, 9 fueron intervenidos por presentar complicaciones infecciosas intracraneales, 1 por fracaso de la reconstrucción previa y otro por fístula persistente de LCR. Se emplearon los vasos temporales como receptores en 8 casos y en tres de ellos se acudió a vasos cervicales. Se utilizaron 6 colgajos de ALT, 3 colgajos antebraquiales (uno fracasó), 1 colgajo de dorsal ancho y 2 colgajos de recto del abdomen. Se produjo un solo fracaso, el de un colgajo antebraquial que fue rescatado con un colgajo de dorsal ancho. En 7 casos fue necesario realizar craneoplastia coincidente o no con el colgajo y en todos se emplearon técnicas complementarias para mejorar el resultado estético. La reconstrucción fue satisfactoria en todos los casos solucionado los problemas infecciosos y las fistulas de LCR.

#### CONCLUSIONES

El empleo de colgajos microvascularizados es una técnica fiable y predecible en la reconstrucción de defectos secundarios de base de cráneo. El colgajo ALT parece ser el más versátil en el momento actual.



## CIRUGÍA CRANEOFACIAL

### [0107] **DISTRACCIÓN MAXILOMANDIBULAR SIMULTÁNEA PARA LA HIPOPLASIA DE LA RAMA MANDIBULAR EN PACIENTES CON CRECIMIENTO MANDIBULAR COMPLETO**

F. Pérez Salazar, A. Martínez-Sahuquillo Rico, E. Bullejos Martínez, C. Camacho Sánchez-Mora, A. Martínez Plaza, A.B. Marín Fernández

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

## BREVE INTRODUCCIÓN

La distracción maxilomandibular simultánea es una opción de tratamiento eficaz para pacientes con asimetría facial secundaria a una hipoplasia hemimandibular cuando el crecimiento ha finalizado y existe un acortamiento secundario del maxilar ipsilateral, un plano oclusal inclinado y una oclusión estable.

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

En estos casos la distracción mandibular convencional provoca cambios oclusales que afectan gravemente a la función con un enorme trabajo ortodóncico posterior.

## RESULTADOS

Con la distracción maxilomandibular simultánea, la mandíbula y el maxilar se alargan simultáneamente, corrigiendo la posición del mentón y nivelando el plano oclusal.

## CONCLUSIONES

Esta técnica ha demostrado ser eficaz para el tratamiento de la asimetría facial con resultados clínicos y funcionales favorables, superiores a la cirugía ortognática convencional. No sólo hay neoformación ósea, sino también mejoría en los tejidos blandos circundantes.

## CIRUGÍA CRANEOFACIAL

### [0163] **DISTRACCIÓN OSTEOGÉNICA EN MONOBLOC EN EL PACIENTE CON SÍNDROME DE PFEIFFER. PRESENTACIÓN DE UN CASO**

E. Teruel Hernández, M<sup>a</sup> G. Cortez Ledo, C.C. Montañés López, Á. Báguena Pérez-Crespo, J. Moreno Molino, M<sup>a</sup> Á. Rodríguez González Hospital Clínico Virgen de la Arrixaca. Murcia

#### BREVE INTRODUCCIÓN

El síndrome de Pfeiffer es una craneosinostosis caracterizada por deformidades craneofaciales que requieren de un tratamiento multidisciplinar, representando un gran desafío para el cirujano maxilofacial. Se trata de una enfermedad genética, de herencia autosómica dominante, producida por mutaciones en los genes FGFR1 y FGFR2, ambos receptores del factor de crecimiento fibroblástico. Entre sus rasgos craneales característicos se encuentra la presencia de una bóveda craneal ancha con occipucio aplanado, frente ancha, nariz pequeña con puente nasal hundido, exoftalmos (demostrado por la marcada retrusión de la ceja en relación a la posición de la córnea) e hipertelorismo orbitario. Así mismo presenta alteraciones dento-esqueléticas de severidad variable, entre las que se encuentran hipoplasia del tercio medio, maloclusión clase III, mordida cruzada, mordida abierta anterior y apiñamiento dental. En los casos de mayor gravedad (Tipos 2 y 3 de Cohen) pueden aparecer alteraciones en el desarrollo cerebral, queratopatía secundaria al exorbitismo, pérdida auditiva bilateral y apnea obstructiva del sueño. El manejo del síndrome de Pfeiffer comienza a una edad temprana, siendo la corrección de la craneosinostosis la primera cirugía que debe realizarse con el objetivo de evitar la hipertensión intracraneal (HTIC) y sus secuelas neurológicas. Posteriormente, deben tratarse los defectos esqueléticos faciales asociados, siendo la distracción ósea (mediante distractores internos o externos) el procedimiento más realizado en el manejo de la hipoplasia del tercio medio en estos pacientes. Entre sus ventajas, permite lograr un gran avance del tejido óseo, el cual va acompañado de una distracción progresiva de los tejidos blandos que disminuye en gran medida las recidivas. Así mismo, se reduce la necesidad de injertos óseos al conseguir la neoformación de hueso en las zonas osteotomizadas. Los distractores internos permiten una mayor consolidación ósea y son mucho mejor tolerados por el paciente que los dispositivos externos (RED, rigid external distractor), sin embargo requieren de una segunda cirugía para retirarlos y no permiten modificar el vector durante la distracción. Además de las correcciones craneofaciales, el manejo integral del paciente con síndrome de Pfeiffer incluye el seguimiento y tratamiento estrecho por parte del ortodoncista, el cual cumple un papel fundamental tanto en la corrección oclusal preoperatoria, como en la estabilización a largo plazo de los resultados estéticos y funcionales obtenidos tras la cirugía.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se presenta el caso clínico de esta paciente niña con diagnóstico de craneosinostosis coronal bilateral compatible con Síndrome de Pfeiffer Tipo III, confirmado por estudio molecular (variante patogénica 940-2 en exón 10 del gen FGFR2 de novo) realizado al nacimiento. Evaluación cardiológica, neurológica y auditiva normal. Había presentado durante su infancia temprana síndrome de apnea del sueño obstructivo severo, aunque actualmente sin clínica ni tratamiento con CPAP. Desarrollo psicomotor acorde a su edad, sin limitaciones para las actividades diarias. Entre las cirugías correctivas realizadas previamente (Hospital 12 de Octubre) se incluyen: craneotomía frontal bilateral, craneotomías temporales descompresivas y avance fronto-orbitario durante el primer año de edad, avance de tercio medio facial mediante osteotomía de Lefort III a los 6 años de edad, reconstrucción palpebral a los 7 años, e intervención de estrabismo divergente a los 11 años. Así mismo la paciente había recibido tratamiento ortopédico de expansión maxilar y mandibular durante 4 años en dentista privado. Debido a la persistencia de la hipoplasia fronto orbitaria y del tercio medio, la paciente fue derivada a los 16 años al HCUVA para continuar seguimiento por parte del equipo de Cirugía Oral y Maxilofacial (CMF). A la exploración la paciente presentaba turicefalia, hipertelorismo, proptosis ocular que impedía cierre palpebral completo y micrognatia. Por intraoral se apreciaba una relación dento-esquelética clase III con mordida cruzada anterior y resalte negativo de 0,5 cm, mordida cruzada posterior bilateral, así como hipoplasia transversal y AP del maxilar superior a pesar del tratamiento expansor previo. El TC facial con reconstrucción 3D confirma la presencia de cambios postquirúrgicos secundarios a craneo-

sinostosis compleja, persistencia de deformidad craneal, micrognatia y proptosis ocular. Tras valoración clínica y de las pruebas de imagen, se plantea la realización de una distracción osteogénica en monobloc para avance craneofacial del tercio medio y tercio superior facial, junto con el servicio de neurocirugía, utilizando distractores internos customizados (KLS MARTIN). Se realiza la planificación virtual de la cirugía, diseñando las osteotomías de la craneotomía, barra supraorbitaria y osteotomía de Lefort III, siendo el avance planificado de 16 mm a ambos lados. Posteriormente se determina la posición de los distractores según densidad ósea, el vector de distracción requerido, y se realizan las guías de corte customizadas para las osteotomías diseñadas. Tras la preparación ortodóncica adecuada de la paciente, se decide intervenir quirúrgicamente. A través de una incisión bicoronal, se realizan las osteotomías fronto orbitarias y de Lefort-III, que incluye osteotomías a ambos lados a nivel de la sutura frontocigomática, pared lateral de la órbita, arco cigomático, paredes orbitaria mediales y huesos nasales. La osteotomía pterigo-maxilar se realiza por vía transoral. El septo nasal fue separado de la lámina perpendicular del hueso etmoides mediante un osteotomo recto. Posteriormente se utilizaron los fórceps de Rowe para completar la disyunción del tercio medio facial de la base del cráneo. Una vez comprobado la adecuada movilización de los segmentos osteotomizados, se colocan dos distractores internos a cada lado en la posición planificada, dos de ellos a nivel fronto orbitario y otros dos en las regiones temporales, paralelos al arco cigomático. Así mismo se aumenta la proyección del dorso nasal mediante la colocación de un injerto óseo obtenido de calota y fijado mediante una miniplaca de titanio. Finalmente se realiza una cantopexia externa bilateral. Tras 7 días de periodo de latencia y sin complicaciones posoperatorias, se inició la fase de distracción a un ritmo de 1 mm/día, una vuelta 0,5mm por la mañana y otra vuelta de 0,5mm por la noche, hasta conseguir la corrección de la proptosis y un perfil facial favorable. El avance logrado fue de aproximadamente 20 mm, mayor al planificado teniendo en cuenta la alta tasa de recidiva a largo plazo en estos pacientes. Tras un periodo de consolidación de 11 meses, se decide intervenir nuevamente a la paciente para retirar los distractores faciales mediante anestesia general. Dada la edad de la paciente (18 años), y teniendo en cuenta que no era posible conseguir una adecuada expansión transversal del maxilar superior sin asistencia quirúrgica, se plantea la realización de un SARPE, junto con miniplacas de tracción esquelética clase III que permitieron utilizar fuerzas elásticas intermaxilares. Como procedimientos estéticos complementarios, se realiza una nueva cantopexia lateral y medial de ambos lados, lifting de tercio medio superior, e injerto de fascia temporal en raíz nasal para aumentar proyección. Cuando valoramos a la paciente 3 meses después, observamos una correcta proyección frontoorbitaria y del tercio medio facial, así como una mejoría de la proyección del dorso nasal. Se observa una adecuada expansión transversal del maxilar con corrección de la mordida cruzada posterior, aunque persistiendo la mordida borde a borde. Actualmente la paciente se encuentra en tratamiento ortodóncico para conseguir un mayor alineamiento dental y ajuste de la oclusión.

## RESULTADOS

La distracción osteogénica se ha convertido en uno de los procedimientos quirúrgicos más empleados para el avance del tercio medio facial en pacientes con craneosinostosis sindrómicas y retrusión moderada-grave. En estos casos, el grado de avance requerido suele ser tan elevado que la restricción de los tejidos blandos adyacentes podría impedir un resultado óptimo si se realiza una osteotomía de Lefort III o en monobloc convencional. Nuestra paciente fue intervenida de distracción osteogénica en monobloc hace más de 3 años, presentado un tiempo de seguimiento prolongado durante el cual se han realizado controles periódicos tanto por parte del equipo de Cirugía oral y maxilofacial, como por su ortodoncista. Al analizar los resultados podemos observar cómo se cumplieron la mayoría de los objetivos terapéuticos planteados inicialmente: corrección de la hipoplasia fronto orbitaria y del tercio medio facial con desaparición de la proptosis ocular, mejoría de la hipoplasia maxilar transversal y anteroposterior, y obtención de parámetros adecuados de oclusión, siendo esta más estable. Así mismo observamos cómo, tanto la paciente como sus familiares, se mostraron conformes con el resultado obtenido, especialmente en lo relacionado con su estética facial, influyendo ésta en gran medida en la mejora de su calidad de vida y estado psicológico. Por otro lado, aunque el SHAOS es una de las indicaciones de distracción facial en los individuos con síndrome de Pfeiffer, nuestra paciente presentaba un índice de apnea-hipoapnea normal. Si comparamos las dimensiones de la vía aérea en los TC pre y postoperatorio realizados, es posible apreciar modificaciones volumétricas de la misma, con un aumento de su dimensión transversal, responsable de la mejoría respiratoria que presentan muchos pacientes tras la cirugía. A pesar del éxito terapéutico logrado, hemos de considerar que los pacientes intervenidos de síndrome de Pfeiffer u otras craneosinostosis complejas, tienden a presentar altas tasas de recidivas a largo plazo que condicionan la necesidad de nuevas cirugías. En nuestro caso, la paciente está pendiente de realizar una rinoseptoplastia y posible osteotomía de Lefort-I, en caso de no conseguir la expansión transversal maxilar adecuada tras el tratamiento ortodóncico.

## CONCLUSIONES

El síndrome de Pfeiffer es una craneosinostosis compleja que puede producir graves repercusiones neurológicas, oculares y respiratorias si no se realiza un tratamiento temprano. La distracción facial en monobloc, mediante





distractores internos o externos, permite corregir la proptosis ocular, la obstrucción de la vía aérea y la retrusión facial, mejorando las alteraciones oclusales, así como la estética y funcionalidad de los pacientes. En comparación con las osteotomías convencionales sin distractores, la distracción monobloc permite un mayor avance óseo (incluso > 20 mm), ausencia de injertos óseos, y presenta una menor tasa de complicaciones posoperatorias y recidivas. Además de los procedimientos quirúrgicos craneofaciales, el manejo integral ortodóncico se convierte en esencial si se quiere lograr un resultado exitoso y estable a largo plazo.

## CIRUGÍA CRANEOFACIAL

### [0200] SÍNDROME 3MC, MANEJO QUIRÚRGICO DE UNA PACIENTE FISURADA

J. Moreno Molino, E. Teruel Hernández, C. Cristina Montañés López, M.<sup>a</sup> G. Cortez Ledo, A.I. Soriano Arroyo, M.<sup>a</sup> Á. Rodríguez González  
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

#### BREVE INTRODUCCIÓN

La fisura labio-palatina es la malformación congénita facial más común, constituyendo aproximadamente el 65 % de todas las malformaciones craneofaciales. El 70 % de los afectados desarrollan enfermedades no sindrómicas, es decir, sin asociación con otras malformaciones y sin cambios conductuales y/o cognitivos. El 30 % restante está asociado con trastornos genéticos autosómicos dominantes, autosómicos recesivos o ligados a X, condiciones cromosómicas, teratogénicas o esporádicas que incluyen defectos congénitos múltiples. La etiopatogenia sigue siendo incierta. Esto es principalmente un reflejo de la complejidad y diversidad de los mecanismos moleculares implicados en la embriogénesis, con la participación de múltiples genes y la influencia de los factores ambientales. Entre los factores de riesgo ambientales destacamos dieta materna y suplementos vitamínicos, ingesta de alcohol, tabaco, el uso de medicamentos anticonvulsivos en el primer trimestre de gestación y edad materna. Desde el punto de vista embriológico, se clasifica en cuatro grupos en función de su ubicación en relación con el foramen incisivo: fisuras pre-foramen o fisuras labiales, fisuras post-foramen, fisuras transforamen o fisuras labio-palatinas y rara vez fisuras faciales. El Síndrome 3MC es un grupo de trastornos autosómicos recesivos poco frecuentes en los que el hipertelorismo, la ptosis y las cejas muy arqueadas se asocian a fisuras orofaciales. Además de la fisura y el hipertelorismo, se caracteriza por la presencia de quiste o apéndice caudal inusual, anomalías genitourinarias y discapacidad intelectual. Algunos pacientes también presentan anomalías esqueléticas y pérdida de audición con trastornos vestibulares. Este grupo de enfermedades se describió originalmente como cuatro distintos: Síndrome de Malpuech, Síndrome de Carnevale, Síndrome de Michels y Síndrome de Mingarelli. La presencia de fisura labial y palatina, que suele ser bilateral, se considera una característica clave en los individuos con Síndrome de Malpuech, mientras que los pacientes con Síndrome de Carnevale se identificaron inicialmente por su aspecto facial distintivo con ptosis marcada, hipertelorismo, fisuras palpebrales inclinadas hacia abajo y sinofridia. En los pacientes descritos por Michels, la disgenesia del segmento anterior era una característica predominante, y en los descritos por Mingarelli, los hallazgos esqueléticos y la sinostosis radiocubital se identificaron como características distintivas junto con déficits auditivos debidos a anomalías del vestíbulo y los canales semicirculares. Existe un solapamiento considerable entre todos los fenotipos mencionados, que presentan similitudes en el aspecto facial, lo que llevó a sugerir que todos ellos debían considerarse parte del mismo espectro fenotípico conocido como síndrome 3MC. Este solapamiento clínico se ha visto confirmado por el hallazgo de mutaciones en los genes COLEC11 y MASP1, que codifican proteínas de la vía de las lecitinas del complemento.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente de actualmente 2 años, que acude a las Consultas Externas de Cirugía Maxilofacial Infantil con 1 mes de edad por presentar fisura labio-palatina completa con diagnóstico prenatal de síndrome 3MC por variante homocigótica patogénica en gen MASP1. Madre y padre consanguíneos (primos hermanos) sanos sin referir exposición tóxica laboral. Ambos progenitores con fenotipo y capacidad intelectual normal. Hermano varón de 9 años sano y hermana afecta de síndrome 3MC por variante homocigota probable patogénica en gen MASP1. En ecografía de semana 16 se identifica fisura labio-palatina completa sin otras anomalías morfológicas aparentes, realizándose estudio prenatal invasivo e identificándose variante homocigota patogénica del gen MASP1 en el feto. A la exploración física es portadora de sonda nasogástrica y presenta frente abombada, hipoplasia mediofacial, puente nasal aplanado y nariz corta, blefarofimosis con ptosis, cejas arqueadas, fisura labio-palatina izquierda extensa, incluyendo encía, pabellones auriculares de implantación baja, cuello corto, no defectos branquiales, tórax sin deformidad significativa y abdomen con mínima hernia umbilical. En la primera consulta, se explica enfermedad y cronología, proponiendo ortopedia maxilar funcional para así conseguir disminuir la anchura ósea y de partes blandas de la fisura, realizando el tratamiento con buena tolerancia y resultados. Protocolo de ortopedia maxilar

funcional: Si la fisura es leve (menor de 5 mm) o moderada (de 5 a 15 mm), se procede a realizar la queiloplastia primaria. La corrección de la fisura alveolar es secundaria. Si la fisura es moderada o severa (mayor de 15 mm), se procede a la ortopedia prequirúrgica con modelado nasopalveolar para transformar la fisura en leve y luego se realiza la queilorrinoplastia primaria. En casos donde no es posible realizar la ortopedia, la adhesión labial quirúrgica es una alternativa a considerar. Este protocolo comienza en el nacimiento hasta el cierre del paladar duro en los pacientes que toleran la placa. Durante el primer año se cambia cada mes, y a partir del primer año, cada 2-3 meses. Posteriormente es intervenida realizando en primer lugar la queilorrinoplastia primaria y meses después el cierre del paladar blando. Actualmente, la paciente sigue en seguimiento y está pendiente de realizar el cierre del paladar duro. - Queilorrinoplastia primaria mediante técnica de Millard. En el mismo tiempo quirúrgico, se realiza cierre de suelo nasal hasta mitad del paladar duro, liberación de la inserción del tabique nasal con el maxilar, cogiendo injerto rectangular de la parte más posterior para reconstruir el alar izquierdo. Se realiza incisión en alar, refrescando bordes y realizando una V-Y, colocando el injerto cartilaginoso y realizando suturas transfixiantes. Se coloca conformador. - En un segundo tiempo, se realizó el cierre del paladar blando mediante una veloplastia intravelar, incidiendo en la interfase mucosa nasal-palatina, diseccionando el músculo elevador del paladar de ambas mucosas y realizando cierre por planos

### RESULTADOS

El primer contacto terapéutico de la paciente fue el remodelado ortopédico para intentar disminuir la anchura de la fisura palatina, conformándole placas ortopédicas cada 3-4 meses. Posteriormente, la paciente fue propuesta para una queilorrinoplastia primaria, para así cerrar el labio y remodelar la nariz, ya que los últimos artículos apoyan los mejores resultados si la rinoplastia se realiza en los primeros meses de vida. En un segundo tiempo, se realizó el cierre del paladar blando y en un tercer tiempo se realizará el cierre del paladar duro y la corrección de posibles secuelas estéticas. (Se presentan fotografías de la evolución y resultados de la paciente).

### CONCLUSIONES

Las fisuras labio-palatinas suponen todo un reto para el cirujano maxilofacial, teniendo que poner especial cuidado en aquellas que forman parte de síndromes polimalformativos como el Síndrome 3MC, donde además de la fisura, podemos encontrar otras anomalías subsidiarias de corrección como en nuestro caso clínico, la nariz. Es muy importante la comunicación con los familiares del paciente, así como tranquilizarles y explicarles la cronología de la enfermedad y resultados a largo plazo. En estos pacientes, las posteriores cirugías para corregir o mejorar aspectos estéticos durante el crecimiento son posibles y frecuentes. A pesar de crecer el paciente en contacto estrecho con el cirujano, la consulta y el quirófano, los resultados tanto funcionales como estéticos suelen ser buenos sin mucha repercusión psicológica ni social.



## CIRUGÍA CRANEOFACIAL

### [0225] IMPACTO DE LA PLANIFICACIÓN VIRTUAL EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA CRANEO-SINOSTOSIS

C. Camacho Sánchez-Mora<sup>1</sup>, A. Martínez-Sahuquillo Rico<sup>1</sup>, E. Bullejos Martíne<sup>2</sup>, I. Zubiarte Illarramendi<sup>1</sup>, A.B. Marín Fernández<sup>1</sup>, A. Martínez Plaza<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada, <sup>2</sup>Hospital Fundación Jiménez Díaz. Madrid

#### BREVE INTRODUCCIÓN

Durante la cirugía abierta de craneosinostosis se emplea un tiempo considerable en la planificación, modelado y reconstrucción de la bóveda craneal en busca de la morfología deseada y de la optimización del crecimiento cerebral. La incorporación de la planificación virtual y tecnología CAD-CAM a la cirugía de las craneosinostosis, tanto simples como múltiples, podría aportar muchas ventajas. El objetivo de este trabajo es analizar el impacto de la planificación virtual y tecnología CAD-CAM en el tratamiento quirúrgico de las craneosinostosis.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

La planificación quirúrgica virtual comienza con la realización de tomografías computarizadas de alta resolución del esqueleto craneofacial. A continuación, se establece conexión por videoconferencia, entre el equipo craneofacial y los bioingenieros, para hacer la planificación 3D en un software de planificación virtual. Se diseñan las osteotomías y se remodelan los huesos craneales para conseguir la morfología y volumen deseado de la bóveda craneal. Se fabrican modelos STL, guías de corte y modelado para transformar el plan virtual en realidad.

#### RESULTADOS

Se tratan 13 pacientes desde 2018 hasta 2022 con edades comprendidas entre 9 a 12 meses. Se trataron cuatro plagiocefalias anteriores, tres derechas y una izquierda, cinco trigonocefalias y cuatro casos de craneosinostosis múltiples. Los casos de escafocefalia se tratan mediante una remodelación craneal según la técnica de Melbourne y no se planifican virtualmente. En los trece pacientes tratados, las cirugías se realizaron según lo planificado virtualmente, incluyendo el avance fronto-orbitario y la remodelación de la bóveda craneal. Los modelos STL, guías de corte, de modelado y posicionamiento final demostraron un excelente ajuste, fiabilidad y facilidad de uso.

#### CONCLUSIONES

Desde nuestra experiencia, la incorporación de la planificación virtual conlleva una notable disminución del tiempo quirúrgico y nos permite optimizar la eficacia, precisión y exactitud en la cirugía de craneosinostosis. Cabe anotar, que el estado actual de la literatura sigue en fase de validación. Antes de justificar una aplicación más generalizada, es necesario realizar más estudios, con períodos de seguimiento más prolongados.

## CIRUGÍA CRANEOFACIAL

### [0256] ABORDAJE Y RESULTADOS QUIRÚRGICOS EN UNA SERIE DE PACIENTES CON SECUENCIA PIERRE ROBIN

P. Caballero Pedrero, F. Leporace Jiménez, V. Zafra Vallejo, M. Redondo Alamillos, A. Romance García, G. Sánchez Aniceto  
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

#### BREVE INTRODUCCIÓN

La Secuencia malformativa Pierre-Robin (SPR) incluye micrognatia, glosoptosis y asociación variable con fisura palatina, siendo frecuente el compromiso de la vía aérea. Por ello es necesario un abordaje multidisciplinar para conseguir un correcto manejo nutricional, respiratorio y logo-foniátrico de este tipo de pacientes. La evaluación respiratoria se efectúa mediante polisomnografía nocturna para despistar episodios obstructivos y nasoendoscopia/broncoscopia para descartar otras lesiones en la vía aérea. El manejo quirúrgico puede requerir intervenciones para tratar los problemas respiratorios (glosopexia, distracción mandibular o traqueostomía) o foniatricos (palatoplastia).

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

El objetivo es describir el abordaje y resultados de una serie reciente de pacientes SPR tratados en un servicio de referencia entre 2015 y 2021. Análisis retrospectivo de historias clínicas (chart review).

#### PACIENTES

Todos los casos de SPR con tratamiento quirúrgico y/o seguimiento en nuestro centro. Variables: síndromes asociados; número, tipo y edad de cirugías del espectro craneofacial practicadas; necesidad de distracción ósea y distancia de avance; requerimientos nutricionales pre/postoperatorios; impacto respiratorio pre/post cirugía, repercusión logo-foniátrica.

#### RESULTADOS

De una población de 152 fisurados, se obtuvo un tamaño muestral de 29 (19 %) pacientes con secuencia Pierre Robin, 12 (41,3 %) de ellos asociados a síndromes. El ratio por sexo fue 1,23:1 (masculino: femenino). La mortalidad fue del 0 %. 19 (65,5 %) de ellos presentaban síntomas respiratorios graves al nacimiento, de los cuales 8 (42,1 %) mejoraron con medidas posturales; 5 (26,3 %) necesitaron CPAP y 10 (52,6 %) necesitaron cirugía de la vía aérea. De estos últimos, 9 (90 %) recibieron distracción mandibular bilateral; 3 (30 %) glosopexia y 4 (40 %) traqueostomía. La edad media del momento de la distracción ósea fue 8,38 meses y la distancia media de distracción de 35mm. La distracción ósea consiguió evitar la traqueostomía en el 66,6 % de los casos. La glosopexia se utilizó exclusivamente como estabilización inicial de la vía aérea en aquellos casos en que se llevó a cabo. El 100 % de los pacientes presentaban fisura palatina, realizándose palatoplastia con una edad media de 16,8 meses. 18 (69,2 %) necesitaron logopedia en nuestro centro tras la palatoplastia; de éstos 3 (16,6 %) necesitaron palatoplastia secundaria. Otros 3 (11,5 %) están pendientes de evolución foniatrica. 14 (53,8 %) necesitaron sonda nasogástrica como soporte nutricional.

#### CONCLUSIONES

La mayoría de los pacientes con SPR tratados en nuestro centro presentaron compromiso respiratorio grave durante los primeros meses de vida, en muchos casos requiriendo intervenciones quirúrgicas para su manejo. La distracción ósea mandibular bilateral es necesaria en multitud de ocasiones, aunque no siempre evita la traqueostomía. La palatoplastia primaria se retrasa varios meses respecto a los fisurados no Pierre-Robin. A pesar de necesitar seguimiento logo-foniátrico, pocas veces necesitan una nueva intervención sobre el paladar. En torno a la mitad de los pacientes necesitarán soporte nutricional las primeras semanas de vida. La complejidad de esta patología requiere un manejo en unidades multidisciplinarias con gran experiencia.

## CIRUGÍA CRANEOFACIAL

### [0260] DISEÑO DE CEFALOMETRIA 3D PARA ESTUDIO DE MALFORMACIONES FACIALES COMPLEJAS. APLICACIÓN EN PACIENTES CON LIPOMATOSIS INFILTRATIVA FACIAL

C. Cuesta Urquia, E. Gómez García, J.C. López Gutiérrez, I. Aragón Niño, A.D. Moreiras Sánchez, J.L. Cebrián Carretero  
Hospital Universitario La Paz. Madrid

## BREVE INTRODUCCIÓN

La lipomatosis infiltrativa facial es una enfermedad rara pediátrica, no hereditaria, que se caracteriza por el crecimiento unilateral excesivo del tejido graso facial. Recientemente se ha identificado en el genotipo de las células enfermas la activación mutacional del gen PIK3CA incluyéndola en el espectro de enfermedades PROS (PIK3CA related overgrowth spectrum).

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

El objetivo de este estudio es diseñar una cefalometría 3D que permita comparar en un mismo paciente la evolución cronológica de las afectaciones del tejido graso, del tejido óseo y de los dientes en pruebas radiológicas así como comparar entre pacientes de la misma edad.

## RESULTADOS

Se comprueba la utilidad de dicha cefalometría en 3 pacientes pediátricos diagnosticados de lipomatosis infiltrativa facial.

## CONCLUSIONES

Esta cefalometría permitirá el estudio cefalométrico de otras malformaciones faciales complejas así como la respuesta a tratamientos quirúrgicos o farmacológicos como el AlpeSilib en el caso de la lipomatosis infiltrativa facial.



## CIRUGÍA ORTOGNÁTICA

### [0090] CIRUGÍA ORTOGNÁTICA A MEDIDA, ¿MÁS CERCA DE LA PERFECCIÓN?

J. Rodríguez Cobo<sup>1,2</sup>, E. Ibaseta Fidalgo<sup>1</sup>, J. Medina del Valle<sup>1</sup>, P. Criado Villalón<sup>1</sup>, I. Caubet Sáez-Torre<sup>1</sup>, S. Lazuén Fernández<sup>1,2</sup>  
<sup>1</sup>Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander, <sup>2</sup>IDIVAL. Santander

#### BREVE INTRODUCCIÓN

La utilización de la tecnología CAD-CAM en el campo de la cirugía maxilofacial está cada vez más extendida; así mismo, con mayor frecuencia se utilizan placas de osteosíntesis custom made que permiten, a priori, obtener unos resultados más exactos, predecibles y reproducibles. En los últimos años se ha implementado de manera rutinaria la realización de procedimientos de cirugía ortognática con sistemas de guía quirúrgica y placas preformadas a fin de reducir el tiempo quirúrgico, minimizar el error humano asociado al correcto posicionamiento de los maxilares y disminuir la presencia de complicaciones peri y postoperatorias. Intentamos valorar las diferencias entre la técnica clásica y la técnica guiada con placas a medida en pacientes sometidos a cirugía ortognática en nuestro hospital.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se realiza una comparativa entre dos grupos quirúrgicos intervenidos en nuestro hospital de cirugía ortognática bimaxilar. El primer grupo se compone de pacientes sometidos a cirugía ortognática mediante procedimiento clásico con osteotomías y placas según planificación y el segundo grupo compuesto por pacientes en los que se realizó la intervención con guías de corte y placas preformadas a medida según planificación quirúrgica. Se comparan diferentes parámetros: resultados obtenidos post intervención quirúrgica (valorando correspondencia entre los resultados planificados y los obtenidos)

#### RESULTADOS

No se apreciaron diferencias en las complicaciones postoperatorias entre los 2 grupos. La tolerancia al material de osteosíntesis fue buena en ambos casos. La manipulación de los tejidos blandos fue mayor en el grupo de pacientes que se realizó procedimiento con guías de corte para conseguir el correcto posicionamiento de las mismas, si bien esto no tuvo repercusión en los días de ingreso o estancia en la unidad de reanimación. El tiempo quirúrgico fue menor en los procedimientos con cirugía guiada y placas preformadas al evitar, la realización de moldeado de placas, fijación intermaxilar, utilización de férula intermedia y mediciones. La cirugía guiada supone un incremento de la precisión en los desplazamientos maxilares, si bien, no permite variaciones intraquirúrgicas del posicionamiento de los mismos sobre lo planificado. La utilización de placas preformadas y guías de corte incrementa el coste de cada procedimiento y puede alargar los tiempos de planificación.

#### CONCLUSIONES

Los sistemas de guías de corte y placas preformadas permiten reducir el tiempo quirúrgico y consiguen replicar con elevada precisión los resultados esperados en la planificación prequirúrgica. Por otro lado los elevados costes y las dimensiones de las guías de corte que obligan a una mayor manipulación de los tejidos, hacen que continúen siendo una buena opción a valorar en función del caso clínico más que resultar esenciales para la realización de estos procedimientos.

## CIRUGÍA ORTOGNÁTICA

### [0093] ANESTESIA REGIONAL EN CIRUGÍA ORTOGNÁTICA: EVIDENCIA DISPONIBLE Y DESCRIPCIÓN DE LAS PRINCIPALES TÉCNICAS

J. Raurich-Leandro, A. Arecchi, M<sup>a</sup> Guisasaola Rabés, J. Pamias Romero, E. Sierra, C. Bescós Atín  
Hospital Universitari de la Vall d'Hebron. Barcelona

#### BREVE INTRODUCCIÓN

La cirugía ortognática consiste en la corrección de las deformidades dentofaciales mediante osteotomías y posterior osteosíntesis en una nueva posición de los huesos faciales. A pesar de que está descrita la realización de esta cirugía bajo anestesia local y sedación(1,2), estas cirugías se realizan de forma rutinaria bajo anestesia general. Aunque los pacientes estén inconscientes y sin dolor subjetivo durante la cirugía bajo anestesia general, sus nociceptores siguen siendo estimulados si no existe ningún bloqueo de estas terminales nerviosas. Clínicamente, dicho estímulo puede ser reflejado en incrementos de la presión sanguínea y el subsecuente incremento en el sangrado operatorio. El objetivo de esta comunicación es describir los principales bloqueos que han demostrado algún beneficio en cirugía ortognática, recopilados a través de una revisión de la literatura disponible.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Búsqueda a través de los metabuscadores pubmed y Scopus de los artículos que incluían los términos MeSH Maxillofacial abnormalities u Orthognathic Surgical Procedures y Conduction Anesthesia, Local anesthesia o nerve block.

#### RESULTADOS

El bloqueo de las ramas V2 y V3 del nervio trigémino de forma individual han demostrado en ensayos clínicos aleatorizados la disminución de requerimiento de fármacos durante la anestesia general así como la pérdida sanguínea durante la cirugía ortognática. Distintos ensayos clínicos han demostrado que el uso de distintas técnicas de bloqueo de forma individual disminuyen el requerimiento de fármacos anestésicos durante la anestesia general, así como la pérdida sanguínea durante la cirugía y un mejor control del dolor postoperatorio. Técnicas anestésicas para el bloqueo de la división maxilar o V2 El bloqueo de dicha rama de forma bilateral produciría anestesia de la región de agresión quirúrgica que se produce durante una osteotomía tipo Le Fort 1. Se describen las tres técnicas principales: extraoral o supracigomático, intraoral o abordaje por truberidad alta y a través del canal palatino. Técnicas anestésicas para el bloqueo de la división mandibular o V3 El bloqueo de dicha rama de forma bilateral produciría anestesia de la región de agresión quirúrgica que se produce durante una osteotomía tipo Obwegeser –a falta de la región del ángulo mandibular- o una mentoplastia. Además del bloqueo del nervio dentario inferior, rama del V3, también se describe la técnica Gow-Gates, que consigue una anestesia de todas las ramas extracraneales de la división V3 del trigémino. Técnicas anestésicas para el bloqueo del plexo cervical superficial El bloqueo de este plexo de forma bilateral complementaría la anestesia que el bloqueo de la rama V3 del trigémino no cubre en las osteotomías tipo Obwegeser. Se describe la realización del bloqueo del plexo cervical superficial con referencias anatómicas

#### CONCLUSIONES

Las técnicas de anestesia regional en cirugía ortognática han demostrado beneficios intraoperatorios y de recuperación postoperatoria para el paciente. Los estudios disponibles no son explícitos en la descripción de las técnicas utilizadas para la realización de dichos bloqueos. Son necesarios más estudios, combinando el bloqueo de las distintas ramas nerviosas.

## CIRUGÍA ORTOGNÁTICA

### [0100] CIRUGÍA ORTOGNÁTICA CUSTOMIZADA: UN ENFOQUE DESDE LA INSTRUMENTACIÓN

A. Puentes Jurado<sup>1</sup>, A. Mena Sánchez<sup>1</sup>, M. Espino Segura-Illa<sup>1,2</sup>, R. Sieira Gil<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Barnaclinic. Barcelona, <sup>2</sup>Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona, <sup>3</sup>Hospital Clinic de Barcelona. Barcelona

## BREVE INTRODUCCIÓN

La cirugía ortognática es un tratamiento que tiene un profundo impacto en la forma, función y estética de los pacientes. Se requiere una estrecha colaboración entre el cirujano maxilofacial, el ortodoncista, y el equipo de enfermería quirúrgica y anestesia. Todos ellos deben tener un conocimiento profundo del análisis facial, oclusal y conocimientos anatómicos para lograr el éxito del tratamiento. La planificación virtual y la tecnología CAD/CAM han mejorado la capacidad para visualizar, planificar y ejecutar este tratamiento, mediante guías de corte y placas personalizadas de titanio, con el objetivo de disminuir pasos, evitando errores y mejorando la precisión de los resultados.

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Nuestro objetivo es describir el protocolo de planificación y el proceso intraoperatorio de la cirugía ortognática customizada, detallar el material específico necesario para el desarrollo de la cirugía ortognática, así como su utilización, desde el punto de vista de la instrumentación quirúrgica. Se realiza una búsqueda bibliográfica en las bases de datos (Pubmed, Scopus, Cochrane) con las palabras clave: orthognathic surgery & lefort ostetomy and/or surgical nurse rol & CAD/CAM surgical planning.

## RESULTADOS

No se obtuvieron resultados de la revisión de la literatura. Se describe según nuestro protocolo de trabajo, el rol del equipo en la planificación prequirúrgica y en el desarrollo de la cirugía. Se describen los pasos de la intervención y se detalla el material específico imprescindible para llevar a cabo esta cirugía altamente tecnificada.

## CONCLUSIONES

La creación de un protocolo de trabajo en cirugía ortognática contribuye a una mayor garantía en la seguridad de actuación del equipo quirúrgico, minimizando los posibles riesgos, optimizando tiempos quirúrgicos, recursos anestésicos y contribuyendo a un resultado final satisfactorio para el paciente.

## CIRUGÍA ORTOGNÁTICA

### [0148] MANEJO DE LAS DEFORMIDADES DENTOESQUELÉTICAS EN EL PACIENTE FISURADO: CUÁNDO ELEGIR LA MEJOR OPCIÓN

M. García García, C. Andrés Ros, B. García Carballo, D.R. Rodríguez Pérez, P. Manchado Bombín, J. Brunsó Casellas  
Hospital Universitario Cruces. Barakaldo, Bizkaia

#### BREVE INTRODUCCIÓN

El labio y paladar hendido son malformaciones congénitas que ocasionan, en casi la totalidad de los casos, alteraciones dentoesqueléticas severas secundarias a un pobre desarrollo del tercio medio facial. Estas alteraciones pueden ser más o menos severas dependiendo de múltiples factores: resultado de los tratamientos quirúrgicos, terapias funcionales, tratamientos de ortodoncia... Un porcentaje significativo de estos pacientes precisará de una cirugía ortognática para mejorar la funcional oclusal y la armonía facial. Ante esta situación el cirujano dispone de diferentes opciones como la cirugía ortognática convencional, la distracción maxilar completa o la distracción anterior del maxilar.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se presentan 2 casos clínicos en los que se ha realizado una cirugía ortognática convencional (osteotomía LeFort I). 2 casos en los que se ha realizado una distracción maxilar completa con un distractor interno y 2 casos clínicos en los que se ha realizado una distracción anterior del maxilar superior con un disyuntor palatino invertido para permitir un avance anteroposterior.

#### RESULTADOS

En todos los casos se obtuvieron resultados satisfactorios a nivel oclusal y facial, sin observarse alteraciones en la función velofaríngea ni en los empeoramientos de las fístulas oro-nasales.

#### CONCLUSIONES

La cirugía de avance tipo LeFort I es el manejo tradicional para la corrección de la hipoplasia maxilar, pero en pacientes fisurados puede ser compleja la movilización del maxilar en hipoplasias severas y puede empeorar la función velofaríngea en pacientes con esta función comprometida. No obstante, permite un mejor control del suelo nasal, así como cierres secundarios de comunicación oro-nasales o injertos en fisura. La distracción maxilar también presenta riesgo significativo de insuficiencia velofaríngea. La distracción maxilar anterior sería la técnica ideal en pacientes que presentan una correcta dimensión transversal a nivel molar y/o que presentan antecedentes de disfunción velofaríngea severa. No obstante, puede ser una técnica compleja en algunos casos, con riesgo de lesiones de raíces por la osteotomía vertical y no permite un control vertical del vector de distracción. La distracción maxilar completa es la técnica ideal para casos que precisan de grandes avances con descenso del maxilar superior.

## CIRUGÍA ORTOGNÁTICA

### [0151] MANEJO DE PSEUDOANEURISMAS DE ARTERIA MAXILAR INTERNA DERIVADOS DE CIRUGÍA ORTOGNÁTICA

G. Botella Casas<sup>1</sup>, M. Marqués Mateo<sup>1</sup>, L. Miragall-Alba<sup>1</sup>, D. M. del Río de la Vega<sup>1</sup>, E. M. González Soler<sup>2</sup>, M. Puche Torres<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico de Valencia. Valencia, <sup>2</sup>Departamento de Anatomía, Universidad de Valencia. Valencia

#### BREVE INTRODUCCIÓN

Los pseudoaneurismas son alteraciones de las capas arteriales que se producen cuando tras un daño de la pared arterial y la formación inmediata de un hematoma para contener el sangrado, éste se licua en su región central y forma una cavidad que queda conectada con el torrente sanguíneo, tapizada de una pseudoíntima más frágil que la pared arterial. Una de las causas de la aparición de pseudoaneurismas son los traumatismos iatrogénicos que se pueden producir durante la cirugía ortognática, sobre todo los que afectan a la arteria maxilar interna o la arteria esfenopalatina.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Presentamos a un paciente varón de 24 años que se sometió a una cirugía de avance bimaxilar en el contexto de una clase II de Angle. Durante la intervención, al realizar la disyunción de la osteotomía sagital de la rama derecha, comenzó un sangrado importante a través de la osteotomía que cedió con compresión y con la ayuda de hemostáticos fibrilares aplicados de forma local. Tras el ingreso, durante el cual no presentó nuevos sangrados, el paciente acudió de forma urgente 12 días después de la cirugía por un sangrado a través del abordaje de la osteotomía sagital derecha que se interrumpió antes de llegar al hospital de forma espontánea. Se decidió realizar una transfusión de sangre y solicitar un angioTC en el que se apreció un pseudoaneurisma dependiente de la arteria maxilar interna en contacto con el borde posterior de la rama derecha de la mandíbula a la altura de la osteotomía sagital. Se decidió embolizar la arteria maxilar interna del paciente de forma urgente mediante polivinilalcohol (PVA) aplicando distalmente un coil para evitar eventos isquémicos distales por embolización del material. Tras la embolización, el paciente presentó una parálisis facial ipsilateral periférica. Durante el ingreso el paciente no presentó nuevos episodios de sangrado, ni tampoco tras el alta. Tras 3 meses, la parálisis facial se revirtió de forma completa y el resultado de la cirugía de avance bimaxilar es el deseado para el paciente y el cirujano, consiguiendo una clase I de Angle estable.

#### RESULTADOS

En el contexto de la cirugía ortognática es muy infrecuente la aparición de pseudoaneurismas, y en los pocos casos en los que aparecen, tienden a hacerlo en relación con la osteotomía de LeFort I, no en relación con la osteotomía sagital. Es importante sospecharlos en casos de sangrados recidivantes tras una cirugía ortognática, siendo su periodo de máximo riesgo las primeras dos semanas. Solo se ha demostrado como un predictor validado de su aparición un sangrado de más de 500ml durante la cirugía, aunque osteotomías altas, cercanas a la escotadura sigmoidea y las retrusiones mandibulares presentan de forma no concluyente un aparente aumento del riesgo de lesionar estructuras vasculares cercanas. Lo que sí se ha demostrado es que la angioTC es la técnica diagnóstica de elección y la embolización, si se dispone de los medios, es el método terapéutico a emplear por ser selectivo y efectivo. La alternativa quirúrgica de la ligadura de la rama responsable y exéresis del pseudoaneurisma es técnicamente más compleja cuando se trata de ramas localizadas en territorios profundos y con más riesgo de eventos isquémicos distales por ser menos selectiva que la embolización. La ligadura de la rama originaria del pseudoaneurisma o de la carótida externa en su conjunto puede ser también una opción válida en situaciones emergentes de sangrados incoercibles.

#### CONCLUSIONES

Es importante tener un alto índice de sospecha clínica cuando se producen sangrados recidivantes tras una cirugía ortognática para solicitar una prueba de imagen lo antes posible. Una vez se ha llegado al diagnóstico, para excluir el pseudoaneurisma de la circulación sistémica se puede recurrir bien a la embolización o, en caso de no disponer de ella, a la cirugía.



## CIRUGÍA ORTOGNÁTICA

### [0167] ESTUDIO DE LA VÍA AÉREA SUPERIOR Y OTROS MARCADORES EN PACIENTES CON AOS OPERADOS MEDIANTE CIRUGÍA ESQUELÉTICA MAXILOFACIAL GUIADA

I. Colina Astigarraga, J.L. López-Cedrún Cembranos, A. Alzueta Martínez, V. Chávez Bonilla, R. Luaces Rey, B. Patiño Seijas  
Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. A Coruña

#### BREVE INTRODUCCIÓN

La Apnea Obstructiva del Sueño (AOS), asociada o no a una deformidad dentofacial, es una patología a menudo infradiagnosticada. Se produce por un estrechamiento de la vía aérea superior, que puede llegar a colapsarse durante el sueño. El diagnóstico de sospecha es clínico (tríada de ronquido, apneas presenciadas por el acompañante y somnolencia diurna), y el diagnóstico de certeza se realiza mediante polisomnografía. Además de la CPAP (dispositivo que ejerce presión continua positiva en las vías respiratorias), que sigue siendo el tratamiento de elección en pacientes con AOS, existen diferentes opciones quirúrgicas que se pueden plantear por elección del paciente o por intolerancia a la CPAP (uvulopalatofaringoplastia, resección parcial de la base lingual, suspensión del hioides, suspensión lingual, avance geniogloso, avance maxilomandibular). De todas ellas, la cirugía esquelética maxilofacial (avance maxilomandibular y avance geniogloso) es la que mejor resultado ofrece a largo plazo. En los últimos años, la planificación virtual 3D y la cirugía guiada con tecnología CAD/CAM han permitido obtener resultados más predecibles y precisos en el tratamiento quirúrgico de la AOS, especialmente cuando se aplica al avance geniogloso. El objetivo de este trabajo es estudiar la vía aérea superior y otros marcadores, y comparar los hallazgos preoperatorios y postoperatorios, en pacientes con AOS operados mediante cirugía esquelética maxilofacial guiada en el Servicio de Cirugía Maxilofacial del CHUAC.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Usando el programa de planificación virtual Dolphin Imaging se estudió una serie de parámetros de los 7 pacientes con AOS intervenidos mediante cirugía guiada de avance bimaxilar y avance geniogloso mediante técnica de Riley en el Servicio de Cirugía Maxilofacial del CHUAC. Se excluyeron del estudio dos pacientes con diagnóstico de AOS, a los que también se les realizó cirugía guiada de avance geniogloso, por estar asociados a cirugía de fase I de Stanford en vez de a avance bimaxilar y no considerarse por tanto comparables los resultados. Entre otros parámetros, se estudió el volumen preoperatorio y el postoperatorio de la vía aérea superior de los pacientes con AOS, la comparación entre los cambios postoperatorios en la vía aérea superior respecto a la situación preoperatoria de estos pacientes, y la posición tanto preoperatoria como postoperatoria de distintos parámetros con asociación clínico-radiológica como las apófisis geni.

#### RESULTADOS

En todos los pacientes se objetivó un aumento del volumen de la vía aérea superior en todos sus segmentos. Del mismo modo, se objetivó un avance en la posición de las apófisis geni en todos los pacientes salvo en uno en el que la genioplastia fracasó por un fallo en la osteotomía.

#### CONCLUSIONES

Aunque será necesario una serie más larga de pacientes para tener una significancia estadística más potente, se puede concluir que en los pacientes con AOS, la cirugía ortognática guiada de avance bimaxilar, asociada al avance geniogloso, muestra ser una opción de tratamiento quirúrgico con resultados predecibles y una mejora significativa postoperatoria en el calibre de su vía aérea.

## CIRUGÍA ORTOGNÁTICA

### [0241] USO DE GUÍAS DE CORTE DENTOSOPORTADAS DE TITANIO PARA SSRO Y PLACAS PERSONALIZADAS MANDIBULARES EN CIRUGÍA ORTOGNÁTICA. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BELLVITGE

M<sup>a</sup> Duch Balust, C. Arranz Obispo, A. Morla, M. Melero Luque, S. Cuscó Albors, A. Marí Roig  
Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona

#### BREVE INTRODUCCIÓN

En la última década hemos comprobado el cambio de paradigma en el diagnóstico y tratamiento quirúrgico en el territorio maxilofacial a merced del desarrollo de los softwares de planificación quirúrgica virtual en tres dimensiones, las técnicas CAD/CAM, el uso de guías de corte y placas personalizadas; suponiendo todo ello, un aumento notable de predictibilidad y exactitud en la transferencia quirúrgica, especialmente relevante en cirugía ortognática. Encontramos abundante evidencia en la literatura de las ventajas de la aplicación de guías de corte y placas personalizadas para el posicionamiento tridimensional del maxilar superior; sin embargo, las ventajas técnicas que ofrecen las guías de corte mandibulares para la osteotomía sagital de rama mandibular y las ventajas de posicionamiento condilar que ofrecen las placas personalizadas no han sido ampliamente descritas. El objetivo del estudio es evaluar el grado de precisión y reproducibilidad de la técnica y evaluar el resultado de la cirugía en relación con la modificación de parámetros cefalométricos específicos y posicionamiento condilar.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se diseña un estudio retrospectivo en el que se recogen los casos de cirugía ortognática bimaxilar con guías de corte y placas personalizadas diseñadas para ambos maxilares. Se analiza mediante superposición de modelos 3D de la cirugía virtual planificada y modelos 3D del TC postoperatorio la precisión de la transferencia quirúrgica y reproducibilidad de la planificación en landmarks cefalométricos y análisis de superficie. Se estudia la posición de los cóndilos mandibulares pre- y postquirúrgicos.

#### RESULTADOS

Se incluyen 15 pacientes (6 varones y 9 mujeres) de entre 19-64 años cuya edad media fue de 31 años. En el análisis dentofacial 5 pacientes presentaban una clase II y 10 pacientes presentaban una clase III dentoalveolar; 3 de los pacientes clase III presentaban mordida abierta anterior asociada. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los landmarks cefalométricos ni en el análisis de superficie entre los modelos 3D de la cirugía virtual planificada y modelos 3D del TC postoperatorio. Tampoco se encontraron diferencias en el posicionamiento condilar postquirúrgico.

#### CONCLUSIONES

Las guías de corte mandibulares dentosoportadas de titanio ofrecen un soporte adicional a la hora de transferir los movimientos planificados en la cirugía virtual al paciente. Permiten además un correcto posicionamiento de los cóndilos mandibulares en la fosa glenoidea, según lo planificado.

## CIRUGÍA ORTOGNÁTICA

### [0267] CIRUGÍA ORTOGNÁTICA MÁS INVISALIGN. SERIE DE 15 CASOS

M. Fernández Pose, A. Encinas Bascones, M. Herrero Fernández, C. Colmenero Ruiz  
Clínica Colmenero. Madrid

#### BREVE INTRODUCCIÓN

La cirugía ortognática está en constante evolución. En los últimos años, se ha enfocado en cirugías personalizadas para cada paciente, gracias al aumento en el uso de la planificación quirúrgica virtual y los implantes personalizados para el paciente (PSI). Esto busca mejorar la precisión y reducir el tiempo quirúrgico, así como disminuir los errores de planificación, ofreciendo un tratamiento personalizado. Además, una nueva modalidad de ortodoncia, el tratamiento con alineadores removibles, como Invisalign, está en auge y es cada vez más demandado por las personas debido a su comodidad. La combinación del tratamiento de Invisalign con cirugía ortognática ha presentado un reto para los cirujanos, ya que no se disponen de dispositivos de anclaje ortodóncicos para la fijación intermaxilar tradicional, necesaria para lograr una correcta oclusión quirúrgica. Por ello, se han aplicado los conceptos de fijación maxilomandibular utilizados tradicionalmente en traumatología facial, como la férula de Erich o los tornillos de bloqueo intermaxilar, entre otros.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

El objetivo de este estudio es presentar una serie de 15 de pacientes con anomalías dentofaciales que han recibido tratamiento ortodóncico con Invisalign o modalidad mixta (Invisalign y posteriormente brackets) más cirugía ortognática. Se realizó un análisis descriptivo de las limitaciones, ventajas y desventajas

#### RESULTADOS

Se realizaron 15 cirugías ortognáticas en pacientes con tratamiento ortodóncico preoperatorio con Invisalign. No se observaron complicaciones en el intra ni postoperatorio.

#### CONCLUSIONES

Debido a que el tratamiento ortodóncico es con férulas removibles, transparentes y estéticas, con una mayor aceptación por parte de la población que un tratamiento clásico con aparatos de ortodoncia convencionales, se puede considerar este tratamiento como una alternativa que cada vez tiene más adeptos y demanda, y a la vez es segura de realizar en pacientes candidatos a cirugía ortognática.

## MISCELÁNEA

### [0031] CIRUGÍA MAXILOFACIAL EN CABO VERDE. MI EXPERIENCIA EN COOPERACIÓN INTERNACIONAL

L. Margallo Itza, P. Manchado Bombín, M. García García, D. Rodríguez Pérez, B. García Carballo  
Hospital Universitario Cruces. Barakaldo, Bizkaia

#### BREVE INTRODUCCIÓN

La Asociación de Cooperación al Desarrollo “ÁFRICA AVANZA” es una Asociación independiente sin ánimo de lucro formada únicamente por personas voluntarias. Actualmente agrupa más de 130 profesionales experimentados en diversos campos, principalmente médicos, que donan su tiempo y dedican sus conocimientos de forma altruista.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Desde el año 2012, África Avanza desarrolla un programa de cooperación médica llamado “Médicos Solidarios para Cabo Verde”. Se trata de una colaboración con el Hospital Público de la Ilha de Sal, Cabo Verde, que proporciona atención médica y quirúrgica a personas con pocos recursos de la Isla y otras islas colindantes. Para ello, África Avanza desplaza periódicamente a Sal, equipos de médicos voluntarios, que realizan intervenciones quirúrgicas programadas de forma gratuita y desinteresada. Ofrece la posibilidad de trasladar campañas de diez días para las especialidades médicas y quirúrgicas requeridas. En 2018 se estrena la especialidad de cirugía maxilofacial con un equipo compuesto por una cirujana maxilofacial y una anestésista junto a una dotación completa de material quirúrgico y fungible.

#### RESULTADOS

En los últimos cinco años se han llevado a cabo cuatro campañas de cirugía maxilofacial en las que se han realizado consultas hospitalarias y ambulatorias, revisiones bucodentales en escuelas (públicas y privadas), en un centro comunitario para personas desfavorecidas y en un centro penitenciario entre otras. Asimismo, se han llevado a cabo intervenciones quirúrgicas bajo anestesia local, general y local y sedación programadas y urgentes y las revisiones correspondientes.

#### CONCLUSIONES

La cooperación médica internacional es una actividad voluntaria, altruista y de alto rendimiento, pero sobre todo es enriquecedora y gratificante para quien la lleva a cabo. Cada campaña permite descubrir las carencias en materia sociosanitaria de poblaciones más desfavorecidas y cómo la aportación de asociaciones como África Avanza ofrece soluciones presentes y vías de desarrollo futuras. África Avanza ofrece un modelo de cooperación médica accesible y compatible con la actividad profesional de muchos cirujanos maxilofaciales en un formato reducido de diez días en una ubicación relativamente cercana, en un país que cumple holgadamente con los requisitos de seguridad y salubridad.

## MISCELÁNEA

### [0040] TRATAMIENTO DE LA APNEA OBSTRUCTIVA CON DISTRACCIÓN OSTEOGÉNICA EN PACIENTES CON LA SECUENCIA PIERRE ROBIN

M. Sánchez Cadenas, A. Martínez-Sahuquillo, C. Camacho Sánchez-Mora, I. Zubiarte Illarramendi, L. Fraile Ruiz  
Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

#### BREVE INTRODUCCIÓN

Los niños con malformaciones craneofaciales congénitas con frecuencia asocian hipoplasia mandibular, lo que condiciona que la lengua bloquee de manera completa o parcial la vía aérea. La nutrición también se ve afectada en estos pacientes, viéndose comprometida la ganancia de peso. La mayoría de los casos responde a medidas posturales. Los casos severos, sin embargo, requieren de monitorización continua, intubación orotraqueal o nasotraqueal o incluso traqueostomía. La distracción mandibular constituye una herramienta excelente en el tratamiento de la apnea obstructiva severa y/o alteraciones en la deglución causados por la hipoplasia mandibular severa.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Presentamos dos pacientes con apnea obstructiva severa secundaria a hipoplasia mandibular tratados con distracción mandibular. Las indicaciones quirúrgicas se basaron en la historia clínica, monitorización continua, fibroscopia de la vía aérea superior, polisomnografía y TC 3D. En ambos casos se realizó una planificación prequirúrgica 3D con software CAD/CAM. Se utilizaron modelos STL de la mandíbula, guías de corte y distractores customizados MicroZurich. Los distractores se colocaron mediante un abordaje extraoral. Se consiguió un alargamiento de la mandíbula de unos 22 mm.

#### RESULTADOS

En ambos casos la apnea obstructiva se solucionó y se alcanzó una deglución normal. Sólo un caso de infección cutánea intercurrente se observó como complicación.

#### CONCLUSIONES

La distracción mandibular es el "Gold Standard" para el tratamiento de la apnea obstructiva secundaria a micrognatia. Es efectiva en todos los casos, mejorando también las alteraciones deglutorias. Como inconveniente del procedimiento estaría la necesidad de un segundo acto quirúrgico para la retirada del distractor.



## MISCELÁNEA

### [0049] ATROFIA MAXILAR SUPERIOR SEVERA: IMPLANTES SUBPERIÓSTICOS PERSONALIZADOS. SERIE DE CASOS

J.L. Silva Canal, R. Antúnez-Conde Hidalgo, C. Sánchez Gallego-Albertos, J. L. Arias Gallo, G. Demaría Martínez, M. Chamorro Pons Hospital Ruber Juan Bravo. Madrid

#### BREVE INTRODUCCIÓN

La atrofia maxilar severa dificulta la rehabilitación dental de muchos pacientes. Los implantes subperiósticos personalizados se postulan como una alternativa en la rehabilitación implantosoportada de estos pacientes. La selección del paciente, un buen diseño del implante y de la estructura prostodóntica son cruciales para asegurar un buen resultado.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se presenta un estudio retrospectivo, serie de casos, de 18 pacientes edéntulos con atrofia ósea grave del maxilar superior tratados mediante estructuras de titanio diseñadas y fabricadas de forma personalizada. En todos los casos se realizó una evaluación clínica de cada paciente, atendiendo a su anatomía ósea y al biotipo gingival. Se llevó a cabo una tomografía computarizada (TC) preoperatoria a partir de la cual se realizó el diseño de las estructuras de titanio, empleando como referencia una prótesis completa acrílica radiopaca. Las estructuras personalizadas se diseñaron en varias piezas para facilitar su inserción y la adaptación al contorno óseo de cada paciente. En todos los casos, el procedimiento se llevó a cabo bajo anestesia general y se empleó un colgajo de bola de Bichat bilateral previo al cierre mucoso. En el mismo acto, se colocó una prótesis fija provisional implantosoportada, que se sustituyó por una prótesis fija de cerámica o híbrida a las 8-12 semanas.

#### RESULTADOS

En todos los pacientes tratados se efectuó de forma satisfactoria la rehabilitación protésica. El tiempo de seguimiento fue 4 - 48 meses. Existió exposición del implante customizado en un caso (5,5 %), siendo necesario su retirada parcial. En ningún caso fue necesario retirar la estructura de forma total.

#### CONCLUSIONES

El uso de implantes customizados para el tratamiento de las atrofas severas del maxilar superior son una buena alternativa para el tratamiento del edentulismo completo.

## MISCELÁNEA

### [0072] TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PRECOZ DE LA LINFADENITIS CERVICOFACIAL POR MICOBACTERIAS NO TUBERCULOSAS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

N. Vieira Sebe<sup>1,2</sup>, A. González Jiménez<sup>1,2</sup>, C. Cárdenas Serres<sup>1,2</sup>, G. García Serrano<sup>1,2</sup>, M. Pezzi Rodríguez<sup>1,2</sup>, J.J. Acero Sanz<sup>1,2</sup>  
<sup>1</sup>Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid, <sup>2</sup>Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

#### BREVE INTRODUCCIÓN

La infección por micobacterias no tuberculosas (MNT), es una causa conocida de linfadenitis cervicofacial en pacientes pediátricos de menos de 5 años. La extirpación quirúrgica de los ganglios afectados es el tratamiento de elección para esta patología; a pesar de que debe individualizarse cada paciente pudiendo optar en algunos casos por tratamiento conservador.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se realiza un estudio observacional retrospectivo en el cual se incluyeron pacientes pediátricos con un cuadro clínico compatible con linfadenitis cervicofacial por MNT y hallazgos de linfadenitis granulomatosa necrotizante en la muestra obtenida mediante PAAF. Estos pacientes no habían recibido tratamiento antibiótico dirigido y fueron tratados en el hospital Puerta de Hierro entre los años 2015 y 2022.

#### RESULTADOS

Se incluyeron un total de 22 casos para este estudio. La edad de los pacientes estaba comprendida entre 11 y 72 meses. 7 de los 22 casos fueron positivo para *M. lentiflavum* tras el procesamiento de la muestra microbiológica (31,8 %), 3 de los casos fueron positivos para *M. avium* complex (13,6 %) y 11 casos tuvieron un cultivo negativo (54,5 %). El 90 % de los pacientes fueron intervenidos para la extirpación de los ganglios afectados sin haber recibido tratamiento antibiótico dirigido antes o después de la cirugía, y no presentaron recurrencias durante el periodo de seguimiento de 10 meses. 2 de los pacientes intervenidos (10 %) presentaron paresia facial con recuperación completa tras unas semanas. Uno de los pacientes presentó síndrome de Frey.

#### CONCLUSIONES

La disección supraselectiva de los ganglios afectados en la linfadenitis cervicofacial por MNT es una alternativa terapéutica eficaz con la que se consiguen tasas de curación altas con baja morbilidad asociada. En determinados casos seleccionados existe la posibilidad de tratar esta patología de forma conservadora con pautas de antibióticos dirigidas.

## MISCELÁNEA

### [0103] QUERATOQUISTES: REVISIÓN SOBRE CASOS DEL HUTC Y SU RELACIÓN CON EL SÍNDROME DE GORLIN

J. Trenchs Soto, A. Cabrera Arcas, M. Paños Lorenzo, C. García Pontigo, M. Martín Juárez, Y. Herrero Basilio  
Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería

#### BREVE INTRODUCCIÓN

Los queratoquistes son un tipo de quistes odontogénicos llamados del desarrollo, derivan de restos de lámina dental, del epitelio del esmalte, restos epiteliales de Malassez o de extensiones de la capa basal de la mucosa oral. Su mecanismo de crecimiento es controvertido, las teorías que se barajan son una proliferación de la pared quística, aumento del contenido líquido por osmolaridad y factores de resorción ósea. Los queratoquiste suponen el 8 % de los quistes maxilares, su rango de edad predominante es entre los 20-30 años, con mayoría de casos en el género masculino. Su localización más frecuente es la mandíbula en concreto dependiente del área del tercer molar y rama mandibular. Estos quistes están relacionados con el síndrome de Gorlin-Goltz, trastorno hereditario autosómico dominante causado por una mutación en el gen PATCHED localizado en el cromosoma 9. Entre los criterios mayores usados para el diagnóstico del síndrome de Gorlin encontramos: Más de 2 carcinomas basocelulares en pacientes menores de 20 años, queratoquistes maxilares con estudio confirmado histopatológico, tres o más hoyuelos palmoplantares, calcificaciones de la hoz del cerebelo y familiares afectos con mutaciones en el gen PTHC1. La clínica suele ser asintomática hasta que se produce una sobreinfección siendo necesario en la mayoría de los casos la enucleación quirúrgica junto a la solución de Carnoy en el lecho quirúrgico

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se ha realizado un estudio retrospectivo analizando los casos de queratoquistes del HUTC en los últimos 5 años (2017-2022) con un total de 40 casos, 4 de los cuales presentaban un diagnóstico confirmado de Síndrome de Gorlin. Se llevó a cabo la recogida y análisis de los datos mediante el programa SPSS, fueron analizados mediante test estadísticos paramétricos para el análisis de las variables. Entre las variables medidas y recogidas destacamos; la tasa de recidivas en relación con el Síndrome de Gorlin, índice de recidiva según localización más frecuente, relación de los queratoquistes con piezas dentales, incluidas y no incluidas y tipo de intervención quirúrgica llevada a cabo.

#### RESULTADOS

Todos los resultados obtenidos fueron estadísticamente significativos para los test paramétricos empleados en el análisis de las variables.

- Se analizó la tasa de recidiva de los queratoquistes en paciente con Gorlin confirmado (50 %) siendo esta tasa superior al resto de pacientes.
- En pacientes con dicha patología la edad de aparición fue más precoz que en pacientes sin este síndrome.
- La mayoría de las recidivas tuvieron lugar en el ángulo/rama mandibular y estaban asociado a un cordal erupcionado.

#### CONCLUSIONES

Los hallazgos obtenidos son comparables a lo descrito en la literatura científica publicada -Los queratoquistes intervenidos en el HUTC tienen como localización más frecuente el ángulo/rama mandibular. - Se relacionan con el síndrome de Gorlin apareciendo a una edad más precoz y presentando una mayor tasa de recidivas. - Lo queratoquistes de ángulo y rama mandibular recidivan con mayor frecuencia al igual que ocurre con los asociados a piezas erupcionadas.

## MISCELÁNEA

### [0173] ESTIMACIÓN DE LA EDAD DENTAL Y CORRELACIÓN CON LA EDAD CRONOLÓGICA SEGÚN EL GRADO DE MINERALIZACIÓN DEL TERCER MOLAR INFERIOR EN LOS JÓVENES MAGREBÍES

M<sup>a</sup> F. Rocha Serpa, C. García Pontigo, A. Ferrández Martínez, M. A. Sicilia Gutiérrez, F. Búrdalo Trevejo, A. J. Montesinos Gibaja  
Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería

#### BREVE INTRODUCCIÓN

En el sur de Europa, España, y en Almería en particular, existe un incremento en los últimos años de la llegada de migrantes provenientes del norte de África (mayoritariamente magrebíes y subsaharianos). La normativa de regularización de los sujetos migrantes es diferente dependiendo de si es mayor o menor de 18 años, y en el último caso cuando están separados de sus padres y/o no están bajo custodia de un adulto, representan un grupo especial de desamparo que se conoce como Menores Extranjeros No Acompañados (MENA). La evolución dentaria permite, mediante el conocimiento de los procesos de mineralización de las piezas dentarias temporales y permanentes, establecer con una alta precisión la edad de un individuo, siendo mayor su exactitud mientras más dientes se encuentran en desarrollo. Alrededor de los 14 años, la estimación de la edad por medio del desarrollo dentario se hace más difícil, ya que la mayor parte de la dentición está completamente desarrollada. El tercer molar es la única pieza dentaria en terminar su evolución varios años después que el resto de la dentición permanente, por lo que se ha propuesto como parámetro en la determinación de la edad en adolescentes y adultos jóvenes. En base a esto, el método de Demirjian es el más ampliamente difundido. Se han realizado numerosos estudios, cuyos resultados sugieren posibles diferencias en los patrones de maduración dental entre las diferentes poblaciones o grupos étnicos. El objetivo fue determinar la precisión y evaluar la correlación entre la edad cronológica y la edad dental mediante el grado de mineralización del tercer molar inferior según los estadios de Demirjian.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Estudio observacional de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal. Se seleccionaron 100 ortopantomografías (OPG) de la base de datos de pacientes de raza magrebí con edad biológica y sexo conocido, atendidos en el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario Torrecárdenas en Almería entre los años 2014 y 2018. De estos pacientes, 50 fueron mujeres y 50 hombres, con edades comprendidas entre 15 y 21 años.

#### RESULTADOS

Las imágenes radiológicas fueron valoradas por dos investigadores, siendo la variabilidad inter e intraobservador analizada con el coeficiente Kappa de Cohen. La comparación entre los estadios de Demirjian según el sexo se realizó a través de la prueba t de Student para medias independientes o la U de Mann Whitney para muestras independientes no paramétricas, para detectar diferencias entre el sexo masculino y femenino. La correlación entre la edad cronológica y el estadio de mineralización se obtuvo mediante el Coeficiente de correlación de Rho de Spearman para cada sexo y molar. Los datos fueron analizados con un nivel de significación estadística de 0.05. No se encontraron diferencias significativas entre sexos, a excepción del estadio G ( $p < 0.05$ ). Asimismo, el grado de coincidencia entre el lado derecho e izquierdo fue del 93 %. Existe relación estadísticamente significativa entre el grado de maduración dental y edad de los sujetos estudiados, para ambos sexos ( $p < 0.05$ ).

#### CONCLUSIONES

Mediante los estadios de mineralización de los terceros molares inferiores según Demirjian, es posible estimar la edad dental en jóvenes magrebíes con un buen grado de exactitud para correlacionarla con la edad cronológica. A partir de los resultados obtenidos se forma la base para realizar otros estudios con mayor tamaño muestral que permitan la validación de este método en la población magrebí.

## MISCELÁNEA

### [0197] OSTEOMIELITIS ESCLEROSANTE DE GARRÉ. REPORTE DE CASOS

E. Rodríguez Mariño, F. Ruiz Delgado, M. Contreras Morillo, H. Piñas Hormeño, P. Fernández de Córdoba Botia, Y. Aguilar Lizarralde  
Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga

## BREVE INTRODUCCIÓN

La osteomielitis esclerosante de Garré es una enfermedad de muy baja prevalencia, cuya causa no está del todo definida. Se caracteriza por una gran actividad osteoblástica en metáfisis de huesos largos e incluso mandíbula, lugar donde se describe por primera vez. Entre sus posibles causas se han llegado a establecer el origen infeccioso y traumático, afectando principalmente a niños y adultos jóvenes.

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se presentan cuatro casos diagnosticados en el Hospital Infantil tras episodios recidivantes de inflamación hemimandibular, afebriles y asociados a dolor local. Ninguno con antecedente personal de interés excepto ser portadores de dispositivo de expansión maxilar rápidamente asistida.

- Primer paciente: femenino, 13 años. Diagnóstico en marzo de 2018. En biopsia se aísla germen coagulasa negativo y en analítica neutropenia. Inicio en mandíbula izquierda, tratada con zolendronato y con buena evolución hasta aparición de nuevos focos en metáfisis distal de tibia y huesos del retro y medio pie. Se inicia tratamiento con antiTNF en marzo de 2023.
- Segundo paciente: femenino, 16 años de edad. Diagnóstico en junio de 2020. Inicialmente tratada con anti-bioterapia y corticoterapia con mejoría a corto plazo. Localización única en mandíbula izquierda. Actualmente respondiendo a zolendronato.
- Tercer paciente: masculino de 11 años. Diagnosticado en junio de 2021. Inicio en mandíbula derecha. Tratado con Zolendronato, con mejoría, pero aparición de nuevos focos en metáfisis de tibias, fémur y rama isquiopubiana izquierda. Mejoría intermitente de focos pero no completa. Se inicia tratamiento con anti-TNF en marzo de 2023.
- Cuarto paciente: femenino de 9 años, diagnosticada en octubre de 2021. Localizado en mandíbula izquierda y a tratamiento con zolendronato con buen resultado.

## RESULTADOS

Mejóro la sintomatología de todos los pacientes a medio/largo plazo con el uso de bifosfonatos objetivada en las pruebas de imagen además de en la exploración física, con una disminución de la tumoración facial y del dolor que acompaña a esta.

## CONCLUSIONES

Se intenta establecer la relación entre la expansión maxilar y la enfermedad, tratando de definir la etiopatogenia, además de estudiar si se trata de una enfermedad focal o generalizada y, de ser así, la fisiopatología de la misma. Además, se dan a conocer varios casos de una enfermedad de la que se dispone de poca bibliografía. Se estudian también también las posibles vías terapéuticas, entre ellas el papel que juegan los bifosfonatos o los inmunosupresores.



## MISCELÁNEA

### [0228] OSTEONECROSIS DE LOS MAXILARES POR FÁRMACOS, REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE LAS NUEVAS TERAPIAS QUE PUEDEN GENERARLA

A. Pascual Camps<sup>1</sup>, M<sup>a</sup> C. Baquero Ruiz de la Hermosa<sup>1</sup>, L. M. Floría García<sup>1</sup>, J. V. Bagán Sebastián<sup>2</sup>, I. Peguero García<sup>1</sup>, I. Hu Yang<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia, <sup>2</sup>Hospital General Universitario de Valencia. Valencia

## BREVE INTRODUCCIÓN

La osteonecrosis de los maxilares por medicamentos se define, hasta el momento, como una necrosis de los maxilares bajo el cumplimiento de 3 premisas: - Tratamiento actual o previo con agentes antirresortivos o anti-angiogénicos. - Hueso expuesto o hueso que se puede sondar a través de una fístula intraoral o extraoral en la región maxilofacial que persiste durante más de 8 semanas. - Ausencia de antecedentes de radioterapia en los maxilares o enfermedad metastásica evidente en los maxilares. La aparición de nuevas terapias dirigidas o biológicas ha supuesto una revolución para el tratamiento de múltiples patologías, sin embargo, nos encontramos ante productos que pueden afectar a nuestra especialidad y de los cuales se han publicado casos de osteonecrosis. Realizaremos una revisión bibliográfica en busca de nuevos causantes de osteonecrosis por fármacos, aprendiendo sobre ellos e intentando plantear posibles actitudes profilácticas para minimizar las complicaciones derivadas de los mismos.

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

En la presente revisión se realizó una búsqueda bibliográfica en PubMed, bajo las indicaciones del protocolo PRISMA, donde no se aplicó ninguna restricción por idioma ni por tiempo desde que hubiera sido publicado el artículo. La revisión fue llevada a cabo por 1 solo revisor. Se aceptaron artículos relacionados con humanos, descritos tras la toma de algún fármaco, exceptuando aquellos producidos por bifosfonatos y denosumab.

## RESULTADOS

Tras la búsqueda realizada encontramos casos de osteonecrosis principalmente en pacientes oncológicos tras la toma de fármacos como: Folfiri + aflibercept, Infliximab, Axitinib, Sorafenib, Cabozatinib, Rituximab, Adalimumab y otros inmunomoduladores de reciente aparición.

## CONCLUSIONES

En conclusión, analizando la casuística actual, se debería ampliar la definición actual de osteonecrosis por fármacos, ampliándose a otras múltiples terapias y planteando a la comunidad científica la necesidad de mayor estudio de esta patología así como de su etiología.

## MISCELÁNEA

### [0229] MANEJO DEL INJERTO GRASO EN CIRUGÍA MAXILOFACIAL Y EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO

M. Fernández Mayoralas Gómez, M. González Cámara, A. García Perla, E. González Cardero, P. Infante Cossio  
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

#### BREVE INTRODUCCIÓN

El uso de grasa en la práctica clínica ha revelado un importante potencial terapéutico para el tratamiento de enfermedades en seres humanos. El uso clínico del tejido adiposo comenzó como mero relleno o para corrección del contorno, y ha sido la observación de estos rellenos lo que nos ha llevado a conocer el beneficio que tiene el tejido adiposo como tratamiento en sí mismo. Aunque el mecanismo responsable aun es bastante desconocido, se plantea que al ser el tejido graso una fuente de células madre mesenquimales y de factores de crecimiento puede ayudar a la regeneración tisular. La utilización de injerto de grasa autóloga como tratamiento del compromiso estético en cirugía plástica y maxilofacial se ha utilizado desde hace años. En un principio se utilizó para disimular cicatrices de quemaduras, pero sus indicaciones están aumentando:

- Deformidades congénitas: Sd de Parry-Romberg, labio o paladar hendido, etc.
- Medicina estética: rejuvenecimiento facial, aporte de volumen y mejora de la calidad de la piel.
- Secuelas oncológicas: cirugías agresivas o radioterapia.
- Secuelas traumáticas: remodelación de cicatrices.
- Queda por investigar su aplicación en enfermedades neurodegenerativas, artritis degenerativas, linfedema, etc.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

En esta comunicación queremos presentar la experiencia en nuestro servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario Virgen del Rocío en cuanto al uso de esta medida terapéutica. Así, repasaremos los diferentes tipos de injerto graso, las zonas donantes, cómo se realiza proceso; así como también en qué pacientes lo solemos utilizar, sus indicaciones y los resultados que hemos obtenido. Por supuesto haremos un repaso de las complicaciones y limitaciones.

#### RESULTADOS

Actualmente y según la experiencia que obtenemos en nuestro servicio obtenemos resultados muy buenos en pacientes intervenidos por insuficiencia velofaríngea. También hemos obtenido resultados satisfactorios en el tratamiento de las secuelas traumáticas y oncológicas buscando dar volumen a los tejidos y mejorar las cicatrices, así como la satisfacción del paciente. No obstante, nos falta experiencia en la realización de injertos dermograsos.

#### CONCLUSIONES

Es una técnica segura y eficaz, con escasas complicaciones. A destacar que gran porcentaje de los pacientes están satisfechos con los resultados. Por otro lado, como limitación encontramos que los resultados en muchas ocasiones son impredecibles dado el grado de reabsorción del injerto.

## MISCELÁNEA

### [0243] USO DE TERIPARATIDA EN LE OSTEONECROSIS ASOCIADAS A MEDICAMENTOS. UNA SERIE DE CASOS

A. Marín Martín, O. Estevez Cordero, J.A. Monserrat Barbudo, F.J. Alamillos Granados, M.G. Molina Pérez, A. Dean Ferrer  
Hospital Unversitario Reina Sofía. Córdoba

#### BREVE INTRODUCCIÓN

La osteonecrosis sigue siendo una complicación común en nuestro desempeño profesional. Aunque se han desarrollado nuevos fármacos antirresortivos menos proclives a esta complicación, sigue siendo una causa de consultas que todos nosotros veremos a lo largo de nuestra carrera profesional. El paciente con osteonecrosis plantea un importante reto. Por un lado, los síntomas de esta enfermedad limitan bastante la calidad de. Por otro lado, el tratamiento conservador con ATB(antibióticos), higiene u oxígeno hiperbárico, se muestra a veces insuficiente, y los procedimientos quirúrgicos pueden empeorar aún más el cuadro. En respuesta a estos condicionantes, se han ido desarrollando nuevos protocolos de tratamiento incluyendo fármacos, entre ellos la TPH (teriparatida), ya sean como tratamiento único o como adyuvancia. El objetivo de esta comunicación es mostrar nuestra experiencia en el uso de la TPH para el tratamiento de la Osteonecrosis valorando los resultados, la evolución, las posibles recaídas y determinando el perfil de paciente que puede beneficiarse de este tratamiento.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se han incluido 25 paciente que fueron tratados en nuestro servicio desde 2014 a 2018 con teriparatida asociado a tratamiento antibiótico, higiene y pequeñas intervenciones quirúrgicas (desbridajes fundamentalmente). Cada paciente fue sometido previo al inicio del tratamiento a una gammagrafía, una ortopantomografía y una analítica (valoración del metabolismo del calcio). En algunos casos se realizó además un TAC(tomografía axial computarizada). Una vez obtenidas estas pruebas se iniciaba el tratamiento con teriparatida 20µg/día subcutáneo. Los pacientes eran revisados cada 2 meses con opg de control o TAC en caso de cambios clínicos importantes. A los 6 meses se valoraba continuar o no con el tratamiento en función de la clínica del paciente. Antes de retirar el tratamiento se realizaba gammagrafía de control para verificar la resolución a nivel metabólico de la enfermedad. La duración máxima del tratamiento fue de 18 meses. El tratamiento con teriparatida fue combinado con antibioterapia, en caso de presentar infección, y con la realización de desbridajes de manera individualizada a cada paciente. Todos los pacientes recibieron recomendación de higiene oral. Todos nuestros pacientes excepto 3 fueron tratados con la combinación de teriparatida+antibiotico. Cinco de los casos necesitaron durante el seguimiento de desbridajes de hueso necrótico debido a infecciones no controlables con antibioterapia. Solo 2 de los casos fueron tratados durante el seguimiento con oxígeno hiperbárico. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, motivo por el que fueron tratados con antirresortivos, tiempo de tratamiento, dosis y tipo de fármaco antirresortivo que tomaba, localización de la osteonecrosis (maxilar, mandíbula), tamaño de la osteonecrosis (en cm), estado dental (desdentado, parcialmente dentado, dentadura completa), tiempo de seguimiento, evolución clínica, evolución radiológica, necesidad de tratamiento complementario.

#### RESULTADOS

Todos nuestros pacientes excepto 3(12 %) mostraron mejoría clínica (desaparición total o parcial de síntomas de dolor e infección) y/o radiológica(disminución de hueso necrótico en pruebas de imagen). La mayoría de ellos (72 %) estaban totalmente asintomáticos tras la finalización de la terapia. Los otros pacientes que mejoraron, pero no alcanzaron la resolución, quedaron en estadio 1, es decir, con hueso expuesto, sin infección ni otro tipo de clínica. Respecto a la relación entre estadio de la enfermedad y probabilidad de resolución, nuestra serie de casos está formada mayoritariamente por estadios 3 y 2 por lo que no podemos hacer comparaciones significativas. Aun así observamos que de los 3 casos de no mejoría que recogimos, los 3 fueron en estadios 3 de la enfermedad Respecto a la duración del tratamiento 7 pacientes fueron tratados durante 6 meses, 13 entre 6-12 meses y solo 5 requirieron tratamientos que superaron el año. En solo uno de los casos el tratamiento tuvo que ser suspendido por alteración hormonal, pero pudo reintroducirse sin nuevos eventos. En general la terapia fue bien tolerada por los pacientes siendo la molestia referida principalmente, la necesidad de inyecciones diarias.



## CONCLUSIONES

- La teriparatida en un tratamiento con poca morbilidad que puede ser beneficioso en el tratamiento de la osteonecrosis de maxilar y mandíbula. Obtuvimos una mejoría en el 88 % de nuestros pacientes. Siendo el 72 % totalmente asintomático
- La combinación con otras terapias incrementa el beneficio sobre el paciente.
- Probablemente el incremento del número de pacientes tratados con teriparatida pueda determinar y seleccionar de forma personalizada aquellos pacientes que puedan beneficiarse de este tratamiento inicialmente prometededor.

## MISCELÁNEA

### [0278] ACTUALIZACIÓN SOBRE LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA OSTEORADIONECROSIS MANDIBULAR

A. Faura Manresa, I. Arribas García, A. García Hernández, R. Martínez Martínez, I. Méndez del Río, C. Martínez Gimeno  
Hospital Universitario de Canarias. San Cristóbal de La Laguna, Santa Cruz de Tenerife

#### BREVE INTRODUCCIÓN

La osteoradionecrosis mandibular (ORN) es una patología que continúa siendo un reto. Los análisis anatomopatológicos y bioquímicos han permitido tener un mayor conocimiento sobre los cambios producidos en el hueso tras la radioterapia. Los últimos hallazgos indican que se produce una desregularización de la actividad fibroblástica que conlleva un hueso frágil y susceptible al estrés oxidativo e inflamación. La fibroatrofia es una teoría que se suma a las previas, y permite aplicar nuevas líneas de tratamiento. No existe un esquema terapéutico definido, y gran parte de las recomendaciones se basan en guías de práctica clínica. La prevención mediante una buena higiene oral, exodoncia de piezas dañadas y tratamiento de enfermedad periodontal previa al tratamiento con radioterapia sí han demostrado ser eficaces. El tratamiento puede ser conservador basado en instilaciones con clorhexidina o suero fisiológico y tratamiento antibiótico frente a un tratamiento quirúrgico más o menos agresivo.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se ha elaborado una revisión sistemática en las bases de datos Pubmed, Google Scholar y Cochrane Library.

#### RESULTADOS

El plasma rico en plaquetas y la cámara hiperbárica no son una opción preventiva ni terapéutica que haya demostrado ser eficaz, presentando resultados ambiguos en diferentes estudios. Las últimas líneas de investigación se centran en una pauta pentoxifilina y tocoferol, un derivado de metilxantina y una vitamina E liposoluble, que en combinación funcionan como agentes antifibróticos y antioxidantes. Su uso junto con clodronato, un bifosfonato que aumenta la actividad osteoblástica ha demostrado ser eficaz, aunque ningún estudio era un ensayo clínico aleatorizado doble ciego.

#### CONCLUSIONES

El mayor conocimiento sobre esta patología está permitiendo utilizar alternativas terapéuticas que se suman al tratamiento conservador clásico. El uso de un bifosfonato puede causar incertidumbre y desconfianza inicial, pero los resultados iniciales abalan su seguridad y eficacia en combinación con pentoxifilina y tocoferol. Se requiere un mejor estudio mediante ensayos clínicos aleatorizados doble ciego para poder estandarizar el uso de esta nueva pauta de tratamiento.



## NUEVAS TECNOLOGÍAS

### [0029] GUÍAS QUIRÚRGICAS DE PERFIL “CUSTOM MADE” EN RINOPLASTIA

C. Sánchez Gallego-Albertos, L. J. r Arias Gallo, R. Antúnez-Conde, J. L. Silva Canal, Manuel Chamorro Pons  
Complejo Hospitalario Ruber Juan Bravo. Madrid

## BREVE INTRODUCCIÓN

La introducción de nuevas tecnologías en el campo de la cirugía estética facial está propiciando la mejora de la calidad de las intervenciones quirúrgicas. En concreto, en el campo de la rinoplastia, el diseño de guías quirúrgicas personalizadas para el paciente ayuda a realizar una intervención con mayor precisión según la planificación prequirúrgica. Presentamos nuestro propio diseño y método de fabricación de guías de perfil quirúrgico en pacientes sometidos a cirugía de rinoplastia, con software libre y en su mayoría de diseño y fabricación propia. Todo el proceso de diseño lleva menos de una hora. Hemos encontrado que el diseño de la guía mejora el proceso de comunicación con el paciente y el uso de la guía quirúrgica mejora el resultado quirúrgico.

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

1. Pacientes. Dos tipos de pacientes de rinoplastia se presentan a nuestra práctica: uno, exclusivamente estético, con simetría nasal y sin deformidad septal (particularmente del septum superior y anterior); el otro, estético y funcional, con insuficiencia respiratoria nasal, rinoplastias secundarias, trauma nasal previo, huesos nasales muy malformados, o deformidad anterosuperior muy evidente. Desde marzo de 2021 hasta octubre de 2021 todos los pacientes sometidos a rinoplastia están incluidos en el protocolo para la elaboración de una guía quirúrgica personalizada.

2. Elaboración de la guía quirúrgica. Utilizamos dos programas para la gestión de imágenes: Horos, un programa gratuito de código abierto, disponible en <https://horosproject.org/>; y Autodesk Meshmixer, un programa gratuito disponible en <https://www.meshmixer.com/>. Realizamos la planificación virtual en una computadora de escritorio Mac con un procesador Intel Core i5 de 3,4 GHz. En los pacientes en los que la cirugía es exclusivamente estética, y no consideramos una cirugía extensa de tabique nasal ni de cornetes, el estudio de imagen preoperatorio consiste en un conjunto de fotografías estándar a las que se añade una exploración óptica realizada en el Centro de Radiología Maxilofacial «Diagnóstico Bucofacial Dr. Ortega» con el Bellus 3D ARC-7 System (Bellus 3D, Inc), y la aplicación Bellus 3D Face Scan. Con este sistema se obtiene una extensión de archivo .obj. En pacientes sometidos a cirugía estética y funcional, se realiza una tomografía computarizada facial completa con cortes de 1 mm. Los archivos de imágenes digitales y comunicaciones en medicina (DICOM) se transfieren al programa Horos, de donde se obtienen los archivos con extensión .stl (STereoLythography) del escaneo de superficie. Los archivos con la información 3D, ya sea .obj o .stl, se exportan al programa Autodesk Meshmixer. Mediante las herramientas del programa se modifica el perfil de la nariz de forma realista (por ejemplo, no alterando el radix si no se va a trabajar específicamente esta zona, no añadiendo cambios en el labio superior o modificaciones poco realistas en la proyección del punta nasal), hasta conseguir un resultado óptimo desde el punto de vista estético y factible desde el punto de vista quirúrgico. No incluimos sobrecorrecciones por posibles cambios post-quirúrgicos. Una vez que uno tiene algo de práctica con el programa (gracias a los numerosos recursos en línea, incluidos los tutoriales en video), todo el proceso de diseño suele durar alrededor de una hora. Cuando el paciente acepta el perfil propuesto, el cirujano diseña una guía quirúrgica que coincide exactamente con el nuevo perfil del paciente con el programa Autodesk Meshmixer. El diseño original en los primeros casos era una guía de perfil plano sagital. La guía se extiende lo más posible por encima de la región frontal y por debajo del labio superior. En estos últimos casos la guía se fabricó con un diseño cruciforme, con soportes suplementarios en región malar y frente para que la guía quede bien posicionada en dirección mediolateral en el quirófano. El archivo de la guía en formato .stl se envía a una empresa local de impresión 3D ([go3dprint.es](http://go3dprint.es)), que realiza la impresión en resina de acrilonitrilo butadieno estireno (ABS) por un coste de unos 10-12 euros. Si la tomografía computarizada del maxilar superior muestra una buena resolución y no presenta artefactos, la guía se puede fabricar en dos piezas articuladas. La pieza inferior lleva la impresión del diente y la pieza superior lleva el perfil nasal. Están conectados por una cola de milano simple. De esta forma se consigue más precisión que simplemente apoyándose en las partes blandas

de la región frontal. Estos casos, más complejos desde el punto de vista del diseño, se envían a una empresa biomédica (Customimplants, Ourense, España), que se encarga del diseño final y la impresión, con un coste de unos 200 euros. 3. Intervención quirúrgica. La cirugía de rinoplastia se realiza bajo anestesia general hipotensiva. La vasoconstricción de la mucosa nasal se consigue con 2 “pulsaciones” de spray de oximetazolina (0,5 mg/ml) por fosa nasal. Se infiltra en la nariz un total de 1,5 ml de lidocaína al 1 % con adrenalina al 1/100.000 %, cuidando de minimizar la distorsión de los tejidos, especialmente en el dorso y la punta nasal. El procedimiento quirúrgico es siempre mediante un abordaje de rinoplastia abierta con disección subpericondríca y subperióstica de toda la estructura nasal. El recontorneado del dorso se realiza progresivamente con instrumentos piezoeléctricos, comprobando periódicamente in situ que el perfil óseo se aproxima al perfil de la guía. Una vez que se logra una altura dorsal adecuada, se realizan osteotomías laterales intranasales con instrumentos piezoeléctricos cuando esté indicado. Periódicamente se intercala la cirugía de la punta mediante resección-suturas-injertos según las necesidades del paciente con la verificación de que el perfil de la punta coincida con el perfil de la guía. La cirugía finaliza con las maniobras habituales de sutura de incisiones, resección de base alar (si necesaria), y férula termoplástica.

## RESULTADOS

Dieciséis pacientes han sido operados de marzo a octubre de 2021, con un seguimiento mínimo de 3 meses. La curva de aprendizaje es rápida, una vez que se conocen los pasos básicos del software, y cada caso puede estar completamente preparado en menos de una hora. La guía de perfil de una sola pieza apoyada en los tejidos blandos de la región frontal es muy adecuada para su propósito, y nuestra percepción como cirujanos es que la guía evita resecciones insuficientes que habrían producido gibas residuales. En 3 casos se utilizó una guía sagital plana de una sola pieza. Suele haber una pequeña discrepancia de la posición final de la parte labial de la guía con respecto al contorno del labio superior, debido a que la posición supina y la relajación muscular del labio lo desplazan hacia atrás. En estos últimos 8 casos se utilizó una guía cruciforme de una sola pieza. Permite asegurar mejor la posición del dorso y punta nasal tanto anteroposterior como mediolateralmente. La guía de dos piezas unidas por cola de milano, utilizada en 5 casos, se ha mostrado adecuada en la mayoría de los casos para aumentar la precisión del planeamiento. Sin embargo, en dos casos, la impresión dental fue deficiente, lo que permitió la movilidad de la pieza y restó valor a la precisión general.

## CONCLUSIONES

La principal objeción al uso de herramientas 3D en la planificación de la rinoplastia es la dificultad de trasladar la forma de la nariz diseñada por computadora al quirófano. Las guías quirúrgicas que presentamos aquí son económicas y sencillas de fabricar. Su uso aumenta la precisión del perfil facial final con respecto a la planificación, por lo que tanto el paciente como el cirujano tienen más confianza y están menos ansiosos por el resultado postoperatorio, particularmente con respecto a la cantidad de resección dorsal y la posición tridimensional de la punta nasal.

## NUEVAS TECNOLOGÍAS

### [0052] PLANIFICACIÓN QUIRÚRGICA VIRTUAL Y GUÍAS DE CORTE CAD-CAM PARA MENTOPLASTIA. ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

R. Antúñez-Conde Hidalgo, J.L. Silva Canal, C. Sánchez Gallego-Albertos, J. Arias Gallo, A. López Davis, M. Chamorro Pons  
Hospital Universitario Ruber Juan Bravo. Madrid

## BREVE INTRODUCCIÓN

Los procedimientos de mentoplastia en el contexto de la cirugía oral y maxilofacial cada vez son más demandados tanto para el tratamiento de deformidades esqueléticas como por motivos estéticos. El uso de planificación quirúrgica virtual y el diseño de guías de corte mediante tecnología CAD-CAM han supuesto un cambio de paradigma en el tratamiento de estos pacientes.

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se presenta un estudio observacional, casos y controles, de pacientes con deformidad mentoniana esquelética. En todos los casos se realizó una evaluación clínica de cada paciente, atendiendo a su anatomía ósea y se llevó a cabo una tomografía computarizada (TC) preoperatoria. En el grupo "control" (18 pacientes) se realizó la mentoplastia por vía intraoral atendiendo a la planificación quirúrgica virtual previa. El movimiento quirúrgico fue decidido de forma intraoperatoria según criterio del equipo quirúrgico. En el grupo "casos" (20 pacientes) se realizó igualmente una planificación quirúrgica virtual y se diseñaron unas guías de corte personalizadas mediante tecnología CAD-CAM desmontables con apoyo dental para obtener mayor estabilidad y minimizar incisiones. En todos los casos, se realizó una TC de control al mes de la cirugía comparándose la diferencia de movimiento del mentón respecto a la planificación inicial. Se registró el movimiento en milímetros (mm) y el tiempo operatorio (minutos) en ambos grupos.

## RESULTADOS

Todos los pacientes obtuvieron un resultado estético subjetivo satisfactorio. En el grupo control, la discrepancia entre la planificación y el resultado fue de 1,4 +/- 0,3 mm. En el grupo de casos, la diferencia entre el movimiento planificado y el obtenido fue de 0,6 +/- 0,2 mm. La diferencia de tiempo quirúrgico entre el grupo casos y control, fue de 29 +/- 8 minutos, siendo más corto en el grupo de casos.

## CONCLUSIONES

El uso de planificación quirúrgica virtual y de guías de corte obtenidas mediante tecnología CAD-CAM permite obtener resultados predecibles y precisos. Además, se consigue una disminución del tiempo quirúrgico sin gran incremento en los costes.

## NUEVAS TECNOLOGÍAS

### [0092] SIALOENDOSCOPIA EN EL TRATAMIENTO DE PATOLOGÍA INFLAMATORIA GLANDULAR SALIVAL. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

B. Ginés García, F. Almeida Parra, A. Bueno de Vidente, S. Sande Santos, C. Cárdenas Serres, J. Acero Sanz  
Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

## BREVE INTRODUCCIÓN

Los avances en tecnología endoscópica en las dos últimas décadas han permitido un cambio en el manejo de la patología inflamatoria de las glándulas salivales. La sialoendoscopia es una técnica quirúrgica mínimamente invasiva que permite tanto el diagnóstico como el tratamiento conservador de la patología litiasica e inflamatoria de la glándula salival mayor. El objetivo principal del estudio es conocer la tasa de éxito de la técnica. Secundariamente se estudian los detalles de la misma, así como sus ventajas y limitaciones, basándonos en la experiencia en nuestro centro.

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se realizó un estudio retrospectivo en 68 pacientes tratados en el Hospital Ramón y Cajal mediante una sialoendoscopia entre los años 2018 y 2022 por trastornos inflamatorios de glándula salival mayor. La tasa de éxito en patología obstructiva litiasica se mide en el éxito de extracción del cálculo. En la patología inflamatoria de la glándula salival se estudian la disminución de episodios inflamatorios tras la intervención. Se excluyeron del estudio aquellos pacientes en lo que no se logró la canalización del conducto de drenaje.

## RESULTADOS

Se estudiaron un total de 68 pacientes, 29 hombres y 39 mujeres con una edad media de 45.6 años. Se trataron 48 glándulas submaxilares y 20 parótidas. Se identificó la presencia de litiasis obstructiva en 45 pacientes y en 23 pacientes únicamente se objetivó datos de sialoadenitis/estenosis del conducto. La tasa de éxito fue del 84 % para la extracción de cálculos y del 75 % para la disminución de episodios inflamatorios. La preservación de la glándula se produjo en el 87 % de los pacientes. No se objetivaron complicaciones mayores durante el procedimiento.

## CONCLUSIONES

La sialoendoscopia es una técnica eficaz en el tratamiento de la patología inflamatoria de glándula salival con una baja tasa de complicaciones. Los nuevos abordajes intervencionistas permiten la extracción de cálculos con éxito, lo que conduce a una tasa global de preservación de la glándula de más del 85 %.

## NUEVAS TECNOLOGÍAS

### [0110] CIRUGÍA ROBÓTICA TRANSORAL (TORS): UNA HERRAMIENTA EFICAZ DEL CIRUJANO DE CABEZA Y CUELLO

B. Peral Cagigal, L.A. Vallejo Valdezate, L.M. Redondo González  
Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

#### BREVE INTRODUCCIÓN

La cirugía robótica transoral (TORS) es una herramienta eficaz para el tratamiento de tumores de orofaringe localmente limitados. Su principal ventaja radica en proporcionar un acceso seguro a lesiones que frecuentemente precisarían un abordaje más agresivo, incluso con mandibulotomía asociada, y que de esta manera pueden manejarse de forma oncológica y quirúrgicamente seguras por vía transoral, reduciendo así la morbilidad y las secuelas estéticas y funcionales. La TORS es una técnica relativamente nueva cuyas indicaciones terapéuticas están en continuo crecimiento y desarrollo.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se relata la experiencia acumulada en nuestro hospital tras más de 3 años de cirugía robótica transoral con el sistema Da Vinci® y más de 30 intervenciones quirúrgicas.

#### RESULTADOS

Se describen las técnicas básicas realizadas mediante TORS (amigdalectomía radical, resección de base lingual...etc) durante estos años de experiencia, con sus indicaciones y desventajas en cada caso, así como los resultados obtenidos.

#### CONCLUSIONES

La cirugía robótica es una opción terapéutica excelente para el abordaje y tratamiento de tumores y diferentes patologías de la orofaringe, hipofaringe y laringe, siendo una herramienta segura y eficaz para el acceso a zonas anatómicas complejas. Consideramos que la formación en dicha área es imprescindible para el cirujano de cabeza y cuello contemporáneo.

## NUEVAS TECNOLOGÍAS

### [0115] DISEÑO “IN HOUSE” DE GUÍAS PARA LA LOCALIZACIÓN DE LESIONES CERVICOFACIALES PROFUNDAS MEDIANTE TECNOLOGÍA 3D

C. López Martínez, A. García López-Chicharro, M. M. Pampín Martínez, Í. Aragón Niño, J. L. Cebrián Carretero  
Hospital Universitario La Paz. Madrid

#### BREVE INTRODUCCIÓN

Existen lesiones cuya localización en espacios cervicofaciales profundos como la fosa pterigopalatina o infratemporal, hace que su manejo sea más complicado. La ubicación de estas lesiones en regiones anatómicas complejas o de difícil acceso hace que la punción guiada por tomografía computerizada (TC) resulte de utilidad para su abordaje, ya sea para resolver la infección en el caso de abscesos cervicofaciales profundos o para la toma de biopsias de lesiones a estudio. Mediante esta técnica se consigue minimizar la morbilidad en comparación con un abordaje puramente quirúrgico, con el cual podrían producirse secuelas graves (lesión nerviosa o de grandes vasos, por ejemplo). En estos casos, el uso de una guía de localización para la punción va a disminuir el tiempo del procedimiento y el traumatismo causado a los tejidos blandos, mejorando así esta técnica. En este trabajo se describe nuestro protocolo para el diseño mediante tecnología 3D “in house” de guías de localización para la punción guiada por TC de lesiones cervicofaciales profundas a propósito de un caso tratado en el servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario La Paz.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente de 76 años que acudió al servicio de urgencias del Hospital Universitario La Paz por inflamación hemifacial derecha de 7 días de evolución. En la TC solicitada se observaron dos colecciones en espacio pterigoideo medial profundo y maseterino derecho. A pesar del drenaje quirúrgico y del tratamiento del foco tuvo una evolución tórpida, observándose la persistencia de colección a nivel de espacio pterigoideo medial. Dado el tamaño y la localización de la colección se planteó un drenaje transcutáneo guiado por TC utilizando una guía de posicionamiento diseñada mediante tecnología 3D “in house”.

#### RESULTADOS

El diseño de la guía se realizó con la ayuda del programa de segmentación iPlan de Brainlab y el software Meshmixer. Posteriormente, se imprimió en resina biocompatible utilizando la impresora FormLabs. La intervención realizada permitió el drenaje de las colecciones sin afectar estructuras anatómicas relevantes. Como resultado, el paciente presentó una rápida mejoría clínica, analítica y radiológica, siendo dado de alta hospitalaria al segundo día tras el procedimiento.

#### CONCLUSIONES

El uso de guías de localización y punción de forma percutánea de lesiones ubicadas en regiones anatómicas complejas y de difícil acceso es una alternativa válida a otros métodos que puede ayudar a mejorar la precisión de las punciones guiadas por TC. Este protocolo puede ser aplicado en otros hospitales que dispongan de este tipo de tecnología. Se necesitarían estudios para validar la superioridad y precisión de esta técnica combinada de punción percutánea con guías de localización y TC.



## NUEVAS TECNOLOGÍAS

### [0152] **IMPLANTES CUSTOMIZADOS EN CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA OCULOFACIAL**

M. Gutiérrez Sumillera, V. Caballero Illanes, O. García Rodríguez, A. Thomas Santamaría  
Hospital General Universitario de Elche. Alicante

## BREVE INTRODUCCIÓN

Los implantes customizados (IPS: Implantes Paciente-Específicos) son una excelente opción en la reconstrucción de los defectos óseos complejos que aparecen tras la resección de tumores faciales. A continuación, presentamos la reconstrucción órbito-malar de un paciente adulto con secuelas de angiofibroma nasofaríngeo juvenil intervenido en su infancia y adolescencia en varios hospitales nacionales.

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Acude a consulta del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital General Universitario de Elche un paciente varón de 45 años de edad con antecedente de angiofibroma nasofaríngeo juvenil (ANJ) intervenido en dos ocasiones, en la infancia y posteriormente en la adolescencia, en dos hospitales nacionales distintos. El paciente refiere episodios inflamatorio-infecciosos de repetición de vía lagrimal derecha, dificultad para centrar la visión con el ojo derecho, así como notarse el ojo derecho claramente más hundido ahora que es adulto. A la exploración se aprecia enoftalmos de ojo derecho, laterorrinia derecha con falta de soporte óseo en pared lateral nasal derecha y cicatriz de abordaje tipo Weber-Ferguson derecho de cirugía previa. Fue valorado por el Servicio de Oftalmología de nuestro hospital, informando que el paciente sufría epífora, aumento de volumen del canto interno del ojo derecho y enoftalmos derecho con un surco palpebral superior muy marcado, motivos por los que nos remiten al paciente para cirugía reconstructiva de secuelas. En el TC ÓRBITA preoperatorio “se aprecian las secuelas postquirúrgicas en fosa nasal y seno maxilar derecho con cavidad única, con ausencia de cornetes e hipoplasia del seno, identificando descenso del suelo orbitario que condiciona enoftalmos. Erosión ósea en suelo orbitario con distorsión del canal nasolagrimal identificando un aumento del saco lagrimal en canto interno del globo ocular. Aumento de partes blandas en vertiente medial y posterior de la fosa nasal derecha sin cambios respecto a TC previo de 2020. Cambios óseos de sinupatía crónica esfenoidal”. El paciente desea operarse, por lo que lo programamos para reconstrucción orbito-malar derecha customizada. Le informamos en qué consiste el procedimiento y sus riesgos (incluidos riesgo de diplopia, rechazo de material de osteosíntesis y posibilidad de cirugías secundarias de partes blandas palpebrales, nasales o de vía lagrimal). El 12/09/2022 realizamos reconstrucción orbito-malar derecha con IPS orbitaria + PEEK malar KLS-MARTIN® a medida según TAC preoperatorio del paciente, bajo anestesia general. Realizamos un doble abordaje: Transconjuntival con extensión lateral (cantotomía lateral) e intraoral, a través de mucosa vestibular de 1º cuadrante. Intraoperatoriamente se aprecia defecto óseo orbito-malar derecho con gran fibrosis de partes blandas suprayacentes. Se procede a la extirpación del saco lagrimal derecho. Se realiza la reconstrucción del defecto con prótesis PEEK orbito-malar KLS-MARTIN® y placa de titanio KLS-MARTIN® para suelo orbitario derecho. El test de ducción forzada fue correcto. Finalmente, realizamos tira tarsal lateral y cierre por planos de heridas periorbitarias e intraoral, con sutura reabsorbible tipo vicryl (5/0 y 3/0, respectivamente). La evolución postoperatoria fue satisfactoria, siendo alta a domicilio con buena tolerancia oral, sin diplopia y con buena motilidad ocular extrínseca de ojo derecho.

## RESULTADOS

Durante el seguimiento en consultas externas podemos apreciar una mejoría significativa en el enoftalmos del ojo derecho, un buen posicionamiento del canto externo y disminución de la epífora. No ha presentado diplopia en ningún momento tras la intervención.

## CONCLUSIONES

La reconstrucción de defectos complejos del macizo facial puede ser conseguida utilizando la planificación virtual (con un software de diseño asistido por ordenador) y técnicas de impresión 3D para crear implantes customizados (IPS: Implantes Paciente-Específicos). Estos implantes permiten simetrizar el esqueleto facial reconstruyendo déficits estructurales y volumétricos. Esto es muy importante para la reconstrucción de rebordes orbitarios y de tercio medio facial, como era el caso de nuestro paciente.

## NUEVAS TECNOLOGÍAS

### [0181] UTILIZACIÓN DE LA NAVEGACIÓN Y TAC INTRAOPERATORIOS EN EL TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS DE ÓRBITA

A. González Jiménez<sup>1,2</sup>, A.M. Simón Flores<sup>1,2</sup>, N. Vieira Sebe<sup>1,2</sup>, A. Ranz Colio<sup>1,2</sup>, A. Haddad Riesgo<sup>1,2</sup>, J.J. Acero Sanz<sup>1,2</sup>  
<sup>1</sup>Hospital Universitario Ramón y Cajal, <sup>2</sup>Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid

#### BREVE INTRODUCCIÓN

El principal objetivo de la reparación orbitaria es conseguir recuperar el volumen orbitario previo manteniendo una estética y función adecuadas mediante la colocación de un implante orbitario. La incorporación de la navegación y del TAC intraoperatorios mejoran la precisión quirúrgica sobre el posicionamiento del implante orbitario. El objetivo principal de este estudio es evaluar los cambios obtenidos en los volúmenes orbitarios mediante la utilización combinada de la navegación y el TAC intraoperatorios en la reconstrucción de fracturas de órbita unilaterales mediante mallas de titanio.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Estudio de cohortes retrospectivo que incluye 34 pacientes con fractura unilateral de órbita, desde julio de 2017 hasta febrero 2023. Los pacientes se dividieron en 2 grupos: el grupo de estudio con 17 pacientes intervenidos con navegación y TAC intraoperatorio y el grupo control incluyendo 17 pacientes en el que el control del implante orbitario se realizó con un TAC de control a las 2 semanas de la cirugía. Se midieron los volúmenes orbitarios de órbita sana, fracturada y reparada mediante el sistema de BRAINLAB 2.0. Los volúmenes obtenidos se compararon intra e intergrupos y se analizaron mediante el test estadístico T-Student para datos agregados. Además, se valoraron los datos clínicos postquirúrgicos de enoftalmos, diplopía y motilidad ocular.

#### RESULTADOS

En el grupo con TAC intraoperatorio la edad media fue 40 años, 13 hombres y 4 mujeres, y lateralidad de la lesión más frecuente la izquierda (12 casos), mientras que en el grupo control la edad media fue 44 años, 12 hombres y 5 mujeres, y lo más frecuente fue la afectación del lado izquierdo (12 casos).

- Se analizaron en el grupo control los volúmenes de las órbitas sanas (con una media de 29,141 cm<sup>3</sup>) en relación con las órbitas patológicas (con una media de 30,971 cm<sup>3</sup>), identificándose una diferencia estadísticamente significativa ( $p = 0.048$ ). De igual modo se realizó en el grupo con navegación y TAC intraoperatorio, con un volumen medio de las órbitas sanas de 29.484 cm<sup>3</sup>, y de las órbitas patológicas de 33,265 cm<sup>3</sup>, identificándose en esta relación una diferencia estadísticamente significativa ( $p = 0.004$ ). Esto nos indica que tanto en el grupo control como en el grupo de navegación y TAC intraoperatorio es necesario realizar la reparación quirúrgica de las órbitas.
- Además, se compararon en el grupo control los volúmenes orbitarios de las órbitas sanas (con una media de 29,141 cm<sup>3</sup>) en relación con las órbitas reparadas (con una media de 30,053 cm<sup>3</sup>), con una diferencia de volumen de 0,912 cm<sup>3</sup>. De igual forma se realizó en el grupo de navegación y TAC intraoperatorio, entre las órbitas sanas (con un volumen medio de 29.484 cm<sup>3</sup>) y las órbitas reparadas (con un volumen medio de 31,219), con una diferencia de volumen de 1,735 cm<sup>3</sup>. En ambos casos las diferencias entre los volúmenes de las órbitas sanas y las reparadas no fue estadísticamente significativo, lo que nos indica que la reducción quirúrgica de las fracturas orbitarias en ambos grupos fue satisfactoria.
- Finalmente, se compararon las diferencias de volumen entre las órbitas sanas y las órbitas reparadas entre el grupo control (0,912 cm<sup>3</sup>) y el grupo con navegación y TAC intraoperatorio (1,735 cm<sup>3</sup>), siendo esta diferencia media de 0,823 cm<sup>3</sup>, mayor en el grupo con navegación y TAC intraoperatorio, no obteniéndose resultados estadísticamente significativos ( $p = 0,596$ ). Estos resultados nos indican que a pesar de haber una diferencia en lo que respecta a los volúmenes de las órbitas sanas y reparadas entre el grupo control y el grupo a estudio, esta diferencia no es estadísticamente significativa.
- Todos los pacientes, durante su seguimiento postoperatorio, recuperaron la motilidad ocular y desapareció la diplopía y el enoftalmos, presentando una evolución postquirúrgica satisfactoria.



## CONCLUSIONES

La utilización de la navegación intraoperatoria combinada con el TAC intraoperatorio aportan una mayor seguridad, precisión y control en la colocación del implante orbitario. En este estudio se han hallado resultados estadísticamente significativos en ambos grupos en relación a la recuperación de un volumen orbitario adecuado tras la cirugía. Podemos indicar que la reparación quirúrgica de la órbita fracturada permite recuperar el volumen orbitario, sin embargo, se precisan series de más casos para demostrar que dichas tecnologías nos ayudan a igualar el volumen orbitario en fracturas de órbita

## NUEVAS TECNOLOGÍAS

### [0226] NUEVAS ASIGNATURAS EN FORMACIÓN PRE-GRADO: CIRUGÍA ASISTIDA POR ORDENADOR

N. Valentines Vilaplana, A. Marí Roig, A. Morla, M. Melero Luque, R. Lewko, F. Aguilera Padrós  
Hospital Universitari Bellvitge, Hospitalet de Llobregat. Barcelona

## BREVE INTRODUCCIÓN

Actualmente en Cirugía Oral y Maxilofacial las tecnologías CAS, CAD y CAM (Computer Assisted Surgery, Design and Manufacturing) tienen un importante papel establecido en la planificación quirúrgica de distintos campos como son la traumatología, oncología, ortognática, reconstructiva o implantología. Dado su uso frecuente y utilidad, están surgiendo nuevos cursos de formación en tecnologías 3D para especialistas y personal médico en formación sanitaria especializada e implican distintas áreas de conocimiento tales como la anatomía, cirugía, bioingeniería, ingeniería de materiales e informática. Se ha detectado un déficit de formación en relación a estas nuevas tecnologías en el ámbito de medicina en estudiantes pre-grado. Por este motivo, la comunicación vigente tiene el objetivo de mostrar la creación y aplicación de una asignatura optativa para estudiantes de medicina titulada “Cirugía asistida por ordenador, técnicas CAD/CAM aplicadas a la cirugía”, su prueba piloto y los resultados de satisfacción de los estudiantes.

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Presentación de la asignatura “Cirugía Asistida por ordenador, técnicas CAD/CAM aplicadas a la cirugía” a estudiantes de Medicina de la Universidad de Barcelona en el curso académico 2022-2023. Se presenta su guía docente que incluye:

- Formación teórica con temario: anatomía quirúrgica 3D, flujo de trabajo en planificación quirúrgica, técnicas CAM, técnicas CAS en cirugía maxilofacial, aplicaciones CAD/CAM en otras especialidades (traumatología, neurocirugía...) y otras nuevas tecnologías como son navegación intraoperatoria, robótica aplicada en cirugía, inteligencia artificial, realidad virtual y aumentada.
- Formación práctica centrada en planificación de un caso 3D: Caso de una fractura mandibular donde se deben importar las imágenes, segmentar, generar archivos STL, realizar cirugía virtual para realizar reducción de la misma y posterior impresión de un modelo 3D estereolitográfico. Para ello se utilizarán softwares de uso libre como son 3D Slicer y Meshmixer. La evaluación de los estudiantes es realizada mediante su participación activa y en función del trabajo final de cirugía virtual e impresión 3D. Posteriormente, se realizará una encuesta para valoración de la opinión de los alumnos en relación al grado satisfacción y opiniones de mejora.

## RESULTADOS

Cada vez la aplicación de las nuevas tecnologías (CAD/CAM, navegación, realidad virtual...) está más extendido en las distintas especialidades médicas, motivo por el que creemos interesante su enseñanza desde la formación pre-grado. Aún a la espera de concluir la asignatura este periodo académico en 2023 y obtener los resultados finales, la aceptación de la misma ha sido excelente y aporta visibilidad a nuestra especialidad entre los estudiantes pre-grado.

## CONCLUSIONES

Para concluir, consideramos interesante la creación de asignaturas acerca de nuevas tecnologías y aplicación a otros hospitales universitarios del estado.

## NUEVAS TECNOLOGÍAS

### [0238] EXPERIENCIA DE LA FABRICACIÓN EN EL PUNTO DE ATENCIÓN COMO MODELO DE PRODUCCIÓN Y APLICACIÓN DE LA TECNOLOGÍA 3D EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

G. Ruiz de León Hernández-Pacheco, M. Tousidonis, S. Khayat, H. Aranibar, C. Navarro Cuéllar, J. I. Salmerón  
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

## BREVE INTRODUCCIÓN

La tecnología de impresión 3D en hospitales facilita modelos de producción como la fabricación en el punto de atención (point-of-care manufacturing). La cirugía oral y maxilofacial es una especialidad que puede beneficiarse de las ventajas de estas herramientas. El propósito de este estudio es presentar los resultados de la integración de la tecnología de impresión 3D en el servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial de un Hospital Universitario e identificar la fabricación en el punto de atención como paradigma de la medicina personalizada.

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y monocéntrico de los procesos de impresión 3D realizados en la UPAM3D (Unidad de Producción Aditiva y Manufactura 3D) para pacientes intervenidos en el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital General Universitario Gregorio Marañón para el período desde abril de 2017 hasta marzo de 2023. Variables como el tipo de producto, utilidad, tiempo, o materiales de fabricación fueron analizados.

## RESULTADOS

El número total de casos solicitados por el servicio de cirugía oral y maxilofacial son 180. Los productos que se han elaborado: modelos anatómicos (65 %), guías quirúrgicas de corte (5,6 %), férulas guiadas de implantes (8,6 %) e instrumentos quirúrgicos (4,5 %). Los diferentes modelos anatómicos se fabricaron principalmente para la planificación quirúrgica (117 casos), del total el 12 % era para patología oncológica frente al 88 % que representaba la patología traumatológica. Las principales estructuras anatómicas reproducidas en los modelos anatómicos fueron las orbitas con un total de 82 impresiones 3D. El 47,5 % fueron modelos de órbitas patológicas, frente al 52,4 % que fueron imágenes especulares de las órbitas sanas fabricadas con intención de preformar las mallas quirúrgicas en el preoperatorio. La segunda estructura anatómica más solicitada fue la mandíbula, con un total de 36 casos. La tecnología de impresión más empleada fue el modelado por fusión de depósito (FDM) en impresoras Ultimaker (Ultimaker 2+ Extended, Ultimaker 3+ y S5 pro bundle), seguida de la estereolitografía (SLA) en impresoras Form2. Los materiales de impresión utilizados fueron: PLA, PVA, Resina White, Resina Dental SG y Biomed Clear V1. La segmentación del caso se ha realizado con el programa 3D Slicer y la modificación digital del diseño con Meshmixer. Por último, para el proceso de impresión y laminado se emplea el software Cura. Se han registrado un total de 2246 horas de impresión y se ha utilizado una masa de impresión de 8114 g/ml. El modelo anatómico más solicitado fue la órbita con una masa y tiempo medio de fabricación de 100 g/ml PLA y 9 horas. Por último, se ha externalizado el diseño y la impresión de 6 implantes personalizados: cinco placas de reconstrucción mandibular y una malla de titanio tridimensional supraorbitaria.

## CONCLUSIONES

Este estudio identifica las posibilidades de integrar la tecnología 3D en un hospital universitario. Esta experiencia muestra la evolución conceptual del flujo de trabajo de impresión 3D del hospital hacia un punto de atención de fabricación (point-of-care manufacturing). Nuestros resultados se limitan a un único centro, por lo que es fundamental plantear estudios multicéntricos y elaborar documentos de consenso para aprovechar las próximas aportaciones de la impresión 3D en el ámbito sanitario.

## ONCOLOGÍA DE CABEZA Y CUELLO

### [0013] IMPLICACIONES PRONÓSTICAS E HISTOPATOLÓGICAS DE LA EXPRESIÓN DEL PD-L1 EN PACIENTES CON TUMORES EPIDERMÓIDES DE CAVIDAD ORAL

F. Leporace Jiménez, I. del R. Portillo Hernández, P. Caballero Pedrero, M<sup>a</sup> Mejía Nieto, J. Jiménez Almonacid, G. Sánchez Aniceto  
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

#### BREVE INTRODUCCIÓN

El pronóstico de numerosos tumores sólidos se ha relacionado con la expresión de PD1 y su ligando PD-L1, sin embargo, su papel en el cáncer escamoso de cavidad oral no está del todo claro aún.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Estudio retrospectivo de los pacientes con ca epidermoide de cavidad oral diagnosticados y tratados entre el 01/2020 y el 05/2022 en el Hospital Universitario 12 de Octubre. La expresión del PD-L1 fue medida por el equipo de anatomía patológica del hospital utilizando el sistema combined positive score (CPS), considerando CPS mayor o igual a 1 como positivo (1-20 positivo bajo y mayor de 20 positivo alto). Se realizó un análisis descriptivo de los pacientes y tumores de la cohorte, incluyendo las variables tamaño del tumor, estadio, afectación ganglionar, recurrencia, supervivencia, medida como supervivencia global (OS) y supervivencia específica de enfermedad (DSS), y supervivencia libre de enfermedad (DFS).

#### RESULTADOS

Se analizaron 65 paciente y 67 tumores en nuestra muestra. El 67 % de los tumores presentaban estadios avanzados, de ellos, el 88,88 % eran PD-L1 positivos vs el 71,4 % de estadios tempranos. Los tumores T4 expresaban el PD-L1 en el 87,5 % de los casos, comparado con el 54,54 % de los tumores T1. El 50,88 % de los tumores presentaban afectación ganglionar, de ellos, el 93,1 % presentaba expresión del PD-L1, siendo alta en el 70,37 %. El riesgo de tener afectación ganglionar cuando la expresión del PD-L1 es alta fue del 56,25 %, mientras que dicho riesgo fue solo del 22 % cuando la expresión era baja o nula. El 32,3 % de los tumores recidivaron, expresando todos ellos PD-L1. La supervivencia global en tumores PD-L1 positivos fue del 64 % mientras que fue del 73,34 % en aquellos con baja o nula expresión.

#### CONCLUSIONES

La expresión del PD-L1 en cáncer de cavidad oral parece tener una implicación en el peor pronóstico de la enfermedad. La expresión del PD-L1 fue mayor en tumores más grandes y parece estar correlacionada con un mayor riesgo de metástasis cervicales, no obstante, es necesario un mayor análisis de su expresión, relevancia en el pronóstico y comportamiento biológico para mayores conclusiones.



## ONCOLOGÍA DE CABEZA Y CUELLO

### [0025] AMELOBLASTOMAS – 10 YEARS RETROSPECTIVE STUDY

P. Seixas, D. Pratas Vital, P. Valejo Coelho, N. Gião, T. Silva, R. Silva  
Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central. Lisboa

#### A BRIEF INTRODUCTION

Ameloblastomas are rare, benign tumors of the jaw bones that arise from the odontogenic epithelium and have a high potential for recurrence. If left untreated they can cause significant functional and cosmetic problems. These tumors most commonly occur in the mandible and are more frequently found in males than females. Ameloblastomas have a peak incidence in the third to fifth decades of life, and often present as painless swelling or an asymptomatic radiographic finding. These tumors may involve the inferior alveolar nerve. They can also be found in the maxilla. Maxillary ameloblastomas tend to be larger and more aggressive than mandibular ameloblastomas. Depending on the location and size of the tumor, it can cause nasal obstruction, sinus infections, and difficulty chewing or speaking. Histologically, ameloblastomas are characterized by the presence of columnar or cuboidal epithelial cells with hyperchromatic nuclei, peripheral palisading, and reverse polarization. The epithelial cells are often arranged in nests or islands surrounded by a fibrous stroma. Three main histological subtypes of ameloblastomas have been identified: conventional, unicystic, and peripheral. The conventional subtype is the most common and is characterized by typical histological features. The unicystic subtype is a less aggressive variant that presents as a cystic lesion with an ameloblastoma-like epithelium. The peripheral subtype is a rare variant that arises from the gingival or alveolar mucosa. Ameloblastomas have a high potential for recurrence, and the rate of recurrence depends on the subtype and the surgical approach used. Conventional ameloblastomas have a higher recurrence rate compared to unicystic and peripheral ameloblastomas. The risk of recurrence is also higher with enucleation compared to segmental resection. The risk of malignant transformation is low, estimated to be around 2-3 %. The treatment of ameloblastomas is surgical, and the approach depends on the size, location, and histological subtype of the tumor. Enucleation is a conservative approach that involves removing the tumor while leaving the surrounding bone intact. This approach is reserved for small, well-circumscribed tumors. Segmental mandibulectomy is a more radical approach that involves removing a portion of the mandible along with the tumor. This approach is reserved for larger tumors or tumors that involve the cortical bone. Radiation therapy and chemotherapy are not effective for the treatment of ameloblastomas.

#### MATERIAL AND METHOD OR DESCRIPTION OF THE CLINICAL CASE

The purpose of this study was to conduct a retrospective analysis of patients diagnosed with ameloblastoma in order to better understand the epidemiology, clinical features, and treatment outcomes of this disease. Retrospective analysis of the medical record patients diagnosed with ameloblastoma over a 10-year period were retrospectively reviewed. Data collected included age, gender, site of the tumor, symptoms, diagnostic methods, treatment approach, and postoperative outcomes. The data was analyzed to determine the prevalence and incidence of ameloblastomas, as well as to identify any trends or patterns in the presentation and management of the condition.

#### RESULTS

A total of 23 patients with ameloblastomas were identified during the study period. The majority of patients were female (56,5 %) and the mean age at diagnosis was 45.7 years. The most common site of the tumor was the mandible (95,7 %) and the most common symptoms were swelling and pain. The majority of patients were diagnosed using radiographic imaging (CT or panoramic radiography), and a biopsy was performed in the majority of cases (82,6 %). The most common treatment approach was segmental mandibulectomy (60 %), followed by enucleation (25 %). Of the 23 patients, 2 (8,7 %) experienced recurrence of the tumor during the follow-up period.

#### CONCLUSION

The results of this study highlight the importance of a prompt and accurate diagnosis of ameloblastomas, as well as the need for a thorough preoperative evaluation and a well-planned surgical approach to minimize the risk of recurrence. Close monitoring and regular follow-up are crucial to ensure early detection of any recurrence.

## ONCOLOGÍA DE CABEZA Y CUELLO

### [0033] CARCINOMA CUTÁNEO DE CÉLULAS DE MERKEL: UNA ENTIDAD DESCONOCIDA CON POTENCIAL AGRESIVO

J. Medina del Valle, M<sup>a</sup> F. García Reija, E. Ibaseta Fidalgo, J. Rodríguez Cobo, P. Criado Villalón, I. Caubet Saez-Torres  
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

#### BREVE INTRODUCCIÓN

Los carcinomas escamosos y basocelulares representan la mayoría de los tumores cutáneos malignos de la región maxilofacial, y el abordaje diagnóstico y terapéutico de estas entidades ha sido ampliamente trabajado por los especialistas debido a su alta prevalencia en la población. Sin embargo, no todas las lesiones que aparecen en este territorio pertenecen a estos grupos descritos anteriormente, un pequeño porcentaje de estas son patologías menos conocidas como el carcinoma de células de Merkel, que supone un reto diagnóstico y terapéutico, presentando muchos casos un perfil muy agresivo. Motivo por el cual es importante tener presente esta entidad en el diagnóstico diferencial de los tumores cutáneos.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

En este trabajo se realizó una revisión bibliográfica del carcinoma de células de Merkel y se describió una serie de pacientes diagnosticados de tumores de células de Merkel de cabeza y cuello en los últimos 10 años, incluyendo sus características clínicas, análisis anatomopatológico, diagnóstico y manejo terapéutico.

#### RESULTADOS

El carcinoma de células de Merkel es un tumor maligno, potencialmente agresivo con un manejo específico respecto a las patologías más frecuentes, un diagnóstico preciso permite en la mayoría de los casos una mejora del pronóstico de los pacientes, con buenos resultados estéticos y funcionales.

#### CONCLUSIONES

Es importante conocer porque a pesar de su baja prevalencia, deben estar en el diagnóstico diferencial de las lesiones faciales, y su manejo debe correcto porque muchos de ellos son altamente agresivos y un diagnóstico y tratamiento precoz pueden evitar un desenlace desafortunado.

## ONCOLOGÍA DE CABEZA Y CUELLO

### [0039] USOS DE LA FLUORESCENCIA CON VERDE DE INDOCIANINA EN CIRUGÍA ONCOLÓGICA DE CABEZA Y CUELLO

M. Hornillos de Villota, P. Losa, J.P Rodríguez Arias, J.L. Cebrián Carretero  
Hospital Universitario la Paz. Madrid

#### BREVE INTRODUCCIÓN

La fluorescencia con verde de indocianina (VI) es una técnica versátil que nos permite utilizarla en diferentes patologías e intervenciones quirúrgicas. En nuestro centro la utilizamos como técnica diagnóstica en la detección del ganglio centinela (GC) de carcinomas de cavidad oral y melanomas cutáneos y como técnica de comprobación de perfusión en colgajos libres. En el melanoma cutáneo; a pesar de los avances en el tratamiento; la biopsia del ganglio centinela sigue presentando una elevada tasa de falsos negativos (5,1-21,0 %). Mediante el uso de trazadores híbridos (Tecnecio 99 y VI) conseguimos mejorar la precisión y la calidad de esta técnica diagnóstica. En el carcinoma de cavidad oral; ocurre un efecto similar. La tasa de falsos negativos en estos pacientes es de hasta el 3-5 %, ascendiendo en tumores del suelo de boca hasta el 25 %. El marcaje fluorescente nos permite una identificación visual en tiempo real del primer ganglio de drenaje; lo que resulta especialmente útil en tumores de suelo de boca donde la proximidad del tumor al GC produce el famoso efecto brillo. Cuando realizamos un colgajo libre con anastomosis microquirúrgicas; el uso de fluorescencia con VI intravascular nos permite comprobar una adecuada perfusión del colgajo y una visualización directa de la irrigación y drenaje venoso del mismo.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

La solución de VI se preparó añadiendo 5 cc de agua estéril a un vial de 25 mg de VI (concentración estándar; 2,5mg/ml). Para la detección de GC; se inyectó 0,1ml en 4 puntos peritumorales tras la intubación, y la señal de fluorescencia se detectó con una cámara de fluorescencia (Synthes). El tiempo de espera desde la inyección hasta la identificación del ganglio depende de la proximidad del tumor al GC; pero en torno a los 5 minutos el VI ya habrían drenado a través del sistema linfático. En colgajos libres se realiza perfusión intravascular de 3cc de VI. En ese mismo momento se realiza la comprobación de la perfusión del colgajo con una cámara de fluorescencia (Synthes). Se observa como se tiñe el colgajo y si la distribución del VI es homogénea o por el contrario sugiere zonas isquémicas.

#### RESULTADOS

Para la detección del GC en los melanomas cutáneos hemos podido observar como principales ventajas que facilita la detección del ganglio gracias a la visualización directa del mismo y esto consecuentemente genera una disminución del tiempo quirúrgico. Como limitaciones hay que destacar que los ganglios deben de ser superficiales para mejorar la sensibilidad de la técnica. En la detección de GC en carcinomas de cavidad oral, el uso de doble trazador nos ha permitido localizar de forma precisa los GC de dos pacientes con carcinoma epidermoide en suelo de boca y al igual que en los tumores cutáneos disminuir el tiempo quirúrgico. Como limitaciones generales en el uso del VI para detección del GC no debemos retrasar la disección en el tiempo; ya que se produce una difusión rápida del marcador y esto puede perjudicar la localización del GC. Así mismo durante la resección debemos evitar destruir los vasos linfáticos de la adenopatía; pues si se libera el VI nos teñiría toda la zona. En los colgajos libres; el VI nos ha permitido comprobar un flujo adecuado, sin regiones de isquemia y con un correcto drenaje venoso.

#### CONCLUSIONES

El uso del doble trazador para GC mejora la calidad y precisión de esta técnica y parece reducir el tiempo quirúrgico. Esto es relevante para realizar una correcta estadificación, permitiendo un tratamiento más preciso e individualizado para cada paciente y junto con la terapia adyuvante, mejorar su pronóstico. El uso del VI en perfusión de colgajos libres presenta evidencia que refleja su viabilidad y seguridad para la detección de complicaciones vasculares del colgajo. Nuestros resultados preliminares parecen prometedores, pero se requiere un mayor número de pacientes y mayor tiempo de seguimiento para poder obtener unas conclusiones significativas.

## ONCOLOGÍA DE CABEZA Y CUELLO

### [0043] VALIDACIÓN DE BIOPSIA SELECTIVA DE GANGLIO CENTINELA EN CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE CAVIDAD ORAL. RESULTADOS DE NUESTRA EXPERIENCIA

I. Zubiate Illarramendi, C. Ramos Font, C. Camacho Sánchez-Mora, C. Hernández Vila, F. Monsalve Iglesias  
Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

#### BREVE INTRODUCCIÓN

El cáncer de cavidad oral constituye alrededor del 2 % de todos los tumores malignos y el 90 % de los tumores de cabeza y cuello. El tipo histológico más frecuente de cáncer oral es el carcinoma epidermoide o de células escamosas. El principal factor pronóstico para la supervivencia a largo plazo de los pacientes con este tumor es la presencia de metástasis ganglionares cervicales. Se estima que un 20-30 % de pacientes presenta metástasis cervicales ocultas, no detectables mediante la exploración física ni mediante pruebas de imagen. Por este motivo, el tratamiento estándar ha sido la resección del tumor primario junto a la disección cervical profiláctica o electiva ipsi o bilateral. Sin embargo, en casi el 70 % de pacientes que no tendrá metástasis en el momento inicial del diagnóstico, por lo que se les habrá sido sometido a una intervención quirúrgica que podría no haber sido necesaria y no exenta de diferentes complicaciones intra y postoperatoria. En este contexto y ante los buenos resultados de la biopsia del ganglio centinela en otros tumores como el melanoma, se planteó la posibilidad de utilizar esta técnica para estadificar a los pacientes con carcinoma epidermoide en estadio precoz y sin sospecha de metástasis cervicales (cT1/T2N0). El ganglio centinela es aquel ganglio linfático que recibe de forma directa y en primer lugar el drenaje linfático de una determinada lesión tumoral. Si en el ganglio centinela no existe infiltración tumoral metastásica, se puede pensar que el resto de ganglios linfáticos estará libre de enfermedad y se podrá adoptar una actitud terapéutica más conservadora evitando así la realización de una disección cervical con sus posibles complicaciones y morbilidad. En la biopsia selectiva de ganglio centinela se aplican sucesivamente tres procedimientos médicos distintos: la linfogammagrafía con inyección de trazador y posterior pruebas de imagen, la cirugía y el estudio histopatológico, lo que implica disponer de un equipo multidisciplinar de profesionales de, al menos, la Medicina Nuclear, la Anatomía Patológica y Cirujanos Maxilofaciales. Presentamos la validación de la técnica para el carcinoma epidermoide cavidad oral realizada en nuestro centro hospitalario (Hospital Universitario Virgen de las Nieves) durante el año 2022, realizando la biopsia selectiva del ganglio centinela y posteriormente la disección cervical uni o bilateral indicada en cada procedimiento, hasta realizar el análisis de los resultados obtenidos.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Realizamos un estudio descriptivo de los pacientes a los que realizamos la biopsia selectiva de ganglio centinela en el carcinoma epidermoide de cavidad oral durante el año 2022 en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada. El comité ético del hospital aprobó dicho estudio y los pacientes firmaron el consentimiento informado del procedimiento. Los criterios de inclusión fueron: carcinoma epidermoide de cavidad oral en estadio precoz cT1/cT2 N0 clínica y radiológicamente. Se excluyeron los pacientes que clínica y radiológicamente eran cT3-cT4 o N1. El estudio presenta 31 pacientes con carcinoma epidermoide de diferentes localizaciones de cavidad oral a los que se les inyectó el radiotrazador peritumoral y posteriormente se realizó la biopsia selectiva de ganglio centinela, completando posteriormente la disección cervical funcional debido a que la realización de la técnica estaba en proceso de validación en nuestro hospital.

#### RESULTADOS

Se incluyeron 31 pacientes (edad media: 64.39±13.02 años, 54.8 % hombres). El tumor primario se localizó con más frecuencia en el borde lateral de la lengua (61.3 %) seguido del suelo de la boca (29 %), mientras que el lado afecto más frecuente fue el izquierdo (48.4 %). El 58.1 % presentaron un carcinoma de células escamosas bien diferenciado, siendo el cT2 el estadio más frecuente (54.8 %). En todos los casos se observó la migración del trazador al GC tanto en la imagen precoz como tardía y SPECT/TC (100 % de identificación del GC), siendo bilateral en 11/31 (35.5 %) casos. El número medio de GC identificados fue de 3 y la localización más frecuente fueron los



niveles cervicales II y III (65.4 %). El 32.3 % presentaron un resultado positivo en el estudio anatómico-patológico. El número medio de ganglios extirpados en la linfadenectomía fue de 31.6. El único factor asociado con mayor probabilidad de presentar un resultado positivo en la BSGC, en el modelo de regresión logística binaria, fue el sexo femenino (OR: 14.63,  $p=0.019$ ).

### CONCLUSIONES

Los resultados positivos obtenidos en la BSGC vienen acorde con el porcentaje de las metástasis ocultas de los cT1/cT2N0 descritas en la literatura. Por lo tanto, la BSGC es una técnica factible en los pacientes con carcinoma epidermoide de cavidad oral pudiendo evitar la realización de linfadenectomías innecesarias y su morbilidad.

## ONCOLOGÍA DE CABEZA Y CUELLO

### [0057] NUEVAS PERSPECTIVAS EN LA BIOPSIA SELECTIVA DEL GANGLIO CENTINELA (BSGC) EN EL CARCINOMA DE CAVIDAD ORAL (OSCC)

L. Jiménez León, S. Gallana Álvarez, C. Salazar Fernández, J. Parras Hernández, E. Martínez Carapeto  
Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

#### BREVE INTRODUCCIÓN

En el OSCC la presencia de metástasis regionales linfáticas es el factor pronóstico más importante. Por ello la BSGC, surge como una técnica mínimamente invasiva para identificar a los pacientes con metástasis cervicales ocultas de forma más sencilla. El uso sistemático de técnicas de tinción inmunohistoquímica mejora la capacidad de detectar la presencia de micrometástasis o células tumorales aisladas en un número importante de casos cuando este es el único signo de la extensión ganglionar de la enfermedad. Se plantea la posibilidad de evitar la disección cervical electiva (DCE) en aquellos pacientes afectados únicamente por micrometástasis debido a la baja incidencia de afectación de los ganglios restantes.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Objetivos: Analizar el impacto del tamaño de la metástasis en el ganglio centinela sobre la indicación de disección cervical y sobre la supervivencia del paciente. Establecer la asociación entre las características tumorales y la presencia de metástasis, así como su influencia en la supervivencia.

Material y método: Se realiza una revisión bibliográfica del ganglio centinela en cáncer de cavidad oral, y se revisaron a 214 pacientes con OSCC T1-T4N0M0 intervenidos de forma consecutiva entre Enero de 2002 y Enero de 2023. A todos los pacientes se les realizó una linfografía cervical prequirúrgica para identificar el/los GCs que posteriormente se extirparon.

#### RESULTADOS

59 pacientes clasificados previamente como N0, mediante la exploración clínica y las pruebas de imagen, tuvieron GC (+), por tanto, en el 28 % de los pacientes se consigue una reestadificación de N0 a N1, y el 71,9 % está siendo sobretratado, al ser sometidos a DCE cuando realmente no presentan afectación ganglionar.

#### CONCLUSIONES

La BSGC es un excelente método de estadiaje en el OSCC. La disección ganglionar está indicada siempre que aparezca una macrometástasis en el ganglio centinela, mientras que en los pacientes con micrometástasis se podría optar por la vigilancia cervical como única medida terapéutica, que al igual que en el cáncer de mama es posible especular que, en el futuro, se puede evitar la disección axilar en aquellas pacientes diagnosticadas de micrometástasis en el ganglio centinela.



## ONCOLOGÍA DE CABEZA Y CUELLO

### [0062] ANÁLISIS DE COSTES DE LOS COLGAJOS LIBRES DE PERONÉ: UNA COMPARACIÓN RETROSPECTIVA DE CAD/CAM VERSUS TÉCNICA CONVENCIONAL

J. P. Rodríguez Arias, M. M<sup>a</sup> Pampín Martínez, Í. Aragón Niño, J. González Martín Moro, M<sup>a</sup> J. Morán Soto, J.L. Cebrián Carretero  
Hospital Universitario La Paz. Madrid

#### BREVE INTRODUCCIÓN

Una disminución del tiempo operatorio no sólo puede mejorar los resultados de los pacientes mediante una reducción del riesgo de desarrollar complicaciones, sino que también puede suponer un ahorro de costes. El objetivo de este estudio es determinar si se puede conseguir una ganancia de tiempo intraoperatorio utilizando la planificación virtual preoperatoria de la reconstrucción mandibular mediante un colgajo de peroné libre en comparación con la flexión de placas y las osteotomías a mano alzada

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se realizó un estudio comparativo retrospectivo en el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario La Paz, Madrid, España. En el estudio se compararon 25 pacientes del grupo CAD/CAM con 19 pacientes del grupo convencional a mano alzada. Se comparó el tiempo quirúrgico total, las comorbilidades y la estancia hospitalaria. El consumo de recursos se estimó mediante un análisis de costes

#### RESULTADOS

Aunque el CAD/CAM fue un procedimiento estadísticamente más caro en la fase perioperatoria, no se observaron diferencias significativas en los costes sanitarios totales entre los dos grupos

#### CONCLUSIONES

La tecnología CAD/CAM y una guía de corte impresa en 3D ofrecen un tiempo quirúrgico significativamente más corto, que se asocia con una reducción de días de hospitalización, días de PACU y complicaciones. El coste de la tecnología CAD/CAM es comparable al de la técnica convencional a mano alzada

## ONCOLOGÍA DE CABEZA Y CUELLO

### [0099] APLICACIÓN DE COLGAJOS DEL SISTEMA SUBESCAPULAR EN RECONSTRUCCIÓN DE CABEZA Y CUELLO: NUESTRA EXPERIENCIA

M. Guerrero Martín<sup>1,2</sup>, V. Vega Barreto<sup>1,2</sup>, C. Cárdenas Serres<sup>1,2</sup>, M. Pezzi Rodríguez<sup>1,2</sup>, F. Almeida Parra<sup>1,2</sup>, J. Acero Sanz<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid, <sup>2</sup>Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda

#### BREVE INTRODUCCIÓN

El diseño de nuevos colgajos compuestos por diferentes tejidos ha permitido la reconstrucción de importantes defectos en cirugía reconstructiva de cabeza y cuello. Aquellos basados en el sistema subescapular ofrecen diferentes componentes móviles que permiten reconstrucciones a la carta, junto con una movilización precoz del paciente.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se realiza un análisis observacional y retrospectivo de 13 casos de cirugía reconstructiva de cabeza y cuello basados en colgajos del sistema subescapular realizados en los hospitales Ramón y Cajal de Madrid y Puerta de Hierro de Majadahonda entre 2012 y 2022.

#### RESULTADOS

En la muestra analizada, se realiza reconstrucción por causa oncológica en el 69 % de los pacientes, realizándose de forma primaria en el 54 % de ellos. El colgajo fue libre en el 85 % de los pacientes, con anastomosis a vasos faciales en un 54.6 %. La duración media de ingreso fue de 24.2 días y se observa viabilidad en el 85 % de los pacientes.

#### CONCLUSIONES

Los colgajos del sistema subescapular son versátiles en cuanto a los tejidos que lo integran como en su posibilidad de realizarlo de manera pediculada como libre. En nuestra experiencia, ha sido usado principalmente para cuero cabelludo y tercio superior facial, pero puede aplicarse en otras regiones como el tercio medio facial y a nivel cervical. La escasa morbilidad asociada y la rara afectación arterioesclerótica lo convierten en una posibilidad a tener muy presente para defectos complejos en cirugía reconstructiva maxilofacial.

## ONCOLOGÍA DE CABEZA Y CUELLO

### [0111] MANEJO DE LOS TUMORES CUTÁNEOS NO MELANOMAS DE CABEZA Y CUELLO. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

F.J. Camacho Morcillo, A. Alarcón Granero, G. Sánchez Aniceto, M. Mejía Nieto, A. Fernández García, A. Rivero Calle  
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

#### BREVE INTRODUCCIÓN

Los tumores cutáneos no melanoma en cabeza y cuello son lesiones muy frecuentes tanto a nivel mundial como en nuestro medio. Clásicamente se han agrupado bajo el término cáncer cutáneo no-melanoma a aquellas neoplasias derivadas de los queratinocitos como son el carcinoma basocelular y epidermoide, así como tumores de menos frecuencia como linfomas, o lesiones derivadas de anejos cutáneo como los tumores de células de Merkel. La incidencia de este tipo de lesiones se encuentra en aumento en los últimos años, siendo en muchos casos infraestimada, y colocando a estos tumores como las neoplasias más frecuentes a nivel mundial. Hoy en día existen países, como es el caso de Australia, donde representan un verdadero problema de salud pública debido tanto a su alta incidencia como prevalencia. Dentro de estas lesiones, las que ocupan el primer lugar en orden de frecuencia son los carcinomas basocelulares, que representan entre el 75-80 % del total. Le siguen en frecuencia los carcinomas epidermoides, que suponen entre el 15-20 % del total. El resto de los subtipos clínicos ocupan porcentajes mucho menores en la práctica totalidad de las series de estudios. La mayor parte estas lesiones, y en particular el carcinoma basocelular, no constituyen lesiones que pongan en peligro la vida de los pacientes, en contraposición del carcinoma epidermoide el cual si presenta una mayor mortalidad. No obstante, ambos subtipos implican una alta morbilidad a nivel local. Es por ello por lo que su manejo depende de grupos multidisciplinares, en los cuales participen miembros de todas aquellas especialidades implicadas en el diagnóstico y tratamiento. En nuestro centro, el manejo se realiza a través de un comité multidisciplinar, formado por especialistas de dermatología, oncología radioterápica, oncología médica y cirugía maxilofacial. El objetivo es dar un servicio integral, mejorando la calidad en la atención al paciente y teniendo como meta final conseguir el mejor tratamiento individualizado para cada paciente.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se presenta la siguiente serie de casos, compuesta por un total de 47 pacientes atendidos en nuestro servicio y correspondientes al período de tiempo comprendido entre los años 2020 y 2022, ambos inclusive. Se trata de un estudio descriptivo en el que se incluyeron como variables principales de estudio: edad al momento del diagnóstico, sexo, fecha de biopsia y resultado de la misma, localización principal y sublocalizaciones para las distintas regiones cutáneas, servicio de procedencia, antecedentes de neoplasia cutánea y tipo, factores de riesgo, presencia de inmunosupresión y tipo de la misma, tratamiento inicial y fecha de intervención, resultado anatomopatológico y estadiaje final de acuerdo a la última actualización del sistema TNM, estado de los márgenes y tratamiento sobre estos, recidiva lesional y necesidad de reintervención, supervivencia total y libre de enfermedad y por último muerte y causa de la misma. Como variables secundarias se tuvieron en cuenta: vaciamiento cervical, tipo y resultado de este, indicación de parotidectomía, tipo de reconstrucción y estudio ganglio centinela y su resultado. Con todos estos datos, se llevó a cabo un registro en una base de datos para su posterior análisis estadístico descriptivo y obtención de resultados centrado fundamentalmente en el manejo de aquellos casos más avanzados y sus tasas de curación, recidiva y supervivencia.

#### RESULTADOS

Atendiendo a los datos demográficos, el 74 % de los pacientes incluidos en la serie fueron varones y el 26 % mujeres, con una edad media en el momento del diagnóstico de 79 años. El principal servicio de procedencia lo constituye Dermatología, responsable de un 74 % de los pacientes, seguido de las consultas de nuestro propio servicio con un total del 13 %, correspondiente el porcentaje restante a servicios como Urgencias y Oftalmología. En cuanto a los diagnósticos obtenidos de las biopsias realizadas, el 67 % fueron carcinomas epidermoides y el 33 % restante carcinomas basocelulares. Si atendemos a las localizaciones, divididas de forma principal entre

piel y labio, el 90 % de las lesiones tuvieron su origen a nivel de piel y solo el 10 % a nivel de labio. Dentro de las sublocalizaciones cutáneas, la primera en frecuencia fue el pabellón auricular con un 24 % de los casos, seguido por la región nasal con un 20 %, sien y región malar con un 15 % cada una, cuero cabelludo un 11 %, bermellón con un 8 %, y las menos frecuentes la región palpebral y retroauricular con un 5 % cada una. En cuanto a antecedentes, casi la mitad de los pacientes, en torno a un 48 % tenían antecedentes de neoplasia cutáneas, siendo la mayoría de ellos, un 64 %, carcinomas basocelulares. En todos los pacientes de la serie el tratamiento inicial fue la resección quirúrgica, con un tiempo medio de demora entre la fecha de diagnóstico a través de la biopsia y la fecha de la cirugía de un mes y medio. Solo en un paciente se añadió radioterapia como tratamiento inicial a parte de la cirugía. En cuanto al diagnóstico anatomopatológico final, un 67 % correspondieron a carcinomas epidermoides, siendo la subvariante más frecuente en base al grado de diferenciación, aquellos que fueron moderadamente diferenciados. Si dividimos los resultados en base al estadiaje y sistema TNM en dos grupos, teniendo por un lado tumores de bajo grado (estadíos I y II) y tumores de alto grado (estadíos III y IV), un 61 % corresponden a tumores de bajo grado, mientras que el 31 % restante lo hace a tumores de alto grado. Si ponemos el foco en los márgenes quirúrgicos, estos resultaron afectados en 17 pacientes, lo que supone un 37 % de los casos. En cuanto al tratamiento de los márgenes, en 8 pacientes se administró radioterapia adyuvante, en 7 se recurrió al rescate quirúrgico y en 2 se realizó únicamente seguimiento al tratarse de carcinomas basocelulares en pacientes muy añosos con severas comorbilidades asociadas. En el total de la serie estudiada, únicamente se obtuvieron 6 recidivas tumorales, coincidiendo en 3 ocasiones con pacientes que habían presentado márgenes afectados. El otro 50 % de recidivas se dio en pacientes que habían presentado márgenes libres. En todos aquellos casos en los que se presentó recidiva tumoral, se recurrió como tratamiento a la reintervención quirúrgica. En lo referente a los fallecimientos a fecha de realización del estudio, únicamente 9 de los 46 pacientes incluidos habían fallecido y solamente en uno de ellos se debió a progresión de la enfermedad tumoral, presentando como causa de defunción metástasis pulmonares de carcinoma epidermoide. El resto de fallecimiento se produjeron por causas ajenas a la enfermedad tumoral cutánea.

### CONCLUSIONES

Los carcinomas cutáneos no melanomas constituyen en nuestro medio una patología con una elevada frecuencia. En nuestro centro, presentamos un gran porcentaje de casos con estadíos de alto grado que han requerido manejo quirúrgico. El porcentaje de pacientes con márgenes afectados en nuestro grupo de pacientes es elevado, estando bastante ligado al subtipo histológico presentado. Es por ello que la mayoría de estos pacientes han de ser sometidos a tratamientos de rescate. En base a nuestros datos y perfil de pacientes, las cirugías se intentan minimizar en cuanto a agresividad ablativa y reconstructiva, teniendo en cuenta también la afectación estética y funcional secundaria, lo que puede derivar en unos datos de márgenes libres mejorables. Queda como objetivo a futuro mejorar el porcentaje de márgenes que resultan positivos, lo cual puede deberse a la dificultad que implica realizar una resección total de la lesión en un territorio con una gran relevancia tanto estética como funcional como es la región cráneo-cervicofacial y a las características de nuestros pacientes. Por todo ello remarcar la importancia de llevar este conjunto de pacientes y patologías en comités multidisciplinares, donde la aportación de los distintos participantes nos lleve al mejor resultado final para nuestros pacientes.

## ONCOLOGÍA DE CABEZA Y CUELLO

### [0113] BIOPSIA SELECTIVA DEL GANGLIO CENTINELA VS. DISECCIÓN CERVICAL ELECTIVA EN EL CÁNCER DE CAVIDAD ORAL EN ESTADIOS INICIALES: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

R. Labrador Carrillo, M. de las Fuentes Monreal, J.M. Suárez Pavón, T. García Jiménez, A. Capote Moreno, M.F. Muñoz Guerra  
Hospital Universitario de La Princesa. Madrid

#### BREVE INTRODUCCIÓN

La metástasis del carcinoma epidermoide de cavidad oral a los ganglios linfáticos cervicales tiene un impacto significativo en el pronóstico de la enfermedad. Se estima que el riesgo de afectación ganglionar oculta en este tipo de neoplasias es de en torno al 20-30 %. La disección cervical electiva en el carcinoma epidermoide de cavidad oral en estadios iniciales (T1N0 y T2N0) ha demostrado ser una técnica eficaz para la estadificación ganglionar. Sin embargo, puede conducir a un sobretratamiento en algunos pacientes, así como implicar una mayor morbilidad para ellos. Frente a esto, la biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) se presenta como una técnica menos invasiva para la estadificación ganglionar de este tipo de tumores. El objetivo de esta comunicación es presentar nuestra experiencia con el ganglio centinela en tumores N0 así como realizar una comparativa de esta técnica con la disección cervical electiva en cuanto a pronóstico oncológico, valorando recurrencias, supervivencia global y supervivencia libre de enfermedad.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se realizó un estudio retrospectivo con una muestra de 51 pacientes intervenidos en nuestro centro entre 2011 y 2021 de carcinoma intraoral T1N0 o T2N0. En 33 de estos pacientes se llevó a cabo disección cervical electiva y en los 18 restantes se realizó biopsia selectiva del ganglio centinela. El seguimiento posterior fue de al menos dos años.

#### RESULTADOS

El porcentaje total de recurrencia de la enfermedad fue del 29,4 %; el 73,3 % de las recidivas se produjeron dentro del grupo en el que se llevó a cabo disección cervical electiva, el 26,7 % restante se encontraba dentro del grupo de BSGC. El 33,3 % de los pacientes sometidos a disección cervical electiva presentaron recurrencia, frente a un 22,2 % en el grupo en el que se llevó a cabo BSGC. El resultado en la comparativa para las recidivas entre ambos grupos no alcanzó la significancia estadística ( $p=0,4$ ). En cuanto a la supervivencia, esta fue del 82,4 %. El 77,8 % de los pacientes fallecidos se encontraban dentro del grupo en el que se realizó disección cervical electiva, en el 22,2 % restante se llevó a cabo BSGC. Un 21,2 % de los pacientes en los que se realizó disección cervical electiva fallecieron, en el grupo de BSGC este porcentaje fue del 17,6 %. La comparativa para la supervivencia entre ambos grupos no fue significativamente estadística ( $p = 0,3$ ).

#### CONCLUSIONES

El ganglio centinela y la disección cervical electiva muestran unos resultados pronósticos oncológicos similares. La morbilidad en el postoperatorio inmediato de la disección cervical electiva es mayor que la del ganglio centinela, aunque parece no haber diferencias a largo plazo. La invasión en profundidad (DOI) es de gran valor pronóstico ya que permite predecir metástasis ocultas, por ello, podría ser de interés mejorar la obtención del DOI prequirúrgico para indicar la necesidad de tratamiento complementario en estadios iniciales N0.

## ONCOLOGÍA DE CABEZA Y CUELLO

### [0128] IMPORTANCIA CLÍNICA DE LA SEÑALIZACIÓN HIPPO-YAP Y LA RELACIÓN CON LA VÍA PI3K EN EL CARCINOMA ORAL DE CÉLULAS ESCAMOSAS

N. Rodríguez Torres, M. Ruiz Ranz, E. García García, P. Lequerica Fernández, T. Rodríguez Santamarta, J.C. de Vicente Rodríguez  
Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

#### BREVE INTRODUCCIÓN

El carcinoma oral de células escamosas (COCE) presenta un mal pronóstico a largo plazo, a pesar de los avances de los últimos años. Por ello, es preciso averiguar el potencial valor pronóstico de moléculas implicadas en la oncogénesis y progresión del mismo. La vía Hippo- YAP regula la proliferación y diferenciación celular, el crecimiento de tejidos, el tamaño de los órganos y la regeneración tisular en mamíferos. La disregulación de esta vía se ha implicado en la patogenia de múltiples tipos de tumores malignos, incluido el COCE. YAP1 (proteína 1 asociada a Yes) y TAZ (WWTR1, regulador de transcripción 1 que contiene el dominio WW) son cofactores transcripcionales y efectores clave de la vía Hippo, que emergen como posibles oncogenes. Recientemente se ha descrito una relación entre la activación de YAP1 y la sobreexpresión de la subunidad catalítica alfa de la fosfatidilinositida 3-quinasa (PIK3CA).

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se realizó un análisis inmunohistoquímico de YAP1, TAZ, PI3KCA (p110  $\alpha$ ), p-AKT (Ser473) y p-S6 (Ser235) en muestras de tejido tumoral de 165 pacientes con diagnóstico histológico de COCE. Se analizó posteriormente la asociación entre la expresión de proteínas y los datos clínicos.

#### RESULTADOS

La expresión de YAP1 se detectó tanto en el citoplasma como el núcleo de las células tumorales, mientras que la expresión de TAZ únicamente se encontró en el núcleo celular. La expresión nuclear de YAP1 se asoció de manera significativa con el tamaño tumoral ( $p = 0,03$ ), la presencia de metástasis ganglionares cervicales ( $p = 0,02$ ), el estadiaje TNM ( $p = 0,02$ ) y con los tumores escasamente diferenciados ( $p=0,04$ ). La expresión nuclear de TAZ se asoció con consumo de tabaco ( $p = 0,03$ ) y alcohol ( $p = 0,04$ ), y tumores escasamente diferenciados ( $p = 0,04$ ). Se halló una asociación estadísticamente significativa entre la expresión nuclear y citoplasmática de YAP1, la expresión nuclear de TAZ, la expresión de p110  $\alpha$ , y la activación de pS6 (Ser235). La expresión combinada de YAP1 nuclear y citoplasmático exhibe valor pronóstico tanto en el análisis univariante como en el multivariante. La expresión nuclear de YAP1 se asoció significativamente y de manera independiente con escasa supervivencia libre de enfermedad ( $p = 0,005$ , HR = 2,520; 95 % CI = 1,319 – 4,816) y supervivencia global ( $p = 0,015$ , HR = 2,126; 95 % CI = 1,155 – 3,916).

#### CONCLUSIONES

La expresión nuclear de YAP1 es un predictor independiente de escasa supervivencia en el carcinoma escamoso oral. Además, nuestros hallazgos apoyan la existencia de una relación entre la vía de señalización Hippo-YAP y la vía PI3K-AKT-mTOR.



## ONCOLOGÍA DE CABEZA Y CUELLO

### [0139] MANEJO CONTEMPORÁNEO DEL CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE LABIO. EXPERIENCIA REAL-WORLD DE UN HOSPITAL TERCIARIO

V. Juan Gómez<sup>1</sup>, I. Ruiz Martín<sup>2</sup>, J. Asensio Salazar<sup>1</sup>, A. Fernández García<sup>1</sup>, G. Sánchez Aniceto<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre, <sup>2</sup>Hospital Universitario Rey Juan Carlos. Madrid

#### BREVE INTRODUCCIÓN

Existe una escasez de estudios centrados en los resultados del tratamiento multimodal del carcinoma epidermoide de labio. En el nuestro se investigan las diferentes variables clínicopatológicas de una muestra amplia de pacientes con carcinoma epidermoide de labio, tratados por varias especialidades, en un mismo hospital de nivel terciario durante los últimos 8 años. Se estudia la influencia de las diferentes variables en los resultados clínicos según el tratamiento recibido.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

En este estudio de cohortes retrospectivo se revisaron las historias clínicas de pacientes con carcinoma epidermoide de labio desde 2015 hasta 2022. Los datos epidemiológicos fueron edad, sexo, tabaquismo, consumo de alcohol o inmunosupresión. Se establecieron dos grupos en función de si el tratamiento primario fue cirugía o braquiterapia. Las características clínicopatológicas incluyeron la localización labial del tumor, la clasificación TNM, la estadificación clínica, la realización de biopsia selectiva de ganglio centinela o el tipo de vaciamiento cervical, el grado histopatológico, el análisis del margen quirúrgico, la profundidad de invasión, la invasión vascular o perineural, y la modalidad de tratamiento adyuvante si lo hubiera. Las variables de resultado fueron la recidiva local, regional o a distancia, y la supervivencia. El análisis estadístico se realizó mediante la prueba de la  $\chi^2$ , la prueba exacta de Fisher y el análisis de regresión logística binaria. El análisis de supervivencia se evaluó mediante la curva de Kaplan-Meier. El nivel de significación estadística se fijó en un valor  $p < 0,05$ .

#### RESULTADOS

En total, se estudiaron 71 pacientes. Había 52 hombres (71,83 %) y 20 mujeres (28,17 %) con una edad media de 76,72 años. Cuarenta y nueve pacientes (69,01 %) formaban parte del grupo cirugía y 22 pacientes (30,99 %) formaron parte del grupo Braquiterapia. La mayoría tenían una estadificación clínica inicial de I o II (87,32 %), similar en ambos grupos. Del grupo quirúrgico se realizaron 26 biopsias selectivas de ganglio centinela (53,06 %), de las cuales 4 fueron positivas (15,38 %). Del total de los 8 vaciamientos cervicales, los otros 4 fueron electivos por presentar clínicamente N+, resultando solamente uno de ellos pN+. Microscópicamente, las lesiones eran predominantemente tumores bien (70,42 %) y moderadamente (23,94 %) diferenciados. La tasa de recidiva fue del 11,27 % (6 pacientes), siendo recurrencia local en 1 de los pacientes, 1 locorregional y 4 regional, falleciendo 4 de ellos (5,53 % del total). No hubo diferencias significativas en términos de supervivencia específica ni tasa de recidiva entre ambos grupos ( $p > 0,05$ ).

#### CONCLUSIONES

Tanto la cirugía con márgenes como la braquiterapia son dos modalidades de tratamiento válido para los estadios iniciales del carcinoma epidermoide de labio. La biopsia selectiva del ganglio centinela en estadios precoces permite detectar un 15,38 % de metástasis cervicales ocultas. Las recidivas regionales o a distancia constituyen el factor pronóstico más importante.

## ONCOLOGÍA DE CABEZA Y CUELLO

### [0159] VALOR PRONÓSTICO DE LA DENSIDAD DE GANGLIOS LINFÁTICOS EN EL CARCINOMA EPIDERMÓIDE LINGUAL. ESTUDIO LONGITUDINAL RETROSPECTIVO EN EL HOSPITAL GUGM

A. Sada Urmeneta, I. Navarro Cuéllar, R. Lorenzo Marcos, R. Antúnez-Conde, C. Navarro Cuéllar, J.I. Salmerón Escobar  
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

#### BREVE INTRODUCCIÓN

El carcinoma de cavidad oral representa el 3 % de los tumores malignos, siendo la lengua la localización más frecuente (40 % del cancer de cavidad oral). Los factores de riesgo más habituales son el tabaco, el alcohol y la nuez de areca. Suele presentarse en hombres de edad avanzada (> 65 años), con una supervivencia estimada en Europa de 66 % al año y 31 % a los 5 años. La forma de presentación más frecuente del carcinoma epidermoide lingual es la forma ulcerosa. La diseminación principal es por contigüidad, seguida de la diseminación linfática a nivel cervical. La diseminación hematológica se produce en el 7.5 % de los pacientes. El diagnóstico se basa en el estudio anatomopatológico, y en pruebas de imagen para determinar la extensión locorregional y a distancia. El tratamiento de elección es la cirugía, mediante la resección de la lesión y linfadenectomía en función del tamaño y extensión del tumor. La estadificación según la 8ª edición de las guías AJCC puede no predecir de forma totalmente fiable la supervivencia de los pacientes en esta enfermedad, por lo que se han estudiado otros factores que ayuden a estratificar el riesgo de una manera más precisa. Uno de los factores estudiados ha sido la densidad de ganglios linfáticos (DGL), que se trata de la proporción de ganglios afectados en cuanto al total de ganglios extraídos en la linfadenectomía cervical; y ha demostrado ser un predictor válido en la supervivencia de otros tumores sólidos como en el caso del cancer de mama o el cancer de colon. Valores más elevados de DGL, sin estar claro el punto de corte adecuado, se han relacionado con peores resultados en supervivencia global, supervivencia específica de enfermedad y supervivencia libre de enfermedad en el carcinoma escamoso de cavidad oral y en el carcinoma escamosos lingual.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se realiza un estudio longitudinal retrospectivo de una serie de casos con diagnóstico de carcinoma epidermoide lingual intervenidos por el servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital General Universitario Gregorio Marañón en los años 2016-2021. Se recopilan datos agrupados en variables demográficas, clínicas, histológicas y de control evolutivo. Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión preestablecidos, la muestra total de estudio consta de 62 pacientes, todos con diagnóstico de carcinoma epidermoide lingual en los que se había realizado resección de la lesión y linfadenectomía. Los pacientes se estratifican en bajo (< 0,04) y alto riesgo ( $\geq$  0,04) según la DGL. Mediante análisis de distribución de frecuencias se estudia el impacto de la DGL en la supervivencia global (SG), la relación de la DGL con el estadije patológico y con algunos parámetros histológicos de mal pronóstico como afectación de márgenes patológicos, la profundidad de invasión tumoral (DOI) y la infiltración perineural. Los resultados se analizan con el programa SPSS 25.0, fijando un valor de significancia estadística a 2 colas de  $p < 0.05$ .

#### RESULTADOS

La edad media de los pacientes fue de  $60,86 \pm 14,90$  años, con una proporción de 61,29 % de varones. La mayoría de los pacientes eran fumadores (54,8 %) y no presentaban consumo habitual de alcohol. La mayor parte de los carcinomas se localizaban en el borde lateral de la lengua, con cierta predilección por el lado izquierdo, en su mayoría en un estadije clínico inicial (33,9 % I y 43,6 % II). En la mayoría de los pacientes tras la resección se realizó un cierre directo o cicatrización por segunda intención (41,9 %) y una linfadenectomía unilateral (51,6 %). Aproximadamente el 77 % resultaron ser moderadamente diferenciados, con un T patológico mayormente T2-T3. El 32,3 % presentó afectación ganglionar, mayormente N1. El 29 % de los carcinomas fueron clasificados en estadio II y el 30,6 % en estadio III según la 8ª edición de la AJCC. Como tratamiento adyuvante, la mitad de la muestra precisó radioterapia y solamente el 8,1 % quimioterapia. Al final del estudio, un 27,4 % de los pacientes presentaron recidiva locorregional, un 17,74 % a distancia y un 24,4 % de los pacientes fallecieron. Tras el análisis



del estudio de variables por subgrupos en función de la DGL, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las categorías de vaciamiento cervical, T patológico, N patológico, infiltración perineural y estadiaje patológico. No se encontraron diferencias significativas en la supervivencia global ni en la supervivencia libre de enfermedad entre los dos grupos de DLG. Tampoco se encontraron diferencias significativas en cuanto a márgenes patológicos ni profundidad de invasión.

### CONCLUSIONES

En nuestro estudio, no hemos encontrado asociación significativa de la DGL con la supervivencia global, con la supervivencia libre de enfermedad ni con otros factores de riesgo como son la profundidad de invasión tumoral ni los márgenes de resección. Sí hemos hallado asociación significativa con la infiltración perineural y con el estadio patológico. Se necesitan más estudios prospectivos con mayor tamaño muestral para poder establecer el valor pronóstico real y poder establecer el punto de corte de riesgo de la densidad de ganglios linfáticos en el carcinoma epidermoide lingual.

## ONCOLOGÍA DE CABEZA Y CUELLO

### [0166] PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DEL CARCINOMA ESCAMOSO DE CABEZA Y CUELLO. REVISIÓN DE LA LITERATURA

C. Voltas Moreno, M<sup>a</sup> R. Raya, C. España Fuentes, J. A. Fernandez Martínez, J. J. Maldonado Ostios, B. Nadal Cristobal  
Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

#### BREVE INTRODUCCIÓN

El carcinoma epidermoide cutáneo es la segunda neoplasia más frecuente dentro del grupo de cáncer de piel no melanoma (CPNM). La mayoría tienen buen pronóstico, con una supervivencia a los 5 años superior al 90 % tras la cirugía. Sin embargo, existe un subgrupo de CEC que asocia mayor capacidad metastatizante y mayor morbi-mortalidad. La RUV es el factor exógeno más reconocido como implicado en la patogénesis del CPNM. Por ello, la mayoría aparecen en cabeza, cuello, hombros y dorso de las manos. Estos tumores son más malignos que los carcinoma basocelulares y con mayor potencial de crecimiento, invasión y metástasis. El diagnóstico se deberá hacer mediante un examen físico exhaustivo, dermatoscopia y posterior biopsia de la lesión para confirmar el diagnóstico. Para la estadificación utilizaremos pruebas de imagen como ecografía y tomografía computarizada. En general, el TNM es un sistema poco preciso en discriminación pronóstica. Por ello se hicieron algunos cambios en la octava edición de la AJCC (American Joint Committee on Cancer). Factores pronósticos de alto riesgo de metástasis son muchos, entre ellos destacan: el diámetro, la profundidad y la invasión perineural. Además, la extensión a la glándula parótida es un factor pronóstico independiente de riesgo de metástasis.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Presentamos a un paciente de 77 años de edad. Presenta una lesión tumoral en piel preauricular izquierda con centro ulcerado, queratinizante, pétreo y adherida a planos profundos. La biopsia fue positiva para carcinoma escamoso. En el TAC no se visualiza afectación ganglionar. Por ello, se realiza intervención quirúrgica: extirpación con márgenes + parotidectomía superficial. La anatomía patológica nos habla de un tamaño <2cm, grosor 10 mm, G3, sin invasión linfática ni perineural, 0/8 ganglios intraparotídeos. Por ello, recibió posteriormente tratamiento adyuvante con RT, sin precisar vaciamiento cervical. Se realiza una revisión de las guías y artículos actuales para el tratamiento del carcinoma escamoso de piel de cabeza y cuello. De esta manera, se establece un protocolo de actuación en este tipo de pacientes.

#### RESULTADOS

La CIRUGÍA es el tratamiento de primera línea. Una extirpación completa con márgenes libres proporciona un 95 % de curación. Si los márgenes son insuficientes habrá que reoperar o dar tratamiento con radioterapia en caso de que no sea posible. En caso de afectación o cercanía de la lesión a la parótida, se deberá realizar parotidectomía cervical. Si no hay afectación cervical pero sí afectación ganglionar parotídea, se recomienda hacer un vaciamiento cervical supraomohioideo electivo, porque en un alto porcentaje de casos el cuello también estará afecto.

Tratamiento radioterápico:

- Alternativa en bajo riesgo
- Para pacientes inoperables
- Adyuvante si márgenes positivos, imposibilidad de reextirpación...

La quimioterapia puede estar indicada en lesiones localmente avanzadas o tumores inoperables. En cuanto al seguimiento, no hay un protocolo estandarizado para el seguimiento. La mayoría de las recurrencias se desarrollan en los 2 años siguientes a la intervención inicial, por ello, en casos de Cabeza y Cuello, se debe hacer seguimiento:

- Cada 3 meses los 2 primeros años.
- Cada 6 meses los 3 años siguientes
- Anualmente los siguientes años.



## CONCLUSIONES

- El carcinoma escamoso es uno de los cánceres de piel más frecuentes.
- Los casos que afectan cabeza y cuello son más frecuentes y de mayor riesgo.
- Una correcta prevención de los factores de riesgos es la medida más importante para disminuir la incidencia de este tipo de cáncer.
- El tratamiento por excelencia es la cirugía, pudiendo complementarse con radioterapia en aquellos casos de alto riesgo.
- El seguimiento debe ser estrecho los primeros años para detectar recurrencias precoces.

## ONCOLOGÍA DE CABEZA Y CUELLO

### [0178] CORRELACIÓN DE ESTUDIO HISTOLÓGICO MEDIANTE PUNCIÓN-ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA EN TUMORES DE GLÁNDULA PARÓTIDA

C. Mazo Amorós, M. Alonso Juarranz, S. Herrero Álvarez, R. Camacho Leone, Ó. de la Sen, M. de Pedro Marina  
Hospital Clínico San Carlos. Madrid

#### BREVE INTRODUCCIÓN

Los tumores de glándula parótida representan menos del 3 % de los tumores localizados en cabeza y cuello. En el 80 % de los casos son tumoraciones benignas. Aunque varía en función del grupo histológico, los factores de riesgo más importantes para su desarrollo son el tabaco y la radiación previa. En lo referente al diagnóstico, la forma de caracterizar preoperatoriamente estas neoplasias es la combinación de signos y síntomas, técnicas de imagen y una aproximación histológica mediante eco-PAAF. Las decisiones terapéuticas y el pronóstico de los pacientes dependen en gran medida del diagnóstico preoperatorio, ya que el abordaje quirúrgico varía entre tumores benignos y malignos. El objetivo del presente trabajo es analizar la concordancia entre el diagnóstico citológico preoperatorio obtenido mediante eco-PAAF en tumores de parótida y los obtenidos en el estudio histológico de la pieza quirúrgica tras su exéresis.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se ha realizado un estudio de tipo transversal, retrospectivo, observacional y descriptivo de una serie de casos de pacientes con tumores de glándula parótida. Dicho estudio ha sido elaborado con el consentimiento del Comité Ético Intrahospitalario del Hospital Clínico San Carlos. Se incluyen en el estudio 142 pacientes diagnosticados de neoplasia primaria de glándula parótida y operados en el servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Clínico San Carlos entre los años 2011 y 2021.

#### RESULTADOS

La eco-PAAF es una prueba excelente para el diagnóstico de AP y TW, con un alto valor predictivo positivo. En los casos en los que la PAAF informa de tumores benignos distintos de TW o AP o en las muestras no concluyentes no se puede descartar la posibilidad de malignidad. En estas situaciones se deberían realizar más pruebas de imagen o toma de muestras. En caso de eco-PAAF no concluyente, la clínica y los datos obtenidos de la RM deberían primar sobre la citología en la toma de decisiones quirúrgicas. De las eco-PAAF no concluyentes el 28,6 % eran verdaderos carcinomas. El 3,5 % de los casos presentó un abordaje quirúrgico típico de neoplasias benignas padeciendo el paciente un tumor maligno

#### CONCLUSIONES

El diagnóstico preoperatorio con eco-PAAF resulta una prueba excelente para adenoma pleomorfo y tumor de Warthin. Sin embargo, puede ocasionar una inadecuada actitud terapéutica al infradiagnosticar tumores malignos. En caso de eco-PAAF no concluyente, la clínica y los datos obtenidos de la RM deberían primar sobre la citología en la toma de decisiones quirúrgicas.

## ONCOLOGÍA DE CABEZA Y CUELLO

### [0206] PROCESO DE VALIDACIÓN DE LA TÉCNICA DE LA BIOPSIA SELECTIVA DE GANGLIO CENTINELA: NUESTROS RESULTADOS

A. Mª López López, I. Navarro Cuéllar, I. Gómez Fernández, D. Zamudio Rodríguez, C. Agra Pujol, F. Alijo Serrano  
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

#### BREVE INTRODUCCIÓN

El manejo del cuello en el carcinoma epidermoide de la cavidad oral en estadios iniciales (T1N0, T2,N0) continúa siendo controvertido. La biopsia selectiva del ganglio centinela es una opción aceptada. El objetivo de esta comunicación es presentar los resultados obtenidos para poder validarnos en esta técnica.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Revisión retrospectiva desde diciembre de 2019 hasta enero de 2013 de 14 pacientes consecutivos en los que se realizó vaciamiento cervical y biopsia selectiva de ganglio centinela tras la exéresis del tumor en el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Se registraron las siguientes variables: hábitos tóxicos, localización del tumor, TNM clínico y patológico, número de ganglios centinelas en SPECT, localización anatómica del centinela, número de ganglios centinelas localizados en quirófano, estaciones secundarias, anatomía patológica definitiva, seguimiento a largo plazo.

#### RESULTADOS

9 varones y 5 mujeres con una edad media de 63,9 años fueron intervenidos en el HGUGM. 2 pacientes eran fumadores activos y 4 consumidores de alcohol. La localización más frecuente fue el borde lateral de lengua (8), seguida por la cara ventral (4), la comisura (1) y el suelo de la boca (1). El 57 % de los pacientes presentaron un T1N0 clínico, con un DOI de media de 6,1 mm, un 29 % de los pacientes presentaban invasión perineural y WPOI. Un único paciente recibió radioterapia postoperatoria. 33 ganglios centinelas fueron diagnosticados por SPECT tras la administración del radiotrazador (6 pacientes recibieron Lynphoseek y 8 Nanocol). Durante la cirugía, se disecaron un total de 46 ganglios, 37 de ellos centinelas, siendo el resto estaciones secundarias. 3 pacientes tuvieron ganglios centinelas bilaterales. Sólo 2 de los pacientes intervenidos tuvieron ganglios centinelas positivos (uno de ellos de forma bilateral). La tasa de detección del ganglio centinela fue de un 94 %. El cirujano 1 obtuvo una tasa de ganglios centinela positivos del 20 % y el cirujano 2 del 18 %. El número de ganglios centinela por paciente fue de 2,64 y de 2,31 por cuello. El 14 % de los pacientes (2) presentaron un ganglio centinela positivo, uno de ellos de forma bilateral, con hallazgos patológicos de micrometástasis, macrometástasis y otro con células tumorales aisladas. La técnica obtuvo una sensibilidad del 100 % y un valor predictivo negativo del 100 %. No se ha detectado ningún falso negativo. El seguimiento medio de los pacientes ha sido de 576 días. DISCUSION El objetivo principal de este trabajo es determinar si la BSGC es un procedimiento oncológico diagnóstico seguro en nuestras manos para poder evitar sobretratar a los pacientes con estadios precoces de carcinoma de cavidad oral. En la primera conferencia internacional de Ganglio centinela en cavidad oral se obtuvo una tasa de detección del 95 %, con una sensibilidad de la técnica del 90 % y una positividad del 26 %. En el estudio multicéntrico europeo SENT, se obtuvo una sensibilidad del 86 % y un valor predictivo negativo del 95 %. Por tanto, nuestros resultados (sensibilidad 100 %, valor predictivo negativo del 100 % y tasa de detección del 94 % no difieren de los hallados en la literatura científica.

#### CONCLUSIONES

La BSGC es una técnica diagnóstica no terapéutica. Es importante validar la técnica antes de ofrecerle esta opción a nuestros pacientes. Una vez obtenidos unos resultados satisfactorios, nos permite evitar el sobretratamiento de los pacientes, así como detectar patrones aberrantes de drenaje. Son necesarios estudios a largo plazo una vez validada la técnica para corroborar estos resultados.



## ONCOLOGÍA DE CABEZA Y CUELLO

### [0207] PROCESO DE VALIDACIÓN DE LA TÉCNICA DE LA BIOPSIA SELECTIVA DE GANGLIO CENTINELA EN EL CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE CAVIDAD ORAL. ¿ES OBLIGATORIO?, ¿CUÁNDO, CÓMO Y POR QUÉ?

I. Navarro Cuéllar, A.M. López López, I. Gómez Fernández, D. Zamudio Rodríguez, F. Alijo Serrano, C. Agra Pujol  
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

#### BREVE INTRODUCCIÓN

A la hora de tratar los estadios iniciales (T1N0, T2N0) del carcinoma epidermoide de la cavidad oral, existe un amplio consenso en relación con el manejo del tumor primario (exéresis con márgenes). Sin embargo, el manejo del cuello puede ser controvertido. Dos de las opciones terapéuticas aceptadas son el vaciamiento cervical electivo y la biopsia selectiva de ganglio centinela (BSGC). El proceso de validación de la BSGC es aquel por el cual se realiza una disección cervical electiva al paciente en la misma cirugía en la que previamente se detectan y disecan los ganglios centinelas. El objetivo de esta comunicación es explicar el proceso de validación de la técnica llevado a cabo por los servicios de Medicina Nuclear, Cirugía Oral y Maxilofacial y Anatomía Patológica de nuestro centro, así como responder a las preguntas de si es obligatorio realizar la validación, en qué pacientes, cómo realizarla y por qué es conveniente.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se establece el número de profesionales que deben validarse, así como el número mínimo de casos para intentar obtener los resultados de sensibilidad y valor predictivo negativo (VPN) similares a lo que refiere la literatura científica.

Los criterios de inclusión para considerar un paciente candidato a esta técnica son:

- pacientes con estadios clínicos y radiológicos I (T1N0) y II (T2N0) de carcinoma epidermoide de cavidad oral confirmado mediante biopsia.
- estudio de extensión negativo para diseminación tumoral.
- pacientes tratados por el servicio de cirugía oral y maxilofacial.
- pacientes mayores de edad.

Los criterios de exclusión determinados fueron:

- negativa a firmar el consentimiento informado.
- carcinomas que afecten la orofaringe.
- pacientes que hayan sido intervenidos previamente de carcinoma epidermoide intraoral o cirugía cervical.
- pacientes que hayan sido previamente irradiados o tratados de otro tipo de tumores en en la región de cabeza y cuello.
- pacientes a los que no se les pueda realizar alguna de las pruebas necesarias para realizar la BSGC.
- dudosa alergia o alergia confirmada a radiofármacos.
- pacientes descartados por criterio médico.

Con este tipo de criterios, se establece el diagrama de flujo por el que se llega al tamaño muestral, así como el tiempo que se ha tardado en conseguir la validación. Una vez conseguido este tamaño muestral, se solicita autorización al comité de ética e investigación con medicamentos (Ceim) para poder analizar los datos de esos pacientes y comprobar si los valores de sensibilidad y VPN son similares a los descritos en la bibliografía. Se procede a explicar el protocolo establecido y las distintas etapas por las que pasa un paciente desde que es visto en la consulta, la fase de Medicina nuclear, la fase quirúrgica y el sistema de procesamiento de los ganglios centinelas por parte servicio de Anatomía patológica.

#### RESULTADOS

El número de profesionales que se incluyen en este proceso de validación son 2 por parte de cada servicio implicado (6 en total). El número inicial de pacientes candidatos previsto antes de pedir permiso al Ceim para analizar los datos de sensibilidad y VPN con los que poder comparar son 14. Para poder llegar a ese tamaño muestral

(14), se valoraron un total de 22 pacientes candidatos. De los 8 enfermos descartados, 1 fue por tener claustrofobia (le impedía aguantar el tiempo de la gammacámara, SPECT-TC), otro por tener un diagnóstico comitante de síndrome linfoproliferativo (leucemia linfática crónica), otro por ser presentar dos tumores sincrónicos, otro por enfermedad de los 2 cirujanos que se tenían que validar y otros 4 por criterio médico. El número total de cuellos operados fue de 16. A continuación, se explica brevemente el protocolo seguido: Fase de consulta: biopsia positiva para carcinoma epidermoide de cavidad oral. El estudio de cabeza y cuello confirma que no existen adenopatías positivas. El estudio de extensión es negativo. Fase de Medicina Nuclear: se realiza un protocolo de dos días (estudio de medicina nuclear un día y cirugía al día siguiente). Se pincha el radiofármaco (nanocoloides de albúmina o tilmanocept) mediante la técnica de 360° alrededor del tumor. Posteriormente, se realiza el estudio precoz de linfogammagrafía mediante la fase dinámica (se aprecia como migra el radiofármaco a los ganglios centinelas) y la fase estática (proyecciones anterior y lateral). Dos horas después, se realiza el estudio tardío que sólo incluye la fase estática en las diferentes proyecciones, y se procede a realizar el marcaje en piel y la SPECT-TC (permite localizar tridimensionalmente los ganglios). Fase quirúrgica (al día siguiente): se empieza por la exéresis tumoral para evitar el fenómeno “shine through”, se realiza la incisión de cervicotomía, se localizan los ganglios centinelas y posteriormente se termina la disección electiva. En aquellos casos de bilateralidad, para evitar morbilidad al paciente, se completa la disección ipsilateral y se disecan los ganglios centinelas contralaterales. Fase de anatomía patológica: se sigue el protocolo SENT (sentinel node european trial) de análisis histológico del ganglio. Se tallan los ganglios con unas medidas muy determinadas, se tiñen con hematoxilina- eosina y se siguen una serie de pasos que implica el uso de técnicas de inmunohistoquímica. Si en alguno de esos pasos, se aprecian células tumorales (aunque sean células tumorales aisladas), se da como positivo. Tras pedir permiso al Ceim para el análisis de los datos, se comprueba que los valores de sensibilidad (> 85 %) y VPN (> 92 %) permiten validar la técnica y pasar a la fase clínica en la que se disecarán los ganglios centinelas sin realizar el vaciamiento electivo

### CONCLUSIONES

La técnica de validación de BSGC no es obligatorio realizarla, pero si recomendable. Se debe realizar en pacientes muy seleccionados. Se deben conseguir unos valores estadísticos de sensibilidad y VPN similares a los descritos en la literatura, por lo que la técnica debe ser rigurosa en sus 3 fases (medicina nuclear, cirugía y anatomía patológica). El proceso de validación puede ser largo, pero es conveniente realizarlo por la seguridad de los pacientes.

## ONCOLOGÍA DE CABEZA Y CUELLO

### [0210] USO DE NOMOGRAMAS EN EL PRONÓSTICO DEL CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE CAVIDAD ORAL

A. Aliaga Sánchez<sup>1</sup>, P. Sánchez Hernández<sup>2</sup>, A.I. Avellaneda Camarena<sup>1</sup>, A. J. Gómez Poveda<sup>1</sup>, A. Aliaga Rodríguez<sup>3</sup>, E. Aliaga Rodríguez<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Servicio de CMF, Hospital General Universitario de Murcia -Reina Sofía. Murcia, <sup>2</sup>Facultad de Medicina -Universidad de Murcia. Murcia, <sup>3</sup>Servicio de Cirugía General -HCUVA. Murcia, <sup>4</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Cartagena-MFyC. Cartagena

#### BREVE INTRODUCCIÓN

Hasta la fecha el pronóstico del carcinoma epidermoide de cavidad oral -orofaríngea es sustentado por la clasificación TNM. Tras años tratando enfermos oncológicos, consultar literatura sobre este tema y asistir a la charla del Profesor J.P. Shah en el último congreso de EACMFs, decidimos realizar un estudio sobre este tema

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Sistemas de estadiaje. TNM Las siglas de TNM aluden al tamaño del tumor inicial (T), a los nodos linfáticos regionales (N) a los que se disemina inicialmente y a las metástasis (M) en zonas distantes del tumor primario. Esta herramienta es de gran utilidad en oncología y es usada ampliamente a nivel mundial para la estadificación en diversos cánceres a nivel clínico, patológico y en la enfermedad recurrente. (14) En la edición actual, el carcinoma escamoso oral es clasificado en cuatro estadios clínicos, consistiendo el estadio I y II en formas precoces de la enfermedad, mientras que el III y el IV se consideran formas avanzadas de la misma. La clasificación TNM (15) El sistema TNM presenta numerosas ventajas, como su diseño simple, que permite estadificar el tumor en base al examen clínico y radiológico únicamente. Por tanto, es un sistema de fácil manejo y ampliamente aceptado por la comunidad médica. No obstante, presenta una rígida configuración que dificulta la incorporación de nuevos avances al mismo, ya que un sistema TNM demasiado complejo no sería útil en la práctica clínica. Asimismo, su incapacidad para ser dinámico y recalibrado conforme varía la situación del paciente no aporta una predicción individualizada del pronóstico del mismo. (14,16) 3.7.2. Características de un sistema de estadiaje ideal. Debido a las limitaciones del actual sistema de estadiaje TNM, actualmente se pretende desarrollar herramientas que presenten mayor poder predictivo sobre una variable de interés, asegurando la máxima adherencia de los profesionales que lo utilizan. (14) ---- Nomogramas Entre las posibles alternativas de sistemas de estadiaje en el cáncer epidermoide oral, los nomogramas han emergido en los últimos años como una opción que cumple con los requisitos de un sistema de estadiaje idóneo. (14) Los nomogramas consisten en una representación gráfica mediante la cual se pueden hacer cálculos numéricos aproximados rápidamente, ya que constituye una representación simple de una función matemática compuesta por multitud de variables o factores pronósticos. De esta forma, permite calcular de una manera más rápida y menos proclive a error un determinado valor. (17) Esta herramienta, sobre la cual versa este trabajo de fin de grado, ha sido ampliamente desarrollada en otros tipos de tumores, como el cáncer de próstata o los sarcomas, (16,17) mientras que en los tumores epidermoides de cavidad oral la literatura es muy limitada, postulándose como una posible alternativa. (18) La importancia de la incorporación de los nomogramas a la práctica clínica habitual radica en que pueden calcular la probabilidad de que ocurra un determinado evento clínico concreto con mayor precisión, al ser una herramienta dinámica y personalizada, basada en las variables del paciente. (14) Por tanto, va a permitir la mejora de la toma de decisiones sobre el evento clínico que se esté analizando, gracias a la incorporación de factores pronósticos importantes que no tienen cabida en el TNM convencional. (18)

#### RESULTADOS

En la actualidad, el uso de nuevas herramientas de estadiaje en el carcinoma epidermoide de cavidad oral es un tema que genera gran interés en cirugía maxilofacial. (14) La elección de este tema es justificada por el potencial desarrollo en los últimos años de diversos nomogramas en el carcinoma epidermoide de cavidad oral, una patología relevante no solo en la práctica clínica habitual del oncólogo y el cirujano maxilofacial, sino también del médico de atención primaria; presentando un impacto considerable en la salud pública de la población. Los nomogramas



podrían estadificar, de una forma más precisa que otras herramientas de estadiaje usadas actualmente, el evento clínico concreto que se esté analizando, optimizando así la toma de decisiones en el paciente oncológico. (14) Por tanto, es necesaria la formación de los profesionales sanitarios sobre los nomogramas y su uso en el cáncer epidermoide oral, con el objetivo de ofrecer al paciente un manejo integral y multidisciplinar de su patología. (21) De esta forma, se pretende obtener conclusiones sobre estos objetivos:

1. Diferencias pronósticas sobre un evento clínico determinado entre los pacientes con carcinoma epidermoide oral estadificados mediante el uso de nomogramas, frente a los pacientes en los que se han usado otras herramientas pronósticas.
2. Estudio del uso de nomogramas en otros carcinomas de cabeza y cuello en la práctica clínica habitual.
3. Análisis de las ventajas y limitaciones de la aplicación de los nomogramas en oncología como posible sistema de estadiaje ideal.

### CONCLUSIONES

Se diran en la charla.

## ONCOLOGÍA DE CABEZA Y CUELLO

### [0213] CARCINOMA ADENOIDE QUÍSTICO: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL RAMÓN Y CAJAL

S. Sande santos, B. Gines García, F. Almeida Parra, P. De Leyva Moreno, Á. Ranz Colio, J. Acero Sanz  
Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

#### BREVE INTRODUCCIÓN

El carcinoma adenoide quístico (CAQ) es un tumor maligno poco frecuente de las glándulas salivales exocrinas, que corresponde a un 1 % de todas las neoplasias de cabeza y cuello y a un 10 % de todos los cánceres de glándula salival. Debido a la rareza y lenta progresión de esta enfermedad, resulta complicado establecer protocolos consensuados para intervenciones terapéuticas eficaces, tratamientos o pronósticos a largo plazo. La intención de este estudio es mejorar la comprensión acerca del comportamiento y manejo de esta patología, mediante una serie de casos en nuestro centro.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Para ello se realizó un estudio retrospectivo entre los años 2000 y 2021 de un total de 26 casos en nuestro centro (Hospital Ramón y Cajal, Madrid); fueron recogidas variables como edad, sexo, localización inicial del tumor, patrón histológico, tipo de cirugía realizada (resección con o sin vaciamiento ganglionar), márgenes de resección afectos y tipo de tratamiento realizado (cirugía sola vs adyuvancia).

#### RESULTADOS

El sexo femenino fue predominante (69.2 %) y la media de edad de los pacientes de 58.46 años [33.94]. Las principales localizaciones de tumor primario fueron: glándulas salivales menores en el paladar (38.4 %), glándula parótida (23 %), glándula submandibular (19.2 %), glándula sublingual (3.8 %), cavidad oral (7.6 %), fosa nasal (3.8 %) y glándula lacrimal (3.8 %). El estadio más comúnmente encontrado al diagnóstico fue el T4 (46.1 %) seguido del T1 (26.9 %), presentando un único paciente afectación ganglionar en dicho momento (3.8 %); tres pacientes presentaban metástasis en el momento del diagnóstico (11.5 %) y todos los casos se encontraban locorregionalmente avanzados. La estrategia inicial de tratamiento fue quirúrgica en un 96.1 % de los pacientes, recibiendo además un 80.76 % terapia adyuvante. Sólo un único paciente recibió quimioterapia como tratamiento principal. El patrón histológico más común fue el cribiforme/tubular (77 %), seguido del sólido (19.2 %), y un paciente presentó un patrón cilindromatoso. Un 61.5 % de los casos presentaban invasión perineural y/o perivascular. Durante el periodo de observación un 57.6 % de los pacientes que fueron sometidos a tratamientos con intención curativa recurrieron de la siguiente manera: 6 locorregionales (23 %), 5 metástasis a distancia (19.2 %) y 4 recurrencias locales y a distancia (15.3 %). Los principales sitios de metástasis fueron pulmón, hígado y hueso y sólo un paciente murió a causa de progresión tumoral.

#### CONCLUSIONES

El carcinoma adenoide quístico es un tumor infrecuente con un mal pronóstico a largo plazo debido a la alta tasa de recurrencia local y metástasis a distancia. El tratamiento quirúrgico con márgenes de resección negativos sigue siendo el gold standard de tratamiento hasta la fecha, estando en controversia todavía los efectos de la radioterapia adyuvante sobre el pronóstico a largo plazo. Los factores pronósticos más relevantes continúan siendo los márgenes afectos tras la cirugía, el estadio TNM y la afectación perineural. No han podido establecerse todavía ensayos clínicos prospectivos robustos debido a su baja frecuencia y curso larvado. Estudios con periodos de observación más prolongados serían necesarios para un mejor manejo y comprensión de esta patología en un futuro.

## ONCOLOGÍA DE CABEZA Y CUELLO

### [0237] ESTUDIO RETROSPECTIVO SOBRE LA EPIDEMIOLOGÍA, MANEJO Y EVOLUCIÓN DE LOS CARCINOMAS PAROTÍDEOS. NUESTRA EXPERIENCIA DE 15 AÑOS

S. Khayat, I. Navarro Cuéllar, D. Gascón Alonso, F. Alijo Serrano, A. Sada Urmeneta, J.I. Salmerón Escobar  
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

#### BREVE INTRODUCCIÓN

Los carcinomas de glándulas salivales son poco frecuentes, con una incidencia anual de aproximadamente 3 casos por 100.000 habitantes, lo que representa menos del 3 % de todos los tumores malignos de cabeza y cuello. Esta baja incidencia, junto a la gran diversidad de tipos histológicos, implica un reto diagnóstico y terapéutico por parte de los profesionales implicados en el tratamiento de esta enfermedad. Aproximadamente el 70 % de los carcinomas de glándula salival tienen su origen en la parótida. La última clasificación histológica de los tumores malignos de glándula salival fue publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2005 e incluyó 24 entidades diferentes. Desde entonces, se han añadido nuevos subtipos hasta un total de 28. El diagnóstico de esta enfermedad se basa en la obtención de una muestra citológica/histológica mediante una punción aspiración con aguja fina (PAAF) o una biopsia de aguja gruesa (BAG) y la realización de una prueba de imagen, preferiblemente resonancia magnética que permitan calcular las curvas de intensidad-tiempo y obtener el coeficiente de difusión aparente (ADC). En cuanto al tratamiento, la cirugía es generalmente la opción terapéutica principal, basándose en la extirpación tumoral (parotidectomía) +/- linfadenectomía en función de las características clínicas del paciente, histológicas del tumor y de la prueba de imagen diagnóstica. Si en la cirugía primaria es necesario realizar una parotidectomía radical, la reconstrucción del nervio facial debe realizarse en la misma intervención, normalmente mediante la interposición de injertos. El uso de radioterapia adyuvante está indicado cuando existen márgenes positivos, enfermedad de alto grado, estadios avanzados patológicos o metástasis en los ganglios linfáticos. En cuanto al tratamiento antineoplásico sistémico adyuvante, no hay una clara demostración de la eficacia de la quimioterapia de inducción/adyuvante, en otros motivos, por la baja incidencia y por la gran diversidad histológica de estos tumores. Este estudio analiza los cánceres salivales primarios parotídeos, describe los diferentes subtipos de cánceres de parótida y las tendencias actualizadas en el manejo.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

El objetivo principal del estudio es describir la casuística de los tumores malignos de glándula parótida en un centro de tercer nivel, así como su manejo. Se presenta un estudio retrospectivo de una serie de casos de pacientes con diagnóstico primario de carcinoma parotídeo, en el período 2008-2022. El marco de población estudio fueron los habitantes de la dirección asistencial del sureste, atendida por el Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Los criterios de inclusión fueron: intervenidos por el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Los criterios de exclusión establecidos fueron los siguientes: Se excluyen del estudio las recidivas de tumores malignos, pacientes que finalmente no fueron intervenidos quirúrgicamente, las metástasis parotídeas, linfoproliferativos, tumores cutáneos con afectación parotídea. La información de donde se obtuvieron los datos fue a través del sistema interno del hospital (HCIS). Las variables a estudio se categorizaron de la siguiente manera:

- Demográficas: edad, género, hábito tabáquico.
- Clínicas: factores de riesgo cardiovascular, adenopatías palpables en la exploración física, estado prequirúrgico del nervio facial, hallazgos en la paaf, necesidad de realización de una segunda paaf, la prueba de imagen solicitada, así como el tamaño y el lado de la lesión.
- Histológicas: el tipo de tumor parotídeo, los márgenes, la invasión perineural y linfovascular, la extensión extra-parenquimatosa, la focalidad y las adenopatías afectadas.
- Quirúrgicas: el tipo de parotidectomía realizada, realización de vaciamiento cervical y reconstrucción del nervio facial.
- De control evolutivo: estado del nervio facial posterior a la cirugía, necesidad de tratamiento adyuvante, recidivas o metástasis, así como tiempo de seguimiento y supervivencia libre y específica. El análisis estadístico se ha realizado mediante el programa SPSS v25.0 (IBM), estableciendo el límite de significación los valores de p inferiores a 0.05.



## RESULTADOS

Se identifican 43 pacientes intervenidos por carcinomas parotídeos en el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. La edad media es de 64,5 +-17.2. El 52 % son varones y el 48 % mujeres, no fumadores en más del 70 %, y sin otros antecedentes de interés. En 3 casos, el diagnóstico fue incidental, siendo en el resto una lesión en región parotídea de crecimiento progresivo. El diagnóstico inicial se realizó en todos los casos a través de punción aspiración por aguja fina guiada por ecografía y otra prueba de imagen, en la mayoría resonancia magnética. El diagnóstico más frecuente fue el de carcinoma mucoepidermoide, en un 34,8 %. Teniendo en cuenta el diagnóstico anatómopatológico final, la sensibilidad de la PAAF fue del 54 %. El tratamiento realizado fue el de parotidectomía con vaciamiento cervical por afectación ganglionar o presencia de otros factores de riesgo en el 37 % de los casos, siendo el 63 % parotidectomías sin disección cervical. En el 14 % de casos se realizó reconstrucción primaria del nervio facial, siendo el nervio sural la opción más elegida para la neurorrafia primaria. En el 30,2 %, los márgenes de la pieza quirúrgica resultaron afectos. Más del 50 % de los pacientes recibió radioterapia adyuvante y el 7 % con quimioterapia adicional. El 20 % presentó progresión de la enfermedad, en forma de metástasis o recidiva locorregional. El rango de seguimiento fue de 4.8 hasta 129,6 meses. La supervivencia libre de enfermedad media fue de 94 meses meses (IC95 77 – 110), con una supervivencia a los 5 años de más del 70 %.

## CONCLUSIONES

Los tumores de las glándulas salivales constituyen una rara entidad con un diagnóstico complejo debido a su heterogeneidad y a su baja frecuencia, asentándose la mayoría en la glándula parótida. Para el diagnóstico se requiere una PAAF y una prueba de imagen. En nuestra experiencia, el carcinoma mucoepidermoide sigue siendo el carcinoma más frecuente. El tratamiento de elección es la cirugía, con necesidad de tratamiento adyuvante y reconstrucción nerviosa en el mismo acto quirúrgico con radioterapia o quimioterapia en función de los factores de riesgo.



## ONCOLOGÍA DE CABEZA Y CUELLO

### [0257] USO COMBINADO DE LA INMUNOFLUORESCENCIA Y RADIOTRAZADOR EN LA TÉCNICA DE GANGLIO CENTINELA EN EL CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE CAVIDAD ORAL. ¿QUÉ NOS APORTA ESTA INNOVACIÓN?

J. Monserrat Barbudo, R. Arévalo Arévalo, A. Marín Martín, G. Molina Pérez, M. Albalá González, A. Dean Ferrer  
Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

#### BREVE INTRODUCCIÓN

Uno de los factores pronósticos más importantes en la supervivencia de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello es la afectación ganglionar ya que reduce la supervivencia a la mitad. Es por esto que excluir metástasis ocultas que impliquen un tratamiento adyuvante tiene una gran importancia. El tratamiento, que consiste en un vaciamiento ganglionar cervical, no está exento de morbilidad así que en pacientes con un carcinoma epidermoide de la cavidad oral en estadio precoz (T1-T2, N0) la técnica del ganglio centinela podría excluir aquellos casos en los que el vaciamiento cervical sería un sobretratamiento. La técnica de ganglio centinela ha mostrando una alta sensibilidad y un alto valor predictivo negativo con resultados similares, pero con una menor morbilidad. Esta técnica se basa en que el drenaje linfático del tumor se produce por estaciones y no de forma aleatoria. Así los primeros ganglios donde llegarían las células tumorales a través de la linfa son los “ganglios centinela” a partir de los cuales se diseminaría al resto. Por medio de la infiltración peritumoral de un radiotrazador como el Tecnecio-99 somos capaces de identificar dichos ganglios para analizarlos de forma selectiva. En los últimos años se han buscado otras formas para detectar los ganglios centinela ya sea con intención de complementar al radiotrazador o como sustituto en sitios donde no se tienen los medios necesarios para hacer la técnica. Una de estas opciones es la infiltración de verde indocianina peritumoral, un compuesto fluorescente al ser excitado con longitudes de onda cercanas al infrarrojo. Con la iluminación y la cámara adecuadas los tejidos bañados por dicha molécula destacan respecto del resto. En ocasiones, la identificación del ganglio centinela con gammagrafía durante la cirugía puede estar dificultada por la interferencia de señal del tumor de la cavidad oral con el ganglio. Esto ocurre especialmente en tumores del suelo de boca y cuando los ganglios centinela están en el nivel I cervical, debido a la proximidad del ganglio al tumor. Por otra parte en aquellos pacientes donde hay varios ganglios próximos y no todos son centinela, nos va a permitir seleccionar el ganglio centinela de entre todos los que están en ese nivel, próximos unos a otros y por tanto con interferencia de señal de la gamma cámara. El objetivo de este trabajo es aportar nuestra experiencia con el uso combinado de radiotrazador y el verde de indocianina en la técnica del ganglio centinela en el carcinoma epidermoide de la cavidad oral. Además queremos valorar las ventajas e inconvenientes que aporta la técnica del verde indocianina asociada a la técnica convencional con radiotrazador. Queremos además hacer una revisión sistemática del uso combinado de radiotrazador con inmunofluorescencia en la técnica del ganglio centinela en carcinoma epidermoide de la cavidad oral. Según la bibliografía consultada los primeros estudios del uso de verde indocianina para la detección de ganglio centinela en cavidad oral datan de 2012. Desde entonces las publicaciones existentes que valoren el uso conjunto de TC99 preoperatorio y Verde Indocianina intraoperatorio son escasas y con un tamaño muestral bajo. Es por esto que a pesar de que los resultados de dichos estudios sean prometedores es necesaria una revisión más amplia de la técnica.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Realizamos una revisión de los pacientes diagnosticados y tratados en nuestro servicio de carcinoma epidermoide de cavidad oral T1-T2, N0 desde 2018. La muestra consta de 72 pacientes a los que se les ha hecho la técnica de ganglio centinela. Durante los últimos años hemos introducido además la utilización de la inmunofluorescencia asociado y en combinación a la técnica convencional con radiotrazador, con la intención de mejorar y evitar alguna de las dificultades e inconvenientes relacionados con la técnica aislada con radiotrazador. En 6 pacientes se ha utilizado la técnica mixta asociando radiotrazador + inmunofluorescencia en los que se detectaron 20 ganglios centinela Técnica: la mañana previa a la cirugía se infiltra TC99m peritumoral y con una sonda gamma se marcan con dermatográfico en la piel los nódulos captantes. La intervención se realiza con anestesia general. Se infiltra 1 ml de verde indocianina diluido al 10 % en agua destilada alrededor del tumor (cuatro puntos



cardinales) antes de comenzar la cirugía. Se realizan las incisiones habituales sobre las zonas marcadas y localizamos los posibles ganglios centinela. Una vez identificado con gamma cámara el ganglio sospechoso se realiza en el lecho quirúrgico la valoración de la inmunofluorescencia con cámara externa. Se procede a la extracción del ganglio y se vuelve a analizar en la mesa de quirófano tanto con la gamma cámara como con la lámpara de inmunofluorescencia. Posteriormente se comprueba y chequea el lecho cervical para comprobar la ausencia de señal en la gamma cámara y de nuevo también la ausencia de imágenes positivas de inmunofluorescencia. Además hacemos una revisión de la bibliografía. Seleccionamos publicaciones en PUBmed que presenten palabras clave: "oral", "cancer", "Indocyanine green", "sentinel". Encontramos un total de 35 resultados de los cuales excluimos aquellos realizados en animales y carcinomas fuera de cavidad oral quedando un total de 16 publicaciones tres de ellos metanálisis .

## RESULTADOS

La media de edad de los pacientes en los que se uso verde indocianina y radiotrazador fue de 70 años con una edad mínima de 59 y máxima de 87. La muestra se divide en 3 hombres y 3 mujeres. La localización más frecuente fue en lengua con 4 pacientes luego mucosa yugal y encía con un paciente cada uno. Se aislaron 20 ganglios centinela en total de los cuales 16 fueron detectados con fluoresceina y 19 con radiotrazador. Sólo se detectó un ganglio positivo para carcinoma en una paciente de 64 años con diagnostico de carcinoma epidermoide de lengua T2N0 que no sobrepasa línea media y en la que se estudiaron un total de 4 ganglios centinela. Tanto la técnica de radiotrazador como el verde indocianina señalaron el ganglio positivo como centinela. Una vez diagnosticado se realiza vaciamiento supraomohioideo homolateral siendo estudiados 20 ganglios, todos negativos. Durante el seguimiento, que ha sido de 13 meses y 3 semanas de media con un rango de entre 8 y 19 meses ,no ha habido metástasis ganglionares.

## CONCLUSIONES

En nuestra experiencia clínica el uso de este compuesto ha implicado una visualización sencilla de ganglios que hubiesen sido difíciles de encontrar usando exclusivamente la sonda gamma al encontrarse cerca del lecho tumoral, disminuyendo así el tiempo quirúrgico, aumentando la precisión y seguridad evitando exéresis innecesarias de otras adenopatías y mejorando la extracción del ganglio adecuado. La técnica del verde indocianina ha mostrado una sensibilidad similar al radiotrazador en la identificación de los ganglios centinela. Su uso como complemento al procedimiento estándar ayuda a una localización más sencilla de las adenopatías y no aumenta la morbilidad respecto al radiotrazador. Como factor a tener en cuenta es necesario un cuidado especial durante la manipulación del compuesto para evitar contaminación del campo que pueda artefactar el estudio.

## ONCOLOGÍA DE CABEZA Y CUELLO

### [0271] DIFERENCIAS ANATOMOPATOLÓGICAS, EN ESTANCIA HOSPITALARIA Y PRONÓSTICA DEL CARCINOMA EPIDERMÓIDE ORAL SEGÚN LA EDAD DE PRESENTACIÓN

B. Zarauza Santos, B. Burgos Vico, C. García Sierra, C. Muñoz González, S. García Martín, A. Antón Tercero  
Hospital Universitario Río Ortega. Valladolid

#### BREVE INTRODUCCIÓN

El carcinoma epidermoide es el tumor maligno más frecuente de la cavidad oral, suponiendo hasta un 90 % de los mismos. La localización más frecuente es el labio inferior, seguida de la lengua que son los que mayor mortalidad causan. Existen factores de riesgo claramente demostrados relacionados con este tipo de tumor como son el tabaco, el alcohol, betel, infección por virus del papiloma humano. La edad de aparición suele estar entre los 50-60 años, sin embargo, en los últimos años está habiendo un aumento de casos por debajo de estas edades, sobretodo relacionados con el virus del papiloma humano. El objetivo de este trabajo es demostrar que la edad de presentación del carcinoma epidermoide influye en las características anatomopatológicas, en la estancia hospitalaria y en el pronóstico de estos pacientes.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Hemos usado como base de datos los pacientes oncológicos, de todas las edades, tratados entre 2013 - 2023 en el Hospital Universitario Río Ortega de Valladolid. Los datos han sido recogidos en una base de datos creada con el programa informático Microsoft Office Excel, versión 2021. Y el análisis estadístico se está realizando con el programa IBM SPSS Statistics versión 26.0.

#### RESULTADOS

Pese a que de manera general la edad de presentación del carcinoma epidermoide oral se encuentra entre los 50 - 60 años de edad, en los últimos años se está viendo un notable aumento de casos en personas por debajo de estas edades, sobretodo relacionados con el virus del papiloma humano. En estos casos la radioterapia tiene un papel importante en el pronóstico de estos pacientes. En cuanto a la estancia hospitalaria, en personas jóvenes es de menor duración, sobretodo relacionado con el menor número de comorbilidades que presentan de base. Una menor estancia hospitalaria influye en la reducción del tiempo de traqueotomía, de sonda nasogástrica, así como en un menor número de complicaciones postquirúrgicas como la infección de la herida quirúrgica muy favorecida por las comorbilidades de los pacientes, tales como diabetes, tratamiento inmunosupresor, corticoides ...; los pacientes más jóvenes suelen carecer de estas comorbilidades lo que influye en la reducción de complicaciones postquirúrgicas. Así mismo, se ha visto que analíticamente presentan mejores parámetros (sobretodo a nivel de serie blanca y proteínas) que influyen positivamente en la reducción de la estancia hospitalaria.

#### CONCLUSIONES

La hipótesis que nuestro estudio retrospectivo quiere demostrar es que la edad de presentación del carcinoma epidermoide influye en las características anatomopatológicas, en la estancia hospitalaria y en el pronóstico así como en los tratamientos adyuvantes y esperanza de vida posterior de estos pacientes.

## ONCOLOGÍA DE CABEZA Y CUELLO

### [0275] REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS DE LA BIOPSIA SELECTIVA DE GANGLIO CENTINELA EN CARCINOMA ESCAMOSO CUTÁNEO DE CABEZA Y CUELLO: DÓNDE NOS ENCONTRAMOS Y HACIA DÓNDE VAMOS

I. Manzanares Laencina, M. Peña Barreno, I. Peguero García, A. Pascual Camps, I. Hu Yang, MC. Baquero Ruiz de la Hermosa Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia

#### BREVE INTRODUCCIÓN

El cáncer cutáneo no-melanoma es el más frecuente de todos, siendo el escamoso el segundo en frecuencia tras el basocelular. Se estima que un 80 % de las lesiones ocurren en áreas fotoexpuestas de la cabeza y el cuello. La supervivencia de esta patología cuando se trata en su forma localizada es de alrededor del 95 %. Sin embargo, cuando migra a estaciones ganglionares la supervivencia global disminuye hasta el 50-70 %. Es por ello que se han descrito múltiples características relacionadas con el tumor y con el paciente para intentar predecir la mala evolución en este cáncer, clasificándose en de bajo o de alto riesgo. La disección cervical terapéutica es el gold-standard cuando existen adenopatías metastásicas probadas. Sin embargo, el tratamiento electivo del cuello cuando partimos de una N0 es un tema controvertido. El vaciamiento cervical electivo apenas se realiza en este contexto, sin haber demostrado un claro beneficio en términos de supervivencia frente a la observación clínica. Desde hace tiempo, la biopsia selectiva de ganglio centinela (BSGC) se plantea como una alternativa quirúrgica en los carcinomas escamosos cutáneos de alto riesgo de cabeza y cuello sin metástasis ganglionares clínico-radiológica. Esta técnica se emplea frecuentemente en otros cánceres, sobre todo en el cáncer de mama, pero también en otros como el melanoma cutáneo o el carcinoma epidermoide de mucosa oral. Sin embargo, no existe un claro consenso en las guías clínicas acerca de su aplicación en el carcinoma escamoso cutáneo. El objetivo de este trabajo es realizar una revisión sistemática con posterior metaanálisis de la literatura para intentar definir el papel actual de la BSGC en el carcinoma escamoso cutáneo de cabeza y cuello sin metástasis ganglionar clínico-radiológica.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se ha realizado una revisión sistemática acerca del tema. Para la redacción del informe de investigación se ha seguido la estrategia metodológica recomendada por PRISMA para revisiones sistemáticas. Se partió de la sistemática PICOS para expresar la pregunta que pretendíamos responder: Population (P), adultos con carcinoma escamoso cutáneo de cabeza y cuello; Intervention (I), BSGC; Comparison (C), ninguna; Outcomes (O), positividad de la BSGC, proporción de identificación de ganglio centinela, recurrencia regional tras una BSGC negativa; Study design (S), ensayos clínicos, estudios observacionales, estudios de cohortes o casos y controles; tanto retrospectivos como prospectivos. Con todo ello se definieron los criterios de elegibilidad. Se excluyeron de la revisión los estudios que incluyeran: pacientes con otros tumores, tumores con otra localización o sin especificar la misma, pacientes que hubiesen recibido un vaciamiento cervical previo, menos de 20 pacientes. Así mismo, se excluyeron las revisiones y los reportes de casos. No se aplicaron restricciones en cuanto a la fecha de publicación. Se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura disponible en las bases de datos PubMed/MEDLINE, Cochrane Library, SciELO, Web of Science, ScienceDirect y Google Scholar. Para ello, se emplearon los términos MeSH y operadores booleanos de la siguiente manera: ((skin) OR (cutaneous)) AND ((squamous cell) OR (non-melanoma)) AND ((cancer) OR (carcinoma) OR (tumor)) AND ((sentinel node) OR (sentinel lymph node)). La última búsqueda se realizó el 8 de marzo del 2023. La búsqueda y aplicación de criterios de inclusión y exclusión fue realizada por dos revisores de manera independiente. Se realizó una lectura crítica de los trabajos siguiendo la metodología CASPe (Critical Appraisal Skills Programme en Español) y se recogieron los datos y se reflejaron en un archivo de Excel. Las variables reflejadas fueron: autor, año, periodo de estudio, diseño del estudio, tamaño muestral, sexo, edad media, criterios de alto riesgo, radiotrazador, tasa de identificación de ganglio centinela, media de ganglios por BSGC, tasa de positividad de BSGC, enfermedad ganglionar tras BSGC negativa, enfermedad ganglionar global, tiempo de seguimiento. En el caso de la tasa de positividad del ganglio centinela, los datos se combinaron como metaanálisis mediante la herramienta Review Manager 5.4. Se adoptó un modelo de

efectos aleatorios con un intervalo de confianza del 95 % para ver si se observaba heterogeneidad significativa. Finalmente, se analizó la calidad y el riesgo de sesgo de los trabajos incluidos empleando la herramienta NOS (Newcastle-Ottawa Scale).

## RESULTADOS

Se ilustra el diagrama de flujo PRISMA de selección de artículos para la revisión en la Figura 1. Se encontraron un total de 102 potenciales estudios de la búsqueda en las bases de datos. Los títulos y, en segundo término, los abstracts de cada resultado de la búsqueda fueron analizados. Tras un primer análisis, 32 de los estudios fueron potencialmente elegibles para nuestra revisión. Sin embargo, se excluyeron 26. Los motivos, que se relatan en la Figura 1, fueron incluir otros tumores ( $n = 3$ ), incluir carcinomas escamosos de otras localizaciones o no especificar la localización ( $n = 6$ ), tamaño muestral menor de 20 pacientes ( $n = 1$ ), revisiones, comentarios o pósters de congreso ( $n = 14$ ) y estudios no finalizados con resultados no disponibles ( $n = 2$ ). Las variables analizadas de cada estudio se reflejan en la Tabla 1. Se analizaron un total de 419 pacientes (hombres  $n = 338$ ; mujeres  $n = 81$ ), con una edad media de 68.78 años. Todos los pacientes presentaban carcinoma escamoso cutáneo de cabeza y cuello con ganglios clínica y/o radiológicamente negativos. Los criterios de carcinoma escamoso cutáneo de alto riesgo empleados se reflejan en la Tabla 1, excepto en el caso de Pride et al., estudio en el que tan solo se siguió el criterio del cirujano para la realización de la técnica. Respecto a la técnica de la BSGC, los radiotrazadores empleados fueron azul de metileno ( $n = 104$ ), Tc99m-coloide de azufre ( $n = 84$ ), Tc99m-coloide de azufre + azul de metileno ( $n = 111$ ), Tc99m-nanocoloide de albúmina ( $n = 63$ ) y radiocoloide no especificado ( $n = 57$ ). En todos los casos se administraron los trazadores en cuatro puntos alrededor de la lesión o de la extirpación de la misma. La tasa media de identificación de ganglio centinela fue de 95.50 %, teniendo en cuenta que en los trabajos de Pride et al. y Ilmonen et al. esta no se especifica y, por lo tanto, no se han tenido en cuenta para el cálculo. La tasa media de ganglios obtenidos por cada prueba fue de 3.52, nuevamente sin poder contar con los de Pride et al, por falta de información al respecto. La tasa media de positividad del ganglio centinela fue del 9.05 %. Una vez combinadas las tasas individuales de cada estudio como metaanálisis, se objetiva que la prevalencia real de la positividad del ganglio centinela es de 9.05 % (IC 95 %, 6.90 % - 11.20 %). El seguimiento medio medio de los pacientes fue de 29.97 meses. Durante el seguimiento, un 6.20 % de los pacientes que obtuvieron un resultado de la BSGC desarrollaron recaídas ganglionares de la enfermedad. En la Tabla 2 se exponen los resultados del análisis de la calidad y el riesgo de sesgo de los estudios incluidos en este trabajo según la herramienta NOS.

## CONCLUSIONES

La técnica de la biopsia selectiva del ganglio centinela obtiene buenos resultados a la hora de detectar los ganglios en el carcinoma escamoso cutáneo de cabeza y cuello. Existe mucha heterogeneidad en cuanto a los criterios de carcinoma escamoso cutáneo de alto riesgo. Esto podría causar diferencias en los resultados de la técnica en esta patología. Son necesarios más estudios prospectivos aleatorizados para definir con mayor precisión los factores predictores de metástasis ganglionar para poder seleccionar mejor los pacientes que podrían beneficiarse de la biopsia selectiva de ganglio centinela.

## ONCOLOGÍA DE CABEZA Y CUELLO

### [0286] CARCINOMA EPIDERMOIDE OROFARINGEO EN MENORES DE 35 AÑOS: ¿GENÉTICA O AMBIENTE?

S. García Martín<sup>1</sup>, M. Morante Silva<sup>2</sup>, B. Zarauza Santos<sup>1</sup>, A. Antón Tercero<sup>1</sup>, R. Fernandes<sup>2</sup>, L. M. Redondo González<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid. Valladolid, <sup>2</sup>UF Health, Jacksonville. Florida

#### BREVE INTRODUCCIÓN

El carcinoma de cavidad oral representa el 3 % del cáncer a nivel mundial, siendo el octavo más frecuente en hombres y el decimocuarto en mujeres. La incidencia en España es del 2 % con una tasa de mortalidad algo superior al 1 %; frente a la tasa de mortalidad mundial de 8.3 %. La principal variante anatomopatológica es el carcinoma epidermoide, que abarca el 90 % de los casos. Durante la última década se ha observado un aumento de la incidencia del carcinoma epidermoide lingual en pacientes menores de 35 años, tanto en EE UU como en España. Clásicamente los factores de riesgo para el desarrollo de carcinoma epidermoide oral son el tabaco y el alcohol. La mayoría de pacientes se encuentra entre la quinta y la sexta década de la vida dado que los carcinógenos ambientales necesitan un largo periodo de acción (mayor exposición al carcinógeno provoca mayor riesgo). Contrariamente, en los pacientes jóvenes la mayoría de los casos no presentaban estos factores de riesgo y el tiempo de evolución es muy corto para pensar en una exposición prolongada a carcinógenos ambientales. Es, precisamente en estos casos, donde debemos valorar con mayor peso el resto de factores de la carcinogénesis: genética, estrés, infecciones víricas e historia de cáncer familiar.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Presentamos tres casos (2022-2023), de tres pacientes mujeres, menores de 35 años; todas ellas con carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado infiltrante lingual. En dos de los casos presentados carecían de exposición a los factores de riesgo clásicos como son el alcohol y el tabaco. El caso restante si presentaba un consumo abusivo de alcohol durante dos años, aunque hacia años que había detenido esta práctica. En ninguno de los tres casos se encontraron antecedentes de Cáncer Familiar ni se identificó ninguna enfermedad congénita predisponente al desarrollo de cáncer orofaríngeo. En los tres casos la confirmación del diagnóstico se llevo a cabo mediante biopsia incisional. En los tres casos el tratamiento fue quirúrgico; dos de los casos requirieron cierre del defecto mediante colgajo libre microvascularizado (uno de los casos mediante un colgajo de perforante de arteria femoral profunda y el otro mediante colgajo antebraquial), el caso restante permitió cierre directo del defecto. Se realizó vaciamiento ganglional funcional supraomohiideo en todos los casos, en uno de ellos además bilateral pues la lesión cruzaba línea media. Dos de las tres pacientes requirieron tratamiento complementario con radioterapia. Las pacientes se encuentran en el momento actual en seguimiento en consultas externas libres de enfermedad.

#### RESULTADOS

La incidencia global del carcinoma escamoso de cabeza y cuello entre los pacientes jóvenes es desconocida, debido a la no estratificación de los datos según la edad. El carcinoma epidermoide se comporta de manera distinta según la franja de edad, tanto es así que existe un cambio en el sexo más prevalente según la edad de incidencia del cáncer. Algunos estudios han analizado la incidencia en el sexo en función del subgrupo de edad observando que en mayores de 35 años el 70 % de los casos son varones; sin embargo en menores de 35 años el porcentaje de varones baja hasta el 50-65 %. Existe una tendencia a pensar que el pronóstico del cáncer oral en pacientes menores de 35 años es peor; lo que genera controversia entre algunos autores. Éstos defienden mejores supervivencias a los 5 años en pacientes menores de 35 años en comparación a los más añosos (83 % y 63 % respectivamente) Frente a esta postura, otros estudios demuestran mayor número de recidivas entre los pacientes jóvenes y un mayor número de muertes causadas por el tumor inicial. La etiología del carcinoma escamoso oral es multifactorial. La mayoría de pacientes jóvenes que presentan carcinoma epidermoide oral no tienen una exposición significativa ni a tabaco ni a alcohol. Se postula sobre la existencia de una sensibilidad intrínseca a los factores ambientales en pacientes jóvenes; aunque no existe consenso. Por eso, como mencionábamos





anteriormente, toman mayor importancia la genética, el estrés, las infecciones víricas y los antecedentes de historia de cáncer familiar. Respecto a las infecciones víricas; los tumores VPH negativos se asocian a mutaciones en los genes TP53 y CDKN2A causadas por la exposición al tabaco. Los tumores VPH positivos tienen mutaciones en la expresión de las oncoproteínas E6 y E7 causadas por la interacción del virus en su genoma; lo que lleva a la degradación de p53 y una inactivación de la proteína Rb. Esto se traduce en una alteración del balance inmunitario hacia la inmunosupresión tumoral favoreciendo que el tumor escape a los mecanismos de vigilancia tumoral del sistema inmune. Los inmunomoduladores contra el receptor PD1 o contra su ligando PD-L1 (nivolumab, pembrolizumab, durvalumab y atezolizumab) han mostrado eficacia significativa en tumores celulares escamosos orales VPH+. La asociación de estos inmunomoduladores con quimioterapia o radioterapia mejora la respuesta tumoral en pacientes con estadios avanzados o con tumores muy agresivos. En un estudio descriptivo con revisión bibliográfica realizado en 2020 se observó que la mayoría de pacientes de edad joven carecían de los factores de riesgo clásico como son tabaco y alcohol. Además, en muchos de los casos tampoco se identificaban factores de riesgo ya descritos para el desarrollo de cáncer orofaríngeo como son: historia de Cáncer Familiar; Síndrome de Gilbert; Enfermedad de Kawasaki, Enfermedad celíaca, historia de úlceras recurrentes orales y antecedentes de úlceras traumáticas. La mayoría de pacientes jóvenes carecen de una condición predisponente al cáncer oral; exceptuando aquellos con inmunosupresión, anemia de Fanconi (AR, inestabilidad cromosómica e inmunodeficiencia), Xeroderma pigmentosum (AR) o el síndrome KID (queratitis, ictiocitosis y sordera, AD). Otro factor de riesgo identificado en este estudio es el trasplante de médula ósea, que aumenta el riesgo del desarrollo de tumores sólidos debido a la radiación ablativa previa al trasplante. También se han descrito pacientes con mutaciones en genes supresores de tumores incluyendo el gen retinoblastoma (Rb) y TP53. Por último, la dermatomiositis, condición rara en niños, pero que se asocia al desarrollo de carcinomas nasofaríngeos.

### CONCLUSIONES

Existen estudios que indican que la prevalencia del cáncer de cabeza y cuello está aumentando en pacientes jóvenes; comportándose de forma diferente entre unos grupos de edad y otros. Los factores epidemiológicos, genéticos, etiológicos y clinicopatológicos de los pacientes jóvenes con cáncer de cabeza y cuello sugieren una divergencia biológica frente a lo que ocurre en dichos cánceres en pacientes de mayor edad. Un abordaje multidisciplinar, que incluya el estudio genético; para valorar si el paciente se beneficiará más de una terapia adyuvante de inmunoterapia o quimioterapia o radioterapia; es necesario para conseguir una mayor supervivencia y los resultados óptimos en la cirugía.



## **PATOLOGÍA DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR**

### **[0009] UTILIZACIÓN DE GUÍAS DE CORTE CUSTOMIZADAS EN LA COLOCACIÓN DE PRÓTESIS DE STOCK PARA LA RECONSTRUCCIÓN DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR**

M. de las Fuentes Monreal, C. Lana Esteban, R. Labrador Carrillo, J.M. Suárez Pavón, R. Sánchez Moreno, M.F. Muñoz-Guerra  
Hospital Universitario de La Princesa. Madrid

#### **BREVE INTRODUCCIÓN**

Existen dos tipos de prótesis para el reemplazo de la articulación temporomandibular (ATM). En primer lugar, contamos con las prótesis de stock que, pese a no ser específicas o individualizadas para cada paciente, reúnen una serie de características generales que habitualmente permite su correcto funcionamiento. Por otro lado, las prótesis customizadas, gracias a su diseño CAD/CAM se adaptan perfectamente a la rama y a la fosa de cada paciente de forma individualizada con un diseño que se adapta específicamente a la biomecánica articular. No obstante, la elección de este tipo de prótesis no es siempre posible debido principalmente a su alto coste económico.

#### **MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO**

El objetivo de este trabajo es presentar la planificación virtual, la técnica quirúrgica y los resultados de varios casos de reconstrucción aloplástica de la ATM mediante prótesis de stock colocadas con guías de corte customizadas gracias a la planificación quirúrgica con tecnología CAD/CAM.

#### **RESULTADOS**

Los pacientes de la serie muestran una buena evolución en términos de apertura oral, de estabilidad oclusal y del control del dolor, con un coste económico menor que el de la colocación de prótesis customizadas.

#### **CONCLUSIONES**

La reconstrucción de ATM con prótesis de stock apoyada por planificación virtual 3D y guías de corte CAD/CAM simplifica la cirugía y aumenta la precisión en la colocación de la prótesis, con unos resultados similares a los obtenidos con prótesis customizadas.

## PATOLOGÍA DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR

### [0022] RESULTADOS DE LA DISCECTOMÍA CON INTERPOSICIÓN DE GRASA ANTÓLOGA EN PACIENTES CON FRACASO PREVIO DE ARTROSCOPIA QUIRÚRGICA DE LA ATM

J. Fernández Sanromán, M. Fernández Ferro, A. Costas López, P. López Fernández, V. Fernández González, A. López Betancourt  
Hospital Ribera Povisa. Vigo

#### BREVE INTRODUCCIÓN

El tratamiento de los trastornos temporomandibulares (desplazamiento anterior del disco) es habitualmente conservador. Cuando estos no consiguen mejorar la dinámica y disminuir el dolor articular en nuestro hospital se realiza como técnica quirúrgica de elección la artroscopia con doble puerto con capsulotomía anterior, reposición del disco, población posterior e infiltración de PGRF en el compartimento superior o en ambos. Si bien la mayoría de los pacientes evolucionan favorablemente tras este procedimiento hay algunos en los que persiste la disfunción articular severa. En estos pacientes habitualmente indicamos la artrotomía con reposición del disco (siempre que sea posible) o bien la discectomía con interposición de grasa abdominal. Realizamos una revisión retrospectiva de los casos intervenidos en nuestro servicio.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Revisión retrospectiva de la base de datos del servicio de todos los casos de trastornos internos articulares avanzados: estadios IV y V de Wilkes (diagnosticados por RMN) intervenidos quirúrgicamente desde el 2000 hasta el 2022 mediante artroscopia quirúrgica (bajo anestesia general en régimen ambulatorio, realizándose la técnica de doble puerto con capsulotomía anterior mediante radiofrecuencia, reposición posterior del disco, población del ligamento posterior y de las áreas de sinovitis, liberación de adherencias e infiltración con PGRF en ambos compartimentos articulares al finalizar el procedimiento. Se analizan las variables demográficas de la población, así como el dolor articular (EVA) y la apertura oral (mm). Se analizaron un total de 735 artroscopias con un seguimiento mínimo de 12 meses.

#### RESULTADOS

La edad media fue de 45,51 años. El 95 % fueron mujeres. De las 735 artroscopias realizadas, 49 pacientes evolucionaron clínicamente mal (6,66 % fracaso) y requirieron una nueva cirugía: artrotomía: en 16 se realizó recolocación del disco mediante anclas de Mitek y en 33 discectomía con interposición de grasa abdominal. El tiempo medio transcurrido entra la artroscopia quirúrgica y la cirugía abierta fue de 24,6 meses. Las principales causas de la nueva cirugía fueron la persistencia de dolor intenso (26 pacientes), la limitación de apertura oral o el bloqueo crónico (7 casos). El seguimiento de estos pacientes intervenidos mediante discectomía fue de 12-72 meses. En 18 pacientes (54,55 %) se obtuvo un resultado aceptable sin ningún otro tratamiento quirúrgico con EVA media de 3,2, apertura oral media de 33,2 mms. En 3 pacientes fue necesario realizar en algún momento del postoperatorio infiltración local con esteroides o PGRF, sin ninguna otra cirugía. Todos los pacientes de la muestra estudiada seguían con algún tipo de disfunción moderada tras la cirugía: ruidos o crepitación, laterodesviación en máxima apertura oral, disminución en movimientos de traslación y protrusivos y signos radiológicos de remodelación / cambios degenerativos articulares. Por el contrario en el resto de pacientes (12; 36,36 %) persistió el dolor articular no manejable médicamente (10 pacientes) o la limitación severa en la apertura oral (2) y fueron tratados mediante condilectomía y reconstrucción inmediata con injerto condrocotal (2 casos) o con prótesis total (10 pacientes).

#### CONCLUSIONES

Los pacientes con trastornos internos avanzados pueden tratarse mediante artroscopia quirúrgica con buenos resultados clínicos en la mayoría de los casos, en nuestra serie de pacientes tan sólo el 6,6 % requirió realizar cirugía abierta posterior. Cuando ésta está indicada, la discectomía suele ser la técnica quirúrgica de elección, ya que en la mayoría de los estadios avanzados no es factible la recolocación del disco articular. Debe prestarse atención a que la discectomía sea completa no dejando partes del disco en las zonas más interna y anterior de la articulación. La interposición de grasa, si bien no es imprescindible y parece que no mejora el resultado de la técnica en el medio plazo, sí que parece que permite una recuperación más rápida y menos dolorosa de los pacientes tras la cirugía. Cuando la discectomía fracasa la única alternativa válida es el recambio articular completo mediante prótesis.

## PATOLOGÍA DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR

### [0073] EL PAPEL DE LA DISCECTOMÍA EN LA ENFERMEDAD AVANZADA DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR: NUESTRA EXPERIENCIA EN LOS ÚLTIMOS 6 AÑOS

P. Martínez Artal, A. Cuevas Queipo De Llano, F. Monje Gil, L. Villanueva Alcojol, S. Contreras Perez, E. Larios Barandiaran  
Hospital Universitario de Badajoz. Badajoz

#### BREVE INTRODUCCIÓN

El tratamiento quirúrgico del síndrome de disfunción temporomandibular es uno de los temas más controvertidos en el campo de la cirugía maxilofacial. A pesar de la buena respuesta al tratamiento conservador y a la cirugía mínimamente invasiva, existe una minoría de pacientes que no responden a estos tratamientos y, por ende, van a evolucionar hacia una enfermedad degenerativa avanzada. En estos casos, juega un papel principal la cirugía abierta que incluye técnicas como la discopexia, la discectomía o el recambio articular mediante prótesis aloplástica. En la literatura revisada, se contempla que la indicación de cirugía abierta de los trastornos internos de la articulación temporomandibular (ATM) debería reservarse para casos con dolor o disfunción severa, incapacitante y refractaria al tratamiento conservador y/o a la cirugía mínimamente invasiva. De acuerdo con Dimitroulis, existen tres principales controversias en relación con la cirugía abierta de la articulación: el papel del reposicionamiento discal, la necesidad de sustitución discal tras la discectomía y, por último, la utilidad de la prótesis aloplástica de ATM para los estadios avanzados de disfunción temporomandibular. La discectomía debe indicarse en casos en los que el disco se considera insalvable debido a deformación, perforación, calcificación y/o desplazamiento severo. El objetivo de la intervención consiste en recuperar la movilidad articular mediante la retirada del obstáculo físico que supone el mal posicionamiento discal. Como consecuencia, el roce de ambas superficies óseas puede interferir en la difusión de los nutrientes derivados del líquido sinovial. Todo ello, va a desencadenar la reabsorción del cartílago y los cambios adaptativos como el remodelado condilar. El objetivo del estudio consiste en realizar un análisis de los pacientes con trastorno interno avanzado que han finalizado en cirugía abierta de la articulación temporomandibular mediante los hallazgos clínicos, radiológicos y artroscópicos, en búsqueda de establecer un algoritmo de tratamiento quirúrgico para el síndrome de disfunción temporomandibular.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se trata de un análisis retrospectivo que incluye a 18 pacientes en estadios avanzados de disfunción temporomandibular, que han sido intervenidos de cirugía abierta de la articulación entre los años 2015 y 2021. Todos los pacientes han recibido tratamiento conservador y cirugía mínimamente invasiva (artroscopia) previamente, sin mejoría. Para valorar la evolución clínica de los pacientes se han tomado como criterios la máxima apertura oral y el dolor medido mediante la escala visual analógica (EVA) comparados pre- y postoperatoriamente.

#### RESULTADOS

Se han analizado 18 pacientes intervenidos de discectomía, 17 mujeres y 1 hombre, con edades comprendidas entre los 25 y los 54 años. La mayoría de los pacientes presentaban desplazamiento discal sin reducción en la resonancia magnética. En el seguimiento, los pacientes han presentado disminución del dolor mediante el VAS e incremento de la apertura oral, logrando una mejoría sustancial de su calidad de vida en el seguimiento a 6 meses. Sin embargo, un paciente mantuvo mal control del dolor y empeoramiento clínico a pesar de la intervención, por lo que ha precisado cirugía de reemplazo articular con prótesis aloplástica customizada.

#### CONCLUSIONES

La enfermedad avanzada en el síndrome de disfunción temporomandibular en ocasiones no responde al tratamiento conservador y cirugía mínimamente invasiva. Consecuentemente, la cirugía abierta se convierte en el siguiente escalón terapéutico ante estos casos, ya que se ha comprobado que la discectomía proporciona una disminución del dolor y mejoría funcional de los pacientes hasta en un 60 %. Estos datos sugieren que, ante el hallazgo artroscópico y/o radiológico de enfermedad degenerativa articular, se debería plantear como primera opción la discectomía con o sin sustitución discal.

## PATOLOGÍA DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR

### [0080] RECONSTRUCCIÓN MANDIBULAR MEDIANTE INJERTO COSTOCONDAL (TÉCNICA DE GREEN-STICK). SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO

M.E. Larios Barandiarán<sup>1</sup>, J. M<sup>a</sup> López Arcas<sup>2</sup>, F. Monje Gil<sup>1</sup>, S. Contreras Pérez<sup>1</sup>, P. Martínez Artal<sup>1</sup>, H. A. Amado Duarte<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario de Badajoz. Badajoz, <sup>2</sup>Clínica Centro Madrid. Madrid

#### BREVE INTRODUCCIÓN

A pesar de los considerables avances tecnológicos que ha experimentado la especialidad de Cirugía Oral y Maxilofacial en las últimas décadas, la reconstrucción de la ATM sigue suscitando numerosas controversias, y persiste como un reto importante para los cirujanos. Entre los planteamientos terapéuticos que se han propuesto para los defectos anatómicos de esta articulación se sitúan la abstención reconstructiva, los injertos autólogos y las prótesis articulares. Las causas de daño condilar pueden ser debido a defectos del desarrollo, displasia congénita, anquilosis temporo-mandibular, neoplasias, artritis, entre otras. La reconstrucción completa de ATM mediante injertos autólogos sigue siendo la técnica de elección en muchos casos. Su compatibilidad biológica es la principal ventaja que clásicamente se atribuye para defender su utilización como técnica reconstructiva. En la reconstrucción de ATM se han utilizado varios tipos de injertos autólogos: costochondral, esternoclavicular, peroneo, cresta iliaca, calota craneal o metatarsiano. Sin duda, el más utilizado tradicionalmente por los cirujanos maxilofaciales ha sido el injerto costochondral. Inicialmente descrito por Gillies en 1920, la utilización del componente cartilaginoso asociado al hueso costal en artroplastia temporomandibular fue popularizada por Longacre y Gilby en la década de los 50. Las ventajas descritas por Macintosh son su compatibilidad biológica, sencillez de trabajo, accesibilidad, adaptabilidad funcional, versatilidad, y mínima morbilidad adicional para el paciente. El potencial de crecimiento del injerto costochondral, debido a la incorporación células germinales, determina su aplicación ideal en reconstrucción de ATM en niños. Con respecto a otros injertos autólogos, otras ventajas del injerto costochondral residen en una baja incidencia de complicaciones y de morbilidad en la región torácica, su adaptabilidad al lecho mandibular, y especialmente la incorporación de una porción de tejido cartilaginoso que favorece esta adaptación morfológica y funcional y reduce el riesgo de desarrollar anquilosis posteriormente. Los objetivos de la reconstrucción de la ATM son la restauración de la morfología de la rama mandibular de forma tridimensional y de su funcionalidad, disminución de síntomas y limitaciones del paciente y prevención de la progresión de la enfermedad. En 1989, Mosby y Hiatt describieron una técnica para la colocación del injerto, reduciendo el espacio entre el mismo y la rama mandibular. En 1998, Monje y Martín-Granizo desarrollaron una variación de esta misma técnica realizando una adaptación anatómica del injerto aún más precisa, gracias a la técnica de “green-stick fracture”.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

El objetivo del trabajo es la evaluación del injerto costochondral realizado siguiendo la técnica de “green-stick fracture” a largo plazo -15-20 años-, valorando la funcionalidad de la articulación, la necesidad de reintervenciones posteriores, el seguimiento radiológico y la estética final en un conjunto de 8 pacientes. Todos ellos fueron realizados usando la técnica descrita por Mosby y Hiatt y posteriormente modificada por Monje y Martín Granizo.

#### RESULTADOS

Para ello se ha recogido la información de los informes de Urgencias y Hospitalización, informes quirúrgicos, pruebas de imagen, fotografías a lo largo de los años, realizando una última evaluación con Tomografía Computerizada con reconstrucción en 3D procesada con sistema informático de Servicio de Radiología de Clínica Centro de Madrid. Este grupo de pacientes consta de 4 hombres y 4 mujeres. La patología de la ATM fue variada, incluyendo los siguientes diagnósticos: hipoplasia condilar, anquilosis ósea articular, etiología tumoral y deformidad adquirida.

#### CONCLUSIONES

Por las características anatómicas y biológicas similar al cóndilo mandibular, el injerto costochondral se ha conver-



tido en el tejido autólogo más versátil para reconstruir la ATM. Este injerto consiste en un material autólogo formado por superficie cartilaginosa que puede parecerse a la del cóndilo mandibular y la capacidad de adaptación y remodelación, además de excelente funcionalidad. La técnica de “green stick fracture” es una técnica descrita para mejora en la colocación del injerto mediante la curvatura de la costilla, otorgando cierta flexibilidad, lo que permite un mantenimiento de la concavidad de la rama mandibular. Esto proporciona una gran área de contacto entre el injerto y la mandíbula, por lo que se agiliza el proceso de osificación. La posterior fijación del injerto mediante miniplacas de titanio aportan rigidez y estabilidad y permite una rápida post-movilización operatoria y fisioterapia.

## PATOLOGÍA DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR

### [0123] PRÓTESIS BILATERAL DE ATM EN PACIENTE CON ANQUILOSIS POST-TRAUMÁTICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Báguena Pérez-Crespo, P. Mazón Sánchez, E. Teruel Hernández, V. Villanueva San Vicente, J. Moreno Molino, M.A. Rodríguez González Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

#### BREVE INTRODUCCIÓN

La anquilosis de la articulación temporomandibular (ATM) es una condición debilitante e incapacitante como resultado de la fusión craneomandibular, que puede resultar en trismus, dolor y una mala calidad de vida. La anquilosis post traumática de la ATM se refiere a la fusión ósea o fibrosa inducida por un trauma entre el cóndilo y la fosa de la articulación. Esta condición puede conducir a una incapacidad crónica, persistente y progresiva para abrir la boca, deformidad facial y síndrome de apnea-hipopnea obstructiva del sueño. El manejo actual incluye artroplastia de interposición, artroplastia de brecha y reconstrucción. Esa reconstrucción puede realizarse con prótesis prefabricadas o bien mediante el diseño, planificación 3D y fabricación de una prótesis customizada. La reconstrucción de la articulación temporomandibular es un procedimiento muy desafiante para un cirujano debido al papel integral de la ATM en el establecimiento y mantenimiento de la forma y función adecuadas dentro del sistema estomatognático.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente varón de 33 años con secuelas graves tras fractura facial compleja en 2010 que consulta en el servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial por imposibilidad gradual para la apertura oral. A la exploración presenta gran cicatriz en hemicara derecha y dificultad para la apertura oral (1 cm aproximadamente), especialmente dependiente de la ATM derecha, lo que imposibilita la masticación y la higiene oral. No mejoría a pesar de tratamiento rehabilitador. En TAC de 2010 presentaba una fractura trimalar compleja y conminuta derecha, con extensión a la sutura cigomaticoesfenoidea, y con desplazamiento inferior y rotacional de la prominencia malar. Además, fractura-luxación temporomandibular derecha y otras fracturas faciales derechas. Se solicita nuevo TAC facial para valorar el estado actual y las alternativas terapéuticas. En prueba de imagen se observan ambos cóndilos aplastados con signos de degeneración cartilaginosa e indicios de anquilosis ósea. Se decide programar la intervención para la colocación de prótesis de ATM de forma bilateral por anquilosis, previa planificación quirúrgica con guías de corte y prótesis customizadas. Durante la cirugía se accede a la articulación temporomandibular derecha donde se observa el cóndilo derecho anquilosado en fosa y luxado hacia lateral. Se reconstruye la ATM derecha mediante la colocación de prótesis total customizada aloplástica con sus dos componentes: componente temporal (fosa/eminencia) y el componente mandibular (rama/cóndilo) que son fijados y estabilizados a arco cigomático y cara lateral de la rama mandibular derecha con tornillos bicorticales previamente marcados con las guías de posicionamiento. Se repite el mismo procedimiento en el lado izquierdo, y se identifica la articulación temporomandibular izquierda con escasa movilidad, pero sin evidencia de anquilosis completa. Se coloca del mismo modo una prótesis customizada en el lado izquierdo. Tras la colocación de ambas prótesis se observa la adecuada movilidad articular y gran mejoría de la apertura oral en el post-operatorio inmediato así como en las siguientes revisiones.

#### RESULTADOS

Discusión: La articulación temporomandibular juega un papel fundamental como centro de crecimiento secundario para el crecimiento de la mandíbula y está involucrada en las funciones de masticación, habla y deglución a lo largo de la vida. Se han descrito diversos factores que pueden dar lugar a la aparición de anquilosis en la articulación temporomandibular. Entre ellos, destacan los traumatismos, artritis, infecciones, cirugía previa de ATM, deformidades congénitas, factores idiopáticos y causas iatrogénicas. Los traumatismos son la causa más frecuente de anquilosis seguida de las infecciones. La aparición de anquilosis temporomandibular durante la etapa de crecimiento puede dar lugar al desarrollo de deformidades dentofaciales. Cuando la afección se presenta en edad adulta en los casos unilaterales, clínicamente se observa limitación de forma progresiva de la apertura bucal,



con ausencia del recorrido del cóndilo; desviación del mentón hacia el lado de la anquilosis con la correspondiente asimetría mandibular, y en los casos bilaterales una limitación progresiva de la apertura bucal sin desviación. Sin embargo, cuando aparece durante la etapa de crecimiento, cuanto más temprana sea la edad de presentación del trastorno y más se retrase la instauración del tratamiento, mayor podrá ser el grado de deformidad facial. En el caso de ser unilateral se produce limitación de la apertura oral y una asimetría facial consecuenta a una hipoplasia mandibular del lado afecto; el mentón está retruido y desviado hacia el lado afecto; el ángulo goníaco ipsolateral está más alto; oclusalmente se produce una inclinación de los incisivos inferiores hacia el lado sano, mordida cruzada en el lado afecto e inclinación del plano oclusal. En el caso de una anquilosis bilateral, disminuye la altura facial posterior, aparece retrognatia y limitación de la apertura oral, con cierto grado de acortamiento e hipertrofia de los músculos maseteros, pterigoideos, temporales y suprahioideos, debido a contracciones isométricas. Para realizar un correcto diagnóstico de anquilosis de ATM es fundamental el estudio integral del complejo articular, incluyendo valoración de los tejidos orofaciales, la función muscular y neurológica, el estudio de la oclusión, los movimientos mandibulares y la identificación de los posibles hábitos parafuncionales. Seguido de pruebas de imagen, tales como radiografías simples, ortopantomografías, tomografías computarizadas (TC), resonancias magnéticas y reconstrucción tridimensional. Se han propuesto diversos sistemas de clasificación de la anquilosis, entre ellos el propuesto por Sawhney y otros:

En función de la localización se puede clasificar:

- Intracapsular: La patología involucra estructuras intracapsulares.
- Extracapsular: La patología involucra estructuras extracapsulares, pudiendo involucrar además estructuras intracapsulares.

En función del tipo de tejido involucrado:

- Ósea: Afectación de tejidos óseos articulares.
- Fibrosa: Afectación de tejidos fibrosos articulares.
- Fibroósea: Combinación entre afectación de tejidos óseos y fibrosos articulares.

En función de la extensión puede ser:

- Completa: Fusión de las estructuras de forma completa.
- Incompleta: Fusión de las estructuras de forma incompleta.

Según el origen puede ser:

- Verdadera: Origen relacionado directamente con la articulación.
- Falsa: Origen en patologías indirectamente relacionadas con la articulación.

Según la severidad esta puede ser:

- Tipo I: Cabeza del cóndilo se encuentra presente pero deformada. Existen densas adherencias fibrosas alrededor de la articulación, lo que imposibilita el movimiento.
- Tipo II: La fusión se produce entre la cabeza del cóndilo y la superficie articular. La cabeza está deformada o aplanada, pero aún es distinguible y está en estrecha aproximación a la superficie articular. Sin embargo, hubo una fusión ósea de la cabeza hasta el borde exterior de la superficie articular ya sea anteriormente o posteriormente, pero limitada a un área pequeña. En profundidad, la superficie articular superior y el disco articular no estaban dañados.
- Tipo III: Formación de un bloque óseo entre la rama de la mandíbula y el hueso cigomático. En el espacio articular superior la superficie y el disco articular en la cara más profunda estaban intactos. Se vio que la cabeza desplazada estaba atrófica y yacía ya sea libre o fusionado con el lado medial del extremo superior de la rama.
- Tipo IV: La anatomía de la ATM se encuentra totalmente alterada. El bloque óseo es ancho y profundo y se extiende entre la rama y la superficie articular superior, modificando completamente la arquitectura articular. Además, según modelos animales, la principal característica patológica en la anquilosis post traumática es la presencia de abundante tejido conectivo fibroso que ocupa el espacio articular con o sin cartílago en las superficies articulares traumáticas. Sin embargo, el tipo de daño de la superficie articular que conduce a anquilosis, especialmente ósea, sigue sin estar claro. Dentro de los principios en el tratamiento de la anquilosis de ATM, encontramos una cirugía lo más precoz posible una vez establecido el diagnóstico, preservación de la altura de la rama mandibular, prevención de recurrencias con material de interposición y terapia física postoperatoria. Así, el objetivo del manejo sería buscar la extirpación del bloque anquilótico obteniendo una correcta morfología; devolver la función articular; y corregir una posible deformidad dentofacial y/o alteración del crecimiento. Tradicionalmente en el manejo de la anquilosis se ha utilizado la artroplastia de brecha, que luego fue reemplazada por la artroplastia de interposición de brecha. La artroplastia interposicional de espacio utiliza las ventajas de los tejidos biológicos como el hueso autógeno, los colgajos miofasciales, los cartílagos y la fascia lata, así como materiales no biológicos como el acrílico y el silastic. Los injertos óseos autógenos (costocondral, esternoclavicular, metatarsiano, cresta ilíaca, peroné, y coronoides) aunque tienen la ventaja de compatibilidad biológica y potencial de crecimiento en niños, tienen el inconveniente de que es impredecible la naturaleza del crecimiento



de los injertos, así como la morbilidad del sitio donante, la captación alterada de los injertos y las posibilidades de reanquilosis. Esto dio lugar al desarrollo de aloplastos como materiales de interposición. Por lo tanto, el éxito de colocar un injerto autógeno en ATM multioperadas o en caso de reanquilosis es siempre cuestionable, y surgió la necesidad de una modalidad de tratamiento alternativa como la prótesis aloplástica de ATM. Las ventajas de los dispositivos de reemplazo total de articulación temporomandibular son la falta de morbilidad en el sitio donante, la capacidad de mantener una oclusión estable después de la cirugía debido a la falta de cambio dimensional en el implante, en oposición a la reabsorción potencial del injerto autógeno, la oportunidad de manipular el diseño de la prótesis para desalentar la formación de hueso heterotópico, potencial para mantener la altura vertical de la rama y prevenir la desviación de la mandíbula, reducción del tiempo quirúrgico, disminución de la hospitalización y función inmediata. Los dispositivos TMJ-TJR personalizados, por la naturaleza de los metales utilizados, el diseño de la prótesis y la composición del biomaterial, parecen proporcionar resultados estables y mejorados a largo plazo en comparación con los dispositivos estándar. Las ventajas de los dispositivos hechos a la medida en contraste con los dispositivos estándar son que el sistema hecho a la medida es virtualmente un ajuste perfecto en el hueso huésped cada vez, haciéndolo más predecible, reduciendo así el tiempo de operación. Las articulaciones hechas a medida también permiten un cambio en las dimensiones anteroposterior y vertical, lo que permite realizar cambios en la oclusión.

### CONCLUSIONES

Las múltiples desventajas de un injerto autógeno han llevado a los cirujanos a considerar el reemplazo aloplástico de la ATM como una opción mejor y más viable. La prótesis aloplástica de ATM hecha a medida demuestra ser el procedimiento quirúrgico óptimo para la reconstrucción en comparación con los injertos autógenos (para evitar complicaciones) en articulaciones severamente degeneradas y anquilosadas. La planificación de la cirugía mediante modelos 3D permite la fabricación y colocación de prótesis customizadas y personalizadas en un solo tiempo quirúrgico lo que mejora los resultados tanto estéticos como funcionales, así como permite mayor previsibilidad, menor tiempo quirúrgico y menor morbilidad a largo plazo.

## PATOLOGÍA DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR

### [0143] PAPEL DE LA NAVEGACIÓN QUIRÚRGICA EN LA CIRUGÍA DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR

A. Dean Ferrer, F. Alamillos Granados, R. Arévalo Arévalo, G. Mitheis Ten Berge, A. Marín Martín, F.M. Zafra Camacho  
Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

#### BREVE INTRODUCCIÓN

La navegación es una herramienta quirúrgica que ha revolucionado el manejo actual de muchas patologías de Cirugía Maxilofacial. Una de las aplicaciones novedosas de la navegación quirúrgica es la patología de la Articulación Temporomandibular. La evolución y perfeccionamiento de los sistemas de navegación quirúrgica y la posibilidad de hacer navegación en la mandíbula ha permitido que pueda desarrollarse en esta nueva aplicación con resultados muy prometedores e interesantes. Las patologías de la Articulación Temporomandibular que son subsidiarias de aplicar la navegación son: fracturas de cóndilo, condromatosis sinovial, tumores de cóndilo, recambio articular, reconstrucción condílea con colgajos óseos microquirúrgicos, hiperplasia condílea, control de la posición del cóndilo en cirugía ortognática, artrocentesis, artroscopia, anquilosis, biopsias guiadas y extracción de cuerpos extraños. La navegación quirúrgica en la cirugía de la ATM mejora la precisión y seguridad de la cirugía. Tiene un importante papel en mejorar los resultados quirúrgicos y minimizar el riesgo de complicaciones. Sirve de guía para orientación anatómica (1ª navegación o navegación anatómica) y para evitar lesionar estructuras anatómicas importantes; ayuda a comprobar el desarrollo de una intervención quirúrgica (2ª navegación o navegación de trabajo) y permite comprobar la precisión de los resultados respecto a una planificación preoperatoria realizada (3ª navegación o navegación guiada por simulación o navegación de comprobación). Además, según la forma como se navegue con los instrumentos podemos hacer una navegación directa o “en vivo” pudiendo comprobar en todo momento la posición de nuestros instrumentos quirúrgicos. Esto reduce la posibilidad de dañar estructuras anatómicas importantes.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Este es un estudio prospectivo recogido sobre una base de datos sobre navegación quirúrgica en un servicio de cirugía oral y Maxilofacial. Se extrajeron los pacientes intervenidos por patología de la ATM. La navegación quirúrgica fue utilizada en 3 fracturas de cóndilo, 2 condromatosis sinoviales, 1 tumor de cóndilo, 6 recambios articulares, 3 reconstrucciones condíleas con colgajos óseos microquirúrgicos, 5 hiperplasias condíleas, 3 controles de la posición del cóndilo en cirugía ortognática, 1 anquilosis y 1 biopsia guiada. Se ha valorado: 1- La facilidad de realizar la navegación quirúrgica, 2- la seguridad aportada por la navegación a la hora de señalar estructuras anatómicas importantes para evitar su lesión, 3- la posibilidad de minimizar el campo quirúrgico, 4- la capacidad de disminuir la necesidad de visión directa del cirujano, para pasar a la visión a través de la pantalla del monitor del navegador.

#### RESULTADOS

En los primeros pacientes donde se utilizó navegación quirúrgica, el tiempo empleado para colocar los instrumentos de navegación en el quirófano fue mayor que el empleado actualmente. Actualmente se tarda en colocar la navegación y hacer el registro del paciente un media de 20 minutos. En una escala de 0 a 10, todos los cirujanos graduaron la seguridad aportada por la navegación en 10. En todos los pacientes se disminuyó la longitud de la incisión cutánea y la necesidad de hacer retracción de tejidos blandos. La visión del cirujano se incrementó mediante la visión de la pantalla del navegador, aportando información de las imágenes radiológicas al campo quirúrgico durante la cirugía. Más aún, con la posibilidad de incorporar el plan virtual de tratamiento quirúrgico se pudo comprobar en el mismo quirófano la precisión de los resultados. En la cirugía de la articulación temporomandibular se ha demostrado su utilidad para:

1. Evitar las lesiones de estructuras importantes durante la cirugía (CAE, base del cráneo, estructuras vasculares y nerviosas).



2. Incrementar la seguridad y reducir la incertidumbre durante el procedimiento quirúrgico.
3. Comprobar la correcta reducción del fragmento condíleo en una fractura.
4. Comprobar la correcta posición del fragmento condíleo en cirugía ortognática.
5. Comprobar y guiar a la correcta y completa extracción de los encondromas en una Condromatosis sinovial.
6. Comprobar los resultados de la colocación de ambos componentes de una prótesis dentro del quirófano, pudiendo realizar en ese momento la corrección que fuera necesaria.
7. Diseñar trayectorias para la colocación precisa de los tornillos de la prótesis.
8. Guiar la resección condílea en hiperplasias.
9. Realizar una resección completa, precisa y segura de la cavidad glenoidea cuando estuviera indicado. De esta manera es posible realizar la adaptación y colocación del componente de la fosa con mayor rapidez, precisión y seguridad.
10. La incorporación de las prótesis tanto customizadas como de stock en el programa de planificación del navegador permite realizar la cirugía virtual antes de ir al quirófano. Y durante la cirugía nos sirven de guía para la comprobación del resultado.

### CONCLUSIONES

La aplicación y utilización de la navegación quirúrgica abre un campo muy prometedor en la patología de la articulación temporomandibular. Aumenta la seguridad y la precisión de los resultados obtenidos y disminuye la incertidumbre durante la cirugía.

## PATOLOGÍA DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR

### [0149] SUSTITUCIÓN PROTÉSICA MÍNIMAMENTE INVASIVA DE LA ARTICULACIÓN TEMPORO-MANDIBULAR MEDIANTE MINIPRÓTESIS CUSTOMIZADA

R. Martínez Martínez<sup>1</sup>, C. Martínez Gimeno<sup>1</sup>, A. García Hernández<sup>1</sup>, A. Faura Manresa<sup>1</sup>, I. Arribas García<sup>1</sup>, M. Vaitiekunas<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario de Canarias. La Laguna, Tenerife, <sup>2</sup>S'OS klinic. Vilna, Lituania

#### BREVE INTRODUCCIÓN

La sustitución protésica es un procedimiento terapéutico ampliamente aceptado que mejora la calidad de vida de los pacientes con patología avanzada de la articulación mandibular (ATM), mejorando la función así como los síntomas dolorosos asociados a la misma. El principal objetivo de este estudio es analizar como alternativa a las prótesis convencionales una sustitución protésica mínimamente invasiva, mediante el diseño personalizado de miniprótisis de ATM que permiten un único abordaje preauricular, disminuir el riesgo de daño del nervio facial, simplificación y reducción del tiempo quirúrgico. Por otra parte, todos los pacientes incluidos en este estudio se les ha realizado una cirugía ortognática en el mismo procedimiento, siendo objeto de estudio la predictibilidad de los movimientos planificados en los programas de software 3D mediante una superposición tomografía computerizada (TC) previa a la cirugía y otra a los 6 meses tras la misma con el fin de dilucidar si los movimientos planificados son fiables y estables.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

En colaboración con el instituto tecnológico de Canarias (ITC) se han producido 7 miniprótisis personalizadas para un total de 4 pacientes. Todos los pacientes intervenidos se les realizó sustitución protésica en primer lugar, seguido de cirugía ortognática bimaxilar mediante planificación 3D usando el protocolo de mandíbula primero. A los 6 meses tras la cirugía se realizó un TC de control y mediante la utilización de software de superposición 3D se midió la desviación en milímetros con respecto a lo planificado.

#### RESULTADOS

Los resultados preliminares muestran la ausencia de daño permanente en las ramas del nervio facial. Mejoría en los índices dietéticos, apertura oral y el dolor previo a la cirugía. Sin la presencia hasta la fecha de ninguna complicación de gravedad o fallo mecánico del material protésico. Por otra parte los resultados de las superposiciones 3D comparando los movimientos planificados y los realizados intraoperatoriamente, muestran que la realización de sustitución protésica junto a la cirugía ortognática obtiene resultados fiables y estables en el tiempo.

#### CONCLUSIONES

Las miniprótisis personalizadas de ATM muestran resultados preliminares prometedores, mejorando las principales variables que se toman en consideración en los estudios de sustitución protésica de la ATM como son la apertura oral, dolor e índices dietéticos. Asimismo muestran un bajo índice de complicaciones postquirúrgicas en el corto plazo. No obstante un mayor número de pacientes deben ser estudiados así como un seguimiento en el medio y largo plazo. Por otra parte la realización del procedimiento junto a cirugía ortognática tiene resultados fiables y estables.

## **PATOLOGÍA DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR**

### **[0179] OSTEOPLASTIA ARTROSCÓPICA DE LA PARED MEDIAL Y MIOTOMÍA ALTA DEL PTERIGOIDEO LATERAL**

Á. Martínez-Sahuquillo Rico<sup>1</sup>, I. Zubiato Illarramendi<sup>1</sup>, I. García Martín<sup>2</sup>, C. Camacho Sánchez-Mora<sup>1</sup>, A. Cabello Serrano<sup>1</sup>, B. García Medina<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada, <sup>2</sup>University of Freiburg, Faculty of Medicine. Freiburg, Germany

#### **BREVE INTRODUCCIÓN**

Numerosos factores se han propuesto como parte de la etiopatogenia de los trastornos internos de la articulación temporomandibular (ATM). De acuerdo con numerosos autores, el músculo pterigoideo lateral podría suponer uno de los factores claves en la etiología del desplazamiento discal y se ha implicado en el proceso de la degeneración articular de la ATM. En base a estudios anatómicos, radiológicos y a la etiología del desplazamiento discal proponemos la realización de una miotomía alta junto con una osteoplastia artroscópica de la pared medial en el tratamiento de los trastornos internos temporomandibulares.

#### **MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO**

Se realizó un estudio retrospectivo analizando pacientes con trastornos internos de la ATM tratados en nuestro servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de manera artroscópica durante el año 2021. Se estudiaron 91 articulaciones en 70 pacientes tratadas de manera artroscópica con miotomía alta del músculo pterigoideo lateral y osteoplastia de la pared medial. Comparamos los resultados obtenidos con un grupo de pacientes tratados previamente en los que la miotomía se realizó según la técnica clásica.

#### **RESULTADOS**

Los pacientes que se sometieron a miotomía alta del músculo pterigoideo lateral y osteoplastia de la pared medial mediante artroscopia presentaron mejores resultados en cuanto a reducción del dolor y función articular en comparación con los pacientes tratados mediante miotomía tradicional.

#### **CONCLUSIONES**

El músculo pterigoideo lateral es de suma importancia en la etiopatogenia de los trastornos internos de la ATM. La miotomía alta del músculo pterigoideo lateral en asociación con la osteoplastia de la pared medial para el tratamiento de los trastornos internos de la ATM es una técnica artroscópica segura y efectiva que consigue buenos resultados en cuanto a la mejoría del dolor y de la función articular.

## **PATOLOGÍA DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR**

### **[0209] NUEVA TÉCNICA QUIRÚRGICA. LIGAMENTOPLÁSTIA PARA EL TRATAMIENTO DE LA LUXACIÓN CRÓNICA RECIDIVANTE DE LA ATM. REPORTE DE DOS CASOS**

R. Camacho Leone, R. Martín-Granizo López, S. Herrero Álvarez, C. Mazo Amorós, Ó. de la Sen Corcuera, M. de Pedro Marina  
Hospital Clínico San Carlos. Madrid

#### **BREVE INTRODUCCIÓN**

La luxación crónica recidivante de mandíbula es una patología poco frecuente que requiere un tratamiento definitivo. Se han aplicado diversos enfoques terapéuticos diseñados para limitar la excursión anterior de la cabeza condilar, como la inyección intracapsular de soluciones esclerosantes, la inyección intramuscular de toxina botulínica tipo A, la miotomía pterigoidea lateral, la escarificación del tendón temporal, y el aumento con injertos óseos o la aplicación de un impedimento aloplástico bien diseñado con malla de vitallium o placas de titanio. Otro tipo de tratamiento es la reducción de la eminencia, permitiendo así el libre movimiento del cóndilo. Cada forma de tratamiento tiene sus propias ventajas e inconvenientes.

#### **MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO**

Se reportan 2 casos de pacientes mujeres en la tercera década de su vida con luxación crónica recidivante de ATM, en tratamiento conservador y en uno de los casos ya habiendo sido intervenida quirúrgicamente en varias ocasiones, continuando sintomáticas, con dolor y luxaciones recurrentes de ATM bilateral.

#### **RESULTADOS**

Se decide cirugía abierta, se realiza artroplastia y estabilización del cóndilo mandibular mediante un “neo ligamento” de polietileno de peso molecular ultra alto mediante su anclaje al cuello condilar y el arco cigomático. Seguimiento al año, sin recidiva. No hay rechazo del ligamento, sin dolor, movimientos restringidos (MAO=30 mm, lateral=3 mm, restricción de protrusiva), sin luxaciones, sin maloclusión. Buena estética.

#### **CONCLUSIONES**

La luxación crónica recidivante de ATM es una patología poco frecuente con síntomas especialmente limitantes y que afectan claramente la calidad de vida de los pacientes. El tratamiento conservador debe considerarse siempre en primer lugar, aunque no suele proporcionar resultados satisfactorios. Por lo tanto, estos pacientes pueden beneficiarse del tratamiento quirúrgico, aunque se sabe que tienen una mayor incidencia de complicaciones postoperatorias y problemas asociados de cicatrización de heridas, por lo que el resultado quirúrgico es impredecible. Esta nueva técnica de ligamentos parece ser un método fiable para evitar de forma segura las luxaciones recurrentes de la ATM.

## **PATOLOGÍA DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR**

### **[0223] OSTEOPLASTIA ARTROSCÓPICA DE LA PARED MEDIAL Y FASCIOTOMÍA DEL PTERIGOIDEO LATERAL**

A. Cabello Serrano, A. Martínez-Sahuquillo Rico, I. Zubiate Illarramendi, C. Camacho Sánchez-Mora, I. García Martín, B. García Medina  
Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

#### **BREVE INTRODUCCIÓN**

Basándonos en estudios anatómicos, estudios de imagen (RNM) y en los hallazgos quirúrgicos, creemos que la hipotonía y atrofia del fascículo superior del pterigoideo lateral que conforma la pared anteromedial de la articulación temporomandibular (ATM), podría tener un papel fundamental en la etiopatogenia de los desplazamientos del disco. La osteoplastia artroscópica de la pared medial ofrece buenos resultados en pacientes con trastorno interno ATM. Sin embargo, la anatomía de esta región, conlleva un riesgo de lesión de estructuras vasculares y nerviosas que debemos tratar de evitar. Para ello es imprescindible ser conservador cuando tratamos los tejidos blandos en esta zona, por ejemplo al realizar la miotomía alta del pterigoideo lateral. El fascículo superior de este músculo, presenta una fascia que, en un punto se desdobra: una hoja interna permanece cubriendo las fibras musculares, mientras que la hoja externa se une a la superficie ósea del peñasco.

#### **MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO**

Presentamos los resultados de pacientes diagnosticados de trastorno interno de la articulación temporomandibular, a los que se ha realizado osteoplastia artroscópica de la pared medial y liberación del pterigoideo lateral mediante fasciotomía, que se lleva a cabo sobre la hoja externa de la fascia, manteniendo la integridad de la hoja interna y por tanto, de las fibras musculares. Esta técnica nos permite además el acceso a la zona más interna de la pared anteromedial de la articulación para poder completar el proceso del remodelado de las superficies óseas.

#### **RESULTADOS**

Con la fasciotomía asociada a la osteoplastia de la pared medial obtenemos resultados similares en cuanto a la mejoría del dolor y de la función en pacientes con trastorno interno de la ATM. Conservando la integridad de la hoja interna de la fascia del pterigoideo lateral disminuimos las complicaciones que pueden asociarse a los procedimientos quirúrgicos que llevamos a cabo en la pared medial.

#### **CONCLUSIONES**

Creemos que la realización de osteoplastia de la pared medial asociada a procedimientos conservadores de los tejidos blandos, como puede ser la fasciotomía del vientre superior del pterigoideo lateral, ofrece resultados similares en cuanto a función y dolor, aumentando la seguridad del procedimiento.



## **PATOLOGÍA DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR**

### **[0224] OSTEOPLASTIA ARTROSCÓPICA DE LA PARED MEDIAL. ESTADIOS AVANZADOS CON PERFORACIÓN DISCAL**

I. García Martín, A. Martínez-Sahuquillo Rico, C. Camacho Sánchez-Mora, I. Zubiate Illarramendi, A. Cabello Serrano, B. García Medina Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

#### **BREVE INTRODUCCIÓN**

Alteraciones en la posición del disco articular de la articulación temporomandibular (ATM) son los hallazgos más frecuentes en la patología en esta articulación. Las causas de este proceso son desconocidas, pero existen evidencias anatómicas y radiográficas que pudieran explicarlas. Diversos estudios anatómicos han determinado que las fibras musculares del fascículo superior del músculo pterigoideo lateral actúan como una hamaca que mantiene la estabilidad del disco articular sobre la eminencia. Estos hallazgos vienen confirmados por evidencias radiográficas mediante RNM que encuentran degeneración grasa y atrofia de este fascículo en pacientes con desplazamiento del disco. Sin tratamiento, un tercio de estos pacientes con clínica de dolor y bloqueos articulares van a presentar alteraciones más severas a lo largo del tiempo que pueden terminar con la perforación de éste. En estos casos, la mayoría de los autores están de acuerdo que la cirugía abierta podría ser la mejor opción para el tratamiento de estos pacientes. Sin embargo, estas técnicas quirúrgicas no están exentas de complicaciones y sus resultados, en muchas ocasiones, no son lo suficientemente satisfactorios.

#### **MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO**

Desde Enero 2021 a Mayo de 2022 39 pacientes con perforación del disco articular fueron diagnosticados y tratados mediante cirugía artroscópica en nuestro Servicio. En todos los casos, previa liberación de adherencias y focos de condromalacia, se realizó vía artroscópica una osteoplastia de la pared ósea medial con eminoplastia de aquellas zonas de la eminencia en estrecha relación con la perforación. Finalmente una miotomía alta y/ o fasciotomía de las fibras musculares del fascículo superior del músculo pterigoideo lateral fue realizada.

#### **RESULTADOS**

Describimos las técnicas de osteoplastia y eminoplastia artroscópica en la ATM, así como los resultados obtenidos en aquellos pacientes con procesos degenerativos avanzados del disco articular

#### **CONCLUSIONES**

La cirugía artroscópica de la ATM permite actuar, sobre los tejidos blandos y duros de esta articulación incluso en aquellos casos con discos perforados y lesiones sobre las superficies óseas con mínima morbilidad, obviando la necesidad de cirugías abiertas las cuales deben quedar reservadas sólo para aquellos casos con nula respuesta a estos tratamientos mínimamente invasivos.

## PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN EN COMF

### [0096] EFECTO DE LA REALIDAD VIRTUAL Y LA MÚSICA SOBRE LA ANSIEDAD Y EL DOLOR PERIOPERATORIO EN LA EXODONCIA QUIRÚRGICA BAJO ANESTESIA LOCAL DE TERCEROS MOLARES IMPACTADOS

A.F. Ferrández Martínez<sup>1</sup>, A.R. García Carricondo<sup>1</sup>, L.A. Sorribes de Ramón<sup>2</sup>, F. Espín Gálvez<sup>1</sup>, I.M. López Fernández,<sup>1</sup> F. Búrdalo Trevejo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería, <sup>2</sup>Hospital Universitario de San Juan. Alicante

## BREVE INTRODUCCIÓN

La exodoncia quirúrgica bajo anestesia local de terceros molares impactados es un procedimiento que genera estrés, miedo y ansiedad en el paciente, causa por la que existe interés en encontrar y aplicar terapias no invasivas, con el objetivo de atenuar y mejorar estos estados indeseables. La musicoterapia y la realidad virtual son disciplinas en auge en el campo de la medicina sobre todo en los ámbitos destinados al control del dolor y la ansiedad. El objetivo de este estudio es evaluar el efecto de la musicoterapia y la realidad virtual sobre la ansiedad y el dolor perioperatorio en pacientes sometidos a extracción de terceros molares incluidos.

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se ha realizado un ensayo clínico aleatorizado, controlado, de grupos paralelos. El trabajo ha sido realizado siguiendo los parámetros de la guía CONSORT y registrado como ensayo clínico. Un total de 275 pacientes con indicación de extracción de tercer molar inferior participaron en el estudio, dividiéndose aleatoriamente en tres grupos paralelos: intervención con musicoterapia (91 pacientes), intervención con realidad virtual (93 pacientes), y control (91 pacientes). Para analizar el nivel de ansiedad se utilizó el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger (STAI) y para la evaluación del dolor, la escala analógica visual (EVA). Además, se estudiaron las siguientes variables epidemiológicas (edad, sexo, lateralidad dentaria, grado de inclusión) y variaciones en las constantes vitales básicas (FC, Sat O<sub>2</sub>, TA). Se elaboró una base de datos y se realizó su tratamiento estadístico con el programa SPSS utilizando el Test de Wilcoxon para la evaluación de los niveles de ansiedad (cuestionario STAI), el test U de Mann-Whitney para los niveles de dolor (escala EVA) y el test de Kruskal-Wallis para los parámetros fisiológicos (FC, Sat O<sub>2</sub> y TA).

## RESULTADOS

Los pacientes de los grupos de musicoterapia y realidad virtual mostraron una mayor reducción en las puntuaciones del nivel de ansiedad después de la cirugía de extracción del tercer molar (reducción de la ansiedad total en el grupo de música: 15.12; IC del 95 % 13.16 a 17.08; r de Rosenthal 1.61; P < 0.001; reducción de la ansiedad total en el grupo de realidad virtual: 9.80; IC del 95 % de 7.66 a 11.95; r de Rosenthal 0.97; p < 0.001; reducción de la ansiedad total en el grupo de control: 6.63; IC del 95 %, de 4.40 a 8.85; r de Rosenthal 0.62; p < 0.001). La intensidad del dolor después de la intervención fue menor en los pacientes del grupo de musicoterapia que en los pacientes del grupo control (P < 0.04). Después de la intervención, los grupos de musicoterapia y realidad virtual presentaron una disminución significativa en la presión arterial sistólica (p < 0.05), presión arterial diastólica (p < 0.05) y frecuencia cardíaca (p < 0.05) en comparación con el grupo control.

## CONCLUSIONES

Estos hallazgos sugieren que el uso de musicoterapia y realidad virtual durante la cirugía de extracción del tercer molar reduce la ansiedad y mejora los parámetros fisiológicos del paciente. La implementación de estas intervenciones (no invasivas, no farmacológicas) en el campo de la cirugía y odontología oral y maxilofacial podría facilitar los procedimientos realizados bajo anestesia local, mejorando la experiencia clínica de los pacientes.

## RECONSTRUCCIÓN

### [0028] INGENIERÍA TISULAR ÓSEA APLICADA A LA RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS MANDIBULARES

A. Delgado Fernández<sup>1</sup>, A. Ramos Zayas<sup>2</sup>, A. Rivero Calle<sup>1</sup>, G. Sánchez Aniceto<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid, <sup>2</sup>Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona

#### BREVE INTRODUCCIÓN

La reconstrucción de defectos óseos mandibulares sigue siendo a día de hoy un reto para el cirujano maxilofacial. Aunque el trasplante microquirúrgico de colgajos óseos libres se ha establecido como la principal opción reconstructiva para defectos de gran tamaño (colgajo peroneo, cresta ilíaca o escápula), siguen presentando ciertas limitaciones para el paciente: morbilidad de la zona donante, tiempos intraoperatorios elevados, una tasa de complicaciones considerables y estancias hospitalarias prolongadas. Incluso hay ocasiones en las que la patología previa de un paciente puede comprometer los resultados de este tipo de cirugías. En los últimos años, se han ido desarrollando y perfeccionando técnicas de ingeniería tisular que han permitido usar partículas de hueso alogénico, BMAC (concentrado de aspirado de médula ósea del paciente) y BMPs (proteínas morfogénicas óseas), para lograr la osteoconducción, osteogénesis y osteoinducción, respectivamente, y reconstruir defectos óseos complejos con menor morbilidad y mejor recuperación para el paciente. Aunque existe experiencia con este procedimiento en cirugía de columna, en nuestro campo sigue siendo una técnica novedosa y no existen aún estudios que recojan largas series de pacientes; sin embargo, los pocos casos descritos en la literatura han obtenido resultados prometedores. Se presenta un caso clínico en el que se utiliza la combinación de aspirado medular, injerto óseo alogénico y BMPs para la reconstrucción de un segmento mandibular complejo secundario a osteonecrosis mandibular por bifosfonatos.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente de 68 años con antecedente de toma de ácido alendrónico semanal durante 2 años por osteoporosis, y que presenta inicialmente una fístula submentoniana productiva. En el TC mandibular se confirma el diagnóstico de osteonecrosis mandibular centrado en sínfisis con un secuestro óseo central de 4,5 cm. La paciente fue intervenida en un primer tiempo para secuestrectomía, mandibulectomía segmentaria anterior y reconstrucción del defecto con colgajo óseo de peroné derecho, que tuvo que ser retirado tras fracaso del mismo a los 5 días. Se realizó un estudio de hipercoagulabilidad, que resultó negativo y se reintervino 3 meses más tarde para un segundo colgajo de peroné, que también fracasó debido a un hematoma cervical postquirúrgico. Tras valorar varias opciones reconstructivas y en consenso con la paciente, se decide reconstruir el defecto óseo mandibular, de 7 cm en dicho momento, mediante ingeniería tisular. Se utilizaron 100cc de injerto alogénico óseo, 8 ml de 1.5 mg/ml de BMP2rh InductOS® y 100cc de BMAC, que fueron colocados través de la cervicotomía previa de la paciente sobre una malla de titanio moldeada sobre un modelo anatómico de la paciente y fijada al cuerpo mandibular bilateralmente.

#### RESULTADOS

La paciente precisó ingreso hospitalario durante 10 días y la única complicación presentada en el postquirúrgico inmediato fue un seroma cervical que precisó drenaje quirúrgico. En el examen radiológico posterior de control se evidenció la formación de hueso en la totalidad del defecto, con unas dimensiones de 7 cm transversalmente, 15 mm de altura y 12 mm de profundidad. Posteriormente se realizó una vestibuloplastia, con colocación de una placa de reconstrucción mandibular para dar más estabilidad al arco mandibular, y se colocó una estructura subperióstica para permitir la rehabilitación dental posterior.

#### CONCLUSIONES

Las técnicas de ingeniería tisular con BMPs, injerto óseo alogénico y BMAC son una alternativa a los colgajos óseos libres microvascularizados y los injertos óseos libres en pacientes con resecciones mandibulares que no son candidatos a dichas cirugías. Además, presentan menor morbilidad asociada, menor riesgo de complicaciones y menor ingreso postquirúrgico y permiten la reconstrucción de defectos mandibulares complejos, logrando una reserva ósea adecuada para la rehabilitación dental posterior. No obstante, pueden ser técnicas costosas, la experiencia es todavía limitada y los casos que recoge la literatura se basan en reconstrucciones mandibulares tras patología benigna, por lo que siguen siendo necesarios más estudios que ayuden a avanzar en esta materia.

## RECONSTRUCCIÓN

### [0054] **IMPLANTES SUBPERIÓSTICOS A MEDIDA EN PACIENTES CON DEFECTOS DE MAXILAR SUPERIOR**

A. Alzueta, B. Patiño, I. Vázquez, G. Rubin, Í. Colina, J.L. López-Cedrún  
Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. A Coruña

## BREVE INTRODUCCIÓN

Los defectos maxilares constituyen un reto debido a sus secuelas tanto a nivel estético como funcional. Las malformaciones congénitas, los traumatismos faciales y las resecciones tumorales a este nivel pueden provocar grandes defectos, con las consecuentes secuelas a nivel estético y funcional que condicionan en gran medida la calidad de vida del paciente. La maxilectomía supone una maloclusión y una deficiente proyección a nivel nasolabial, además de alteraciones en la masticación y el habla. Entre las técnicas reconstructivas más empleadas de forma clásica destacan los colgajos locales como el de músculo temporal y los colgajos libres microvascularizados. Estos colgajos resuelven la reconstrucción del defecto en cuanto a las partes blandas y permiten aislar la cavidad oral de la nasal y orbitaria, sin embargo no restauran la función masticatoria. Entre los colgajos microvascularizados que aportan un injerto óseo sobre el que colocar implantes dentales destacan el colgajo libre de peroné y el de cresta ilíaca. Sin embargo, en muchas ocasiones estos colgajos no aportan suficiente altura ósea para colocar implantes convencionales de forma segura. Durante los últimos años, gracias al desarrollo de la planificación virtual surgen los implantes maxilares de titanio subperiósticos personalizados como una solución a medida para pacientes con defectos segmentarios a nivel del maxilar.

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se presentan 4 casos de pacientes con defectos de maxilar superior y rehabilitados mediante implantes subperiósticos a medida en nuestro servicio, aportando imágenes de planificación virtual y resultados. Caso 1: Varón de 51 años que derivan a nuestras consultas por lesión lítica en maxilar superior izquierdo que alcanza seno maxilar en escáner de centro privado. El paciente había colocado en 2do cuadrante implantes dentales convencionales que tuvieron que ser retirados por movilidad y dolor al año de su colocación. Se realiza un TAC facial en el que se observa una tumoración sólida de 35 mm que destruye maxilar superior izquierdo e invade paladar y mucosa nasal. Se realiza exéresis/legrado y la anatomía patológica informa de osteomielitis y absceso. El paciente se somete a distintas pautas de antibioterapia y de cámara hiperbárica durante 2 años, durante los cuales presenta una evolución tórpida, afectándose maxilar contralateral a nivel de incisivos, hasta hallar en TAC de control mejoría significativa con tratamiento médico. El paciente clínicamente mejora sustancialmente, a nivel de partes blandas cerrado sin dehiscencias o comunicaciones, pero con importante atrofia maxilar izquierda por lo que se decide reconstrucción con implante subperióstico a medida con 4 pilares para rehabilitación protésica. Caso 2: Mujer de 48 años que es derivada a nuestro servicio por fibroma osificante que ocupa seno maxilar derecho. Se realiza maxilectomía tipo IIIB mediante abordaje de Webber Ferguson y se reconstruye en el mismo acto quirúrgico mediante implante subperióstico a medida con 2 pilares para rehabilitación protésica dental y malla a medida para reconstrucción orbitaria. Cierre por planos sin realizar colgajos locales o microquirúrgicos, se realiza cierre submucoso con bola de Bichat en tercio posteroinferior de la prótesis. Caso 3: Varón de 50 años diagnosticado de carcinoma adenoide quístico de seno maxilar derecho. Se realiza CENS por parte de otorrinolaringología de centro externo, con márgenes afectos por lo que derivan a nuestro servicio para ampliación de márgenes. Se realiza maxilectomía tipo IA (Clasificación de Brown y Shaw) derecho y reconstrucción con colgajo nasogeniano. El resultado anatomopatológico informa de márgenes afectos, por lo que se reinterviene al paciente y se realiza maxilectomía IIIB y reconstrucción con colgajo temporal. Se coloca prótesis de medpor para reconstrucción de defecto temporal. La anatomía patológica definitiva informa de márgenes libres y el paciente se somete a radioterapia adyuvante. Dos años y medio tras finalización de radioterapia el paciente es intervenido para reconstrucción del defecto maxilar mediante implante subperióstico a medida con 4 pilares para la rehabilitación protésica dental. Se realiza abordaje intraoral vestibular con labiotomía superior media. En el mismo acto quirúrgico se retira prótesis de medpor temporal por infección. Caso 4: Varón de 53 años remitido a nuestras consultas por carcinoma

epidermoide de paladar. Se realiza exéresis mediante maxilectomía IIB derecha y reconstrucción con colgajo temporal. Recibe radioterapia adyuvante. Dos años tras finalizar la radioterapia se realiza reconstrucción mediante colgajo microvascularizado de peroné, que fracasa en el postoperatorio inmediato por lo que se retira quedando comunicación oronasal. El paciente se mantiene 5 años con un obturador palatino. Finalmente, tras más de 8 años tras finalizar radioterapia se realiza reconstrucción con implante subperióstico a medida con 2 pilares para rehabilitación protésica dental. En el mismo acto quirúrgico se coloca implante subperióstico contralateral de características similares para posibilitar rehabilitación protésica completa de arcada superior. Cierre por planos e interposición de bola de Bichat en el lado izquierdo.

### RESULTADOS

No se reportan complicaciones en ningún de los cuatro pacientes presentados. El seguimiento fue de 4 años y 2 meses en el primer caso presentado, de 4 meses en el segundo caso presentado, de 3 meses en el tercer caso presentado y de 2 meses en el último caso. Únicamente se ha realizado la rehabilitación dental en el primer caso presentado, con un seguimiento de más de 2 años. El resto de pacientes se encuentran pendientes de rehabilitación dental.

### CONCLUSIONES

En conclusión, los implantes maxilares de titanio subperiósticos personalizados podrían ser una alternativa segura para la reconstrucción de defectos maxilares, restaurando tanto la función como la estética a nivel del tercio medio facial. Además, suponen una alternativa en pacientes en los que fracasan o no pueden realizarse otro tipo de reconstrucciones más convencionales como los colgajos microvascularizados. Nuestra experiencia a corto plazo reporta buenos resultados. Sin embargo, aun no hay evidencia suficiente que asegure su rendimiento y seguridad a largo plazo.

## RECONSTRUCCIÓN

### [0083] RECONSTRUCCIÓN MAXILAR CON COLGAJO LIBRE DE PUNTA DE ESCÁPULA CONTRALATERAL ORIENTADO HORIZONTALMENTE: NUESTROS RESULTADOS EN EL CIERRE PALATINO Y EL SOPORTE ORBITARIO

A. Cardín Pereda<sup>1</sup>, A. País Pereira<sup>2</sup>, A. Rocha Pereira<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Donostia. San Sebastián, <sup>2</sup>Instituto Portugues de Oncología Francisco Gentil, Lisboa

#### BREVE INTRODUCCIÓN

La reconstrucción del tercio medio facial constituye un auténtico desafío en la cirugía reconstructiva maxilofacial. En este contexto, los colgajos libres se consideran la opción más adecuada para la restauración de defectos maxilares extensos. Entre estos, el colgajo libre de punta escapular (CLPE), está indicado en defectos palatoalveolares asociados a defectos del arbotante cigomático-maxilar y/o del suelo orbitario. La morfología del CLPE admite dos orientaciones posibles para la reconstrucción: horizontal y vertical. Tradicionalmente, el componente óseo del CLPE se coloca bien en horizontal para los defectos palatoalveolares mayores, o verticalmente para los defectos extensos de la parte anterior del tercio medio facial. La disposición horizontal del CLPE suele permitir evitar la comunicación oronasal, pero puede comprometer el soporte orbitario y la proyección del tercio medio facial, mientras que la colocación vertical confiere estabilidad al suelo orbitario y al tercio medio facial, pero puede ser insuficiente para el cierre completo del paladar. En este estudio presentamos una serie de casos en los que se ha utilizado el CLPE para la reconstrucción de defectos maxilares de diversa índole, con colocación horizontal y origen contralateral. El presente trabajo se centra en nuestra experiencia con la colocación horizontal del colgajo contralateral para permitir la reconstrucción completa del paladar y la prevención de fístulas, sin dejar de obtener un soporte orbitario y proyección del tercio medio óptimos.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Presentamos una serie de casos que emplean el CLPE para la reconstrucción de defectos del tercio medio facial. Los 21 pacientes incluidos en el estudio fueron tratados en el departamento de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Instituto de Oncología Francisco Gentil, Lisboa, entre marzo de 2016 y diciembre de 2021, con seguimiento hasta diciembre de 2022. Todos los datos fueron extraídos manualmente de forma retrospectiva de la historia clínica. El criterio de inclusión de los casos fue la reconstrucción de defectos maxilares mediante colgajos libres microvascularizados basados en el sistema subescapular. Se analizaron los datos demográficos y clínicos de los pacientes, además de parámetros quirúrgicos relevantes. Conjuntamente, se llevó a cabo una valoración funcional integral de cada paciente.

#### RESULTADOS

Un total de siete varones y catorce mujeres fueron incluidos en el estudio, la mayoría presentando un defecto maxilar tipo IIIa, con la cirugía para el tratamiento de carcinoma epidermoide de cavidad oral como principal causa de este. Para la reconstrucción de dichos defectos se emplearon colgajos libres microvascularizados basados en el sistema vascular subescapular, del lado contralateral a la lesión y colocados en posición horizontal, fijados con una placa a la premaxila. Para la reconstrucción orbitaria se emplearon mallas convencionales de titanio o implantes específicos. Tras el periodo de seguimiento la mayor parte de los pacientes se encontraban libres de enfermedad. La complicación más frecuente a largo plazo fue la obstrucción de la vía lacrimal. La valoración funcional reveló resultados satisfactorios estables en la mayoría de los pacientes.

#### CONCLUSIONES

El presente trabajo pone de manifiesto la efectividad de la colocación horizontal del CLPE contralateral para la reconstrucción completa del paladar, sin restar soporte orbitario ni proyección al tercio medio, incluso en defectos maxilares tipo III.



## RECONSTRUCCIÓN

### [0087] EVALUACIÓN DE LA PRECISIÓN DE LA PLANIFICACIÓN VIRTUAL EN CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA MANDIBULAR CON COLGAJO LIBRE DE PERONÉ

A. García Piñeiro<sup>1</sup>, P. Espinosa Calleja<sup>1</sup>, M<sup>a</sup> J. Pastor Fortea<sup>1</sup>, M. Ferrà Canet<sup>2</sup>, L. Brogi<sup>2</sup>, V. Lasa Menéndez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca, <sup>2</sup>Unidad 3D Hospital Son Espases, Palma de Mallorca

#### BREVE INTRODUCCIÓN

La reconstrucción mandibular es una de las áreas más complejas en cirugía de cabeza y cuello. El colgajo libre de peroné es el colgajo “gold standard” utilizado en la reconstrucción de defectos mandibulares segmentarios. La dificultad del uso de este colgajo recae en conseguir una buena precisión en la reconstrucción mandibular debido a la estructura tridimensional de la mandíbula. Siguiendo la técnica convencional, tanto la realización de las osteotomías a mano alzada como el moldeado de la placa de osteosíntesis, conlleva a resultados imprecisos, pudiendo producir alteraciones estéticas y funcionales que repercuten en la calidad de vida de los pacientes. En los últimos años se han desarrollado técnicas de planificación virtual prequirúrgica, con sistema computer-aided design y computer-aided manufacturing (CAD/CAM) que han demostrado mejorar la precisión de la reconstrucción mandibular.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Un total de 11 pacientes fueron intervenidos de reconstrucción mandibular con colgajo libre de peroné mediante planificación virtual con guías de corte y placa de titanio de reconstrucción mandibular customizada entre enero 2020 y diciembre 2022. Se registraron las variables demográficas. Se analizaron diferentes mediciones lineales y angulares tanto en la planificación virtual como en el TC postoperatorio en cada caso clínico con software de planificación virtual D2P. Además, se realizó una superposición de la planificación virtual con el TC postoperatorio mediante software CloudCompare.

#### RESULTADOS

6 pacientes fueron incluidos en el estudio, 4 varones y 2 mujeres. Se excluyeron 5 pacientes por no cumplir criterios de inclusión. La edad media fue de 71,17 años (SD 6,43). La media de la diferencia entre cóndilos mandibulares fue 0,76 mm (SD 0,57) y entre ángulos mandibulares 1,08 mm (SD 0,77 mm), siendo diferencias estadísticamente no significativas ( $p = 0,023$  y  $p = 0,018$ , respectivamente). La media de la diferencia en las mediciones angulares fue 2,90 mm (SD 2,38), con diferencias significativas ( $p = 0,12$ ). No se hallaron grandes discrepancias en la superposición de las imágenes.

#### CONCLUSIONES

Según el presente estudio y acorde a la literatura actual, las herramientas de planificación virtual y la ejecución de la cirugía con ayuda de tecnología CAD/CAM ofrece una alta precisión en la reconstrucción mandibular.



## RECONSTRUCCIÓN

### [0094] COLGAJO PEDICULADO EN ISLA DE ARTERIA SUPRACLAVICULAR PARA RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS EN CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO

V. Vega Barreto<sup>1,2</sup>, M. Guerrero Martín<sup>1,2</sup>, A. Simón Flores<sup>1,2</sup>, F. Almeida Parra<sup>1,2</sup>, J. Núñez Paredes<sup>1,2</sup>, J.J. Acero Sanz<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid, <sup>2</sup>Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid

## BREVE INTRODUCCIÓN

El colgajo pediculado en isla de arteria supraclavicular es un colgajo fasciocutáneo que puede ser utilizado en cirugía reconstructiva del área maxilofacial en aquellos casos donde una reconstrucción con colgajo libre microvascularizado tenga una gran morbilidad o no sea posible.

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se presentan 6 casos recogidos en nuestro hospital tratados entre el año 2020 y 2023 con este colgajo rotacional, siendo una alternativa a una reconstrucción con cirugía microvascular. En 2 casos se utilizó para cobertura de defecto de pared faríngea posterior por exposición de material de osteosíntesis tras colocación de prótesis vertebral. En un caso fue para reconstrucción facial lateral tras extirpación auricular, parotidectomía y disección cervical funcional ipsilateral, y en otro para cobertura cutánea para el cierre primario de exposición de prótesis temporal. Los últimos dos casos tratan, en primer lugar, sobre una reconstrucción tras retirada de colgajo radial microvascularizado por un segundo tumor primario en trígono retromolar; y en segundo lugar, por un carcinoma epidermoide en región malar tras resección, parotidectomía y disección cervical funcional ipsilateral. El colgajo tuvo buena viabilidad y los resultados fueron óptimos en los cuatro primeros casos. Sin embargo, en el quinto caso clínico el colgajo presentó una necrosis total por lo que se decidió retirada completa del mismo, y en el sexto se decidió extirpación parcial por necrosis de la región distal. En ambos casos, la causa de la necrosis fue secundario a la congestión venosa del colgajo.

## RESULTADOS

El colgajo supraclavicular pediculado es un colgajo fiable, versátil y con gran adaptabilidad para reconstrucciones de cabeza y cuello; tanto a nivel intraoral como extraoral. Conlleva una baja morbilidad operatoria y permite el cierre primario de la zona donante, siendo la anatomía muy constante. Se necesita una curva corta de aprendizaje y con este tipo de colgajo locorregional se consiguen reconstrucciones muy predecibles en el área de cabeza y cuello.

## CONCLUSIONES

Los colgajos pediculados son una alternativa factible en reconstrucción de cabeza y cuello cuando se trata de pacientes con comorbilidades que se puedan beneficiar de una cirugía más sencilla y más rápida. En estos casos los colgajos locorregionales, y en concreto el colgajo en isla dependiente de la arteria supraclavicular, supone una buena opción como alternativa al empleo de colgajos libres.

## RECONSTRUCCIÓN

### [0114] EMPLEO DE LOS IMPLANTES SUBPERIÓSTICOS EN LA CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA ONCOLÓGICA DEL MAXILAR SUPERIOR

J.L. Cebrián Carretero<sup>1</sup>, P. Garrido<sup>2</sup>, N. Montesdeoca<sup>2</sup>, J. González<sup>1</sup>, M<sup>a</sup> J. Morán<sup>2</sup>, A. Fernández<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario La Paz, <sup>2</sup>Hospital Universitario La Luz. Madrid

## BREVE INTRODUCCIÓN

La reparación de los defectos creados tras maxilectomía continúa siendo uno de los caballos de batalla de la cirugía reconstructiva maxilofacial. La restauración completa de los tejidos extirpados requiere el aporte de estructuras óseas, partes blandas y dientes. Los colgajos óseos y de partes blandas microvascularizados son actualmente los más empleados, aunque la colocación de implantes y la rehabilitación dental es compleja en los primeros e imposible en los segundos. En esta situación, los implantes subperiósticos a medida cubiertos de colgajos de partes blandas y portando las conexiones para atornillar prótesis dentales constituyen una alternativa válida para estas situaciones clínicas

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Revisamos las historias clínicas de 7 pacientes sometidos a maxilectomías parciales y totales, reconstruidos empleando colgajos de partes blandas e implantes subperiósticos a medida para la rehabilitación estructural y dental, en el periodo de 2018 a 2023. Evaluamos el éxito de la reconstrucción, la posibilidad de colocación de prótesis dentales, las complicaciones y la calidad de vida.

## RESULTADOS

Todos los pacientes fueron rehabilitados de forma satisfactoria, colocándose prótesis híbridas atornilladas. Las principales complicaciones estuvieron relacionadas con la contracción de los tejidos blandos, especialmente en pacientes radiados, aunque no se expuso ninguno de los implantes. Todos los pacientes valoraron positivamente la rehabilitación y refirieron mejoría en su calidad de vida.

## CONCLUSIONES

El empleo de implantes subperiósticos cubiertos por colgajos de partes blandas en la reconstrucción de los defectos creados tras maxilectomía es una técnica prometedora en la rehabilitación funcional de este tipo de pacientes. Constituyen una alternativa fiable a los colgajos óseos, que son complicados de adaptar a los defectos tridimensionales y que son difícilmente rehabilitables con prótesis implantosoportadas.

## RECONSTRUCCIÓN

### [0116] REGENERACIÓN ÓSEA MEDIANTE TITANIO TRABECULADO PARA COBERTURA DE DEFECTOS MANDIBULARES CRÍTICOS. A PROPÓSITO DE UN CASO

C. Nieto Orihuela, J.F. Granados Colocho, P. Fernández de Córdoba Botia, S. Durán Miguez, H. Piñas Hormeño, Y. Aguilar Lizarralde  
Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga

## BREVE INTRODUCCIÓN

Existen lesiones que una vez resecaadas exceden la capacidad potencial de auto curación normal del hueso, en estos casos la reconstrucción masiva se vuelve una necesidad. En esta comunicación hablaremos del uso de prótesis de titanio trabeculado para la sustitución de dichos defectos mandibulares en una paciente diagnosticada de un queratoquiste. El queratoquiste odontogénico también denominado quiste primordial es definido como un quiste del desarrollo de estirpe odontogénica. Su interés radica en su alto índice de recidivas, que se estima en un 20-30 %. Representan el 3-11 % de los quistes mandibulares.

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Explicamos el uso de prótesis de titanio poroso a medida para defectos óseos mandibulares, acompañado de biomateriales reabsorbibles, probada con experimentación en conejos y llevada a cabo ahora con un caso en humanos con el objetivo de cubrir defectos óseos mandibulares críticos. Presentamos el caso de una paciente diagnosticada de queratoquiste en rama mandibular izquierda intervenida en dos ocasiones anteriores con legrado, recidivando en ambas ocasiones a los años. Operada por nuestro servicio con prótesis de rama mandibular izquierda customizada con bloque de titanio trabeculado + biomateriales para cubrir el defecto.

## RESULTADOS

Resultado exitoso con buen acoplamiento de la prótesis al hueso sano tras resección de la lesión incluyendo márgenes de seguridad y buena movilidad, sin rechazo y buena oclusión, comprobado también con pruebas de imagen postquirúrgica.

## CONCLUSIONES

Mostrar la posibilidad de uso de este tipo de prótesis en paciente con defectos críticos tras resecciones, y plantear así su uso como una opción más para la cobertura de dichos defectos como alternativa a colgajos microquirúrgicos en pacientes que no sean candidatos. Recalcar que todavía es un caso con poco tiempo de seguimiento, será necesario completar resultados con estudios con mayor número de pacientes y con seguimiento a largo plazo.

## RECONSTRUCCIÓN

### [0175] USO DE MEMBRANA AMNIÓTICA PARA CIERRE DE DEFECTOS Y RECONSTRUCCIÓN INTRAORAL. UNA SERIE DE CASOS

E. Martínez Carapeto, J. Parras Hernández, L. Jiménez León, M. Domínguez Gómez, L. Sánchez Navarro, E. Olmos Juárez  
Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

## BREVE INTRODUCCIÓN

La membrana amniótica es un tejido de origen fetal que se lleva usando en cirugía reconstructiva desde hace aproximadamente un siglo, y que tiene múltiples usos descritos hoy en día en la literatura: para cobertura de superficies de úlceras cutáneas, en el tratamiento de la fibrosis submucosa oral, en vestibuloplastias, recesiones gingivales, en fístulas oronasales...

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

En esta comunicación presentamos una serie de casos, en concreto más de 30, de pacientes tratados con membrana amniótica en nuestro hospital. En la gran mayoría de ellos, se ha usado para la reparación y el cierre de defectos mucosos postquirúrgicos en la cavidad oral, tales como extirpación de leucoplasias, granulomas... En nuestra experiencia, solo hemos utilizado membrana amniótica para la reconstrucción tras la extirpación de lesiones de naturaleza benigna, aunque en la literatura se ha descrito su uso tras exéresis de lesiones malignas.

## RESULTADOS

Hemos comprobado que la membrana amniótica es una buena opción reconstructiva en casos de extirpación de lesiones benignas, de tamaño considerable, que de otra manera hubieran requerido el uso de colgajos, colgajos libres, u otro tipo de injertos, que a veces conllevan mucha morbilidad para el paciente. Además, con el uso de membrana, el proceso de cicatrización y cierre de los defectos postquirúrgicos ha sido menos doloroso para el paciente, un proceso más confortable, y ha hecho que tengan que utilizar menos analgésicos.

## CONCLUSIONES

La membrana amniótica es una adecuada opción para el cierre y la reconstrucción de defectos postquirúrgicos tras exéresis de lesiones intraorales, debido a su baja inmunogenicidad, a sus propiedades antiinflamatorias, antifibróticas, y antiangiogénicas, y a que acelera el proceso de cicatrización de las heridas quirúrgicas, y el de epitelización.

## RECONSTRUCCIÓN

### [0182] AMELOBLASTOMAS. RECONSTRUCCIÓN CON COLGAJO LIBRE DE PERONÉ. REVISIÓN DE CASOS TRATADOS EN NUESTRO SERVICIO

P. Fernández de Córdoba Botía, H. Piñas Hormeño, M. Sánchez Sánchez, E. Rodríguez Mariño, M.A. Contreras Morillo, Y. Aguilar Lizarralde  
Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga

## BREVE INTRODUCCIÓN

Los ameloblastomas son tumores benignos que se originan en el epitelio de origen ectodérmico. Representan el 1 % de todos los tumores mandibulares, pero son el segundo tumor odontogénico más común. Más frecuentes en mandíbula que en maxilar superior. Estos tumores rara vez pueden convertirse en neoplasias malignas o estar asociado con ella, aunque tienen un comportamiento agresivo. Se manifiestan sobretudo en la tercera y cuarta década de la vida, sin diferencias significativas en razón de sexo y de raza. El estudio comienza cuando el paciente acude por una lesión de crecimiento lento, infección, dolor o mediante un hallazgo casual el prueba de imagen. Se diagnostica mediante pruebas de imagen, sobretudo ortopantomografía y TAC, con un estudio anatomopatológico como diagnóstico definitivo. El tratamiento de elección con intención curativa es la escisión completa mediante mandibulectomía, siendo el curetaje y la marsupialización tratamientos no curativos.

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Revisión de casos de ameloblastoma tratados en nuestro servicio mediante reconstrucción con colgajos microvascularizados. Se recogen pacientes con diagnóstico de ameloblastoma mandibular en nuestro servicio tratados mediante mandibulectomía segmentaria y reconstrucción con colgajo libre microvascularizado, principalmente de peroné. Se realiza estudio de 9 pacientes en total, 7 varones y 2 mujeres con edades comprendidas entre los 15 años y los 72 años. Remitidos a nuestras consultas en su mayoría por su dentista por abombamiento vestibular o por hallazgos en ortopantomografía. Todos ellos tratados mediante mandibulectomía segmentaria realizando osteotomías con guías de corte y posterior reconstrucción con colgajo libre microvascularizado de peroné excepto una de las pacientes, la cual se realizó reconstrucción con cresta iliaca debido a la profesión de bailarina. Todos ellos intervenidos mediante planificación quirúrgica previa lo que tiene como ventaja, la mayor precisión, menor tiempo quirúrgico, menores complicaciones.

## RESULTADOS

En todos los casos, los resultados han sido satisfactorios, sin incidencias en el postoperatorio excepto en uno de los casos que hubo que reintervenir nuevamente por epidermolisis del injerto libre de piel que cubría el defecto de la isla cutánea del peroné. El ingreso medio de nuestros pacientes fue de 12 días.

## CONCLUSIONES

El ameloblastoma es un tumor benigno aunque tiene un comportamiento agresivo que hay que tener en cuenta a la hora de una decisión quirúrgica. El tratamiento quirúrgico definitivo de los ameloblastomas es la resección quirúrgica, siendo una de las opciones reconstructivas el colgajo libre microvascularizado de peroné. El uso de la planificación prequirúrgica disminuye el tiempo quirúrgico, aumenta la precisión y evita complicaciones del postoperatorio.

## RECONSTRUCCIÓN

### [0205] RECONSTRUCCIÓN MICROQUIRÚRGICA EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA

E.M. Montoro Serrano, C. López Martínez, M. M. Pampín Martínez, J. P. Rodríguez Arias, J.L. Cebrián Carretero  
Hospital Universitario La Paz. Madrid

## BREVE INTRODUCCIÓN

El aumento progresivo de la esperanza de vida ha resultado en un incremento de la edad de los pacientes que se atienden en la actualidad. En el campo de la Cirugía Oral y Maxilofacial la reconstrucción mediante colgajos microvascularizados es uno de sus principales caballos de batalla. La seguridad de la microcirugía reconstructiva en pacientes de edad avanzada ha sido motivo de estudio en los últimos años y a día de hoy continúa siendo objeto de debate si esta se asocia a mayores riesgos o complicaciones.

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Con el objetivo de estudiar este aspecto se realiza un estudio retrospectivo de los pacientes mayores de 65 años sometidos a intervenciones de reconstrucción microquirúrgica para evaluar tanto los resultados como las posibles complicaciones.

## RESULTADOS

El número de pacientes ancianos sometidos a microcirugía reconstructivamente es susceptiblemente menor en comparación con pacientes de edad mas joven. La incidencia de complicaciones en el grupo de mayor edad fue de un 80 % frente al 70 % de complicaciones en el otro grupo de estudio, sin embargo las complicaciones que requirieron intervención quirúrgica bajo anestesia general fueron mas frecuentes en el grupo de edad menor. La duración de hospitalización en ambos grupos fue similar, de en torno a 25 días.

## CONCLUSIONES

La cirugía reconstructiva es en general segura en los pacientes de edad avanzada.

## RECONSTRUCCIÓN

### [0216] COMPLICACIONES INFECCIOSAS DE LA RECONSTRUCCIÓN MICROQUIRÚRGICA CON COLGAJO LIBRE DE PERONÉ. EXPERIENCIA DE NUESTRO SERVICIO

R. Lewko, A. M. Roig, C.D. Arranz Obispo, M. Melero Luque, A. Morla, S. Cuscó Albors  
Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona

## BREVE INTRODUCCIÓN

La reconstrucción microquirúrgica con colgajo libre de peroné es de elección en la reconstrucción de defectos segmentarios mandibulares y maxilares. No está exenta de complicaciones, reportando algunos estudios tasas de fallo de colgajo entre 3 y 20 %, de retirada de barra de reconstrucción del 6,3-7,3 % o de infección entre 4 y 28 %.

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

En este estudio se realiza una cohorte retrospectiva de los pacientes con reconstrucción maxilar o mandibular con colgajo microquirúrgico de peroné en los años 2015-2021 en nuestro servicio. Como complicaciones se registra la presencia de hematoma, infección, dehiscencia cervicofacial, fallo parcial o total de colgajo y exposición y retirada del material de osteosíntesis. Se excluyen los pacientes que en contexto de pandemia por SARS-CoV-2 han recibido tratamiento con QT-RT radical previa y se les realiza cirugía de rescate. La reconstrucción microquirúrgica con peroné se realiza mediante técnica convencional, con administración de 2g de amoxicilina/ ácido clavulánico intraoperatorios y sin profilaxis antibiótica posterior. Para registrar la complicación se emplean los siguientes criterios. Revisión quirúrgica de anastomosis vascular. Hematoma: criterio clínico del cirujano o hallazgo radiológico, requiriendo o no de reintervención. Dehiscencia: hallazgo clínico, ya sean cutáneas cervicofaciales como de mucosa oral. Infección: que requiere antibioterapia a criterio del cirujano. Fallo de colgajo parcial: necrosis de isla cutánea. Fallo de colgajo total: fallo microquirúrgico con necesidad de retirada del colgajo. Exposición intraoral o cervical del material de osteosíntesis. Necesidad de retirada del material de osteosíntesis.

## RESULTADOS

De los 60 pacientes recogidos presentan necesidad de revisión de anastomosis arterial un 8 % (n=5), venosa 3 % (n = 2) y de ambas un 3 % (n = 2), hematoma 11 % (n = 7), dehiscencia 53 % (n = 32), infección 68 % (n = 41), fallos de colgajo parciales 20 % (n = 12), fallos de colgajo totales 11 % (n = 7), exposición del material de osteosíntesis 30 % (n = 18) y necesidad de retirada del material de osteosíntesis 28 % (n = 17).

## CONCLUSIONES

La reconstrucción oral con colgajo microvascularizado de peroné presenta una tasa de complicaciones elevada. En el caso de nuestro servicio tenemos tasas de revisión del colgajo y fallo de colgajo similar al de otros centros, pero registramos una tasa de infecciones superior, seguramente debido a la administración sistemática de antibioterapia profiláctica postoperatoria en otros centros y a la forma de registrar esta complicación.



## RECONSTRUCCIÓN

### [0227] “JAW IN A DAY” NUESTRA EXPERIENCIA EN LA UNIVERSIDAD DE FLORIDA JACKSONVILLE

M. Morante Silva<sup>1</sup>, S. García Martín<sup>2</sup>, A. Bunnell<sup>1</sup>, S. Omar Salman,<sup>1</sup> Stacey Nedrud<sup>1</sup>, R. Fernandes<sup>1</sup>

<sup>1</sup>University Florida. Jacksonville, <sup>2</sup>Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

## BREVE INTRODUCCIÓN

La reconstrucción mandibular ha evolucionado para obtener mejores resultados, tanto estéticos como funcionales. Hace relativamente poco tiempo se ha descrito la técnica “Jaw in a day” que permite, no solo la colocación de implantes dentales de forma inmediata en el peroné, durante la cirugía de reconstrucción mandibular, sino también la colocación de una prótesis dental temporal en el mismo procedimiento quirúrgico. Esta técnica ofrece una solución más completa y eficiente para los pacientes que han sido sometidos a mandibulectomías segmentarias.

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Presentamos dos casos tratados en nuestro departamento de Cirugía Maxilofacial y de Cabeza y Cuello en la Universidad de Florida Jacksonville, en los que se realizó la resección segmentaria de mandíbula debido a tumores benignos, ambos ameloblastomas, que a su vez fueron reconstruidos mediante dicha técnica. En ellos se realizó una planificación quirúrgica virtual de la resección, la reconstrucción con colgajo libre de peroné, y la restauración con implantes y prótesis dental similar a la dentición preoperatoria del paciente. La planificación, se llevo a cabo en base a las pruebas de imagen de CT facial, CTA de extremidades inferiores y el escaneado dental. Los pacientes fueron revisados por odontología-prótesis previa a la cirugía en la que se determinaron los objetivos, las expectativas así como el presupuesto. En ambos casos, la cirugía se realizó en dos equipos uno de ablación y uno de reconstrucción. En la ablación se utilizaron las guías de corte de la planificación virtual, se lateralizó en nervio dentario para su posterior reconstrucción con un injerto nervioso sintético con anastomosis distal al nervio mentoniano, y se utilizaron placas de reconstrucción personalizadas. En la reconstrucción se utilizaron también guías de corte basadas en la planificación virtual, tanto para las osteotomías del peroné como para la colocación de los implantes dentales previo a la disección del pedículo del peroné. Ninguna de las cirugías tuvo complicaciones intraoperatorias. Se llevó a cabo la colocación de la prótesis temporal dental al final de la cirugía. Después de la cirugía los pacientes fueron extubados y trasladados a la planta de Maxilofacial de cuidados intermedios. Ninguno de los pacientes presentó complicaciones postquirúrgicas; se siguió el protocolo habitual de nuestro departamento para los pacientes sometidos a cirugía de reconstrucción microquirúrgica, y se dio el alta a la semana de la cirugía. Un paciente presentó una dehiscencia en la cara lingual de un cm que retrasó el comienzo de la tolerancia oral. Los pacientes fueron revisados posteriormente, progresaron adecuadamente de dieta líquida a de fácil masticación y a dieta regular, continuaron revisiones periódicas tanto con el equipo dental como el quirúrgico.

## RESULTADOS

La cirugía de reconstrucción mandibular mediante técnicas microquirúrgicas está ampliamente descrita en la literatura que presenta una tasa de éxito de mas del 95 %; el peroné es el colgajo de elección en la mayoría de los casos de defectos segmentarios mandibulares. La combinación de implantes inmediatos es una técnica extendida desde hace años. La técnica “Jaw in a day” presenta una alta tasa de éxito con una supervivencia de los implantes dentales descrita de mas del 90 % en pacientes con reconstrucción mandibular, como en nuestros casos. Esta técnica presenta buenos resultados funcionales y alta satisfacción, con pocas complicaciones reportadas y disminución del numero de cirugías, ofreciendo múltiples ventajas para los pacientes que han sido sometidos a una mandibulectomía segmentaria. La mayoría de casos en los que se recomienda esta técnica reconstructiva son generalmente patología benigna, tanto tumores benignos como osteonecrosis. Esto es debido a la controversia de la colocación de implantes en pacientes que van a recibir tratamiento de radioterapia tras la ablación de tumores malignos. En nuestros pacientes se incluyó al mismo tiempo de la cirugía, la reconstrucción del nervio dentario mediante injerto sintético. Esto permite la restauración de la sensibilidad tras la sección del nervio dentario debido a la inclusión en la pieza quirúrgica para mantener adecuados márgenes quirúrgicos. Existen estudios que asocian una alta tasa de recuperación sensitiva, sin embargo la mayoría suele ser diferida meses



tras la reconstrucción. En nuestros pacientes uno ha reportado una recuperación de la sensibilidad tras 3 meses postoperatorios, y en el segundo caso estamos aun en periodo de observación debido a que han transcurrido cinco semanas desde la intervención.

### CONCLUSIONES

La técnica “Jaw in a day” es una excelente opción para la reconstrucción mandibular con colocación inmediata de implantes dentales y la restauración dental en pacientes sometidos a ablación mandibular secundaria a tumores y patología benigna. La planificación preoperatoria, la correcta educación pre y postoperatoria del paciente son cruciales para lograr resultados exitosos con dicha técnica.

## RECONSTRUCCIÓN

### [0240] ESTUDIO DEL COLGAJO PERONEO EN RECONSTRUCCIÓN MANDIBULAR Y REVISIÓN DE NUESTRA CASUÍSTICA

M. Reyes Raya, J.J. Maldonado Ostias, C. España Fuentes, J.A. Fernández Martínez, C. Voltas Moreno, T. Usón Bouthelier  
Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

## BREVE INTRODUCCIÓN

La reconstrucción mandibular constituye un permanente desafío e implica la restauración de múltiples funciones: masticación, deglución, fonación, respiración y un importante componente estético. Con la intención de lograr un óptimo reemplazo del hueso mandibular se han ensayado múltiples técnicas y materiales a lo largo del último siglo. Desde los injertos óseos autólogos no vascularizados, el uso de placas de reconstrucción, los colgajos osteomiocutáneos pediculados, hasta los colgajos libres microquirúrgicos que son los que a día de hoy constituyen la primera opción reconstructiva siempre que sea posible.

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Estudio de las características del colgajo microquirúrgico de peroné, así como, evaluación descriptiva de pacientes con colgajo libre de peroné para reconstrucción mandibular en nuestro servicio entre enero 2018 y febrero 2023. En este periodo se realizaron un total de 20 colgajos microquirúrgicos de peroné. Quince fueron varones con una edad promedio de 54,7 años. En nuestra serie la principal causa de resección mandibular fueron los carcinomas epidermoides de mucosa oral con invasión mandibular (16 casos). El 80 % de los colgajos fueron osteocutáneos y solo 4 casos fueron colgajos óseos. Casi la mitad (9 casos), se llevaron a cabo mediante planificación prequirúrgica con guías de corte para la resección mandibular y osteotomía del peroné, así como, customización de la placa de reconstrucción. Sufrimos la pérdida de 2 paletas cutáneas por fallo de los vasos perforantes y de 4 colgajos (80 % de éxito). En los casos de pérdida de colgajo, dos fueron por fallo arterial y 2 por infección cervical que terminó por generar daño vascular del injerto. En el caso de los carcinomas escamosos, tras su resección y análisis anatomopatológico, todos resultaron ser T4. Por ello, todos ellos fueron tratados posteriormente con RT +/- QT coadyuvante. No se ha reportado ningún caso de pérdida de colgajo post tratamiento coadyuvante. El tiempo medio de seguimiento fue de 22,4 meses (1,8 años). Durante este seguimiento encontramos 3 fallecimientos. El 85 % de la serie se encuentra libre de enfermedad locoregional en el momento actual. Si analizamos la cronología de nuestra serie de casos, observamos que durante los años 2020-2021 solo se realizaron 3 de estos 20 colgajos. Este periodo temporal coincide con la pandemia COVID, lo que muestra una disminución significativa de las reconstrucciones microquirúrgicas que se llevaron a cabo en este periodo.

## RESULTADOS

De acuerdo con la literatura, los vasos tibiales pueden no encontrarse o estar presentes de forma rudimentaria, además, los cambios ateroscleróticos también pueden conllevar un riesgo de pérdida del colgajo. Por ello, todos nuestros casos fueron evaluados previamente mediante angioTC de miembros inferiores. Pueden ser extraídos hasta 25 cm de peroné siempre que se respeten los 7-8 cm distales y proximales. En nuestra serie la cantidad y calidad de hueso transportado fue, en todos los casos, suficiente para reparar el defecto mandibular y en la región donante la incidencia de secuelas fue baja. La irrigación del hueso peroné se basa en la arteria peronea, rama de la arteria tibial posterior, que ingresa al hueso peroné en su cara posterointerna y a través del periostio, lo que lo dota de una rica vascularización al hueso peroné. Este colgajo se puede transferir como colgajo libre óseo o con una paleta cutánea constituyendo un colgajo osteocutáneo. Esta paleta cutánea, es irrigada por vasos perforantes septocutáneos o musculocutáneos que suelen ser de localización variable. Aun así, en nuestra experiencia, y tal y como indica la literatura, en la zona de unión del tercio inferior y tercio medio solemos encontrar perforantes septocutáneos de manera más constante. La longitud del pedículo vascular es limitada por la bifurcación de la arteria tibial posterior. En nuestra serie encontramos en todos los casos pedículos suficientemente largos y de buen calibre, haciendo las anastomosis microquirúrgicas cervicales posibles sin problemas. Dadas las características de este hueso, se puede lograr una restauración de la fonación, deglución, respiración y estética, incluso de



la masticación, ya que se pueden colocar en el peroné implantes osteointegrados para la rehabilitación dental. La reconstrucción funcional de nuestros pacientes fue satisfactoria en todos los casos.

### CONCLUSIONES

El colgajo microquirúrgico de peroné aporta gran cantidad ósea y es el único que permite una reconstrucción mandibular total de cóndilo a cóndilo. Además, se puede añadir una excelente paleta cutánea, delgada y flexible, para cubrir defectos mixtos. Posee también un pedículo vascular suficientemente largo y de buen calibre para las anastomosis cervicales. Además, constituye un colgajo seguro con baja morbilidad en la zona donante y práctico porque permite su elevación mediante abordaje simultáneo por dos equipos quirúrgicos.

## RECONSTRUCCIÓN

### [0281] EL COLGAJO DE BOLA ADIPOSA DE BICHAT. NUESTRO PEQUEÑO GRAN ALIADO

B. G. Pantilie<sup>1,2</sup>, B. Duarte Ruiz<sup>1,2</sup>, M. Estero Serrano de la Cruz<sup>1</sup>, R. Galán Hernández<sup>1</sup>, M. Cuesta Gil<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Hospital General Universitario Ciudad Real, <sup>2</sup>Clínica CIMAX. Ciudad Real

## BREVE INTRODUCCIÓN

El colgajo de bola adiposa de Bichat fue descrito por primera vez por el alemán Lorenz Heinster en 1727, refiriéndose al mismo como la Glandula Moralis (glándula del molar). Fue el francés Xavier Bichat el que en 1801 lo describió como un colgajo adiposo, independiente de el resto de tejido graso adyacente, aunque no fue hasta 1977 que Peter Egyedi lo usó de manera pediculada para el cierre de fistulas oroantrales y oronasales. Finalmente en 1986 Tideman demostró que el colgajo simple sin piel se reepiteliza en 3 semanas. Desde entonces se han descrito múltiples usos y técnicas para el cierre de defectos y patologías intraorales.

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Presentamos una serie de casos para describir y explicar las diferentes técnicas de disección del colgajo de bola adiposa de Bichat y sus diferentes usos, desde casos sencillos de comunicación orosinusal hasta reconstrucción combinada de defectos de orofaringe e incluso su uso en casos graves de osteonecrosis por bifosfonatos.

## RESULTADOS

El colgajo de bola adiposa de Bichat presenta una anatomía estable lo que lo convierte en un colgajo seguro en manos de cualquier cirujano con experiencia. Puede usarse desde pediculado parcialmente, pediculado completo y hasta libre. Su uso puede ser aislado o en combinación con otros colgajos locales. Es un colgajo imprescindible para tener como aliado entre la amplia gama de técnicas de reconstrucción intraoral.

## CONCLUSIONES

El cambio de paradigma referente a los cánones de belleza nos posiciona ante la pérdida de un gran aliado a la hora de realizar reconstrucciones intraorales con mínimo daño en la zona donante y unos resultados muy buenos. Tenemos que cuestionarnos si verdaderamente queremos una sociedad en la que prima lo estético sobre lo funcional, sobre la salud sobre la ética.

## TRAUMATOLOGÍA Y TRATAMIENTO DE SECUELAS

### [0014] ¿ES NECESARIA LA CANTOPEXIA TRANSNASAL PARA LA REPOSICIÓN ADECUADA DEL LIGAMENTO CANTAL MEDIAL AVULSIONADO?

F.J. Alamillos Granados, A. Dean Ferrer, C. Centella Gutiérrez, O.A. Estévez Cordero, A. Martín Marín, J.A. Monserrat Barbudo  
Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

#### BREVE INTRODUCCIÓN

El tendón cantal medial sujeta en posición el canto interno permitiendo la aposición correcta entre el párpado y el globo. Su labio posterior se fija a la cresta lacrimonasal posterior y así mantiene el canto en su posición. Las fracturas naso-órbito-etmoidales pueden provocar una desinserción del ligamento cantal medial condicionando trastorno estéticos y funcionales. La reposición quirúrgica en su correcta posición es el tratamiento para corregir esta deformidad. Tradicionalmente se ha empleado el alambrado transnasal para conseguir este objetivo. Nuestra técnica es mucho más sencilla y obtiene los mismos resultados.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Hemos tratado cuatro pacientes con el canto medial avulsionado siguiendo esta técnica. Una miniplaca en "L" se moldea de tal manera que el brazo largo se fija con tornillos al hueso frontal y el brazo corto se adapta a la forma teórica de la pared medial orbitaria. El orificio más posterior del brazo corto se coloca en la parte más superior de la teórica cresta lacrimonasal posterior. A continuación se retiran los tornillos y la placa. A través de una pequeña incisión en la piel del canto interno se localiza el ligamento cantal. Se pasa por él una sutura no resorbible (habitualmente alambre barbado) que se anuda al orificio distal del brazo corto de la "L". Al recolocar y fijar con tornillos la miniplaca, el orificio distal arrastra el canto a su correcta posición.

#### RESULTADOS

Los cuatro pacientes consiguieron una reposición cantal adecuada y permanente.

#### CONCLUSIONES

Empleando esta técnica evitamos el farragoso alambrado transnasal, obteniendo los mismos buenos resultados.

## TRAUMATOLOGÍA Y TRATAMIENTO DE SECUELAS

### [0050] PATRONES DE FRACTURAS FACIALES EN ACCIDENTES CON PATINETE ELÉCTRICO EN CENTRO URBANO

E. Olavarría Montes, J. Asensio Salazar, A. Alarcón Granero, A. Delgado Fernández, I. Zubillaga Rodríguez, G. Sánchez Aniceto  
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

#### BREVE INTRODUCCIÓN

El patinete eléctrico ha surgido como un medio de transporte cada vez más popular, experimentando un crecimiento exponencial en centros urbanos en los últimos 5 años. Sin embargo, este aumento ha conllevado un incremento sustancial de accidentes y traumatismos graves, en especial a nivel craneofacial. El objetivo de este estudio fue recopilar y analizar la epidemiología y los patrones de fractura en el área sanitaria de nuestro centro hospitalario en Madrid.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

El diseño de estudio fue observacional prospectivo. Se recogieron un total de 41 pacientes atendidos en el servicio de urgencias de nuestro centro por fracturas faciales causadas por accidente en patinete eléctrico durante un periodo de 24 meses entre 2021-2022. Se recopiló información incluyendo datos demográficos, uso de casco, intoxicación, mecanismo de accidente, lesiones asociadas, patrones de fractura, tratamiento y secuelas.

#### RESULTADOS

La edad media de los pacientes fue 34 años, con un 65.85 % de varones. Solamente un 9.5 % portaban casco, con 53.6 % de los accidentes ocurriendo de noche (22:00 a 08:00 horas). La velocidad media era 22.9km/h, con un 41.5 % de pacientes intoxicados en el momento del accidente. El 51.3 % de los pacientes tuvieron que ser trasladados a nuestro centro en ambulancia medicalizada, con 24.4 % pasando directamente a la unidad de cuidados intensivos (UCI) y 14.6 % requiriendo intubación por alto riesgo de compromiso de vía aérea. Un 83 % presentaban heridas faciales. Las fracturas observadas con mayor frecuencia fueron a nivel mandibular (19 fracturas) y maxilar (13 fracturas). Un 61 % de paciente sufrieron fracturas múltiples faciales, y un 32 % de manera bilateral. La fractura mandibular más frecuente fue a nivel de rama/cóndilo. Un 51.2 % de las fracturas requirieron manejo urgente, y un 53.7 % precisaron manejo quirúrgico. La estancia media de ingreso fue 3 días, y en aquellos con ingreso en UCI, la estancia mediana fue de 2 días. Un 2.4 % refirieron secuelas visuales, 26.2 % secuelas oclusales (la más frecuente siendo la pérdida dentaria) y 26.2 % neurológicas (alteraciones sensitivas de nervio trigémino).

#### CONCLUSIONES

Se presentan los patrones de fractura facial más comunes en los accidentes por patinete eléctrico. El patinete eléctrico supone un medio de transporte con alto riesgo de lesiones faciales de gravedad, destacando una tasa alarmante de usuarios sin casco e intoxicados. Parece imprescindible, por tanto, implementar una normativa sobre el uso de casco y condiciones de uso de estos vehículos.



## TRAUMATOLOGÍA Y TRATAMIENTO DE SECUELAS

### [0051] FRACTURAS DE SENO FRONTAL CON AFECTACIÓN DE PARED POSTERIOR: NUESTRO ALGORITMO TERAPÉUTICO

J. Asensio-Salazar, I. Zubillaga Rodríguez, E. Olavarria Montes, V. J. Gómez, M. Mejía Nieto, G. Sánchez Aniceto  
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

#### BREVE INTRODUCCIÓN

Las fracturas del seno frontal representan el 5-15 % del total de fracturas craneofaciales. En términos generales, se relacionan con eventos traumáticos de alta energía y suelen asociar un elevado número de complicaciones. La tasa y complejidad de las complicaciones dependen principalmente de las estructuras anatómicas a la que afectan. En concreto, aquellas que incluyen la tabla posterior se relacionan con mayor tasa y potencial gravedad, dada su proximidad al sistema nervioso central. El objetivo de este estudio es analizar el tratamiento y evolución de las fracturas de seno frontal que afectan a la tabla posterior intervenidas en los últimos 3 años en nuestro centro y presentar nuestro algoritmo terapéutico.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se realizó un análisis retrospectivo de pacientes intervenidos por fractura de seno frontal con afectación de la pared posterior en nuestro centro durante los últimos 3 años. Se recogieron variables demográficas, diagnósticas (trazo de fractura, impacto recibido, mecanismo lesional, heridas y edema local, fístula de LCR, exposición de masa encefálica...), terapéuticas (abordaje quirúrgico, tiempo hasta la intervención, tratamiento recibido) y de seguimiento (CT de control, sintomatología y complicaciones) Se realizó un análisis descriptivo con SPSS

#### RESULTADOS

10 pacientes fueron intervenidos de fracturas de seno frontal con afectación de pared posterior. Todos eran varones, con una edad media de 25 años de edad. Las causas de las fracturas fueron: atropello (30 %), accidente de tráfico (30 %), precipitación (20 %), accidente deportivo (10 %) y herida por arma blanca (10 %). La afectación de la pared posterior se clasificó en: no desplazada (30 %), desplazada (40 %), conminuta (30 %). Todos ellos presentaban algún grado de afectación en la pared posterior y 8 de ellos alteración en el ducto nasofrontal. Además, 2 pacientes presentaron fístula de LCR objetivable en el momento agudo y uno de ellos exposición de la masa encefálica 4 pacientes requirieron de la cranealización del seno, 5 la obliteración del seno. Uno fue tratado mediante la retirada de fragmentos conminutos y sellado de la fosa craneal anterior con un colgajo libre. La colaboración con neurocirugía para reparar la duramadre fue necesaria en 4 casos. Durante el seguimiento, 2 pacientes desarrollaron dolor fronto-orbitario, 3 crisis epilépticas (2 focales y 1 generalizadas) y uno de ellos requirió una de prótesis de PEEK a medida. Ninguno de ellos desarrolló rinolicuorrea o complicaciones infecciosas postquirúrgicas.

#### CONCLUSIONES

Las fracturas de seno frontal que afectan a la tabla posterior tienen un elevado potencial de complicaciones. La demora terapéutica y la técnica quirúrgica indicada deben ser adecuadas al cuadro clínico del paciente.

## TRAUMATOLOGÍA Y TRATAMIENTO DE SECUELAS

### [0067] USO DE LA PLANIFICACIÓN 3D IN HOUSE EN EL TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS EN MANDÍBULAS ATRÓFICAS

A. García López-Chicharro, C. López Martínez, Í. Aragón Niño, A.D. Moreiras Sánchez, M.M. Pampín Martínez, J.L. Cebrián Carretero  
Hospital Universitario La Paz. Madrid

#### BREVE INTRODUCCIÓN

La planificación 3D en traumatología facial ha revolucionado la forma en que los profesionales abordan los casos de lesiones faciales. Esta herramienta permite una visión más precisa y realista del problema a tratar, lo que facilita la planificación del tratamiento quirúrgico. La planificación 3D también tiene beneficios en términos de reducción del tiempo quirúrgico, costes y precisión en el tratamiento. Además, permite una mayor predictibilidad de los resultados y la comparación con los resultados quirúrgicos finales previstos. En el caso específico de fracturas en pacientes edéntulos con mandíbula atrófica, se requiere una reducción y fijación mediante placas de carga soportada que pueden requerir un mayor tiempo de manipulación para la adaptación a la anatomía de cada caso. Sin embargo, la planificación 3D permite adaptar previamente las placas a la situación final deseada en el paciente, lo que ahorra tiempo quirúrgico y mejora la precisión del tratamiento. En este caso, la herramienta utilizada para la planificación es Meshmixer.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

La segmentación de la mandíbula es esencial para el tratamiento virtual de las fracturas. Sin embargo, la segmentación automática en mandíbulas atróficas no siempre es precisa y puede tener artefactos. Por lo tanto, se recomienda usar otras herramientas para segmentar el tejido óseo, como la herramienta Threshold, y perfeccionar manualmente con Smartbrush en Software de Brainlab. Luego, importamos el modelo a Meshmixer y eliminamos todo aquello que haya sido segmentado y que no es mandíbula. Se dividen los 3 fragmentos de la fractura. Usando la herramienta Transform, movemos los fragmentos hasta que la mandíbula quede reducida de manera óptima y luego los combinamos en un solo modelo. Para evitar errores en la impresión 3D, se recomienda incluir una estructura que haga de unión en los focos de fractura sin afectar a la cortical externa y, en este caso, se usaron cilindros sólidos en cada foco de fractura. Después de exportar el modelo como STL a PreForm, se imprimió el modelo con resina biocompatible. Con el modelo 3D impreso, se premoldearon dos placas de reconstrucción adaptadas a la anatomía final deseada para el paciente, lo que permitió una reducción importante del tiempo quirúrgico durante la cirugía.

#### RESULTADOS

Tratar fracturas en mandíbulas atróficas presenta desafíos debido a la fragilidad del hueso, la falta de oclusión como guía y las comorbilidades de los pacientes que se tratan. Para el tratamiento de estas fracturas, se utilizan placas de carga soportada, que requieren tiempo para adaptarse a la anatomía del paciente dada su robustez. Anteriormente era un paso que se hacía durante la cirugía, pero la tecnología 3D permite ahorrar tiempo. Los estudios sugieren que la planificación 3D puede reducir el tiempo quirúrgico en la reconstrucción mandibular. Reducir el tiempo quirúrgico no solo reduce costos, sino que también disminuye las complicaciones anestésicas en pacientes mayores con comorbilidades. La planificación 3D también aumenta la precisión y permite a los profesionales independencia en la planificación de casos. Por lo tanto, es importante que los profesionales estén entrenados en el uso de estas herramientas.

#### CONCLUSIONES

La planificación 3D virtual in house permite ahorrar tiempo quirúrgico, aumentar la predictibilidad de los resultados quirúrgicos y evitar comorbilidad a los pacientes. El hecho de hacerlo de forma "in-house" ahorra los costos, y los tiempos de manufacturación de las casas comerciales.

## TRAUMATOLOGÍA Y TRATAMIENTO DE SECUELAS

### [0084] ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS FRACTURAS FACIALES TRATADAS QUIRÚRGICAMENTE EN EL HRUM DURANTE EL AÑO 2022. MÁLAGA UNA CIUDAD CON GRAN ATRACTIVO TURÍSTICO

H. Piñas Hormeño, P. Fernández de Córdoba Botia, M. Sánchez Sánchez, C. Nieto Orihuela, M.A. Contreras Morillo, Y. Aguilar Lizaralde  
Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga

#### BREVE INTRODUCCIÓN

Las fracturas faciales son una causa importante de morbilidad y pueden tener consecuencias importantes, tanto estéticas como funcionales. Según muchos estudios, las estadísticas están directamente relacionadas con la ubicación geográfica y los aspectos culturales. Málaga es una provincia con un gran número de traumatismos faciales debido a la gran población multicultural que abarca al ser una ciudad con gran atractivo turístico. Nuestro objetivo en el presente estudio es describir la epidemiología de la traumatología facial en pacientes operados en el servicio de Cirugía oral y maxilofacial del Hospital Regional Universitario de Málaga, centro de referencia de la provincia, durante el año 2022. La recopilación de datos de las fracturas en la región maxilofacial es importante para conocer la estadística de cada dentro, y además permite el desarrollo y la evaluación de medidas de tratamiento y prevención.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Hemos realizado un estudio descriptivo retrospectivo de todos los casos de fracturas faciales en pacientes adultos intervenidos en el Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Regional Universitario de Málaga durante el año 2022. Un total de 96 pacientes intervenidos quirúrgicamente. Se excluyeron del estudio aquellos pacientes con fracturas faciales evaluados en la urgencia que no requirieron de tratamiento quirúrgico y las fracturas nasales aisladas. Se analizaron las variables de género, edad, nacionalidad, estación del año en la que se produjo la lesión, tipo de fractura, causa del traumatismo, estado ético, tipo de tratamiento, tipo de abordaje, estado físico del paciente (ASA), tiempo quirúrgico, tiempo de hospitalización postquirúrgica, complicaciones, tipo de complicaciones y necesidad de reintervención. La información ha sido obtenida de las historias clínicas a través del sistema informático del hospital. Se obtuvo la autorización del departamento de ética y calidad de nuestro hospital para poder revisar las historias clínicas y no implicó ningún conflicto bioético. Las causas del traumatismo facial han sido clasificadas en 5 categorías: violencia/agresiones, accidentes de tráfico (incluyendo accidentes en patinete), accidentes deportivos, accidentes domésticos, precipitados y accidentes laborales. Las fracturas faciales fueron clasificadas en 6 grupos: fracturas mandibulares (unifocales, bifocales o complejas), complejo cigomático-maxilar (con o sin arco cigomático), orbitarias (pared medial, suelo y techo), fracturas tipo LeFort I/II/III, fracturas de pared anterior de seno frontal, y fracturas panfaciales (incluyen los tres tercios faciales). El tipo de tratamiento ha sido dividido en reducción cerrada o abierta además de la necesidad de utilización de osteosíntesis para su fijación. El tiempo quirúrgico fue contabilizado en minutos, mientras que la estancia hospitalaria posquirúrgica fue contabilizada en horas. Las complicaciones han sido clasificadas en 4 grupos en función del tipo de fractura que abarcan maloclusión, diplopía, distopia, infección postquirúrgica, pseudoartrosis, hipoestesia o ectropión/entropión.

#### RESULTADOS

Se obtuvieron 96 pacientes, 84 (87,5 %) hombres y 12 (12,5 %) mujeres con un promedio de edad de 39 años (SD:  $\pm 16$ ), presentando el paciente más joven 15 años y el paciente más longevo 79 años. El 34 % de los pacientes eran extranjeros y algo más de la mitad de los traumatismos sucedieron durante la estación primavera/verano (52 %). La etiología más frecuente fueron las agresiones físicas en un 47 % de los casos, siendo más frecuente en hombres que en mujeres, seguido de los accidentes de tráfico en un 19,8 %, de los cuales 9 pacientes se debieron a accidentes en patinete. Con menor incidencia 11 pacientes presentaron accidentes en el entorno doméstico, 6 pacientes laborales y 5 pacientes deportivos. En 10 pacientes la causa fue una precipitación a más de 2 metros de altura. De todos ellos, hasta un 27,1 % se encontraban bajo los efectos del alcohol durante el traumatismo, siendo esto más común en hombres (52,4 %) respecto a las mujeres (8,3 %). Se pudo encontrar

que la mayor cantidad de traumatismos faciales en las mujeres fueron accidentes domésticos, fundamentalmente caídas (50 %). Las fracturas mandibulares fueron la localización más prevalente en ambos géneros (43,8 %), seguidas de las fracturas complejo cigomático-maxilar (19,8 %) y en tercer lugar las fracturas orbitarias (18,8 %). Dentro de las fracturas mandibulares observamos que las más frecuentes eran las bifocales con un 61,9 % de los casos. El tratamiento quirúrgico más realizado fue la reducción abierta con osteosíntesis y los abordajes fundamentalmente intraorales en el caso de fracturas mandibulares y de tercio medio, además de abordaje subciliar para el tratamiento de la patología orbitaria. Un 24 % de los pacientes fueron pacientes politraumatizados y requirieron de la intervención adicional de otro especialista. En relación al estado general y riesgo anestésico de los pacientes, el 56 % presentaban un ASA II y solo un 7,3 % un ASA mayor o igual a III. El tiempo quirúrgico medio fue de 70 minutos (SD:  $\pm 40$ ), siendo la media más larga en aquellas fracturas panfaciales. El tiempo medio estimado posquirúrgico fue de 30 horas. Además, encontramos que el 21,6 % de los pacientes presentaron algún tipo de complicación, necesitando de reintervención solo en 8 de los casos (8,3 %). La complicación más frecuentemente encontrada fue la maloclusión en un 10 % de los casos seguido del ectropión en un 5,2 % de los casos.

### CONCLUSIONES

La traumatología facial representa un importante problema sanitario a nivel mundial, particularmente por su alta prevalencia, diversidad etiológica y alta morbilidad. Conduce a importantes cambios funcionales y estéticos, provocando altos costes económicos y sociales. En nuestro estudio obtuvimos 96 pacientes intervenidos quirúrgicamente durante el año 2022, siendo la mayoría de ellos de género masculino. La causa más frecuente fueron las agresiones y el tipo de fractura más prevalente las mandibulares. Cabe destacar el gran número de pacientes intervenidos de nacionalidad extranjera de hasta un 34 %, es decir, más de un tercio de nuestro estudio fueron pacientes que se encontraban de vacaciones o viviendo recientemente en nuestra provincia, lo que nos demuestra el gran atractivo turístico. El tratamiento debe ser individualizado en función del tipo de paciente y el tipo de fractura que presente. Podríamos decir que el análisis de este estudio descriptivo nos permite obtener importante información epidemiológica de cara al tratamiento y prevención en nuestro hospital, además de resultar atractivo el gran número de turistas que presenta nuestra población. En general, los resultados de este estudio se encuentran en acorde con la literatura.

## TRAUMATOLOGÍA Y TRATAMIENTO DE SECUELAS

### [0121] TÉCNICA CON PRODUCCIÓN IN-HOUSE DE ENDOPRÓTESIS INTRASINUSAL PARA REPARACIÓN ANATÓMICA DE FRACTURAS DE SUELO DE ÓRBITA. EXPERIENCIA EN EL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL DEL HOSPITAL UNIVERISTARIO DE SALZBURGO

B. García Carballo<sup>1</sup>, J. Hachleitner<sup>2</sup>, D. Singh<sup>2</sup>, H. Römhild<sup>2</sup>, A. Gaggli<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Cruces. Barakaldo, <sup>2</sup>Landeskrankenhaus Salzburg Universitätsklinikum der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität. Salzburgo

#### BREVE INTRODUCCIÓN

La restauración precisa del volumen orbitario sin secuelas tras una fractura del suelo de la órbita es un reto para los cirujanos maxilofaciales. Se requiere una gran destreza para la reparación primaria y la estabilidad de esta fractura. Desde la aparición de la técnica de endoprótesis sinusal, creadas por el técnico Georg Lixl en 1983 en el HU Salzburgo, se han operado más de 500 pacientes en dicho hospital; y desde que se realiza la reciente producción in-house, 25 pacientes más. Este método mediante una endoprótesis sinusal anatómica removible permite la reparación completa del suelo orbitario, en lugar de realizar un puente con placa de titanio o material reabsorbible; además difiere de otras técnicas de balón endoprotésico tipo Foley en su mayor adaptabilidad para la reconstrucción y posicionamiento de los fragmentos óseos.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Para la reducción de la fractura del suelo orbitario se ha realizado una técnica con dos vías de acceso: una mediante un acceso tipo ventana en tallo verde vía transmaxilar con introducción de la endoprótesis de silicona médica en diferentes tamaños adaptables mediante la inyección de contraste transantral, y otro acceso vía transconjuntival/infraorbitaria concomitante para visualización de los fragmentos óseos y liberación de grasa y/o musculatura infraorbitaria. Cuando la fractura no sea concomitante puede realizarse incluso una intervención mínimamente invasiva con un solo acceso transmaxilar e imagen intraoperatoria tipo LOOP-X. Permanencia de la endoprótesis durante 4 semanas y posterior remoción con anestesia local vía transantral. Esta endoprótesis fue diseñada tras un gran estudio anatómico y volumétrico sinusal en cadáveres consiguiendo así construir endoprótesis de 3 tamaños diferentes (10, 15 y 20 mL) para cada seno maxilar. Primeramente, fue realizada por el técnico Georg Lixl en el HU Salzburgo, luego se comercializó gracias a dos compañías alemanas hasta 2017; y en la actualidad, desde 2021, con producción in-house cumpliendo las normas según el subpárrafo 30 de la regulación EU 2017/745 (válida desde 25/05/2020).

#### RESULTADOS

De mayo 2021 a diciembre 2022, se ha realizado esta técnica en 25 pacientes con fractura de suelo de órbita postraumática con óptimos resultados a nivel funcional (sin diplopía ni enoftalmos posterior) y anatómico (distancias y volúmenes sinusal y orbitario). Asimismo, sin complicaciones ni secuelas significativas. Las comprobaciones se realizaron mediante mediciones intraquirófono con el sistema LOOP-X y postoperatorias mediante radiografías, exoftalmómetro de Hertel y cuestionario clínico de los pacientes.

#### CONCLUSIONES

Esta técnica de endoprótesis sinusal de Salzburgo permite la reconstrucción completa y anatómica del suelo orbitario con óptimos resultados y con la posibilidad de la realización de correcciones intra y postoperatorias sencillas y con una técnica standard y manejable para un cirujano maxilofacial. Además, esta técnica se podría utilizar también en población pediátrica y con el beneficio de la no presencia de material extraño a largo plazo.

## TRAUMATOLOGÍA Y TRATAMIENTO DE SECUELAS

### [0253] CAMBIO EPIDEMIOLÓGICO EN EL TRAUMA FACIAL RELACIONADO CON COVID-19: UN ESTUDIO RETROSPECTIVO

H. Aranibar Melendez, M. Tousidonis Rial, I. Navarro Cuéllar, A. Sada Urmeneta, G. Ruiz de León, J. Salmerón Escobar  
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

#### BREVE INTRODUCCIÓN

La pandemia del Covid-19 ha tenido un impacto importante en la sociedad, así como en los sistemas de salud de todo el mundo, lo que llevó a distintos países a imponer múltiples restricciones durante los meses de mayor contagio. Dichas restricciones limitaron actividades que están claramente relacionadas a traumatismos, pudiendo tener repercusiones en la epidemiología de las fracturas a nivel maxilofacial, que típicamente ocurren en contexto de accidentes de tráfico, violencia interpersonal, deportes, accidentes laborales, entre otros.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Realizamos un estudio retrospectivo en uno de los países más afectados durante la primera ola de la pandemia para observar si ha habido un cambio en la epidemiología del trauma facial quirúrgico. Se revisaron las historias clínicas de pacientes intervenidos durante 2 años tras el inicio de la pandemia de COVID-19 y se comparó con los anteriores. La edad, el sexo, el mecanismo, el tipo según huesos afectados y el tipo de tratamiento fueron las variables recogidas, tomando un valor  $p < 0,05$  como estadísticamente significativo.

#### RESULTADOS

Se contabilizaron un total de 94 pacientes con fracturas quirúrgicas en el periodo preCOVID, de los cuales 79 fueron varones (84 %) y 15 fueron mujeres (16 %), el mecanismo más frecuente fue la agresión física, en 42 de los casos (44.7 %) seguido por las caídas casuales en 21 casos (22.3 %), accidentes deportivos en 12 casos (12.8 %), accidentes de tráfico en 11 casos (11.7 %) y otros mecanismos en 8 casos (8.5 %). La fractura afectó en primer lugar a la mandíbula, en 52 de los pacientes (55.3 %), seguida de las fracturas orbitomaxilares en 21 pacientes (22.3 %), la órbita fue afectada de forma aislada en 9 pacientes (9.6 %), en 4 pacientes el trazo se correspondió con una fractura de Lefort (3.7 %), hubo 1 caso de fractura de arco cigomático (1.06 %), así como 1 caso de fractura de huesos propios de la nariz (1.06 %) y 1 caso (1.06 %) de fractura nasoorbitoetmoidal (NOE), siendo los 3 casos restantes (3.2 %) categorizados dentro de otros tipos. El tratamiento consistió en reducción abierta y fijación interna (RAFI) en 52 pacientes (55.3 %), seguido en frecuencia por RAFI y bloqueo intermaxilar (BIM) en 20 pacientes (21.3 %), en 5 casos (5.3 %) se realizó BIM como único tratamiento, en 4 pacientes (4.3 %) se realizó reducción malar con gancho de Ginestet, hubo 1 paciente que requirió rinoseptoplastia (1.06 %) y otros tratamientos en 2 casos (2.1 %). Se incluyeron un total de 123 pacientes con fracturas quirúrgicas en el periodo postCOVID, de los cuales 101 fueron varones (82.1 %) y 22 fueron mujeres (17.8 %), el mecanismo más frecuente fue la agresión física, en 56 de los casos (45.5 %) seguido por las caídas casuales en 26 casos (21.1 %), accidentes deportivos en 14 casos (11.4 %), accidentes de tráfico en 11 casos (8.9 %), la precipitación en 8 de los casos (6.5 %) y otros mecanismos en 8 casos (6.5 %). La fractura afectó en primer lugar a la mandíbula, en 57 de los pacientes (46.3 %), seguida de las fracturas orbitomaxilares en 24 pacientes (19.5 %), la órbita fue afectada de forma aislada en 18 pacientes (14.6 %), en 4 pacientes el trazo se correspondió con una fractura de Lefort (3.3 %), hubo 3 casos de fractura de arco cigomático (2.4 %) y 2 casos de fractura de HPN (1.6 %), mientras los 15 casos restantes (12.2 %) categorizados dentro de otros tipos. El tratamiento más usado fue la RAFI, realizándose en 87 pacientes (70.7 %), seguido en frecuencia por RAFI con BIM en 24 pacientes (19.5 %), en 4 casos (3.3 %) se realizó BIM como único tratamiento, en 3 pacientes (2.4 %) se realizó reducción cerrada de la fractura, en 2 casos (1.6 %) se realizó reducción con gancho de Ginestet, hubo 1 paciente que requirió rinoseptoplastia (0.8 %), así como 1 paciente (0.8 %) en quien se realizó ferulización y otros tratamientos en 2 casos (1.6 %). Se observó un aumento del 30.9 % en las fracturas maxilofaciales (29 casos). La edad promedio aumentó de 35,84 a 38,23 años (preCOVID vs postCOVID). El principal mecanismo de producción de las fracturas faciales fue la violencia interpersonal en ambos periodos. La mandíbula fue el hueso más afectado en



ambos periodos. Se encontró un incremento en el manejo con RAFI en el periodo postCOVID (70.7 % vs 52.3 %), sin otros cambios reseñables.

### CONCLUSIONES

Este estudio muestra un cambio en la epidemiología de las fracturas faciales posterior a la aparición de la pandemia de COVID-19, que podría haber tenido repercusiones en el posterior manejo de las mismas, aunque no hubo diferencias significativas en la proporción de los casos según el hueso afectado, ni el mecanismo de fractura. Los hallazgos mencionados pueden representar un cambio temporal en las variables mencionadas y requerirán ser estudiadas a largo plazo para determinar su extensión en el tiempo.



COMUNICACIONES  
PÓSTER CON DEFENSA (CPA)

## CIRUGÍA CRANEOFACIAL

### [0137] COLGAJO MIOMUCOSO DE BUCCINADOR COMO ALTERNATIVA EN EL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA VELOFARÍNGEA. NUESTRA EXPERIENCIA

A. García-Perla García, M. González Cámara, M. Fernández-Mayoralas Gómez, R. Vera Martín, R. Belmonte Caro  
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

## BREVE INTRODUCCIÓN

Objetivo: Evaluar la efectividad del colgajo miomucoso de buccinador sobre la hipernasalidad y la longitud del paladar en el tratamiento de los pacientes con insuficiencia velofaríngea.

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Métodos: se revisaron los casos de pacientes intervenidos en nuestro centro en los que se realizó corrección de la insuficiencia velofaríngea mediante colgajo buccinador unilateral o bilateral. Se analizaron los resultados en cuanto a la hipernasalidad previa a la intervención y posterior a la misma (3 meses y 1 año) mediante una escala (ausente, leve, moderada o severa), también se estudió la longitud del paladar tanto antes como después de la intervención y las complicaciones de la cirugía.

## RESULTADOS

Se incluyeron un total de 37 pacientes que presentaban entre moderada (16.2 %) y severa (83.8 %) hipernasalidad previo a la cirugía. Tras la intervención se observe una reducción significativa de la hipernasalidad ( $p < 0.05$ ). No se observaron complicaciones.

## CONCLUSIONES

El colgajo miomucoso de buccinador ha demostrado ser una alternativa eficaz y segura en cuanto al tratamiento de la insuficiencia velofaríngea.

## CIRUGÍA CRANEOFACIAL

### [0177] REPOSICIÓN QUIRÚRGICA DE LA PREMAXILA PLANIFICADA VIRTUALMENTE EN PACIENTES CON FISURA LABIOPALATINA BILATERAL

Á. Martínez-Sahuquillo Rico<sup>1</sup>, C. Camacho Sánchez-Mora<sup>1</sup>, E. Bullejos Martínez<sup>2</sup>, I. Zubiarte Illarramendi<sup>1</sup>, A.B. Marín Fernández<sup>1</sup>, A. Martínez Plaza<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada, <sup>2</sup>Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid

## BREVE INTRODUCCIÓN

Los pacientes con fisura labiopalatina bilateral pueden desarrollar en ocasiones una posición anómala de la premaxila. Esto puede causar problemas funcionales y estéticos. El tratamiento de esta situación es controvertido. En casos graves el tratamiento ortopédico no parece una solución viable y se opta habitualmente por realizar osteotomías. En esta comunicación describimos la reposición quirúrgica de la premaxila usando un abordaje endonasal mínimamente invasivo que se combinó con el injerto alveolar secundario en la misma cirugía, planificado virtualmente.

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

7 pacientes con fisura labiopalatina bilateral completa se sometieron a la reposición quirúrgica de la premaxila. Los casos fueron planificados virtualmente. Sus edades iban de los 8 a los 12 años.

## RESULTADOS

Este abordaje endonasal mínimamente invasivo permite una reposición tridimensional de la premaxila segura y precisa. Puede combinarse con una alveoloplastia secundaria simultánea que además otorga estabilidad al segmento premaxilar.

## CONCLUSIONES

El abordaje endonasal mínimamente invasivo es seguro y efectivo para la reposición tridimensional de la premaxila en pacientes con fisura labiopalatina bilateral. La planificación virtual nos permite seleccionar a los pacientes candidatos a realización de reposición quirúrgica de la premaxila e injerto alveolar de manera simultánea.

## CIRUGÍA CRANEOFACIAL

### [0198] NUEVAS TÉCNICAS EN CIRUGÍA DE CRANEOSINOSTOSIS. DISTRACCIÓN ÓSEA CON SPRINGS

E. Rodríguez Mariño, F. Ruiz Delgado, M. Contreras Morillo, H. Piñas Hormeño, P. Fernández de Córdoba Botia, Y. Aguilar Lizarralde

Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga

## BREVE INTRODUCCIÓN

Las craneosinostosis son un grupo de patologías craneofaciales de origen congénito con una prevalencia de un caso por cada dos mil recién nacidos, que pueden o no ir asociadas a un cuadro sindrómico. De todas ellas, la más frecuente afecta a la sutura sagital, presentándose mayoritariamente en el sexo masculino.

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se presentan los casos de dos niños, uno de ellos en su primer año de vida, sano, y otro de 3 años, con diagnóstico de síndrome de Crouzon. Ambos pacientes han sido intervenidos con tecnología de springs.

- Primer paciente: diagnosticado en el nacimiento de escafocefalia e intervenido a los 5 meses de edad con springs. Actualmente en seguimiento y a la espera de retirada de los mismos, tras alcanzarse el objetivo de distracción.
- Segundo paciente: derivado de su pediatra de atención primaria por sospecha de plagiocefalia al año de edad. Craneosinostosis múltiple multisutural con afectación prioritaria coronal, en contexto sindrómico con mutación del gen FGFR2. Intervenido en el año 2021 con retirada de los springs 9 meses después.

## RESULTADOS

Se consiguió el aumento de volumen en ambos pacientes, en el primer caso por motivos estéticos y en el segundo para la disminución de la tensión intracraneal.

## CONCLUSIONES

El uso de springs ha demostrado, en primer lugar, una disminución en el impacto estético al disminuir la longitud de la incisión sobre el cuero cabelludo con su respectiva cicatriz. No obstante, es necesario un segundo tiempo quirúrgico para la retirada de los mismos. Por otra parte, un menor riesgo quirúrgico dada la disminución en el tiempo quirúrgico, la menor pérdida de sangre, de estancia postoperatoria y de comorbilidad, ya que la osteogénesis ocurre de forma simultánea a la distracción, postulándose así como una alternativa al abordaje tradicional de esta patología.

## CIRUGÍA CRANEOFACIAL

### [0233] LIPOFILLING COMO UNA ALTERNATIVA VÁLIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA VELOFARÍNGEA LEVE Y MODERADA: RESULTADOS CLÍNICOS EN UNA SERIE DE 11 PACIENTES

T. Cordero García, S. Macho López, M. González Cámara, E. González Cardero, R. Belmonte Caro, A. García-Perla García  
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

## BREVE INTRODUCCIÓN

La insuficiencia velofaríngea es la incapacidad para realizar un cierre óptimo del esfínter velofaríngeo durante los procesos de fonación o deglución. Clínicamente, los pacientes que la presentan se caracterizan por hipernasalidad y regurgitación. Las técnicas de tratamiento propuestas en la literatura son múltiples, siempre dependiendo de la dimensión del defecto de cierre. Los casos más severos habitualmente se tratan mediante faringoplastia o colgajos miomucosos de buccinador, mientras que procedimientos como el lipofilling se reservan para casos más leves, con defectos de coaptación esfinteriana de menos de 1cm<sup>2</sup>.

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Once pacientes (9 mujeres y 2 hombres) fueron incluidos en la serie de casos. Las edades comprendían desde los 6 hasta los 11 años. Para la inclusión de los pacientes en el estudio: Insuficiencia Velofaríngea clasificada mediante nasofibroscoopia como leve-moderada; hipernasalidad durante el habla y tratamiento logopédico previo sin mejoría. El volumen de grasa infiltrado de media fue de 9cc por cirugía: 3 cc en pilares amigdalinos, 1 cc en pared posterior y 2 cc en paladar blando. Previamente, el injerto es preparado mediante un protocolo de centrifugación a 3000 revoluciones por minuto durante 3 minutos para evitar estrés mecánico en el adipocito. El seguimiento medio de los pacientes fue de 24 meses y la evaluación de los resultados se realizó utilizando de forma pre y postoperatoria la escala Borel-Maisonny.

## RESULTADOS

Hubo una mejoría clínica a los 6 meses de la intervención en el 81 % de los casos al comparar los resultados obtenidos en la escala Borel-Maisonny pre y post-quirúrgicos. Sólo dos casos, no presentaron mejoría clínica, y uno de ellos se reintervino, con mejoría constatada tras la segunda sesión de lipofilling. En cuanto a calidad de vida percibida por los padres, todos los niños mejoraron en un grado variable el habla tras la intervención.

## CONCLUSIONES

El injerto autólogo de grasa posicionado en zonas estratégicas de la orofaringe (pilares amigdalinos, paladar blando y pared posterior de la orofaringe) proporciona una mejora clínicamente significativa en pacientes con Insuficiencia velofaríngea leve-moderada, evitando técnicas quirúrgicas de mayor complejidad como colgajos miomucosos de paladar y faringoplastias con mayor morbilidad asociada.

## CIRUGÍA CRANEOFACIAL

### [0236] OSTEOTOMÍA PERIORBITARIA Y REPOSICIÓN MEDIAL DE LAS ÓRBITAS PARA CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DEL HIPERTELORISMO

C. Camacho Sánchez-Mora<sup>1</sup>, I. Zubiarte Illarramendi,<sup>1</sup> E. Bullejos Martínez<sup>2</sup>, A. Martínez-Sahuquillo Rico<sup>1</sup>, A.B. Marín Fernández<sup>1</sup>, A. Martínez Plaza<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada, <sup>2</sup>Hospital Fundación Jiménez Díaz. Madrid

## BREVE INTRODUCCIÓN

El hipertelorismo orbitario se define como un aumento anormal de la distancia entre las dos órbitas secundario a una anomalía esquelética, y se produce en asociación con numerosas malformaciones craneofaciales congénitas. Durante el siglo pasado se desarrollaron las técnicas de osteotomías en caja y bipartición facial, que se siguen utilizando para la corrección quirúrgica del hipertelorismo. Gracias a los avances tecnológicos introducidos a principios de la década de 2000, estas técnicas se han visto perfeccionadas, mejorando en precisión y eficacia, debido a la introducción de la planificación quirúrgica tridimensional (3D), la impresión preoperatoria en 3D (modelos STL, guías de corte y modelado) y la navegación quirúrgica

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de una paciente de 7 años, diagnosticada S. Displasia frontonasal severa, con importante hipertelorismo, además de otras anomalías oculares como coloboma en ojo izquierdo, estrabismo y nistagmo. Presentaba ausencia de huesos nasales y fisuralabiopalatina bilateral, todos ellos característicos de este síndrome. Se decidió corrección quirúrgica del hipertelorismo mediante la técnica de osteotomía en caja del marco orbitario. Se realizó mediante un abordaje bicoronal, disección del reborde supraorbitario y fosa temporal así como una craneotomía bifrontal para retracción del lóbulo frontal y control del techo orbitario durante la osteotomía, preservando 15 mm de barra supraorbitaria para guiar el movimiento medial de las órbitas. Las osteotomías se realizaron utilizando guías de corte. Medialmente, se disecciona el dorso nasal y se marca la resección ósea planificada a ambos lados para permitir un movimiento medial de las órbitas una vez osteotomizadas. A nivel orbitario medial se realiza una osteotomía por detrás de la cresta lagrimal, preservando el canto medial y el saco lagrimal. A través de un abordaje intraoral se realiza la osteotomía del reborde orbitario preservando el nervio infraorbitario. Tras realizar las osteotomías y la medialización de las órbitas, se comprueba la traslación deseada mediante guía de posicionamiento y se fija con osteosíntesis reabsorbibles. Posteriormente se reconstruye el dorso nasal con injerto de hueso autólogo fijado con tornillos al hueso remanente y recubierto de un colgajo de pericráneo.

## RESULTADOS

- La cirugía y el postoperatorio inmediato transcurrieron sin incidencias. La paciente ingresó en UCI donde permaneció durante 72 horas, pudiendo retirarse el drenaje subgaleal a las 24 h.
- El resultado estético inmediato fue satisfactorio, evidenciándose mejoría del hipertelorismo con medialización de cada órbita de 6 mm. Pasando de una distancia inter-orbitaria preoperatoria de 32 mm a una distancia inter-orbitaria postoperatoria de 23 mm. Mejoró también la estética y proyección nasal.
- Los modelos STL, guías de corte y posicionamiento final demostraron una excelente fiabilidad, facilitando notablemente la cirugía.

## CONCLUSIONES

- La realización de osteotomía periorbitaria y reposición medial de las órbitas es una técnica adecuada en casos de hipertelorismo asociados a fisura labiopalatina bilateral como es este caso.
- El uso de guías de corte y planificación quirúrgica en 3D facilita la corrección ósea quirúrgica del hipertelorismo, permitiendo obtener resultados clínicos reproducibles y satisfactorios.
- El desarrollo de nuevas tecnologías debería permitir pronto simular o incluso guiar la corrección de las anomalías de los tejidos blandos asociadas al hipertelorismo, que en la actualidad representa otro gran reto en el tratamiento quirúrgico de esta deformidad.

## CIRUGÍA ORTOGNÁTICA

### [0251] CORRECCIÓN DE ASIMETRÍA FACIAL EN UN PACIENTE CON SÍNDROME DE PARRY ROMBERG

A. Faura Manresa, C. Martínez Gimeno, I. Arribas García, A. García Hernández, R. Martínez Martínez, I. Méndez del Río  
Hospital Universitario de Canarias. San Cristóbal de la Laguna, Tenerife

## BREVE INTRODUCCIÓN

El síndrome de Parry Romberg constituye un trastorno craneofacial poco frecuente y de etiopatogenia desconocida. Su expresión clínica consiste en una atrofia hemifacial progresiva adquirida que en ocasiones asocia alteraciones neurológicas, oculares, orales y sistémicas.

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente varón de 31 años con marcada asimetría facial secundaria a síndrome de Parry Romberg. Fue intervenido a los 20 años con lipoescultura e infiltraciones con ácido hialurónico en otro centro hospitalario. A la exploración presenta una marcada atrofia temporal, malar y maseterina derecha, atrofia de la grasa periorbitaria bilateral y simétrica, laterodesviación del mentón hacia la derecha y canting maxilar y mandibular. No presentaba asociada ninguna otra sintomatología neurológica, aunque sí oftálmica con presencia de colobomas.

## RESULTADOS

Para la corrección de la asimetría y restauración del contorno facial se realizó una cirugía ortognática bimaxilar con planificación 3D de avance, corrección de canting, plano oclusal y rotación en el eje axial con mentoplastia de centrado y corrección vertical. Para la corrección volumétrica se realizó lipoescultura mediante técnica de Coleman para la fosa temporal y la proyección malar.

## CONCLUSIONES

El hecho de que la patogenia de este síndrome sea desconocida impide desarrollar un tratamiento médico eficaz que evite la progresión de este. El tratamiento quirúrgico mediante cirugía ortognática permite camuflar las asimetrías existentes, así como la lipoescultura, siendo en ocasiones necesario repetir ésta última para obtener resultados más satisfactorios.



## ESTÉTICA FACIAL

### [0180] EMPLEO DE PRÓTESIS POLIETERETERCETONA (PEEK) PARA LA CORRECCIÓN DE DEFECTOS ESTÉTICOS MANDIBULARES TRAS LA RECONSTRUCCIÓN CON HUESO AUTÓLOGO. A PROPÓSITO DE 2 CASOS CLÍNICOS

C. Mazo Amorós, A. Encinas Bascones, S. Herrero Álvarez, R. Camacho Leone, Ó. De La Sen, M. de Pedro Marina  
Hospital Clínico San Carlos. Madrid

## BREVE INTRODUCCIÓN

La reconstrucción de defectos en el territorio maxilofacial sigue siendo un reto hoy en día. Defectos a este nivel tiene un gran impacto sobre la funcionalidad, estética y psicología del paciente. En la actualidad no existe una opinión unánime sobre la técnica reconstructiva ideal. Los colgajos o injertos regionales de tejido óseo autólogo a pesar de ser una buena opción suelen tener una estética subóptima en la mayoría de los casos.

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Presentamos una serie de 2 casos clínicos con deformidad a nivel de ángulo mandibular tras reconstrucción primaria con hueso autólogo. El primer caso fue reconstruido con injerto de cresta iliaca y el segundo mediante colgajo microvascularizado de peroné. A pesar de los resultados satisfactorios de la reconstrucción primaria, ambos presentaban defectos estéticos, por lo que se optó por una corrección con implante de polietereceton-PSI (PEEK-PSI) personalizado.

## RESULTADOS

Durante el procedimiento quirúrgico de implantación del PEEK-PSI no se produjeron incidencias, colocándose en la posición planificada con antelación. Los resultados estéticos fueron satisfactorios en ambos casos, con conservación de la funcionalidad. El seguimiento actual desde la colocación de implante PEEK es de 1 año en el primer caso y de 5 años en el segundo caso. No se han producido ni rechazo ni infección ni exposición de las prótesis. En los controles de imagen postoperatorios realizados mediante TAC y OPG en ambas pacientes no se han objetivado reabsorciones óseas del lecho. La paciente del caso 2 precisó una cirugía al año de la colocación del implante de remodelado a nivel mentoniano mediante fresado para garantizar resultados estéticos.

## CONCLUSIONES

No existe una técnica quirúrgica ideal para la reconstrucción de defectos en el área maxilofacial. Basándonos en los resultados de estos casos, los implantes PEEKS-PSI pueden tratarse de una buena alternativa cuando las técnicas de reconstrucción con hueso autólogo se quedan limitadas estéticamente. El PEEK es un material resistente, rígido y biocompatible, siendo una buena opción en la corrección de las secuelas estéticas. No obstante, para determinar resultados a largo plazo sería necesario la valoración de más casos y un mayor tiempo de seguimiento.

## MISCELÁNEA

### [0035] SIALOENDOSCOPIA. PROTOCOLO ACTUALIZADO

M.J. Sánchez Cadenas, L. Deutor García, P. Gálvez Jiménez, I. Zubiate Illarramendi, L. Fraile Ruiz  
Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

#### BREVE INTRODUCCIÓN

La sialoendoscopia es una técnica mínimamente invasiva considerada como herramienta diagnóstica y terapéutica en la patología de las glándulas salivares mayores. Permite extraer las litiasis, dilatar el canal así como infundir tratamiento antibiótico y antiinflamatorio. El objetivo de este trabajo, es elaborar un protocolo que se enfoque en el paciente desde que entre en el hospital hasta que salga y que tenga como objetivo resolver su patología.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Hemos llevado a cabo una revisión bibliográfica de los protocolos de la sialoendoscopia en los últimos 5 años así como nos hemos valido de la experiencia clínica del Hospital de Neutraumatología en Granada para elaborar un protocolo actualizado de sialoendoscopia.

#### RESULTADOS

Nuestro centro es uno de los pocos a nivel nacional que realiza esta técnica. Hemos conseguido elaborar un protocolo asistencial así como modificar la técnica quirúrgica. El protocolo prevee que el paciente sea remitido desde Atención Primaria; una vez en consulta se valoran las pruebas de imagen (RM) y se establece la indicación de sialoendoscopia. Posteriormente se realiza el procedimiento en régimen de CMA y bajo anestesia general utilizando la técnica modificada de dilatación progresiva de los ductos con abbocath de tamaño progresivo. Finalmente los pacientes pueden irse de alta el mismo día.

#### CONCLUSIONES

La sialoendoscopia es una técnica novedosa mínimamente invasiva que se encuentra en auge en los últimos años. El desarrollo de protocolos como el de nuestro estudio facilitará el mayor uso de esta técnica así como el mejor manejo de los pacientes.

## MISCELÁNEA

### [0046] MANEJO DEL ABCESO PRESEPTAL POSTRAUMÁTICO. CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

D.M. del Río de la Vega, L.I. Baró Atienza, G. Botella Casas, L. Miragall Alba, M. Marqués Mateo, M. Puche Torres  
Hospital Clínico de Valencia. Valencia

#### BREVE INTRODUCCIÓN

Se define celulitis preseptal, también llamada periorbitaria, a la infección de tejidos blandos alrededor del ojo, que se encuentran anteriores al tabique o septo orbitario. El septo orbitario consiste en una barrera que previene la extensión de infecciones superficiales a regiones orbitarias más profundas. En el caso que la infección supere esta barrera anatómica, hablaríamos entonces de celulitis orbitaria (postseptal). La celulitis preseptal es una entidad más frecuente y menos grave, ya que la celulitis orbitaria puede conllevar a pérdida de visión e incluso fallecimiento por extensión de la infección a la bóveda craneal. Por tanto, lo fundamental para manejar correctamente una celulitis periorbitaria, es determinar la extensión exacta de la infección. El diagnóstico de sospecha es fundamentalmente clínico. Tanto la celulitis periorbitaria como orbitaria pueden producir edema y eritema palpebral en sus estados iniciales. La manera de diferenciarlas será basándose en la afectación oftalmológica (presente en la celulitis orbitaria) y en la prueba de imagen, la cual permitirá aplicar la clasificación de Chandler y orientar así el manejo del paciente. Las bases del tratamiento se basan en antibioterapia empírica de amplio espectro y valoración de necesidad de tratamiento quirúrgico.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un paciente de 69 años que acude a urgencias refiriendo traumatismo facial por agresión hace dos días. En la exploración física inicial, el paciente presenta en hemicara izquierda edema y hematoma periocular, empastamiento de región palpebral inferior, signos de quemosis conjuntival y fiebre. Se realiza estudio de la función oftalmológica y analítica en la que se observan cifras de glucemia y parámetros inflamatorios alterados. Dados los hallazgos clínicos sugestivos de celulitis preseptal y probables fracturas faciales se decide realizar TC. Este último informa de fractura de suelo y pared lateral de órbita izquierda, de arco cigomático izquierdo en varias regiones y de pared anterior de seno maxilar izquierdo, además de empastamiento de tejido celular subcutáneo preseptal. En este contexto, se decide ingreso para tratamiento por vía parenteral y vigilancia evolutiva, objetivándose a las 72 h empeoramiento de parámetros analíticos y aumento de edema periorbitario palpebral inferior. Se decide repetir TC, en el que se observa colección tabicada de región preseptal de ojo izquierdo. A propósito de este caso, realizamos una revisión bibliográfica sobre el diagnóstico y manejo óptimo de la celulitis preseptal, así como de sus posibles causas.

#### RESULTADOS

Tras la instauración de la correcta antibioterapia y drenaje quirúrgico de la colección, en los siguientes días se observó franca mejoría, tanto clínica como analítica. A los 7 días postdrenaje se observa resolución del proceso infeccioso, por lo que se decide iniciar tratamiento ambulatorio. Con respecto a las fracturas faciales, se decidió optar tratamiento conservador, debido a la ausencia de repercusión estética y funcional que presentaban.

#### CONCLUSIONES

El traumatismo facial constituye un factor predisponente para el desarrollo de celulitis periorbitaria. El entendimiento de las consideraciones anatómicas de esta región, los factores predisponentes, el diagnóstico precoz y las distintas estrategias en función de su evolución, son puntos fundamentales para el adecuado manejo de esta patología. Como conclusión, destacamos la importancia de seguir una sistemática bien definida en aquellos pacientes que presenten cuadro clínico sugestivo de celulitis periorbitaria u orbitaria, debido a las consecuencias devastadoras e irreversibles que pueden llegar a conllevar.

## MISCELÁNEA

### [0068] ÉPULIS CONGÉNITO GIGANTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

L. Fernández-Fígares Conde, R. Vera Martín, M. Rodríguez Talero, A. García-Perla García, R. Belmonte Caro, J.L. Gutiérrez Pérez

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

## BREVE INTRODUCCIÓN

El épulis congénito, también llamado tumor de Neumann o tumos congénito de células granulares, es un tumor benigno de la cavidad oral. Este tumor, descrito por primera vez en 1871 por Neumann, es muy infrecuente, con apenas alrededor de 300 casos descritos en la literatura. Tiene predisposición por el sexo femenino y la importancia de su diagnóstico precoz radica en las complicaciones respiratorias y digestivas que pueden provocar cuando se trata de épulis congénitos gigantes. A continuación, se presenta el caso de un paciente recién nacido con Épulis Congénito Gigante con diagnóstico post-natal.

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Recién nacido sexo femenino con 3 horas de vida que es derivado a la UCI Neonatal del Hospital Virgen del Rocío (Centro de tercer nivel de referencia de la provincia sevillana) por presentar una tumoración en cavidad oral no hallada en los controles ecográficos estandarizados durante el periodo de gestación. Parto de inicio espontáneo que precisó cesárea urgente con Test de Apgar al nacimiento 9/10/10. En los primeros minutos de vida el neonato se encuentra con buen estado general, coloración normal. Llanto agotable por la masa tumoral hemodinámicamente estable con saturación 100 % sin oxigenoterapia adicional. Desde el punto de vista del área Maxilofacial se objetiva una masa tumoral de aproximadamente 5,0 x 4,0 cm de tamaño que protruye de la cavidad oral cuyo origen se halla de la superficie gingival del maxilar superior a nivel de premaxila y del 2º cuadrante, impresiona de pediculada, polilobulada que rechaza la lengua hacia abajo con coloración parduzca en la parte expuesta fuera de la cavidad oral y rosada recubierta de mucosa en los lóbulos húmedos más cercanos a la lengua y que se encuentran dentro de la boca. Se palpa (no se puede ver el paladar), paladar íntegro. Ante estabilidad respiratoria, hemodinámica y nutrición con SNG, se realiza TAC para intervención quirúrgica programada y disipar el diagnóstico diferencial planteado de Épulis congénito Gigante, Epignatus y teratoma congénito. En TAC se dimensiona la lesión determinando origen en reborde alveolar hemimaxilar izquierdo, con captación de contraste de manera heterogénea y con una vena engrosada ipsilateral que impresiona de drenar la masa descrita hacia la vena facial izquierda, sin identificar signos de invasión y ni hendidura palatina asociada, como ocurriría en caso del epignatus.

## RESULTADOS

Tras los hallazgos en la exploración y pruebas complementarias, así como la estabilidad respiratoria y hemodinámica del paciente se realizó una intervención quirúrgica programada para la resección de la lesión. Se realizó en quirófano bajo AG, en el que se resecó la pieza en dos porciones, polilobuladas, que estaban claramente pediculadas de la mucosa del hemimaxilar superior izquierdo con ayuda de material Ligasure. Se realizó una hemostasia cuidadosa. El estudio anatomopatológico confirmó la sospecha principal: Épulis congénito de células granulares. Al mes post-operatorio la paciente presentaba la encía correctamente cicatrizada, sin signos de recidiva y sin clínica cardiorrespiratoria asociada, realizando la succión mamaria alimentaria sin complicaciones.

## CONCLUSIONES

CS es una patología benigna pero alarmante y potencialmente grave que debemos conocer y saber cómo actuar ante ella. El diagnóstico prenatal permite evitar complicaciones y planificar un tratamiento óptimo. El diagnóstico diferencial con teratomas y/o Epignatus es esencial para el manejo de estas lesiones.

## MISCELÁNEA

### [0085] QUISTES DERMOIDES DEL SUELO DE LA BOCA. EXTRACCIÓN DE UN QUISTE EPIDÉRMICO TRANSMILOHIOIDEO POR ABORDAJE ÚNICO INTRAORAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

I. Uriarte Ruiz, M. Álvarez Florez, R. Martínez Martínez, C. Martínez Gimeno  
Hospital Universitario de Canarias. La Laguna, Tenerife

## BREVE INTRODUCCIÓN

Los quistes dermoides son entidades poco frecuentes en el área del suelo de la boca relacionadas con una mala fusión en línea media del primer y segundo arco branquial. Se clasifican en: quistes dermoides verdaderos, quistes epidérmicos y quistes teratogénicos. Su tratamiento siempre será quirúrgico debido a su localización y potencial poder malignizante siendo su extensión en referencia al músculo milohioideo el que dictaminará el abordaje quirúrgico más apropiado. Presentamos el caso de una mujer de 45 años con masa sublingual y submental derecha asintomática con extensión transmiloioidea que se intervino mediante un único abordaje intraoral con resultado satisfactorio.

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se realizó una primera búsqueda en Pubmed de artículos con acceso a texto completo gratuito publicados en los últimos 10 años con el término “cystic mass of the floor of the mouth” encontrándose 17 resultados de los cuales se empleó uno para buscar referencias relacionadas.

## RESULTADOS

Según la mayoría de las publicaciones en los últimos 10 años la etiopatogenia de los quistes dermoides del suelo de la boca sigue siendo desconocida. Son lesiones poco frecuentes en el área de cabeza y cuello y son más frecuentes en adultos. El 85-90 % de los casos suelen ser quistes dermoides verdaderos inframilohioideos de crecimiento subclínico lento hasta expresarse como una única masa supraioidea en línea media cervical asintomática que al alcanzar un tamaño considerable comienza con clínica de disfagia o en casos más graves, disnea y alteraciones del habla. El TAC con contraste será indispensable para el diagnóstico y valoración preoperatoria. La PAAF podrá dar datos de queratina y sebo en el contenido quístico de las tres variantes pero será la histología de la pared quística la que dictamine el diagnóstico definitivo: quistes dermoides verdaderos, con membrana de epitelio queratinizado con apéndices cutáneos como folículos pilosos, glándulas sudoríparas y sebáceas en su pared; quistes epidérmicos, con epitelio escamoso simple con pared fibrosa sin anejos; y quistes teratogénicos con membrana con alternación de epitelio escamoso simple y epitelio respiratorio ciliado y contenido de derivados ectodérmicos, mesodérmicos y endodérmicos. El tratamiento siempre será la extirpación completa de la membrana quística debido a la posibilidad de transformación maligna, localización y riesgo de recidiva. La mayoría de autores revisados optan por abordajes paramediales en el plano sublingual para los supramilohioideos y abordaje cervical para inframilohioideos con previa aspiración del contenido y enucleación. En los casos transmiloioideos como el nuestro, la mayor parte de los autores aboga por un abordaje conjunto de los dos anteriores. En nuestro caso, fue posible la extracción completa de la lesión por un único abordaje intraoral sublingual hasta el plano inframilohioideo derecho poniendo de manifiesto su utilidad en quistes de grandes dimensiones con buenos resultados estéticos y funcionales a medio plazo.

## CONCLUSIONES

Los quistes dermoides son entidades poco frecuentes en el área del suelo de la boca que han de tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de las masas de cabeza y cuello tanto por su no despreciable potencial maligno como por su localización cercana a la vía aereodigestiva y mediastino. Su diagnóstico puede suponer un reto por su poca repercusión clínica en estadios iniciales y aparente benignidad en pruebas de imagen pero es primordial su identificación precoz. Su extensión en relación a los músculos milohioideo y geniioideo es esencial para elegir el abordaje quirúrgico más apropiado, siendo posible en casos de quistes con extensión transmiloioidea hacerlo desde un único abordaje vía intraoral con resultados estéticos y funcionales óptimos.

## MISCELÁNEA

### [0091] HEMATOMA SUBFASCIAL FRONTAL COMO DEBUT DE ENFERMEDAD DE VON WILLEBRAND TIPO I

S. Durán Míguez, M<sup>a</sup> A. Contreras Morillo, J. L. Fernández Maya, H. Piñas Hormeño, P. Fernández de Córdoba, Y. Aguilar Lizarralde  
Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga

#### BREVE INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Von Willebrand es una deficiencia cuantitativa hereditaria o una anomalía funcional del factor Von Willebrand, que causa disfunción plaquetaria. Por lo general, la tendencia hemorrágica es leve. Las pruebas de cribado muestran por lo general, un recuento plaquetario normal y, posiblemente, un tiempo de tromboplastina parcial ligeramente prolongado. El diagnóstico se basa en las bajas concentraciones de antígeno del factor de Von Willebrand y de la actividad del factor de Von Willebrand (actividad del cofactor ristocetina). El tratamiento consiste en el control de la hemorragia con tratamiento de reemplazo (concentrado de factor VIII de pureza intermedia inactivado por virus) o desmopresina.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente varón de 14 años que acude a nuestro servicio derivado de urgencias por aparición de tumefacción blanda fluctuante en región frontal bilateral, sin traumatismo previo. Presenta cefalea holocraneal intermitente desde hace una semana, sin otra sintomatología. Se realiza ecografía con el resultado de colección hemática subfascial con sospecha de discrasia sanguínea como primera causa. Se solicita TC de cabeza y cuello c/c donde se observa colección frontal derecha de aproximadamente 5 x 1,5cm sobre la calota, a nivel muscular, de atenuación heterogénea, no realza, sugestiva de hematoma sin signos de fractura. Se procede a drenar la colección con salida de 50ml de contenido hemático del que se realiza frotis sanguíneo para estudio de células sanguíneas.

#### RESULTADOS

El paciente es estudiado por hematología tras estudio del frotis sanguíneo normal y hallar una actividad del factor Von Willebrand del 44,5 % y 42,7 % del antígeno plasmático del factor de Von Willebrand con factor VIII de la coagulación normal siendo diagnosticado de Enfermedad de Von Willebrand tipo I. Tras el drenaje de la colección y vendaje compresivo, se resuelve el hematoma y no vuelve a aparecer.

#### CONCLUSIONES

Se trata de un caso que, en primer lugar, generó mucha incertidumbre dada la ausencia de traumatismo previo y la sintomatología, pero que finalmente se ha resuelto con el diagnóstico de una discrasia sanguínea común como es la enfermedad de Von Willebrand. Nunca olvidar el ver más allá de nuestra especialidad para llegar a un diagnóstico certero.

## MISCELÁNEA

### [0097] INFECCIONES CERVICOFACIALES: ESTUDIO DE LOS PACIENTES CON INFECCIÓN CERVICOFACIAL TRATADOS POR EL SERVICIO DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO TORRECÁRDENAS ENTRE 2021 Y 2022

A. F. Ferrández Martínez, M. F. Rocha Serpa, J. Trenchs Soto, A. R. García Carricondo, J. Nieto Hernández, M. A. Sicilia Gutiérrez

Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería

## BREVE INTRODUCCIÓN

El diagnóstico y tratamiento de las infecciones cervicofaciales constituye una de las actividades más frecuentes en el día a día de la Cirugía Oral y Maxilofacial. Se trata de una patología que debe ser abordada precozmente para evitar posibles complicaciones graves. El objetivo principal de este estudio consiste en la caracterización de la celulitis facial en pacientes hospitalizados en el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial en el Hospital Universitario Torrecárdenas durante 2021 y 2022.

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se ha realizado un estudio observacional retrospectivo analizando los pacientes diagnosticados de infección cervicofacial con ingreso hospitalario en nuestro centro. Para ello se han estudiado las siguientes variables: incidencia según género y edad, regiones faciales afectadas, etiología, tipo de tratamiento, días de hospitalización, evolución y complicaciones.

## RESULTADOS

Se obtuvieron un total de 102 pacientes con infección cervicofacial que precisaron hospitalización en el servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario Torrecárdenas. De estos, la mayoría fueron mujeres (52 %) con una edad media de 43 años. En cuanto a la causa de la infección, la mayoría se debieron a infecciones odontógenas originadas en los terceros molares inferiores (38 y 48). El espacio anatómico más frecuentemente comprometido fue el submandibular. El tratamiento más utilizado fue la combinación de tratamiento antibiótico y cirugía realizando exodoncia de la pieza dental afectada y drenaje de material purulento. El tiempo medio de ingreso hospitalario fue de 4 días.

## CONCLUSIONES

La causa más frecuente de infección cervicofacial fue la infección odontógena, derivada sobre todo de terceros molares inferiores (38 y 48). La mayoría de pacientes con esta afectación acuden al servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial por un cuadro clínico avanzado habiendo utilizado tratamiento antibiótico previo sin mejoría. El espacio anatómico más comprometido fue el submandibular. Estas infecciones cervicofaciales pueden tener consecuencias graves, derivando en posibles riesgos relacionados sobre todo con la vía aérea. Todo ello destaca la importancia de la educación sobre higiene y cuidado oral pues, en la mayoría de ocasiones, se trata de cuadros clínicos potencialmente prevenibles.



## MISCELÁNEA

### [0105] SÍNDROME DE LEMIERRE: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO POR MICROORGANISMO ATÍPICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Y. Herrero Basilio, J. Trenchs Soto, M. Paños Lorenzo, A. Cabrera Arcas, I. López Fernández, G. Maldonado Maldonado Hospital Universitario Torrecardenas. Almería

#### BREVE INTRODUCCIÓN

El síndrome de Lemierre es una secuela poco frecuente y potencialmente grave de la infección de cabeza y cuello. El cuadro consiste en una infección faríngea aguda que se complica con una tromboflebitis séptica de la vena yugular interna. Ocasionalmente se acompaña de émbolos sépticos que diseminan por vía hematógena (sobre todo pulmonares) y, típicamente, se produce por un bacilo gramnegativo anaerobio, *Fusobacterium necrophorum*. Hoy en día, gracias a los avances diagnósticos y al tratamiento antibiótico precoz usado de forma intravenosa, la mortalidad del síndrome se ha reducido hasta encontrarse en torno al 0-18 %. En cuanto al tratamiento consiste principalmente en localizar y tratar el foco infeccioso, uso de antibiótico precozmente de forma intravenosa; y en algunas ocasiones es necesario la ligadura, incluso la resección parcial o total de la yugular interna. El objetivo de este estudio consiste en la presentación de un paciente que sufrió un síndrome de Lemierre causado por un microorganismo poco habitual en esta entidad: *Parvimonas micra*. Exponer cómo se abarcó el caso desde el punto de vista diagnóstico y terapéutico. Así como la revisión de la literatura de esta enfermedad (perfil del paciente, factores etiológicos y posibilidades de tratamiento).

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 21 años con antecedentes de enolismo y tabaquismo crónico, acude a Urgencias siendo diagnosticada de amigdalitis recibiendo tratamiento antibiótico (Amoxicilina). 3 semanas después, ingresa en Servicio de Neumología con diagnóstico de neumonía en lóbulo inferior izquierdo, iniciando tratamiento antibiótico empírico (Ceftriaxona y Levofloxacino). A los 2 días de ingreso, destaca dolor a nivel cervical izquierdo junto con aumento de reactantes de fase aguda, siendo positivo el hemocultivo para bacteriemia por *S. anginosus*. Se realiza estudio de extensión por TAC, objetivando trombosis en vena yugular izquierda, absceso adyacente al músculo esternocleidomastoideo izquierdo y émbolos sépticos en ápices pulmonares, hallazgos compatibles con síndrome de Lemierre. Se realiza drenaje quirúrgico de absceso y se reemplaza tratamiento antibiótico (Penicilina IV) añadiendo también Heparina.

#### RESULTADOS

Tras intervención quirúrgica, se obtiene resultado microbiológico de cultivo cervical con crecimiento de *Parvimonas micra* manteniendo tratamiento antibiótico con Penicilina y anticoagulante con Heparina. La paciente presenta evolución satisfactoria con descenso de parámetros inflamatorios, hemocultivos negativos seriados, y manteniendo la herida cervical en buen estado. Se realizó una búsqueda bibliográfica de revisiones sistemáticas sobre síndrome de Lemierre en los últimos 10 años (2012-2022) en PubMed y Cochrane, obteniendo 6 estudios. En estos estudios, se vio que el síndrome de Lemierre afecta generalmente a adultos jóvenes sanos (edad media de 20 años), con una tasa general de 1 a 10 casos por millón de años-persona y tasa de mortalidad estimada del 4 al 9 %. En cuanto a su etiología, la mayoría de los pacientes presentan claros signos de infección orofaríngea o cervical. En los casos debidos a infección odontógena, la causa más común fue la periodontitis crónica con enfermedad periodontal severa. El microorganismo más frecuente aislado es el *Fusobacterium necrophorum* (seguido de *Streptococcus*, *Klebsiella* y *Pseudomonas*). Otros microorganismos representan en torno al 10 % de los casos, en concreto, se ha aislado *Parvimonas micra* como causante de este síndrome en menos del 1 % de los casos publicados. El tratamiento médico se basa en terapia antibiótica con cobertura anaeróbica (siendo la Amoxicilina/Clavulánico y la Ceftriaxona los antibióticos más usados), fármacos anticoagulantes y cuidados de soporte en caso de sepsis. Se pueden requerir procedimientos quirúrgicos, incluido el drenaje de los abscesos, el desbridamiento del tejido y la ligadura de la vena yugular.



## CONCLUSIONES

Los pacientes con el síndrome de Lemierre tienden a ser adultos jóvenes y estos casos pueden no ser tan raros como se pensaba anteriormente. Los médicos deben tener un alto índice de sospecha si hay dolor de cuello persistente o lesiones sépticas metastásicas distales. La confirmación de trombosis de la vena yugular interna mediante TC con contraste que muestre defectos de llenado luminal o formación de trombos es el mejor método diagnóstico. Una vez que se ha producido la tromboflebitis séptica, se deben evaluar las complicaciones, incluidas las infecciones descendentes o ascendentes, como neumonía, empiema o absceso cerebral. El manejo exitoso debe incluir un enfoque multidisciplinario y una terapia antibiótica apropiada.

## MISCELÁNEA

### [0108] MUCORMICOSIS RINOCEREBRAL

F. Pérez Salazar, C. Camacho Sánchez-Mora, M.J. Sánchez Cadenas, I. Zubiarte Illarramendi, A. Martínez-Sahuquillo Rico, I. Martínez Lara

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

## BREVE INTRODUCCIÓN

La mucormicosis rinocerebral (zigomicosis) es una infección fúngica grave poco frecuente causada por un grupo de hongos del orden de los Mucorales. Afecta principalmente a paciente inmunodeprimidos. Las manifestaciones clínicas son muy variadas. El diagnóstico de confirmación se realiza con un estudio anatomopatológico, que permite visualizar perfectamente a los agentes fúngicos.

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se presentan dos casos de mucormicosis rinocerebral que fueron tratados combinando un tratamiento médico con un abordaje quirúrgico con resección de los tejidos afectados y diagnóstico histopatológico confirmatorio

## RESULTADOS

En la actualidad, la anfotericina B liposomal se ha convertido en el tratamiento estándar debido a su eficacia. Además, cada vez hay más datos que apoyan la necesidad conjunta de extirpación quirúrgica del tejido infectado siempre que sea posible, sin dejar de tener en cuenta las nuevas opciones terapéuticas.

## CONCLUSIONES

Ante la mínima sospecha de mucormicosis, se debe iniciar un tratamiento temprano, identificar los factores predisponentes y corregirlos de manera oportuna, ya que esta entidad tiene una alta tasa de mortalidad.

## MISCELÁNEA

### [0112] DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS MASAS CERVICALES. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

F.J. Camacho Morcillo, A. Rivero Calle, M. Mejía Nieto, I. Urquiza Fornovi, G. Sánchez Aniceto  
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

#### BREVE INTRODUCCIÓN

La aparición o presencia de masas cervicales suele ser un motivo frecuente de consulta tanto en el ámbito de consultas ambulatorias como en los servicios de urgencias. Para poder establecer un adecuado diagnóstico diferencial de las mismas, es importante atender a la historia clínica, así como una correcta exploración física, ya que ambas van a constituir los pilares fundamentales para el diagnóstico. Además, será necesario recurrir en un gran número de ocasiones a la realización de estudios complementarios, de imagen e histológicos principalmente, para poder definir de forma adecuada la lesión que se nos presenta y poder llevar a cabo el tratamiento que sea más adecuado para su resolución. La gran mayoría de estas lesiones suelen estar presentes ya desde el momento del nacimiento, siendo por tanto lesiones congénitas, si bien en un porcentaje significativo de casos suelen manifestarse clínicamente una vez alcanzada la primera o segunda década de la vida. Es importante prestar atención tanto a su curso evolutivo, así como a las diferentes manifestaciones clínicas que puedan ocasionar, ya que nos servirán de guía inicial para orientar el diagnóstico.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Mujer de 26 años que acudió al Servicio de Urgencias refiriendo presentar masa cervical en línea media de un año de evolución con incremento progresivo de tamaño en los últimos meses hasta haber alcanzado un tamaño aproximado de 3 cm. La paciente refería haber notado cambios en la tonalidad de la voz, así como dificultad ocasional para deglución y disnea leve sin compromiso respiratorio franco. A la exploración se apreció masa cervical en línea media de aproximadamente 3 cm diámetro, consistencia fibroelástica, no dolorosa a la palpación, que presentaba movimiento de ascenso y descenso con la deglución. No se observaron signos flogóticos a nivel cutáneo, no presentaba limitación para apertura oral, el suelo de boca se encontraba blando, no presentaba anquiloglosia y el estado de las piezas dentales era óptimo, sin identificarse focos sugerentes de infección odontogénica. La paciente fue remitida a consultas externas una semana después realizándose una Tomografía Axial Computarizada (TAC) cervical con contraste intravenoso como prueba de imagen y una Punción Aspiración Aguja Fina (PAAF). Ambos estudios dieron como primera posibilidad diagnóstica quiste del conducto tirogloso. La paciente volvió a acudir al Servicio de Urgencias tras la realización de PAAF por aumento súbito de volumen de la masa cervical, realizándose un TAC urgente y siendo diagnosticada de sobreinfección de la lesión quística. Se trató con antibioterapia IV y oral al alta y se preparó para llevar a cabo una cirugía programada para resección de la lesión. La intervención se realizó bajo anestesia general, usándose como vía de abordaje cervicotomía anterior submental. Se llevó a cabo disección de musculatura en línea media hasta localizar tumoración profunda al milohioideo y superficial a los músculos genihioideos además de disección peritumoral hasta cuerpo de hioides, seccionándose el cuerpo de este según técnica de Sistrunk. El cierre se llevó a cabo por planos y se dejó un drenaje aspirativo, retirado a las 48 horas de la intervención. La paciente fue dada de alta con evolución postquirúrgica satisfactoria a las 72 horas de la cirugía. El estudio anatomopatológico de la pieza final fue de quiste dermoide. La paciente continuó seguimiento de forma ambulatoria durante un año sin observarse signos sugerentes de recidiva.

#### RESULTADOS

Las masas cervicales pueden dividirse atendiendo a su naturaleza en sólidas o quísticas, las cuales a su vez se organizan en diferentes subtipos. La mayor parte de estas lesiones son congénitas y, si bien la gran mayoría de ellas suelen manifestarse durante la infancia, en ocasiones se manifiestan clínicamente durante la segunda o tercera década de la vida. En el caso anteriormente expuesto, en las pruebas de imagen realizadas se observó una lesión de naturaleza quística. A nivel cervical las lesiones quísticas que se presentan con mayor frecuencia a nivel clínico son aquellas derivadas de una alteración en la fusión del segundo arco branquial, tratándose de trayectos



fistulosos que van desde la amígdala palatina o fosa amigdalina hasta la piel. Clínicamente se manifiestan como un crecimiento agudo o sobreinfección, aunque dependiendo de la localización exacta también pueden llegar a producir compromiso respiratorio o disfagia. Las lesiones quísticas derivadas de la alteración en la fusión en el primer y el tercer arco branquiales son mucho menos frecuentes, siendo las primeras un 8 % de todas las lesiones quísticas cervicales y un 2 % las segundas. En el caso de las lesiones derivadas del primer arco branquial, se manifiestan como lesiones fistulosas a nivel pre o retroauricular. Generalmente son asintomáticas, si bien cuando dan síntomas lo hacen en forma de dolor y/o supuración a nivel preauricular, cervical o incluso parotídeo, dependiendo del trayecto que siga la lesión. En el caso de las lesiones derivadas del tercer arco branquial, su trayecto fistuloso suele afectar a las estructuras cervicales anteriores, siendo la principal manifestación clínica en caso de sobreinfección la tiroiditis supurativa, que típicamente aparece en la infancia. Si la infección se establece de forma rápida puede ocasionar compresión de la vía aérea. La siguiente lesión quística en frecuencia la constituyen los quistes del conducto tirogloso. Estas lesiones se forman a partir de remanentes del conducto que se forma durante la migración de la glándula tiroidea desde su formación en el suelo faríngeo hasta su posición final en la región anteroinferior cervical sobre la laringe, proceso que ocurre en torno a la tercera semana de gestación. Este conducto se oblitera entre la quinta y octava semana de vida intrauterina. Cuando esto no ocurre, se forman estas lesiones quísticas, cuya localización principal es adyacente al hueso hioides. La mayor parte de ellas suelen diagnosticarse durante la infancia, siendo poco común su diagnóstico de novo durante la segunda o tercera décadas de la vida. Clínicamente se manifiestan como masas asintomáticas con un crecimiento progresivo a lo largo de los años, pudiendo generar dificultad respiratoria o alteraciones en la deglución cuando alcanzan un tamaño significativo. Si llegan a sobreinfectarse, se presentan como masa rápido crecimiento con dolor, signos flogosis locales e incluso pueden llegar a drenar material purulento de forma espontánea a la piel a través de un orificio fistuloso. En tercer lugar en frecuencia clínica encontramos los quistes dermoides. Estas lesiones derivan de restos del ectodermo y mesodermo, los cuales quedar atrapados en las zonas de fusión durante el desarrollo embrionario. Se trata de lesiones benignas, en cuyo interior se pueden encontrar derivados dérmicos como folículos pilosos y glándulas sebáceas o sudoríparas. A nivel craneo cervical se presentan en un 7 % de las ocasiones, siendo la localización cervical más frecuente la región parahioidea, lo que implica que se puedan asemejar a los quistes del conducto tirogloso. Clínicamente se manifiestan como masas de crecimiento lento durante años, pudiendo llegar a estancarse su crecimiento. Cuando se sobreinfectan o su contenido aumenta por una mayor producción glandular, aparecen como masas de rápido crecimiento, dolorosas y con signos de flogosis regional. Otras lesiones quísticas cervicales que se presentan con mucha menor frecuencia son los quistes epidermoides, que a diferencia de los dermoides no contienen derivados dérmicos en su interior. Clínicamente su comportamiento es similar a los dermoides. El resto de las lesiones quísticas con una frecuencia muy minoritaria a nivel clínico son los quistes tímicos, quistes broncogénicos y quistes de duplicación intestinal. Estas tres entidades tienen en común que su diagnóstico suele llevarse a cabo en las etapas iniciales de la vida e incluso de forma prenatal, ya que su principal manifestación clínica en la obstrucción de las vías aéreas y digestivas, impidiendo así un adecuado desarrollo fetal o compromiso vital al nacimiento. El tratamiento base de elección para todas las lesiones expuestas es la resección quirúrgica adecuada, que permite alcanzar tasas de recurrencia nulas o muy bajas. En añadido, puede combinarse otras técnicas de tratamiento en función de las particularidades de cada una de las lesiones.

### CONCLUSIONES

El proceso diagnóstico de las masas cervicales implica un amplio conocimiento de las posibilidades clínicas, así como una adecuada anamnesis y exploración física que oriente al diagnóstico. En el caso clínico expuesto tenemos el ejemplo claro de la gran similitud que puede darse en ocasiones entre dos lesiones pudiendo llevar a un diagnóstico erróneo en los primeros pasos. En nuestro caso, tanto la PAAF como la prueba de imagen sugirieron como primera posibilidad diagnóstica un quiste del conducto tirogloso. No obstante, tras la cirugía y estudio anatomopatológico definitivo de la lesión, se pudo comprobar que la naturaleza de esta era un quiste dermoide, lo cual pone de manifiesto que el diagnóstico correcto de este tipo de lesiones no es sencillo y requiere de un estudio minucioso.

## MISCELÁNEA

### [0117] DISECCIÓN DE CARÓTIDA INTERNA ESPONTÁNEA DEBIDO A UN SÍNDROME DE EAGLE. A PROPÓSITO DE UN CASO

C. Nieto Orihuela, M.A. Contreras Morillo, H. Piñas Hormeño, E. Rodríguez Mariño, P. Fernández de Córdoba Botia, Y. Aguilar Lizarralde  
Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga

#### BREVE INTRODUCCIÓN

El síndrome de Eagle se caracteriza por el hallazgo radiológico de alargamiento en las apófisis estiloides. Se considera que las apófisis estiloides están alargadas, cuando superan los 40 mms de longitud, siendo un tamaño normal de éstas de 25 mms. Clínicamente se puede acompañar de dolor orofacial u orofaríngeo debido a un choque entre las estiloides y la mandíbula durante el movimiento mandibular. En nuestra paciente dicho síndrome había provocado, además, disección de la carótida interna izquierda.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente derivada a nuestro servicio por cefalea frontal irradiada a ojo izquierdo y zona cervical izquierda de 2 semanas de evolución y parestesias en brazo derecho con sensación de agujas, al flexionar la cabeza. Intervenido en 2 ocasiones por radiología vascular para colocarle 3 Stents en carótida interna izquierda por disección de carótida interna de forma espontánea. En TAC realizado con la paciente en hiperflexión cervical se aprecia contacto de la apófisis estiloides izquierda con la carótida interna cervical. En la serie en posición neutra del cuello la apófisis se encuentra cerca de la carótida interna izquierda, pero sin contactar. La paciente presenta clínica de cefaleas y parestesias en miembro superior derecho, ocurre en lado contrario a donde la carótida contacta con la apófisis estiloides (lado izquierdo).

#### RESULTADOS

Operada con éxito por nuestro servicio junto con la colaboración de Radiología Vascular realizándose exéresis de ambas estiloides sin aparición de nuevos episodios de disección carotídea.

#### CONCLUSIONES

Presentación de nuestro caso, con objetivo de aportar casos de Síndrome de Eagle que requieren de tratamiento quirúrgico con abordaje cervical, debido a la afectación de carótida interna.

## MISCELÁNEA

### [0192] REVISIÓN MANEJO QUERATOQUISTE ODONTOGÉNICO MAXILAR

M. Rodríguez Talero, D. Hassan Amselem, L. Fernández-Figares Conde, E. Torres Carranza, S. Macho López, J.L. Gutiérrez Pérez

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

## BREVE INTRODUCCIÓN

El queratoquiste es un tumor odontogénico epitelial del desarrollo dental, con características clínicas e histológicas específicas. Es importante recalcar que esta queratinización no es exclusiva de los quetoquistes. Esta patología presenta dos picos epidemiológicos; el primero entre los 20 y 30 años y el segundo en la 6ª década de vida. Sería importante destacar, la relación de esta entidad con el síndrome de Gorlin, haciéndose que pueda debutar en pacientes a edades más tempranas. Algunos signos característicos de esta entidad son: imagen quística en tercer molar, diámetro mayor de 3 cm, imagen multilocular con límite festoneado y nítido, imagen unilocular con pocas cavidades de gran tamaño, no afectación de piezas dentales o contenido quístico característico. El tratamiento de elección es la quistectomía. Suele presentar alta tasa de recidiva, siendo estas más frecuentes a partir de los 5 años.

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Este estudio se llevó a cabo por parte del servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario Virgen del Rocío. Se tomaron en cuenta todos aquellos pacientes con diagnóstico de queratoquiste odontogénico durante el periodo de 2007 a 2019. En él, compararemos las variables clínicas, demográficas y de eficacia de tratamiento según índice de recidiva en el periodo de 2007-2019 en Hospital Universitario Virgen del Rocío.

## RESULTADOS

Se reviso un total 56 casos; el 62,50 % de los pacientes estudiados eran varones y el 37,50 % restante eran mujeres. En cuanto a la localización anatómica del quiste, el 80,36 % se encontraban en la mandíbula y el 19,64 % en el maxilar. Respecto al síndrome de Gorlin, 48 de los casos estudiados tenían relación con el mismo. En cuanto a la relación con el tabaco, se halló relación en 15 de los casos, siendo mas frecuente en los no fumadores donde la cifra ascendía hasta los 39. La técnica quirúrgica empleada principalmente fue quistectomía Partsch II, en 53 de los casos, en contraposición a 3 con marsupialización Partsch I. Se halló recidiva en 22 casos (38,6 %).

## CONCLUSIONES

Es importante destacar la relación de este quiste con el síndrome de Gorlin . La técnica quirúrgica con mejores resultados es la quistectomía. Es muy importante en esta entidad el seguimiento a medio plazo



## MISCELÁNEA

### [0199] TROMBOSIS DE UN ANEURISMA DE UNA VENA RETROMANDIBULAR

I. Hu Yang, J. Carreres Polo, J. Soliveres Ramón, A. Pascual Camps, I. Peguero García, M<sup>a</sup> C. Baquero Ruiz de .a Hermosa  
Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia

#### BREVE INTRODUCCIÓN

La trombosis de un aneurisma de una vena retromandibular es una entidad muy rara que puede parecerse a una masa de la glándula submaxilar. El diagnóstico radiológico adecuado puede evitar procedimientos invasivos innecesarios.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un paciente varón de 63 años con una masa blanda e indolora de 3 cm en la región submaxilar izquierda de 48 horas de evolución, sin otros hallazgos reseñables. La ecografía demostró una lesión focal ovalada única próximo al borde inferomedial de la cola parotídea con una punción inconcluyente.

#### RESULTADOS

Mediante la tomografía computarizada con contraste y la resonancia magnética del cuello pudimos confirmar una trombosis parcial de una dilatación venosa retromandibular. El paciente fue manejado conservadoramente con un seguimiento regular, sin complicaciones.

#### CONCLUSIONES

Las ectasias venosas en la región cervical son raras y a menudo se diagnostican erróneamente si se desconoce esta entidad. Deben considerarse en el diagnóstico diferencial de las masas blandas del cuello y el diagnóstico por imagen es fundamental.

## MISCELÁNEA

### [0202] TUMOR DE PINDBORG, UN TUMOR ATÍPICO EN LOCALIZACIÓN ATÍPICA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

P. Caballero Pedrero, E. Olavarria Montes, A. Delgado Fernández, M. Mejía Nieto, A. Rivero Calle, G. Sánchez Aniceto  
Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid

## BREVE INTRODUCCIÓN

El tumor odontogénico calcificante o tumor de Pindborg es una entidad benigna y rara, con una incidencia media de aproximadamente tres casos al año en el mundo. La distribución por sexos es de 1:1. La localización más frecuente es en mandíbula (2:1 respecto a maxilar), concretamente en cuerpo mandibular. Se distinguen varios tipos según su anatomía patológica: unilocular (75 %) vs multilocular (25 %) y bien definido (80 %) vs difuso (20 %). Entre el 50-60 % se asocian a dientes no erupcionados. A nivel celular, se origina de restos de la lámina dental y remeda el estrato intermedio del órgano del esmalte. Tras la resección, un 15 % de los pacientes sufre recurrencias incluso décadas más tarde. Presentamos un caso de dicha lesión en localización atípica.

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente de 60 años remitida desde hematología a nuestro servicio para estudio de una masa indolora en premaxila de años de evolución. En seguimiento por trombocitosis en contexto de hepatopatía alcohólica. Entre sus antecedentes se encuentran: hipertensión arterial, epilepsia temporal izquierda, vértigo posicional paroxístico benigno e hipotiroidismo. Dicha lesión no provoca dolor, cambios oclusales ni movilidad o pérdida de piezas dentarias. La tomografía axial computerizada (TC) informa una lesión ósea de 2,3 x 2,3 x 2,3 cm con componente quístico que engloba las piezas 21-24.

## RESULTADOS

La biopsia confirmó el diagnóstico anatomopatológico de tumor de Pindborg. Las imágenes muestran hallazgos típicos: cordones; islas poligonales con puentes intercelulares; núcleos pleomórficos; células de Langerhans, anillos de Lisegang (calcificaciones) y proteína amiloide odontogénica provisional. Estos hallazgos descartaron las lesiones más parecidas: carcinoma odontogénico de células claras y el tumor odontogénico adenomatoide. Se realizó una resección con márgenes por abordaje crestal; respetando tanto mucosa nasal como de cavidad oral (maxilectomía Ilc de Brown); dejando un defecto de 3x3x3 cm que se reconstruyó con un injerto óseo de cresta ilíaca. En el control a los cinco meses, la paciente refirió salida de fluidos serosanguinolentos por fosas nasales, sin síntomas de comunicación orosinusal. Se realizó TC que mostró fallo del injerto óseo siendo retirado en quirófano y quedando pendiente de nueva reconstrucción del defecto quirúrgico.

## CONCLUSIONES

El tumor de Pindborg es una lesión extremadamente rara, pero debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de lesiones derivadas de células de estirpe odontogénica. Se debe realizar resección con márgenes para asegurar la exéresis completa. La técnica de reconstrucción tendrá en cuenta: el tamaño del defecto; la preservación de partes blandas y la intención de rehabilitación dental posterior, pudiendo realizarse con injertos óseos, colgajos locorreregionales o libres microvascularizados. Estos pacientes deben llevar a cabo un seguimiento a largo plazo por el riesgo de recurrencias tardías.

## MISCELÁNEA

### [0215] A PROPÓSITO DE UN CASO: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL TUMOR ODONTÓGENICO EPITELIAL CALCIFICANTE

R. Lewko, S. Cuscó Albors, A. Marí Roig  
Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona

#### BREVE INTRODUCCIÓN

El tumor odontogénico epitelial calcificante, también conocido como tumor de Pindborg, es un tumor poco frecuente, que representa menos del 1 % de tumores odontogénicos. Hay menos de 350 casos descritos en la literatura. Suele presentarse entre la 3ª y 6ª década de vida sin predilección por ninguno de los sexos. La mayoría de los casos son de presentación intraósea, como una masa indolora que abomba las corticales del cuerpo mandibular. El diagnóstico de presunción suele ser radiológico con confirmación histológica posterior. El tratamiento es quirúrgico, que va desde enucleación y legrado hasta mandibulectomías segmentarias. Más del 15 % de los casos recidiva.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Una mujer de 40 años, de raza caucásica, es derivada a nuestro centro por lesión unilocular radiolúcida de 20mm en cuerpo mandibular derecho asociada a movilidad de pieza dental 45. Clínicamente presenta dolor local con abombamiento de cortical mandibular lingual.

#### RESULTADOS

Bajo anestesia local y sedación se realiza exodoncia de la pieza 45 y enucleación de la lesión mediante un abordaje lingual. El anatomopatólogo informa de la presencia de islotes de células epiteliales odontogénicas, con núcleo eosinófilo y núcleo ovoide, estableciendo el diagnóstico de tumor odontogénico epitelial calcificante. El seguimiento posterior de la paciente evidencia ausencia de recidiva a los 2 años, con reosificación casi total de la región afecta. La paciente se encuentra totalmente asintomática.

#### CONCLUSIONES

El tumor de Pindborg presenta cierta agresividad local y tendencia a la recidiva, por la que clásicamente se trataba con una resección del tumor y los tejidos circundantes en bloque. Pese a que la evidencia es escasa, en los últimos años se han publicado varias decenas de casos tratados con enucleaciones de la lesión, con correcta evolución posterior. En lesiones en las que el hueso remanente sea suficiente, podría ser una buena opción para el tratamiento inicial de estas lesiones, dejando las mandibulectomías segmentarias como tratamiento de rescate.

## MISCELÁNEA

### [0288] INITIAL EXPERIENCE OF INTRAOPERATIVE CBCT-GUIDED SURGICAL VERIFICATION WITH LOOP-X SYSTEM IN ORAL AND MAXILLOFACIAL SURGERY

I. Guarro Marzoa, P. Vaquero Martínez, J. Pamiás Romero, C. Bescós Atín  
Hospital Universitario Vall D'hebron. Barcelona

#### A BRIEF INTRODUCTION

Intraoperatively acquired image-guided surgery can improve safety and efficacy in the surgical treatment of facial fractures; however, its application can also be useful as a guide for osteosynthesis in oncologic reconstructive surgery, orthognathic surgery and TMJ prostheses. This proof-of-concept study at our hospital explores the feasibility, accuracy and utility of using intraoperative images acquired by the mobile Cone-Beam Computed Tomography LOOP-X.

#### MATERIAL AND METHOD OR DESCRIPTION OF THE CLINICAL CASE

Intraoperative image acquisition by LOOP-X was used for 25 trauma patients, 12 patients with orthognathic surgery for dento-facial malformations, 3 oncologic patients with reconstructive surgery and 1 patient with TMJ prosthesis placement. In all of them a preoperative CT scan was performed and in 28 of them a surgical planning of the approach was also performed. In 12 of them navigation using the Brain Lab system was used. The intraoperative images obtained were used as a guide for decision making at the time of surgery.

#### RESULTS

All patients were successfully scanned and registered. Registration accuracy was checked by pre- and intraoperative image fusion with the BrainLab system. In 8 of the patients, the registration showed malpositioning of the osteosynthesis plates, facilitated repositioning, and their objective position was rechecked. In patients with orthognathic surgery, correct occlusion was confirmed at the time of surgery. Satisfactory follow-up was performed in all patients.

#### CONCLUSIONS

Intraoperative CBCT image acquisition can achieve a high level of registration accuracy, assist the surgeon in surgical decision making and save secondary surgeries due to errors in mal-positioning of osteosynthesis material. Although there are certain limitations such as increased operative time, the need for a small learning curve and the cost of the initial investment, its use can reduce time, complications and costs in oral and maxillofacial surgery, which opens the way to an area of future research. Keywords: Intraoperative image-guided surgery; LOOP-X; intraoperative CBCT; maxillofacial surgery; oral surgery.

## NUEVAS TECNOLOGÍAS

### [0063] SISTEMA “IN-HOUSE” DE POSICIONAMIENTO Y GUÍA DE CORTE IMPRESO EN 3D PARA LA RECONSTRUCCIÓN MANDIBULAR

J.P. Rodríguez Arias, Á. Moreiras Sánchez, M. M<sup>a</sup> Pampín Martínez, M<sup>a</sup> Barajas Blanco, M<sup>a</sup> Hornillos Villota, J.L. Cebrían Carretero

Hospital Universitario La Paz. Madrid

## BREVE INTRODUCCIÓN

La planificación de la cirugía maxilofacial ha mejorado gracias a los avances tecnológicos en impresión 3D. El uso de guías de corte y posicionamiento personalizadas permite la reproducción intraoperatoria de cortes de osteotomía planificados previamente, lo que se traduce en una mayor precisión quirúrgica, una reducción del tiempo quirúrgico y una mejora de los resultados estéticos y funcionales. Nuestro artículo presenta un nuevo método para crear e imprimir guías de corte y posicionamiento “in-house”.

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se utilizó un programa informático (Brainlab iPlan) para segmentar la mandíbula para la planificación tridimensional a partir de tomografías computarizadas (TC) convencionales importadas. El modelo virtual de la mandíbula se imprimió en una impresora 3D de estereolitografía (SLA) y se adaptó una placa de reconstrucción al modelo impreso. La superficie del modelo y de la placa atornillada se escaneó con un escáner 3D de luz estructurada (Artec Eva). El escaneado obtenido de la mandíbula y la placa en posición se procesó y transformó en un archivo STL. Un software libre (Autodesk Meshmixer) superpuso la mandíbula inicial a la mandíbula escaneada con la placa, diseñando una guía de corte híbrida personalizada que permite un posicionamiento intraoperatorio preciso, conociendo la posición exacta de los tornillos de la placa de reconstrucción en la mandíbula.

## RESULTADOS

El tiempo total de diseño, fabricación e impresión 3D de la guía híbrida propia fue de 595 min. El coste medio total de impresión fue de 16 euros. La técnica resultó sencilla y repetible.

## CONCLUSIONES

Presentamos y describimos aquí una técnica novedosa y sencilla para un sistema de guía de posicionamiento y corte impreso en 3D de fabricación propia que puede aplicarse a toda la zona maxilofacial. En casos de reconstrucción mandibular, este protocolo garantiza un resultado estético y funcional adecuado

## NUEVAS TECNOLOGÍAS

### [0122] PROTOCOLO DE IMPRESIÓN 3D EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CRUCES APLICADO A CIRUGÍA MAXILOFACIAL

B. García Carballo, C. Andrés Ros, D. R. Rodríguez Pérez, M. García García, P. Manchado Bombín, L. Margallo Itza  
Hospital Universitario Cruces. Barakaldo, Bizkaia

## BREVE INTRODUCCIÓN

El uso de nuevas tecnologías cada vez tiene una mayor cabida en el mundo de la medicina y, en este caso, en Cirugía Oral y Maxilofacial. Su desarrollo en estos últimos años está llegando a puntos anteriormente inimaginables y nos está proporcionando una gran ayuda a nivel técnico, formativo y de investigación. Actualmente nos encontramos ante la salud 4.0 que integra sistemas operativos al mundo de la medicina para realizar una atención individualizada. Dentro de estos sistemas se encuentra la integración de la impresión en 3 dimensiones, o proceso de fabricación aditiva, dentro de los hospitales. En este apunte técnico vamos a explicar el workflow dentro del Hospital Universitario Cruces en cuanto a esta tecnología.

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

El primer paso comienza con la solicitud de prueba de imagen al servicio de Neurroradiología, TC o RM, donde se explicará la necesidad de la creación de un posterior modelo estereolitográfico. Con esta información los radiólogos, tras realizar la prueba de imagen, la convierten en un archivo DICOM y con el programa Phillips Intellispace V11.1 y GE AW Server 3.2 segmentan la imagen para enviársela al Departamento de Investigación Tecnológica de Biocruces. Los ingenieros y técnicos de este departamento también reciben una solicitud de parte del clínico donde se explica la patología, el tipo de modelo que se quiere obtener y el uso que se le va a dar. Una vez obtienen el archivo de imágenes DICOM, lo convierten a STL para poder procesarlo en las impresoras 3D. El Hospital Universitario de Cruces posee impresoras tipo Ultimaker2+ con tecnología FDM (Fused Deposition Material), Form2 con tecnología SLA (Stereolithography) y Connex3 con tecnología MJ (Material Jetting). Una vez impreso el modelo encomendado, según los requerimientos, será enviado al clínico que lo solicitó para su uso o al Departamento de esterilización para poder ser utilizado intraquirúrgico. Todo esto habiendo pasado anteriormente los rigurosos controles de calidad para garantizar su uso en el ámbito médico y evitar errores.

## RESULTADOS

La tecnología de fabricación aditiva in-house lleva disponible en el Hospital Universitario Cruces desde 2015 y nuestra experiencia a nivel clínico, formativo y con los pacientes ha sido excelente hasta el momento; además su petición y uso se está viendo incrementado año a año, liderándolo Cirugía Maxilofacial. El uso que se le ha dado a esta técnica es principalmente para planificación quirúrgica, entrenamiento quirúrgico, premoldeamiento de placas, guías de corte, enseñanza y comunicación con el paciente. El tiempo de respuesta varía según la necesidad del caso a preparar pero con esta ayuda in-house, permite obtener modelos impresos urgentes en 3 días, además de facilitar la comunicación clínico-radiólogo-ingeniero dentro del hospital y sin pérdida de datos confidenciales. Se ha demostrado que es una técnica costo-efectiva por los resultados obtenidos y el ínfimo precio de cada impresión, aproximadamente unos 200 € dependiendo del tipo de impresora a utilizar, no llegando a ser la décima parte del coste de la cirugía al completo. Además, el coste inicial se compensa con la amortización del producto en esta creciente vertiente tecnológica. En cuanto a la calidad de los modelos obtenidos, es alta, ya que tiene que superar los controles de calidad de las normativas europeas (EU 2017/745 sobre la regulación de los dispositivos médicos). Actualmente, con unos errores medios de menos del 3 %. Los beneficios que se han encontrado con la impresión 3D son múltiples e indudables, desde la mayor rapidez en quirófano, a la mayor seguridad de clínicos y pacientes, además de la calidad.

## CONCLUSIONES

El uso de la impresión 3D en el campo de la Cirugía Maxilofacial es bastante amplio: ayuda a hacerse una idea tridimensional anatómica de la patología, permite una mejor planificación del acceso y procedimientos quirúrgicos



a seguir, contribuye a un ahorro de tiempo intraquirófano, capacita al cirujano poder preformar o diseñar placas a medida previamente o actúa como guía para osteotomías o infiltraciones dificultosas entre otras utilidades. Y todo ello posibilita unos mejores y predecibles resultados dentro de un precio asequible y adecuado; además de la rapidez de obtención siendo un proceso in-house. Sin olvidar el gran trabajo de colaboración interdisciplinar de fondo necesario para su realización: de los departamentos de Radiología y de Innovación.



## NUEVAS TECNOLOGÍAS

### [0157] HEMANGIOMA INTRAÓSEO ORBITARIO: ABORDAJE TIPO BLEFAROPLASTIA SUPERIOR CON DISEÑO GUÍAS QUIRÚRGICAS Y RECONSTRUCCIÓN CON PSI "IN-HOUSE". A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Sada Urmeneta, M. Tousidonis Rial, G. Ruiz de León, H. Aranibar, A. García Sevilla, S. Ochandiano Caicoya  
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

## BREVE INTRODUCCIÓN

El hemangioma intraóseo es una entidad muy poco frecuente, constituyendo el 1 % de los tumores óseos. Su localización más frecuente es a nivel de la columna y en segundo lugar en el territorio craneofacial, sobre todo en el hueso parietal y la mandíbula. El diagnóstico se basa en pruebas de imagen y el estudio anatomopatológico. El tratamiento definitivo es la resección quirúrgica con márgenes libres. Las tecnologías de diseño, manufactura e impresión 3D han supuesto un gran avance en la cirugía oral y maxilofacial empleados en el diseño de modelos estereolitográficos, diseño de guías quirúrgicas e implantes específicos del paciente (PSI "patient specific implant").

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un varón de 57 años con diagnóstico incidental de hipercaptación en región supraorbitaria observada en la gammagrafía y la resonancia magnética. El paciente refiere una masa de crecimiento progresivo a nivel de la cola de ceja izquierda. En la exploración se apreciaba una lesión de consistencia ósea en el reborde superoexterno de la órbita izquierda dependiente de hueso, sin limitación de movimientos oculares, diplopía ni exoftalmos. En la gammagrafía inicial presentaba una hipercaptación de radiofármaco. En la resonancia magnética se observó una lesión nodular ligeramente expansiva a nivel de ángulo superoexterno de la órbita izquierda con mínima invasión de órbita izquierda. En la tomografía computerizada posterior se apreciaba una lesión esclerosa de 14 x 13 mm condicionando abombamiento y adelgazamiento de cortical, con componente lítico de 3 mm con rotura de la cortical en margen orbitario superolateral y con una estructura vascular en su interior. Planteaba como primera posibilidad un hemangioma intraóseo. Se realizó un biomodelo 3D para la planificación de la resección quirúrgica y valorar la posibilidad de la resección mediante abordaje mínimamente invasivo (tipo blefaroplastia superior) en lugar de un abordaje hemiconal convencional para la resección de este tipo de lesiones y un diseño de guías quirúrgicas por el equipo de ingenieros de la Unidad de Planificación Avanzada y Manufactura 3D (UPAM3D) y un PSI (Patient Specific Implant) para la reconstrucción de la órbita afecta. Se intervino al paciente en noviembre de 2022, realizándose un abordaje tipo blefaroplastia superior con extensión lateral. Se colocaron las guías quirúrgicas según la planificación, con perfecta superposición a la anatomía del paciente. Se realizó resección de la lesión con bisturí piezoeléctrico y posterior colocación y fijación del PSI sin incidencias. Tras un día de ingreso, el paciente fue dado de alta hospitalaria y actualmente está realizando seguimiento ambulatorio en consultas externas. El paciente refiere muy buen resultado estético sin alteraciones funcionales, con una cicatriz prácticamente imperceptible.

## RESULTADOS

El hemangioma intraóseo es una entidad muy poco frecuente. Se trata de una malformación vascular cuyo diagnóstico se basa en pruebas de imagen, y el tratamiento definitivo es la resección de la lesión. La reconstrucción orbitaria puede ser un reto para el cirujano, debido a la complejidad anatómica. Clásicamente se ha empleado el abordaje coronal para el acceso al tercio superior facial en el caso de necesidad de reducción de fracturas faciales o resección de lesiones óseas. Se trata de un abordaje extenso, que permite la exposición completa del tercio superior. Se han descrito abordajes más conservadores para acceso al tercio superior facial como a nivel de la línea inferior de la ceja, blefaroplastia superior o el abordaje directo, mediante una incisión superficial a la lesión. La tecnología 3D ha supuesto un avance muy importante en los diferentes campos de la Cirugía Maxilofacial, permitiendo el diseño de biomodelos, guías quirúrgicas y PSI entre otros. Gracias a una buena planificación y diseño, se puede conseguir reducir el tiempo quirúrgico, una mayor precisión y mejores resultados. Los principales incon-



venientes son el tiempo de fabricación y el coste final. Presentamos el caso de un paciente con un hemangioma óseo en la parte lateral supraorbitaria izquierda, en el que realizamos un diseño y fabricación “in-house” de guías quirúrgicas y un PSI. Esto nos permitió realizar un abordaje menos invasivo, como es el abordaje tipo blefaroplastia superior, con buena visualización del campo quirúrgico, perfecta adaptación de las guías quirúrgicas y del implante diseñado, y menor morbilidad quirúrgica

### CONCLUSIONES

La tecnología 3D ha supuesto un gran avance en el ámbito de la Cirugía Maxilofacial, permitiendo mejora de técnicas quirúrgicas, planificación de casos, aumentar la precisión y abordajes más conservadores con excelentes resultados estéticos y funcionales.

## NUEVAS TECNOLOGÍAS

### [0188] RECONSTRUCCIÓN MAXILAR CON PRÓTESIS SUBPERIÓSTICA CAD-CAM TRAS HEMIMAXILECTOMÍA POR FIBROMA OSIFICANTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Pascual Camps, L. M. Floría García, M<sup>a</sup> C. Baquero Ruiz de la Hermosa, J. Soliveres Ramón  
Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia

## BREVE INTRODUCCIÓN

El fibroma osificante, también llamado fibroma cementificante o fibroma cemento osificante es un tumor benigno óseo bien delimitado, localizado principalmente en los maxilares pudiendo estar ubicado en otros huesos de la estructura facial. De crecimiento lento, actúa como una masa deformante, afectando principalmente a la mandíbula. Su tratamiento fundamental es la exéresis de la lesión y la reconstrucción posterior de los defectos generados.

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

En el presente póster se presenta un caso de una mujer de 61 años con un fibroma osificante que ocupa gran parte del maxilar izquierdo, así como del seno correspondiente. Tras la exéresis del mismo, se decide reconstrucción con prótesis preformadas diseñadas mediante tecnología CAD-CAM. Se desarrollaron 2 prótesis, una de ellas para la reconstrucción del suelo orbitario izquierdo y otra para la reconstrucción de la hemimaxila izquierda, de la cual también emergían pilares sobre los cuales se pudo plantear una rehabilitación protésica dental con carga inmediata.

## RESULTADOS

Tras la realización de la hemimaxilectomía izquierda, se posicionaron 2 prótesis realizadas con CAD-CAM, una de ellas para la reconstrucción del suelo orbitario izquierdo y otra para la reconstrucción de la hemimaxila izquierda. De esta última prótesis emergían pilares protésicos sobre los que se realizó carga inmediata con prótesis dental.

## CONCLUSIONES

La reconstrucción con material protésico preformado mediante tecnología CAD-CAM resulta cada vez mas frecuente y necesario y nos permite obtener resultados predecibles, con reconstrucciones funcionales rápidas tanto de la estructura ósea como de la función masticatoria, garantizando la mínima repercusión estética incluso en el posoperatorio inmediato, debido a la posibilidad de carga inmediata.

## NUEVAS TECNOLOGÍAS

### [0277] COMO EVITAR LA CLASE III MANDIBULAR EN LAS RECONSTRUCCIONES DE SÍNFISIS CON EL USO DE BIOMODELOS

B. Apellaniz Aguirre<sup>1</sup>, J. Hernando Vázquez<sup>1</sup>, D. López Vaquero<sup>1</sup>, L. Lakuntza<sup>2</sup>, R. Hernández<sup>2</sup>, F.J. Martín Rodríguez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Donostia, <sup>2</sup>Biodonostia. Donostia, Gipuzkoa

## BREVE INTRODUCCIÓN

La reconstrucción mandibular ha mejorado sus resultados estéticos como funcionales gracias a la tecnología CAD-CAM que nos permite reproducir el contorno mandibular original del paciente. Sin embargo, en aquellos casos en los que afecta a la sínfisis mandibular, podemos generar una clase III si la reconstrucción la planificamos en el contorno de la basilar mandibular. Secundariamente, dificultaremos la rehabilitación dental del paciente. Gracias al diseño asistido por ordenador podemos planificar nuestras reconstrucciones y con ello evitar dicho problema

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Presentamos un caso de un paciente con un carcinoma epidermoide en reborde alveolar mandibular a nivel de la sínfisis con infiltración de suelo de boca y piel del mentón. Como tratamiento quirúrgico se incluye una resección amplia de sínfisis y cuerpo mandibular bilateral que requiere una reconstrucción inmediata. Se optó por un colgajo microquirúrgico osteomiocutáneo de cresta ilíaca ya que una reconstrucción con peroné no era viable por problemas vasculares. El paciente presentaba un perfil pseudo-clase III secundario al edentulismo maxilar y un mentón proyectado. En la planificación se quiso mejorar dicha relación anteroposterior de los maxilares. Se obtuvo un archivo stl de la mandíbula nativa tras segmentar el TC del paciente mediante el software Materialise Mimics inPrint. Posteriormente, se modificó la forma de la sínfisis mandibular mediante el software Meshmixer para reducir la proyección anteroposterior de la misma evitando producir una clase III. De esta forma, si se realiza una rehabilitación dental, podríamos evitar los problemas de una clase III debida a una planificación sobre la basal mandibular. Se imprimió un biomodelo mediante impresión 3D con Formlabs2. Finalmente, se pre-moldeó una placa de reconstrucción sobre dicho biomodelo previo a la intervención que se esterilizó junto al biomodelo para poder ser utilizado en la cirugía

## RESULTADOS

El diseño CAD-CAM nos permite planificar las cirugías y reconstruir fielmente la anatomía de nuestros pacientes. Sin embargo, al reconstruir la sínfisis mandibular, el posicionar el hueso (peroné, cresta ilíaca,...) en el contorno de la basal puede conllevar una clase III esquelética debido a la mayor proyección del mentón. Con ello, se dificulta su posterior rehabilitación dental. El desarrollo de la tecnología permite prever esto, y planificar la reconstrucción con placas de específicas del paciente, con guías de corte y posicionamiento. Sin embargo, dicha planificación requiere de empresas externas para el diseño y manufacturación de las mismas, con el consiguiente gasto económico y tiempo para su realización. Como alternativa accesible a todo aquel con un ordenador y una impresora 3d; mediante el uso de software libre, podemos realizar segmentación y modificaciones del scanner para obtener biomodelos y mejorar nuestras reconstrucciones. De esta forma, modificamos el posicionamiento de nuestra reconstrucción ósea respecto a la mandíbula nativa y la posterior rehabilitación dental. Así mismo, se mantiene una adecuada simetría del contorno mandibular a pesar de disminuir ligeramente la proyección del mentón mandibular.

## CONCLUSIONES

Aunque el uso de placas PSI y guías de corte aporta una gran precisión quirúrgica, la impresión de biomodelos y posterior premodelado de las placas de reconstrucción supone una forma accesible, rápida y económica de mejorar nuestras reconstrucciones. Gracias a software libre podemos generar modificaciones de las mismas, así como guías de posicionamiento para poder reproducir lo planificado en quirófano.

## ONCOLOGÍA DE CABEZA Y CUELLO

### [0005] METÁSTASIS AXILAR DE CARCINOMA EPIDERMOIDE DE CAVIDAD ORAL TRATADA CON PEMBROLIZUMAB: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

M. de las Fuentes Monreal, D. Bañón Torres, R. Labrador Carrillo, J.M. Suárez Pavón, A.I. Ballesteros García, M.F. Muñoz Guerra

Hospital Universitario de La Princesa. Madrid

#### BREVE INTRODUCCIÓN

La diseminación tumoral local de los carcinomas epidermoides de cabeza y cuello es aquella que afecta a los ganglios linfáticos locorregionales a nivel cervical y se encuentra bien establecida dependiendo de la localización tumoral y del drenaje linfático. Aunque la afectación metastásica axilar pueda parecer rara, se encuentra hasta en un 9 % de las autopsias de los pacientes que fallecen por estos tumores. Existen pocos casos de metástasis axilares descritos en la literatura y la mayoría de ellos han sido tratados quirúrgicamente mediante la realización de una linfadenectomía axilar selectiva.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

El objetivo de este estudio es presentar dos casos de pacientes con metástasis axilares de carcinoma epidermoide de cabeza y cuello tratadas mediante inmunoterapia con Pembrolizumab.

#### RESULTADOS

Se aprecian buenos resultados a corto medio plazo con disminución clínica y radiológica de las lesiones a distancia.

#### CONCLUSIONES

Las metástasis axilares de carcinomas de cabeza y cuello son una entidad rara que se ha tratado tradicionalmente según lo recogido en la literatura mediante disección axilar selectiva. No obstante, hoy en día con el desarrollo de nuevos fármacos, parece que la inmunoterapia con Pembrolizumab tiene resultados prometedores a corto medio plazo en el tratamiento de metástasis axilares del carcinoma de cabeza y cuello

## ONCOLOGÍA DE CABEZA Y CUELLO

### [0011] TUMOR FIBROSO SOLITARIO EN MUCOSA YUGAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

M.E. Larios Barandiarán, S. Contreras Pérez, M. E. del Olmo Morales, H. Serrano Gil, D. Manzano Solo de Zaldivar, P. Martínez Artal

Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. Badajoz

#### BREVE INTRODUCCIÓN

El tumor fibroso solitario (TFS) es una neoplasia rara de partes blandas originada en las superficies mesoteliales, principalmente en la pleura. En la región de cabeza y cuello, se han descrito casos en órbita, nariz, senos paranasales, glándulas salivares, laringe, tiroides y tejidos profundos cervicales. Su aparición en cavidad oral es muy rara, habiéndose descrito solo 58 casos en la literatura internacional. Clínicamente, el TFS intraoral se presenta como una masa móvil, submucosa, no dolorosa, bien circunscrita y de lento crecimiento.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Varón de 83 años de edad, hipertenso y diabético, que presenta a la exploración una tumoración en mucosa yugal izquierda de consistencia elástica sin ulceración ni infiltración de tejidos. La lesión, asintomática, ha tenido un crecimiento paulatino en los últimos cuatro años. En la RM la lesión es hipointensa en T1, hiperintensa en T2 y realza homogéneamente tras administración de gadolinio. En el angio-TC se observa una rica vascularización dependiente de la arteria facial, y con el ECO-doppler, se observa un flujo intralesional arterial con patrón de baja resistencia sin malformación arteriovenosa asociada, orientando el diagnóstico hacia una tumoración vascular tipo hemangioma cavernoso. Bajo anestesia general y previa embolización arterial, se realiza en quirófano resección intraoral de la lesión, que se encontraba encapsulada, con aspecto nodular y contenido mixomatoide. Se envía la pieza quirúrgica para estudio histopatológico, cuyos resultados informan de "tumor fibroso solitario, con positividad difusa para STAT6 y CD34 negativo. Mitosis/mm<sup>2</sup>: 0. Tamaño tumoral: 6.2 cm. Ausencia de necrosis". Seis meses después de la cirugía, en revisión, el paciente no tiene signos de recidiva locorregional ni secuelas.

#### RESULTADOS

El TFS intraoral suele desarrollarse en la sexta década de la vida, con una incidencia similar en ambos sexos y con afectación sobre todo de la mucosa yugal, seguida en frecuencia por la lengua. Clínicamente, el diagnóstico diferencial ha de realizarse con lipomas, fibromas, malformaciones vasculares, neoplasias de glándulas salivares, mucocelos y tumores de células granulares. El diagnóstico se obtiene mediante análisis histopatológico e inmunohistoquímico. El patrón histológico característico consiste en zonas hipo o hiper celulares, áreas de fibrosis, fragmentos de colágeno y ramificaciones vasculares. Existen patrones menos convencionales con áreas de hiper celularidad, áreas mixoides, pleomorfismos, atipias y mitosis. La inmunorreactividad para CD34, Bcl2 y CD99 es útil para confirmar el diagnóstico. Recientemente se ha descrito el marcador STAT6, que es el más específico y sensible, y es el que presenta el paciente que se describe. La 5ª Edición de la Clasificación de Tumores de la OMS no clasifica a los TFS como benignos o malignos, si no que enumera ciertos criterios para predecir el riesgo metastásico. Dichos criterios son la edad mayor de 55 años, la presencia de necrosis mayor del 10 %, más de 4 mitosis/mm<sup>2</sup> y el tamaño mayor de 10 cm. Por tanto, el paciente que se presenta tiene una puntuación de un punto, con un riesgo metastásico bajo. El tratamiento de elección es la resección completa. La recurrencia, aunque rara, ocurre en casos de resección incompleta o márgenes quirúrgicos afectos, pudiendo en estos casos complementar el tratamiento con radioterapia o quimioterapia. En los casos con alto riesgo metastásico no es necesario un tratamiento adicional, siendo la resección completa con márgenes negativos curativa. Todos los casos descritos en la literatura de TFS intraoral tienen una evolución y pronóstico favorables. Sin embargo, se recomienda un seguimiento a largo plazo debido a la posibilidad de recurrencias y metástasis tardías.

#### CONCLUSIONES

El TFS es un tumor infrecuente en la cavidad oral cuyo tratamiento de elección es la cirugía. Se debe hacer un seguimiento a largo plazo a pesar de su buen pronóstico y bajo riesgo de desarrollar metástasis.

## ONCOLOGÍA DE CABEZA Y CUELLO

### [0015] RESECCIÓN GUIADA POR NAVEGACIÓN DE UN NEUROTEQUEOMA DE LA PIEL FRONTALNASAL

F.J. Alamillos Granados, A. Dean Ferrer, C. Centella Gutiérrez, O.A. Estévez Cordero, A. Martín Marín, J.A. Monserrat Barbudo

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

## BREVE INTRODUCCIÓN

El neurotequeoma es un tumor infrecuente que puede afectar a la piel. Su tratamiento es la resección completa.

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se presenta una paciente aquejada de neurotequeoma de la piel frontonasal. Clínicamente es difícil delimitar los márgenes por lo que se planifica su resección mediante cirugía virtual. Una vez en quirófano, la resección se realiza asistida por navegación.

## RESULTADOS

Se consiguió la resección completa del tumor según indica el informe anatomopatológico postoperatorio.

## CONCLUSIONES

La planificación virtual nos puede ayudar a delimitar los márgenes de resección y la navegación quirúrgica a realizar la resección de la tumoración según lo planificado.



## ONCOLOGÍA DE CABEZA Y CUELLO

### [0032] PRECISIÓN DE LAS PRUEBAS DE IMAGEN PREOPERATORIAS: TAC, RMN Y PET-TAC EN EL DIAGNÓSTICO DE METÁSTASIS CERVICALES EN PACIENTES CON CARCINOMAS ESCAMOSOS DE CAVIDAD ORAL

M. Alexandra Gavín Clavero, E. Mirada Donisa, A. Ramos Zayas, J. Mommsen, V. Gumbao Grau, F.J. Rodríguez Fernández  
Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona

#### BREVE INTRODUCCIÓN

La diseminación linfática es el mecanismo más importante de metástasis en pacientes con carcinomas escamosos de cabeza y cuello y tiene un gran impacto en la tasa de supervivencia a los 5 años. Entre un 20-30 % de los pacientes con carcinomas de cabeza y cuello tiene metástasis cervicales en el momento del diagnóstico. El vaciamiento cervical electivo de los pacientes N0, sigue siendo controvertido. Muchos vaciamentos electivos no son positivos histológicamente en el postoperatorio, pero a pesar de la morbilidad que produce, no realizarlo supone una disminución en la tasa de supervivencia. Por eso, las pruebas preoperatorias, los algoritmos y las guías clínicas son muy importantes en la toma de decisiones. La precisión de las pruebas de imagen (TAC, RMN y PET/TAC) en la detección de metástasis cervicales es de un 80-85 %, sin encontrar en la mayoría de estudios diferencias significativas entre las ellas.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se ha realizado un estudio retrospectivo, analizando la precisión, sensibilidad, especificidad, VPP y VPN de las diferentes pruebas de imagen (TAC, RMN Y PET/TAC) en la detección de metástasis cervicales, comparándolo con el gold estándar: la anatomía patológica en 156 vaciamentos cervicales supraomohioideos y funcionales realizados en pacientes con carcinomas escamosos de cavidad oral desde junio 2018 a enero 2023.

#### RESULTADOS

De los 156 vaciamentos realizados, 49 eran mujeres y 107 hombres. La principal localización de los primarios fue la lengua (29,5 %) seguido del suelo de boca (24,4 %), mandíbula (11,5 %), mucosa yugal (9,6 %) y maxilar (5,8 %). Un 16,7 % de los pacientes en los que se realizó vaciamiento cervical eran T1, un 33,3 % T2, un 28,8 % T3 y un 21, % eran T4. Solo el 50 % de los vaciamentos cervicales realizados fueron N+. En relación al estadio, en pacientes T1 el 30,8 % de los vaciamentos fue positivo, en pacientes T2 el 42,3 %, en pacientes T3 el 53,3 % y en pacientes T4 el 72,7 %. Respecto a las pruebas de imagen, en un 30,8 % de los pacientes se realizó TAC, en un 51,3 % RMN y en un 19,2 % PET/TAC. La sensibilidad global de las pruebas de imagen fue del 65,5 %. El TAC tenía una sensibilidad de un 69.6 % y una especificidad de un 80 %, un VPP de 76.2 % y un VPN de 74,1 %, con una precisión de 75 %. La sensibilidad de la RMN fue de 52.6 %, una especificidad de 61,9 %, un VPP de 55,6 % y un VPN de 59,1 %, con una precisión de 58 %. El PET/TAC aumenta la sensibilidad hasta un 88,2 % pero la especificidad baja a 61,5 %, un VPP de 75 % y un VPN de 80 %, con una precisión de 77 %. De los 77 pacientes N+ en pruebas de imagen preoperatorias, solo 51 (66,2 %) fueron positivos histopatológicamente y de los 79 pacientes N0 en las pruebas de imagen, solo 52 pacientes (65,8 %) fueron negativos y hasta 27 (34,2 %) fueron falsos negativos. En los pacientes que se realizó PET/TAC, 2 de los 10 pacientes N0 fueron falsos negativos (20 %); respecto al TAC, 7 de los 27 pacientes N0 (25,9 %) fueron falsos negativos y hasta 18 de los 44 pacientes N0 en la RMN fueron falsos negativos (40,9 %).

#### CONCLUSIONES

La realización de vaciamiento cervical en cuellos N0 preoperatoriamente, no se puede basar solamente en pruebas de imagen. La sensibilidad del PET/TAC es mayor que con el resto de pruebas de imagen, pero no existen diferencias significativas con el TAC en la detección de metástasis cervicales. La decisión debe basarse en algoritmos, guías clínicas y comites oncológicos, que tienen en cuenta no solo el estadiaje tumoral preoperatorio, sino también la localización, la anatomía patológica y otros factores dependientes del paciente.

## ONCOLOGÍA DE CABEZA Y CUELLO

### [0059] ADENOCARCINOMA METASTÁSICO DE ORIGEN RENAL EN MAXILAR SUPERIOR. REPORTE DE UN CASO

H. Piñas Hormeño, F.A. Ramírez Pérez, M.A. Contreras Morillo, E. Rodríguez Mariño, B. Arias Chamorro, Y. Aguilar Lizarralde

Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga

#### BREVE INTRODUCCIÓN

El adenocarcinoma renal de células claras es la neoplasia primaria que más frecuentemente metastatiza en la región nasosinusal, siendo esta manifestación inicial poco usual. Presenta una sintomatología inespecífica siendo la epistaxis el síntoma más frecuente debido a la gran vascularización tumoral. Tienen un pronóstico pobre con una tasa de supervivencia en torno al 15-30 % a los 5 años. El tratamiento de elección, siempre que sea posible, es la cirugía.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Mujer de 68 años de edad, independiente para las actividades básicas de la vida diaria, fumadora, hipertensa, dislipémica, con antecedentes de Ictus isquémico en 2020 y diagnosticada recientemente de estenosis aórtica leve. Acude derivada desde el servicio de Otorrinolaringología de otro centro por tumoración nasomaxilar derecha tras episodios de epistaxis recurrentes acompañados de hiposmia. No refería algia paranasal ni hemifacial. La exploración endoscópica mostraba la existencia de una formación de aspecto polipoideo, pulsátil, de color rojo vinoso y elástica al tacto localizada en fosa nasal derecha y que parecía proceder de seno maxilar ipsilateral. En la RMN craneal y de senos paranasales con contraste informa de la existencia de neoformación que asentaba en fosa nasal derecha, ocupándola en su totalidad así como seno maxilar ipsilateral, con leve erosión de estructuras óseas y gran realce con contraste. El estudio se completó con Arteriografía craneal maxilar que puso de manifiesto el carácter hipervascularizado de la tumoración. Se realizó inicialmente una embolización de la arteria maxilar interna no exitosa confirmando la persistencia de aporte sanguíneo derivado de ramas ipsilaterales de la arteria facial, oftálmica (arteria etmoidal anterior y posterior), rama petrosa de la arteria carótida interna, así como arterias etmoidales contralaterales. A continuación se procede a la toma de biopsia donde se observa la presencia de material fibrinohemático, ectasia vascular y fragmentos necróticos que parecen corresponder a tumoración de mucosa secretora, de tipo adenocarcinoma (NOS) que se marca solamente con citoqueratina 7, siendo negativa para citoqueratina 20, CDX-2 y MUC2.

#### RESULTADOS

Dados estos resultados se decide intervención quirúrgica previa embolización selectiva intratumoral mediante Coils realizándose una maxilectomía tipo IIIB de Brown (conservando reborde alveolar) más reconstrucción con colgajo adiposo de Bichat para obturar y aislar fosa nasal derecha y colocación de malla para reconstrucción de suelo orbitario. La paciente presenta una muy buena evolución postoperatoria sin clínica a destacar y alta al 8º día postoperatorio. El estudio anatomopatológico definitivo tras la cirugía concluyó la presencia de infiltración por adenocarcinoma de células claras de maxilar superior con signos de angioinvasión e infiltración perineural. Tras los resultados, se decide en comité oncológico ampliar estudio de extensión visualizando una lesión neoplásica renal izquierda con probables metástasis pancreáticas múltiples, así como trombosis tumoral de vena renal ipsilateral. Actualmente la paciente se encuentra en tratamiento inmunoterápico ( Estadio IV)

#### CONCLUSIONES

El adenocarcinoma nasosinusal de células claras es una neoplasia poco frecuente, pero de gran importancia dada su baja supervivencia. Parece que la diseminación tumoral hacia senos paranasales y fosas ocurre vía hematológica. La epistaxis es la manifestación clínica más frecuente, seguido de insuficiencia respiratoria nasal (25 %), deformidad nasal y algias faciales (5 %). El diagnóstico definitivo, de certeza nos lo da el estudio anatómo-



patológico de la lesión completado con un estudio de extensión mediante pruebas de imagen. El pronóstico de los pacientes con carcinoma renal metastásico no tratado es generalmente pobre, con una supervivencia media entre 5-15 % a los 3 años. Las metástasis en cabeza y cuello deben ser consideradas y ser parte del diagnóstico diferencial con tumoraciones nasosinusales primarias.

## ONCOLOGÍA DE CABEZA Y CUELLO

### [0075] METÁSTASIS LINGUAL DE CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES COMO PRIMER SIGNO DE ENFERMEDAD AVANZADA. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

P. Martínez Artal, M. Moreno Sánchez, L. Villanueva Alcojol, A. Cuevas Queipo de Llano, S. Contreras Pérez, E. Larios Barandiaran

Hospital Universitario de Badajoz. Badajoz

#### BREVE INTRODUCCIÓN

La cavidad oral es un lugar infrecuente de aparición de metástasis, las cuales representan aproximadamente el 1 % del total de tumores malignos presentes en dicha región. Los tumores que pueden dar lugar a metástasis a nivel de cabeza y cuello son principalmente el pulmón y la mama, siendo los de origen renal los que ocupan el tercer lugar. El carcinoma de células renales es el más frecuente de los tumores renales, con una incidencia de metástasis a nivel de cabeza y cuello de un 15 % aproximadamente. A nivel de los tejidos blandos de la cavidad oral, la localización más frecuente es la encía adherida, seguida de la lengua, el suelo de boca, el paladar blando, las amígdalas y el labio. Las lesiones metastásicas del carcinoma de células renales se caracterizan por la presencia de lesiones exofíticas y friables, con un componente vascular sinusoidal prominente. A nivel de la lengua, se localizan predominantemente en el tercio posterior. Los mecanismos propuestos para la aparición de metástasis del carcinoma de células renales involucran la circulación arterial, venosa o linfática, siendo el mecanismo más común la diseminación por vía hematógena. De esta manera, la metástasis lingual de carcinoma renal suele indicar una enfermedad avanzada. El tratamiento quirúrgico de estas lesiones se basa en una citorreducción paliativa para ofrecer una mejoría en la calidad de vida del paciente, que va a precisar de un tratamiento inmunoterápico en la mayoría de los casos, para el control global de la enfermedad. El pronóstico del cáncer renal metastásico en la cavidad oral es malo, al indicar una diseminación hematógena generalizada del tumor primario, y con una supervivencia estimada a los 5 años inferior al 10 %.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un paciente varón de 67 años, exfumador, con antecedentes de hipertensión e hipotiroidismo, intervenido en 2008 de nefrectomía radical derecha transperitoenal con diagnóstico anatomopatológico de carcinoma renal de células claras estadio patológico T3a N0 M0 grado I. El paciente acudió a consulta para valoración de una tumoración lingual de 3 meses de evolución. Refería disfagia permanente y disnea nocturna junto con algún episodio de sangrado que le ocasionaba una restricción alimentaria y limitación severa de su calidad de vida. A la exploración, presentaba una lesión con un tamaño aproximado de 3 cm de diámetro y localizada en el dorso lingual derecho, atravesando la línea media. La tumoración era exofítica, polilobulada y friable al tacto. La palpación cervical era negativa. El resultado histológico de la biopsia vino informado como metástasis de carcinoma renal de células claras.

#### RESULTADOS

Dados los antecedentes, se procedió a realizar el estudio de extensión pertinente con un TC de cuerpo completo, confirmándose la presencia de un nódulo sólido parasagital derecho a nivel de la lengua, con adenopatías bilaterales cervicales, nódulos pulmonares bilaterales y una LOE cerebral a nivel temporal derecho. En el contexto del estadio de enfermedad avanzada, se inició tratamiento sistémico inmunoterápico con Sunitinib para control de la enfermedad a distancia. El tratamiento quirúrgico paliativo consistió en la citorreducción, para mejorar la calidad de vida del paciente. Para ello, se realizó la exéresis de la lesión lingual descrita con márgenes macroscópicos y cierre directo del defecto. En el seguimiento tras 8 meses de la intervención, el paciente sigue en tratamiento inmunoterápico. Sin embargo, refiere gran mejoría en su calidad de vida, con desaparición de la disnea y la odinofagia, conserva la movilidad lingual y niega restricciones dietéticas.



## CONCLUSIONES

Las metástasis linguales del carcinoma de células renales son una entidad clínica rara pero reconocida, que se observan en pacientes con enfermedad metastásica avanzada, y que orienta a la necesidad de completar el estudio de extensión rutinario de estos pacientes con la inclusión del área de cabeza y cuello. La cirugía paliativa de la enfermedad metastásica a nivel de la región de cabeza y cuello tiene como objetivo principal mejorar la calidad de vida del paciente. Actualmente las nuevas terapias inmunológicas ofrecen mayor control de progresión de enfermedad, y supervivencia global en estos pacientes.

## ONCOLOGÍA DE CABEZA Y CUELLO

### [0082] ADENOMA PLEOMORFO DE PARÓTIDA: UN ABORDAJE INTEGRAL

A. Cardín Pereda<sup>1</sup>, D. Bastidas Rosas<sup>1</sup>, J. Hernando Vázquez<sup>1</sup>, B. Apellaniz Aguirre<sup>1</sup>, J. Viera Artiles<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Donostia. San Sebastián, <sup>2</sup>Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

#### BREVE INTRODUCCIÓN

El adenoma pleomorfo es el tumor más frecuente de la glándula parótida, constituyendo hasta dos tercios de todos los tumores de glándulas salivares, con una incidencia de 3-5 casos por cada 100.000 habitantes y año. Se presenta de forma más frecuente como una tumoración indolora, de lento crecimiento, típicamente en mujeres entre 30 y 50 años. En referencia a su localización, el 85 % de los casos asientan en glándula parótida (especialmente a expensas del lóbulo superficial), seguido de las glándulas salivares menores, glándulas submandibulares e incluso a nivel de glándulas ectópicas. El diagnóstico de rutina se realiza mediante pruebas de imagen (de elección la resonancia magnética) y el estudio histológico por medio de punción PAAF. El tratamiento de elección del adenoma pleomorfo es la cirugía, con cierto papel accesorio de la radioterapia. Su carácter histológicamente benigno es engañoso, pues su relación con el nervio facial y una no desdeñable tasa de recurrencia del 5 % convierten su tratamiento en un auténtico desafío, desde la indicación hasta la ejecución técnica. Las complicaciones como la parálisis facial, las fístulas salivares o el Síndrome de Frey, unidos a la reaparición e incluso potencial malignización de la lesión le confieren gran complejidad.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Mediante búsqueda electrónica en las bases de datos Pubmed y Cochrane, se realizó una revisión sistemática, limitando las búsquedas a estudios publicados en humanos, en lenguas inglesa y española, abarcando el periodo desde el 1 de enero de 2010 hasta el 31 de diciembre de 2022, y excluyéndose artículos del tipo cartas y editoriales. Se emplearon como términos de búsqueda las siguientes palabras clave: Pleomorphic adenoma, Salivary glands, Parotid, Submandibular gland, Parotid surgery, Surgical techniques, Extracapsular dissection, Partial superficial parotidectomy, Mixed tumor, Parotid gland tumor, Recurrence, Progression, Facial nerve, Frey Síndrome, Salivary fistula.

#### RESULTADOS

En el presente trabajo se sintetizan de forma actualizada los factores epidemiológicos, etiológicos, diagnósticos y terapéuticos del adenoma pleomorfo de parótida, de forma transversal y orientada a la eficacia del cirujano.

#### CONCLUSIONES

Debido a las consecuencias del tratamiento que entraña el adenoma pleomorfo de parótida se hace indispensable para el clínico conocer el estado del arte del manejo de esta patología.

## ONCOLOGÍA DE CABEZA Y CUELLO

### [0098] PARAGANGLIOMA DEL NERVI VAGO: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO CON AFECTACIÓN FAMILIAR

V. Pérez García, A. F. Ferrández Martínez, M. Paños Lorenzo, C. García Pontigo, M. Y. Herrero Basilio, G. Maldonado Maldonado  
Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería

#### BREVE INTRODUCCIÓN

Los paragangliomas son neoplasias benignas que en raras ocasiones malignizan (hasta un 10 % de los casos). Derivan de tejido neuroectodérmico de la cresta neural, pudiéndose dividir en simpáticos y parasimpáticos. Los simpáticos o cromafines poseen células secretoras y se localizan habitualmente en la glándula suprarrenal (feocromocitoma) o a nivel abdominal. A su vez, los paragangliomas parasimpáticos (tumores glómicos o quemo-dectomas) normalmente no son secretores y se localizan en la base de cráneo, cuello y mediastino alto. Estas lesiones representan el 0,6 % de los tumores de cabeza y cuello, siendo los del cuerpo carotídeo los más frecuentes (65 %), seguidos de los paragangliomas yugulotimpánicos (35 %) y los intravagales (5 %). El objetivo de este estudio consiste en la presentación de una paciente con paraganglioma del nervio vago bilateral con correlación familiar.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 47 años, como antecedentes destacan hábito tabáquico, epilepsia criptogénica del lóbulo temporal y migraña, además de antecedentes familiares de paraganglioma (hermana en estudio por paraganglioma además de antecedentes en familiares de segundo grado). Acude por tumoración asintomática, de crecimiento progresivo en nivel cervical IIB izquierdo. Se realiza TAC y RMN con hallazgo de posible paraganglioma vagal bilateral (siendo el izquierdo de mayor tamaño). Se solicita la determinación de catecolaminas en sangre y sus metabolitos en orina para descartar tumores funcionales siendo sus valores normales. En estudio genético, se detecta heterocigosis de la variante c.2T>C (p.Met1Thr) de significado clínico patogénico en el gen SDHD. Posteriormente se realiza arteriografía y test de oclusión de arteria carótida interna izquierda con hallazgos sugerentes de glomus vagal, con efecto masa sobre la vena yugular interna izquierda y buena compensación arterial. Ante los hallazgos descritos se decide llevar a cabo embolización preoperatoria. Tras 48 horas de dicho procedimiento, se realiza intervención quirúrgica mediante abordaje transcervical izquierdo procediendo a localización, disección y extirpación de la lesión. En el postoperatorio inmediato no se observan complicaciones agudas. Durante la estancia hospitalaria, se aprecia ronquera y afonía por lo que se realiza nasofibroscopia, confirmando parálisis cuerda vocal ipsilateral.

#### RESULTADOS

Se obtuvo el resultado definitivo de Anatomía Patológica de la pieza quirúrgica, confirmando diagnóstico de paraganglioma del nervio vago izquierdo, de 6 x 3,4 x 2 cm. Durante el seguimiento ambulatorio, la paciente evolucionó de manera favorable, además de llevar a cabo tratamiento rehabilitador por parte de logopeda que le ha instruido en técnicas adecuadas de fonación, sin requerir a día de hoy cirugía posterior para el tratamiento de las secuelas.

#### CONCLUSIONES

El paraganglioma del nervio vago representa aproximadamente el 5 % de todos los paragangliomas de cabeza y cuello. Tiene un comportamiento benigno, pero con posibilidad recidiva (17 %) y riesgo de malignización. Se presenta en la mayoría de las ocasiones en mujeres como una tumoración laterocervical asintomática y de crecimiento lento. Pueden ser esporádicos o familiares (incidencia aproximada del 8 %). Las formas familiares presentan un patrón de herencia autosómico dominante con penetrancia variable, por ello se recomienda realizar 'screening' familiar. Se han descrito siete tipos de síndromes paraganglioma-feocromocitoma: tipo PGL1 (gen SDHD), tipo





PGL2 (gen SDHAF2), tipo PGL3 (gen SDHC), tipo PGL4 (gen SDHB), tipo PGL5 (gen SDHA), PGL relacionado con TMEM127 y PGL relacionado con MAX. En cuanto al diagnóstico, la RMN está especialmente indicada. La angiografía permite el diagnóstico diferencial con otras lesiones y la realización una embolización selectiva. El tratamiento de elección es quirúrgico, desplazando la radioterapia a pacientes con lesiones irresecables, tumores residuales tras la cirugía y pacientes no subsidiarios de cirugía. La complicación postoperatoria más frecuente es la parálisis de la cuerda vocal ipsilateral, siendo su tratamiento rehabilitador inicialmente, reservando la cirugía para casos refractarios.

## ONCOLOGÍA DE CABEZA Y CUELLO

### [0124] MANEJO DEL PARAGANGLIOMA CAROTÍDEO: A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Báguena Pérez-Crespo, V. Villanueva San Vicente, P. Veiga San Román, E. Teruel Hernández, C. Montañés López, M.A. Rodríguez González

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

#### BREVE INTRODUCCIÓN

Los paragangliomas de cabeza y cuello constituyen un grupo infrecuente de tumores neuroendocrinos (0,6 %), en su mayoría benignos que pueden presentarse a cualquier edad, siendo más frecuentes entre la tercera y la cuarta década de la vida. La mayoría son benignos y entre el 6 % y el 19 % de todos los paragangliomas de cabeza y cuello desarrollan metástasis fuera del sitio del tumor y comprometen significativamente la supervivencia. Normalmente se presentan como una masa asintomática de crecimiento lento en la bifurcación carotídea. Debe evitarse la toma de biopsia en este tipo de tumores y se recomienda un correcto asesoramiento y estudio genético tanto a pacientes como familiares para una detección precoz y así disminuir las complicaciones vasculares asociadas a la cirugía. Los avances en las técnicas de imagen han disminuido mucho la morbilidad asociada a su resección quirúrgica. No obstante, las hemorragias, déficits nerviosos y el riesgo de un accidente cerebrovascular siguen siendo posibles complicaciones asociadas a su tratamiento, por ello, su extirpación supone un desafío incluso para los cirujanos más experimentados.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Mujer de 41 años que consulta por una tumoración en la región cervical izquierda anterior al borde del músculo ECM, no visible a la inspección, situada en el compartimento III aproximadamente. A la palpación, es una masa levemente indurada, no pulsátil, de 2'6 x 2'4 cm de diámetro máximo (plano axial) y 3'5 cm en plano longitudinal no adherida a planos profundos. Se realiza ecografía que informa de: Nódulo en compartimento vascular izquierdo a nivel de la bifurcación carotídea de unos 31x18 mm compatible con paraganglioma. Se completa estudio con TAC que confirma la sospecha diagnóstica y se interviene realizándose la exéresis del mismo, previa embolización el día anterior (FIGURA I, II, III). Postoperatorio tórpido con complicaciones neurológicas secundarias a oclusión de carótida interna desde el origen con repermeabilización distal a través de la comunicante anterior izquierda y reoclusión de la división anterior M2 de la ACM izquierda. Intervenida de urgencia por neuroradiología vascular intervencionista que coloca stent carotídeo con mejoría sintomática posterior.

#### RESULTADOS

Discusión: Los paragangliomas de cabeza y cuello comprenden del 65 % al 70 % de todos los paragangliomas y constituyen el 0.6 % de todos los tumores de cabeza y cuello. Es fundamental realizar un correcto diagnóstico diferencial con otras masas localizadas en el cuello y con aquellas lesiones que se originan en el espacio carotídeo. El diagnóstico diferencial más importante incluye aneurisma o pseudoaneurisma de la arteria carótida, hematoma, tumor del glomus vagal y Schwannoma vagal. Además, es importante recordar la hiperplasia del cuerpo carotídeo. Esta afección puede desarrollarse como consecuencia de la hipoxia crónica. Según el tamaño, extensión e invasión de las estructuras vecinas, la extirpación del tumor puede derivar en serias complicaciones por lo que Shamblyn propuso la siguiente clasificación: - Tipo I: Sin compromiso de estructuras vecinas (fácilmente disecable). - Tipo II: Compromiso adherencial a la adventicia, crecimiento circunferencial en la bifurcación carotídea, desplazamiento de pares craneales y extensión a la base del cráneo (más frecuencia requiere resección subadventicial). - Tipo III: Marcado compromiso envolvente de la bifurcación carotídea y de los pares craneales, desplazamiento de estructuras vecinas (mayor incidencia de complicaciones neurológicas) puede requerir resección en bloque y reconstrucción vascular con técnicas de preservación cerebral). Los paragangliomas pueden tener una etiología familiar con variaciones de secuencia de la línea germinal en diferentes genes de susceptibilidad, siendo el gen que codifica la succinato deshidrogenasa la variación de secuencia más común, o pueden surgir de variaciones de secuencia somáticas o genes de fusión. En ocasiones puede ser necesario el uso de



imágenes funcionales por tomografía por emisión de positrones (DOTATATE, 18F-fluorodesoxiglucosa o 18F-fluorohidroxifenilalanina) para descartar sitios de metástasis. Los avances en las técnicas de imagen han disminuido mucho la morbilidad asociada a su resección quirúrgica. No obstante, las hemorragias, déficits nerviosos y el riesgo de un accidente cerebrovascular siguen siendo posibles complicaciones asociadas a su tratamiento, por ello, su extirpación supone un desafío incluso para los cirujanos más experimentados. Para pacientes con elevado riesgo de lesión vascular y aquellos con tumores grandes o antecedentes de biopsia previa, se debe preparar una derivación vascular antes de la disección o reconstrucción vascular. La radioterapia se reserva solo para pacientes de edad avanzada con tumores irresecables. Es necesario un seguimiento a largo plazo para detectar recurrencia o metástasis.

### CONCLUSIONES

Los tumores del cuerpo carotídeo constituyen generalmente un grupo benigno, pero localmente invasivo de neoplasias de células paraganglionares que se localiza más frecuentemente en la bifurcación carotídea. El manejo de los paragangliomas de cabeza y cuello es complejo dependiendo de la patología, localización y agresividad del tumor. Es fundamental una correcta planificación y estudio preoperatorio que incluya pruebas de imagen, así como el estudio de la perfusión cerebral, especialmente en tumores grandes para poder realizar una correcta exéresis de este. Los pacientes con tumores unilaterales deben considerarse candidatos a cirugía independientemente del tamaño del tumor. Una buena exposición quirúrgica, la anestesia hipotensiva, la identificación y preservación de estructuras vasculares y nerviosas y la resección subadventicial del tumor minimizará la lesión vascular y las complicaciones nerviosas asociadas. Para pacientes con elevado riesgo de lesión vascular y aquellos con tumores grandes o antecedentes de biopsia previa, se debe preparar una derivación vascular antes de la disección o reconstrucción vascular. La radioterapia se reserva solo para pacientes de edad avanzada con tumores irresecables. Es necesario un seguimiento a largo plazo para detectar recurrencia o metástasis.

## ONCOLOGÍA DE CABEZA Y CUELLO

### [0132] HEMANGIOMA INTRAÓSEO FRONTAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

Á. Antón Tercero, A. Serrat Soto, B. Zarauza Santos, C. Muñoz González, S. García Martín, B. Burgos Vico  
Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid

#### BREVE INTRODUCCIÓN

El hemangioma intraóseo primario representa menos del 1 % de la totalidad de los tumores óseos. Es más frecuente en mujeres 3:1 y tiene pico de incidencia en la 4º y 5º década de vida. Las localizaciones más frecuentes son la región vertebral y el cráneo, concretamente la región frontal y parietal. Se considera una neoplasia de características benignas, de lento crecimiento y que puede debutar con síntomas como diplopia, pérdida visual, dolor, próptosis o simplemente deformación estética.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente de 36 años que es remitida a consulta por tumoración ciliar izquierda de 2.5 cm con extensión a reborde supraorbitario, desde hace 1 año con crecimiento progresivo, dura y fija, asociada a dolor últimamente. No diplopia, motilidad ocular sin alteraciones ni hipoestesia frontal. AP: antecedentes familiares de embolia. IQ: vesícula, ligadura de trompas y anexectomía bilateral.

#### RESULTADOS

El paciente finalmente fue intervenido quirúrgicamente en colaboración con Neurocirugía, tras realizarse las pruebas correspondientes, TC y RM, donde se informó de sugestiva imagen de hemangioma intraóseo. Se realizó un abordaje bicoronal, resección de tumoración frontal izquierda utilizando guías de corte y piezoeléctrico. Se preservó meninges y se procedió a cranealización de seno frontal y cierre del mismo con colgajo de pericráneo y Tachossil. Posteriormente, cierre de defecto frontoorbitario con placa preformada PEEK fijada con tornillos y cierre por planos. La evolución postoperatoria cursó sin incidencias. El paciente fue dado de alta del hospital en 7 días.

#### CONCLUSIONES

El hemangioma intraóseo primario representa menos del 1 % de la totalidad de los tumores óseos. Es más frecuente en mujeres 3:1 y tiene pico de incidencia en la 4º y 5º década de vida. Las localizaciones más frecuentes son la región vertebral y el cráneo, concretamente la región frontal y parietal. Se considera una neoplasia de características benignas, de lento crecimiento y que puede debutar con síntomas como diplopia, pérdida visual, dolor, próptosis o simplemente deformación estética. El diagnóstico clínico y radiológico de esta entidad es complicado, a pesar de tener una serie de características y patrones óseos concretos tienen un amplio número de patologías como diagnóstico diferencial, por lo que la mayoría de estas neoplasias son finalmente diagnósticas de forma postquirúrgica con la anatomía patológica. La cirugía se basa en la extirpación en bloque de la lesión ampliada con márgenes de tejido óseo sano, tal y como se realizó en nuestro caso.

## ONCOLOGÍA DE CABEZA Y CUELLO

### [0140] FLUJO DE TRABAJO PARA FABRICACIÓN IN-HOUSE DE GUÍAS QUIRÚRGICAS Y BIOMODELOS EN CIRUGÍA ONCOLÓGICA DE CABEZA Y CUELLO

V. Juan Gómez, A. Martín González, V. Zafra Vallejo, I. Zubillaga Rodríguez, A. Fernández García, G. Sánchez Aniceto  
Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid

#### BREVE INTRODUCCIÓN

El computer-aided design/computer-aided manufacturing (CAD/CAM) para la Cirugía Oncológica de Cabeza y Cuello con la impresión de biomodelos, guías de corte e implantes a medida (PSI), ha permitido simplificar y hacer más predecible este tipo de cirugías de alta complejidad. A pesar de ello, esta tecnología no está exenta de inconvenientes, ya que el incremento en los costes y los plazos de entrega cuando se planifican con la industria biomédica suponen uno de los motivos que hacen que se reserven para los casos más complejos. Por ello se ha discutido últimamente la posibilidad de crear un Point-of-Care 3D Printing (PoC) en el propio centro hospitalario realizando todo el proceso in-house (IH) con softwares comerciales, gratuitos o software propio. Estas alternativas tratan de mantener los beneficios del CAD/CAM reduciendo sus efectos negativos. El objetivo de esta comunicación es presentar el flujo de trabajo de nuestro PoC con software gratuito en el contexto de un Hospital Universitario de Nivel Terciario del Sistema Nacional de Salud.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

En nuestro PoC tenemos capacidad para fabricar biomodelos y guías quirúrgicas a medida, pero no de fabricar PSI puesto que no disponemos de impresoras para imprimir con titanio debido a su elevado coste. El flujo de trabajo consta de 6 pasos hasta obtener a una guía quirúrgica o biomodelo validados y esterilizados, listos para su uso en el quirófano. Estos pasos consisten en Segmentación (realizado con software 3D Slicer®), Modelado (realizado con software Meshmixer®), Impresión (realizado con software Cura® o Preform®), Postprocesado, Validación (realizado con softwares Meshlab® y CloudCompare®) y Esterilización (usualmente con plasma de peróxido de hidrógeno). En nuestro flujo de trabajo, el cirujano es el encargado de realizar el VSP; los ingenieros se encargan de la impresión, postprocesado y validación; y el Servicio de Esterilización realiza su parte bajo las directrices y supervisión de los ingenieros del PoC según su protocolo estandarizado, para asegurar que el producto final cumple con los estándares de calidad vigentes según la regulación EU 2017/745, la MDCG 2019-11, la ISO 13485:2016, la Machinery Directive 2006/42/EC, la ISO 10993-1:2018 y USP Class VI.

#### RESULTADOS

En nuestro centro se ha apostado por la implementación desde 2020 de un PoC con software gratuito para la planificación IH del CAD/CAM, produciendo guías quirúrgicas y biomodelos para más de 50 pacientes entre Oncología de Cabeza y Cuello y Trauma Facial, reservando para la industria los casos más complejos o que requieren un PSI.

#### CONCLUSIONES

Con la opción de software gratuito es posible desarrollar un Point-of-Care 3D Printing en cualquier hospital con casi cualquier presupuesto, haciendo que las ventajas de la tecnología 3D estén ahora al alcance de la mayoría de nuestros pacientes.

## ONCOLOGÍA DE CABEZA Y CUELLO

### [0153] NEUROFIBROMA DE CAVIDAD ORAL: ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE UN CASO ESPORÁDICO Y UN CASO ASOCIADO A NEUROFIBROMATOSIS TIPO 1

E. García García, S. Herrera i Nogues, A. Martínez Carrillo, M. Rubiera Valdés, L. M. Junquera Gutiérrez, J.C. de Vicente Rodríguez

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

#### BREVE INTRODUCCIÓN

El neurofibroma es un tumor benigno de origen neural. Representa menos del 1 % de todas las lesiones de la cavidad oral. Puede darse de forma aislada o asociado a la Neurofibromatosis tipo 1 (NF-1), especialmente. En este trabajo, se presentan dos casos de neurofibromas, con algunas diferencias en su presentación clínica.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente varón de 46 años, que acudió a la consulta para valoración de una lesión en dorso lingual, asintomática. A la exploración, se observaba una lesión pediculada, de 1 cm de diámetro, en tercio posterior del dorso lingual. No se observaron hallazgos clínicos que cumplieran los criterios diagnósticos de NF-1. Se realizó su exéresis bajo anestesia local. Paciente mujer de 38 años, que acudió a la consulta para valoración de nódulos intraorales. Diagnosticada previamente de NF-1. A la exploración, se observaban 2 nódulos sésiles de 2 cm, sitos en la en mucosa yugal izquierda y en la mucosa alveolar ipsilateral del maxilar superior. Bajo anestesia local y sedación, se realizó la exéresis de ambas lesiones. En ambos casos, el diagnóstico fue de neurofibroma, sin recurrencias ni malignización.

#### RESULTADOS

El neurofibroma se produce por proliferación de células de Schwann, células perineurales y fibroblastos de los nervios periféricos. Se organizan en nódulos subepiteliales con un estroma hipocelular. Como se muestra en la anatomía patológica de los casos presentados, se reconoce positividad para S-100, SOX10 y CD34. La malignización es rara pero posible en neurofibromas que aparecen en NF-1. Por ello, ante el hallazgo de neurofibroma, es importante comprobar si el paciente cumple los criterios diagnósticos de NF-1 y, si es así, realizar un seguimiento estrecho.

#### CONCLUSIONES

El neurofibroma es un tumor benigno, poco frecuente, que puede afectar a la cavidad oral de forma esporádica o en la NF-1, con algunas diferencias en su presentación clínica. Su tratamiento es quirúrgico y su diagnóstico definitivo es histopatológico. La malignización de los neurofibromas es posible en pacientes con NF-1. Por tanto, ante su hallazgo, es importante estudiar si el paciente padece NF-1 y realizar un seguimiento estrecho.

## ONCOLOGÍA DE CABEZA Y CUELLO

### [0168] METÁSTASIS CONDILAR DEL CARCINOMA HEPATOCELULAR: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

M<sup>a</sup> F. Rocha Serpa, M. Paños Lorenzo, A. Cabrera Arcas, V. Pérez García, M. Martín Juárez, F. Espín Galvéz  
Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería

#### BREVE INTRODUCCIÓN

Las metástasis representan el 1 % de todas las neoplasias malignas de la cavidad oral. Tienen mayor incidencia en el tejido óseo, preferentemente en huesos maxilares, siendo el maxilar inferior el más afectado. Dentro de este, suelen localizarse en el área molar, seguida del área premolar, siendo la afectación condilar muy rara. El carcinoma hepatocelular es un tumor maligno que tiene la tercera tasa de mortalidad más alta a nivel mundial. En un porcentaje cercano al 30 %, la manifestación oral representa el primer hallazgo, lo que podría ayudar a detectar un tumor primario no diagnosticado. Las neoplasias que metastatizan con mayor frecuencia en la cavidad oral son: mama, pulmón, próstata, aparato digestivo y riñón. A partir de la revisión de la literatura se encontraron un total de 98 casos publicados de metástasis en el cóndilo mandibular entre los años 1947 y 2020.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de una paciente mujer de 74 años que acude por dolor a nivel de articulación Temporomandibular (ATM) izquierda y limitación para la apertura oral de 3 meses de evolución. Como antecedentes presenta múltiples comorbilidades, incluyendo cirrosis hepática (Estadio Child-Pugh A6), hipertensión portal y un Carcinoma hepatocelular (BCLC-C) tratado con dos quimioembolizaciones transarteriales con Doxorubicina. Se solicitan pruebas radiológicas a nivel de ambas ATM, las cuales evidencian una afectación lítica con reabsorción ósea en el cóndilo mandibular derecho, y una masa asociada de partes blandas. El diagnóstico se confirmó mediante la biopsia con aspiración de aguja fina (PAAF) de partes blandas en la región de ATM derecha, incluyendo el perfil de marcación inmunohistoquímica.

#### RESULTADOS

La paciente es valorada por los Servicios de Aparato Digestivo, Oncología Médica y Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario Torrecárdenas en Almería. Dado su estado basal con mala situación funcional y múltiples comorbilidades, se descarta la posibilidad de realizar tratamientos sistémicos. Se propone tratamiento sintomático exclusivo mediante la Unidad de Cuidados Paliativos domiciliarios.

#### CONCLUSIONES

El cóndilo mandibular puede ser una localización metastásica de un carcinoma hepatocelular, aunque es extremadamente raro. Sin embargo, debería ser considerada en el diagnóstico diferencial ante la aparición de clínica a dicho nivel, ya que se presenta con síntomas inespecíficos y está asociada a un mal pronóstico. El tratamiento suele ser paliativo, con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente.



## ONCOLOGÍA DE CABEZA Y CUELLO

### [0185] MELANOMA MALIGNO DE LA CONJUNTIVA PALPEBRAL DEL PÁRPADO SUPERIOR. PRESENTACIÓN DE UN CASO

P. Fernández de Córdoba Botia, F. Ramírez Pérez, S. Durán Míguez, C. Nieto Orihuela, Ma. Contreras Morillo, Y. Aguilar Lizarralde

Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga

#### BREVE INTRODUCCIÓN

El melanoma ocular es el tipo de melanoma más frecuente después del melanoma cutáneo. El conjuntival comparte su origen embrionario con los cutáneos, pero difieren en el pronóstico y tratamiento. El melanoma palpebral es una entidad poco frecuente aunque su incidencia está aumentando en los últimos años. Los factores de riesgo son la exposición UV y factores genéticos. Se han detectado mutaciones en el gen BRAF, NF1, y NRAS. La forma de presentación más frecuente es una lesión negruzca, irregular, sin otros síntomas asociados.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Presentar el caso de una paciente mujer de 49 años con melanoma de la conjuntiva del párpado superior derecho. Mujer de 49 años intervenida en clínica privada en septiembre 2022 de lesión en conjuntiva del párpado superior derecho con AP de melanoma. Valorada por Oftalmología quienes indican exenteración orbitaria debido al rápido crecimiento de la lesión. Se valora en nuestras consultas con la siguiente exploración: pequeño nódulo palpable en el espesor del párpado superior derecho. No se aprecia lesión visible en fondo conjuntival superior. Buena movilidad ocular. No dolor. Se realiza biopsia de la lesión con anatomía patológica de melanoma infiltrante y ulcerado en conjuntiva tarsal. Breslow de 4,5 mm y 23 mitosis/mm<sup>2</sup>. Mutación del codón 600 del gen BRAF, sin detectarse mutaciones en el gen NRAS. Se presenta en comité de tumores de cabeza y cuello de nuestro hospital y se decide estudio de extensión mediante PET y RMN y valoración de neoadyuvancia. Resultados de RNM: Se aprecia una lesión en conjuntiva palpebral de párpado superior derecho, de 15 x 6.6 mm. No presenta realce significativo tras la administración de contraste. No observo invasión evidente de globo ocular. Resultados de PET: foco hipermetabólico en párpado superior derecho. Comentamos con la paciente que dado el resultado del estudio de extensión, la opción a recomendar por nuestra parte es la cirugía; la cirugía incluye desde la exéresis del párpado superior exclusivamente hasta la exanteración orbitaria. Se interviene al mes del estudio de extensión realizándose: Exanteración contenido orbitario conservando íntegro el periostio. Comprobamos ausencia de restos tumorales a nivel macroscópico, no se observa infiltración ósea. Se realiza un tallado de injerto cutáneo en ingle izquierda.

#### RESULTADOS

Paciente con postoperatorio inmediato sin incidencias. Dada de alta a los 2 días de la intervención con curas en su Centro de Salud y en nuestras consultas con seguimiento estrecho. Injerto cutáneo con cicatrización progresiva, con pérdida parcial en zona central en tratamiento con curas locales. Anatomía patológica definitiva: melanoma conjuntival invasivo de tipo nodular que infiltra los tejidos blandos musculares subpalpebrales superiores. Invasión vascular. pT3c con márgenes libres.

#### CONCLUSIONES

El melanoma conjuntival es una entidad poco frecuente, con alta tasa de recurrencia. En tumores favorables se puede optar por tratamiento quirúrgico con crioterapia y en tumores que afecten a la mucosa palpebral o melanomas invasivos se recomienda la exenteración orbitaria como tratamiento curativo.

## ONCOLOGÍA DE CABEZA Y CUELLO

### [0230] ABORDAJE DE TUMORACIONES PARAFARÍNGEAS: TRANSPAROTÍDEO VS TRANSMANDIBULAR

N. Valentines Vilaplana, S. Cuscó Albors, A. Morla, M. Melero Luque, M<sup>a</sup> Duch Balust, F. Aguilera Padrós  
Hospital Universitari Bellvitge. Hospitalet de Llobregat, Barcelona

#### BREVE INTRODUCCIÓN

El espacio parafaríngeo constituye una región anatómica virtual compleja, de localización profunda cervical por donde discurren estructuras vasculonerviosas de importante interés y es lugar de asentamiento de tumoraciones del lóbulo profundo parotídeo. Dicha ubicación supone un reto en su acceso quirúrgico. Se describen y se comparan a continuación dos casos de abordajes a lesiones asentadas en este espacio.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una mujer de 52 años (Caso A) y un varón de 48 años (Caso B) ambos sin antecedentes de interés que consultan por sensación de ocupación orofaríngea y disfagia parcial a sólidos de >6 meses de evolución, sin clínica tóxica o infecciosa asociada. Al examen físico destaca a nivel intraoral abombamiento parafaríngeo derecho en ambos casos con desviación de la úvula a contralateral. Se realiza estudio complementario mediante PAAF y TC de ambas lesiones siendo orientadas como tumoraciones del espacio parafaríngeo dependientes del lóbulo profundo parotídeo, de apariencia benigna. Tras discusión en el comité clínico, se decidió un abordaje transparotídeo (Caso A) y trancervical con mandibulotomía o transmandibular (Caso B) con resultado en ambos casos de adenomas pleomorfos de origen parotídeo.

#### RESULTADOS

Ambos casos fueron intervenidos bajo anestesia general e intubación nasotraqueal. A destacar: - En el Caso A se practicó un abordaje transparotídeo con una incisión preauricular y arqueada en lóbulo de la oreja, levantamiento del plano del sistema musculoaponeurótico superficial, disección hasta localización del tronco del nervio facial y de sus ramas para realizar en un primer tiempo parotidectomía superficial y posterior parotidectomía profunda incluyendo la tumoración. El ingreso hospitalario fue de 48 horas y, tras retirada del drenaje quirúrgico tipo redón, fue dada de alta. En controles posteriores se evidenció una paresia de la rama marginal derecha que se ha resuelto tras tres meses de observación. El resultado de la anatomía patológica fue un adenoma pleomorfo de 6,5 cm márgenes libres. - En el Caso B se practicó un abordaje transmandibular con labiotomía asociada continuado con incisión tipo cervicotomía de Risdon, tras osteotomía simfisaria en escalón mandibular se realizó apertura del suelo de boca y musuclatura milohioidea hasta llegar al pilar amigdalino y apertura del espacio parafaríngeo; realizándose entonces exéresis en bloque de la lesión dependiente del lóbulo profundo parotídeo derecho junto a la glándula submaxilar. El ingreso hospitalario fue de 7 días dado requirió inicialmente alimentación por sonda nasogástrica con retirada posteriormente en consultas externas cuando se evidenció una correcta cicatrización intraoral. El resultado de la anatomía patológica fue un adenoma pleomorfo de 7cm con márgenes libres.

#### CONCLUSIONES

El acceso al espacio parafaríngeo puede realizarse mediante distintos abordajes siendo dos de ellos el transparotídeo cuyo principal riesgo la lesión del nervio facial, requiriéndose la monitorización de este, así como también el defecto estético secundario a la pérdida de volumen del tejido de la celda parotídea; y el transmandibular que presenta el riesgo de pseudoartrosis mandibular, lesión de los nervios lingual o hipogloso así como cicatriz a nivel labial y mentoniano. Ambas técnicas aportan una buena exposición para la extirpación de lesiones parafaríngeas y conocerlas, así como sus riesgos, es de importancia capital para el/la Cirujano/a maxilofacial.

## ONCOLOGÍA DE CABEZA Y CUELLO

### [0231] METÁSTASIS MANDIBULAR COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE UN TUMOR CARCINOIDE ATÍPICO DE PULMÓN. A PROPÓSITO DE UN CASO

L. Martín Martínez, L. Esparza Lasaga, A.S. De Oliveira Gomes, Z. Serrano Longobardo, A. Monreal Perales, G. Cabero López

Hospital Universitario de Navarra. Pamplona

#### BREVE INTRODUCCIÓN

El tumor carcinoide pulmonar es una neoplasia maligna que se engloba dentro de los tumores neuroendocrinos pulmonares, y que se originan en el epitelio neuroendocrino bronquial. Se trata de una enfermedad rara (1-2 % de las neoplasias pulmonares), si bien su incidencia se ha visto aumentada en los últimos años. Los carcinoides bronquiales incluyen los subtipos típico, de mejor pronóstico y el atípico, que es de naturaleza más agresiva. Su etiología no está relacionada con el hábito tabáquico y tiene una prevalencia similar en ambos sexos, con cierto predominio femenino en algunas series. Suelen presentarse como masas pulmonares solitarias, de localización central o periférica. Según su localización pueden diagnosticarse de forma incidental, debutar con síntomas respiratorios inespecíficos (tos, hemoptisis y neumonía) o presentar síntomas secundarios a la hipersecreción hormonal. La presencia de metástasis ganglionares o a distancia es rara, siendo más frecuentes en los atípicos. El rasgo histológico más consistente de los tumores carcinoides es la uniformidad en el patrón nuclear de sus células, así como la presencia de inmunoreactividad a diversas citoqueratinas. Su clasificación, en típicos y atípicos, se basa principalmente en la presencia de necrosis y en el grado de actividad mitótica.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de una mujer de 50 años, sin antecedentes personales de interés y fumadora activa (IPA de 15) que acude a consulta por cuadro de dolor y sensación pulsátil en región temporomandibular izquierda de 2 meses de evolución. A la exploración se identifica una masa pulsátil y muy dolorosa sobre el trígono retromolar y masetero izquierdos. La OPG mostraba una lesión radiolúcida en rama mandibular izquierda. Ante la sospecha de MAV de alto flujo se decide solicitar un angio-TAC en el que se describen dos lesiones altamente vascularizadas, una lesión lítica en rama mandibular izquierda y otra cerebelosa derecha, que sugerían como primera posibilidad lesiones metastásicas. En el estudio de extensión mediante TAC y PET se describe una lesión de bordes espiculados en lóbulo medio sugestiva de neoplasia primaria pulmonar sin datos de afectación ganglionar mediastínica. La biopsia bronquial fue de tumor carcinoide. La RM cerebral mostraba colapso parcial del IV ventrículo y desplazamiento de línea media asociado a la lesión cerebelosa. Dado el riesgo de enclavamiento, la ausencia de metástasis ganglionares, y la ausencia de comorbilidades se decide cirugía con intención radical en tres tiempos.

#### RESULTADOS

La extirpación de las tres lesiones se realizó de forma secuencial a lo largo de tres meses consecutivos. Inicialmente la paciente fue sometida a una craneotomía suboccipital para resección de la lesión cerebelosa derecha y adyuvancia con radiocirugía fraccionada sobre el lecho (25Gy en 5 fracciones). Posteriormente, se llevó a cabo la lobectomía de lóbulo medio y linfadenectomía de las estaciones 11R y 7 (pT1bN0). La lesión mandibular fue embolizada previamente a la resección y fue abordada mediante mandibulectomía segmentaria izquierda, reconstrucción con colgajo libre osteocutáneo de peroné izquierdo y adyuvancia con RT sobre el lecho quirúrgico por margen interno en contacto. La AP definitiva de la muestra pulmonar fue diagnóstica de carcinoide atípico. Las pruebas de imagen postquirúrgicas no demostraron enfermedad residual. El tratamiento sistémico se completó con Lanreótido con buena tolerancia.

#### CONCLUSIONES

La presentación clínica más frecuente de los carcinoides pulmonares son consecuencia de su localización central e intraluminal. Más del 80 % de los casos se diagnostican en estadios precoces y la presencia de metástasis



al diagnóstico es rara, si bien estas pueden estar presentes hasta en el 21 % de los pacientes con carcinoides atípicos. El manejo terapéutico en pacientes con carcinoides metastásicos busca controlar el crecimiento tumoral y los síntomas secundarios a la hipersecreción hormonal con el objetivo de mejorar la calidad de vida y la supervivencia. Sin embargo, no existe un consenso sobre la mejor estrategia terapéutica y el tratamiento de elección en casos de carcinoides metastásicos debe individualizarse en función de la sintomatología, comorbilidades, clasificación histopatológica y estadio tumoral.

## ONCOLOGÍA DE CABEZA Y CUELLO

### [0269] ESTUDIO DE LA AGRESIVIDAD DEL CARCINOMA EPIDERMOIDE DE MUCOSA YUGAL. ANÁLISIS DE 70 CASOS TRATADOS EN NUESTRO CENTRO

L. Fraile Ruiz, P. Cariati, C. Camacho Sánchez-Mora, F. Perez Salazar, C. Hernandez Vila, I. Martínez Lara  
Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

#### BREVE INTRODUCCIÓN

El cáncer de cavidad oral está clasificado como el sexto cáncer más común en todo el mundo. Las tasas de supervivencia global siguen siendo bajas, entre el 40 y el 66 %. El carcinoma de células escamosas de la mucosa yugal constituye solo el 10 % de todos los cánceres de la cavidad oral en América del Norte y Europa Occidental. El tabaco, el alcohol y la fibrosis submucosa (SMF) representan los factores de riesgo principalmente relacionados con este tipo de cáncer. Debido a esta incidencia relativamente baja de cánceres de la mucosa yugal, hay relativamente pocos estudios con muestras grandes que analicen esta ubicación específica. Muchos autores agrupan rutinariamente todos los cánceres de la cavidad oral en un solo grupo sin discriminación de la ubicación anatómica. Por lo tanto, el objetivo principal de este poster es analizar el patrón de distribución de este carcinoma cuando se localiza en la mucosa yugal, y discutir las diversas opciones terapéuticas disponibles. Otro objetivo fue analizar las numerosas características histológicas y evaluar el impacto de cada factor en la supervivencia global.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Entre 2003 y 2020, un total de 70 pacientes con carcinoma epidermoide de mucosa yugal no tratados previamente fueron diagnosticados y tratados con al menos tumorectomía y disección selectiva de cuello en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Las disecciones de cuello incluyeron niveles I a III en pacientes con cuello clínicamente negativo. Sin embargo, el cuello se registró como clínicamente positivo (N<sup>+</sup>) en cualquier caso de sospecha de afectación ganglionar clínica o radiológica. En estos casos se realizó una disección electiva del cuello de los niveles I a V. Estudio estadístico todavía por concluir, pero se analiza el sexo, edad, estadiaje del tumor al diagnóstico y postoperatorio, etc. Es importante señalar que se utilizó RT/QT adyuvante en todos los pacientes con disección de cuello positiva y/o factores de mal pronóstico (T3, T4, ECS, márgenes quirúrgicos, así como invasión perineural y linfovascular).

#### RESULTADOS

Resultados estadísticos todavía por realizar. Sin embargo, en estudios preliminares se aprecia un comportamiento más agresivo a la hora de presentar metástasis cervicales, lo cual se ha visto que influye en la supervivencia.

#### CONCLUSIONES

El carcinoma epidermoide de mucosa yugal debe ser considerado como una patología altamente agresiva desde las primeras etapas. Por ello, recomendamos realizar una disección de los ganglios supraomohioideos del cuello incluso en el caso de un tumor T1 si se sospecha que la profundidad de la invasión tumoral puede ser mayor de 0,4 cm. Esto podría ser útil para mejorar la supervivencia general. La falta de una barrera anatómica en la región yugal facilita una rápida diseminación del tumor. Por lo tanto, se requiere una gran tumorectomía del tumor primario para reducir el número de recidivas en el seguimiento. Finalmente, hay varias características histopatológicas, como el grosor del tumor, la afectación ganglionar, el estadio N, el estadio T, las diseminaciones extracapsulares y la invasión vascular que representan factores de mal pronóstico en los cánceres orales de la mucosa yugal, así como en otros cánceres orales.

## ONCOLOGÍA DE CABEZA Y CUELLO

### [0279] SARCOMA DE KAPOSI EN CABEZA Y CUELLO. A PROPÓSITO DE UN CASO

C. Voltas Moreno, M<sup>a</sup> R. Raya, J.J. Maldonado Ostios, C. España Fuentes, J. A. Fernández Martínez, T. Rodríguez-Cachero Peláez

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

#### BREVE INTRODUCCIÓN

Los sarcomas originados en la cabeza y cuello representan menos del 1 % de las neoplasias malignas de esa región. El sarcoma de Kaposi es una patología que se da sobretodo en pacientes con inmunodeficiencias, siendo comúnmente en la población con sida. Las lesiones de KS pueden aparecer en piel, mucosas, órganos internos y ganglios linfáticos. Se caracteriza por la proliferación de células mesenquimales, angiogénesis, inflamación y edema. La tomografía ha sido determinante en estos casos, para evaluar la extensión de la enfermedad y, así, ayudar en la toma de decisiones. El sarcoma de Kaposi es un sarcoma vascular con cuatro variantes clínicas: el clásico, de curso crónico y poco agresivo; el endémico de África central; el de pacientes inmunodeprimidos, y el asociado a SIDA. En todas las variedades se ha demostrado que el virus herpes tipo 8 es el agente etiológico.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente de 54 años de edad con serología positiva de Hepatitis B pasada. VIH negativo. Presenta prurito crónico que empeora el último mes. Consulta por tumoración submaxilar derecha de 15 mm. Se le realiza un TAC y PET/TAC donde se evidencia adenopatía submandibular derecha así como adenopatía en territorio parotídeo izquierdo. PAAF negativa para malignidad. Se decide realizar biopsia ganglionar excisional de adenopatía submaxilar, con resultado de anatomía patológica de Sarcoma de Kaposi. Debido al resultado y tras presentarlo en Comité de Tumores de cabeza y cuello, se decide nueva cirugía para exéresis de adenopatía parotídea. Tras las intervenciones, buena evolución sin recaída. Así mismo se continúa estudio para valorar posible enfermedad por VIH, siendo los resultados negativos.

#### RESULTADOS

Tras estudio de la literatura se recopila las recomendaciones para el tratamiento. Existen diversos manejos terapéuticos y de respuestas a cada uno de estos, los cuales varían según el tipo de afectación por la enfermedad. En el tipo de compromiso local, se puede realizar una biopsia excisional cuando hay lesiones únicas. La radioterapia es útil en pacientes con pocas lesiones o lesiones en un área limitada. El manejo de lesiones con quimioterapia intralesional o la administración de agentes biológicos intratumorales, ha resultado en útil la desaparición de las lesiones sin toxicidad sistémica. Sin embargo, en casos más generalizados puede ser necesario utilizar quimioterapia sistémica.

#### CONCLUSIONES

La incidencia del Sarcoma de Kaposi ha aumentado debido al aumento de pacientes con trastornos de inmunosupresión. Los estudios mediante pruebas de imagen son importantes para decidir el tratamiento óptimo, que dependerá del compromiso local y la variante de presentación. Además, es importante buscar posibles causas, sobre todo debido a su asociación con el VIH.

## **PATOLOGÍA DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR**

### **[0004] ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR: APROXIMACIÓN AL ESPACIO INTERMEDIO MEDIANTE TRIANGULACIÓN GUIADO POR TRANSILUMINACIÓN**

L. Verde, M. Muñoz, F. Rodríguez-Campo, M. de Las Fuentes, R. Labrador, J. M. Suárez

Hospital Universitario de La Princesa, Madrid

#### **BREVE INTRODUCCIÓN**

La artroscopia de la articulación temporomandibular (ATM) es un procedimiento quirúrgico mínimamente invasivo. Actualmente se describen tres niveles en función de la complejidad. El nivel I consiste en una única punción con necesidad de irrigación. El nivel II implica una doble punción, para poder realizar maniobras operatorias menores como lisis y lavado e infiltración de sustancias específicas del tejido bajo visión directa. Posteriormente, es posible progresar al Nivel III y realizar técnicas más avanzadas, mediante punciones múltiples, que implican la introducción de un segundo abordaje, aplicando los conceptos de triangulación, descritos por McCain. Sin embargo, en casos de patología degenerativa avanzada o de reartroscopia, es frecuente observar fibrilación avanzada, sinovitis severa, adherencias u obliteración articular que dificultan la triangulación convencional. En estos casos, proponemos una técnica sencilla y eficaz que facilita el abordaje del espacio intermedio mediante triangulación guiado por transiluminación.

#### **MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO**

La intervención se realiza como cirugía mayor ambulatoria, bajo anestesia general e intubación nasotraqueal. Antes de colocar el campo quirúrgico estéril, se taponan el conducto auditivo externo con una tira de gasa, se dibujan los puntos de referencia anatómicos y se prepara la piel con una solución de betadine. Inicialmente, la técnica quirúrgica comienza con la distensión de la cápsula articular con 2 ml de lidocaína al 2 % utilizando una aguja 21G. El punto de entrada se realiza 1 cm por delante y 0,8 mm por debajo de la línea de Holmund-Hellsing (H-H). A continuación se introduce la cánula del artroscopio en el espacio articular superior utilizando los trócares romo y puntiagudo en dirección anterior y ascendente. Se coloca una aguja 21G 2 cm antes y entre 5 y 7 mm por debajo de la línea H-H para lavar la articulación con solución de Ringer. En nuestro departamento, utilizamos un artroscopio de 30° de angulación óptica y 1,9 mm de diámetro (Stryker Endoscopy, San Jose, CA). Una vez dentro de la articulación, se realiza una artroscopia diagnóstica de nivel II en el espacio superior, durante la cual se realiza una lisis-lavado, así como, un barrido de la articulación. De esta forma, se analiza la presencia de cambios degenerativos en la articulación como sinovitis, condromalacia, adherencias, estado del disco y posición, y se decide si detener la intervención en ese punto o continuar con una artroscopia operatoria de Nivel III. En los casos de artroscopia operatoria, es necesario introducir un segundo portal teniendo en cuenta los conceptos de triangulación descritos por McCain, en los que los vectores de orientación de los instrumentos crean un triángulo equilátero. Sin embargo, en los casos de obliteración del espacio anterior y/o patología en el espacio intermedio, el ángulo de triangulación obtenido con esta técnica no es óptimo para acceder a estas zonas. En estos casos, preferimos realizar la triangulación directamente en el espacio intermedio, orientando el vector del segundo portal para crear un triángulo rectángulo. Esta técnica consiste en apagar las luces del quirófano, conducir el artroscopio lateralmente mediante un movimiento de pistoneo desde el portal posterior pero “hacia atrás” para volver hacia la eminencia e inclinar la óptica progresivamente acercando nuestra mano poco a poco al pabellón auricular. Se realiza la medición del vector McCain. A continuación guiados por la transiluminación, justo en el punto más luminoso, accedemos por el portal anterior creando un triángulo rectángulo entre la vaina anterior y la vaina posterior al espacio de interés, comprobando que la zona de luz más intensa coincide con la medición del vector. Para la lisis se utiliza palpador, fórceps o tijeras y en ocasiones es necesario el bisturí eléctrico o la ablación por radiofrecuencia para eliminar las adherencias. La técnica se complementa con la inyección de diversas sustancias como anestesia local y ácido hialurónico





## RESULTADOS

La artroscopia de la ATM es una técnica quirúrgica mínimamente invasiva que ofrece una elevada tasa de éxito (más del 85 %) con una baja tasa de complicaciones (1-5 %). A pesar de la elevada tasa de éxito del procedimiento, a veces no se consiguen los resultados esperados. Para estos pacientes con resultados insatisfactorios, existen varias opciones de tratamiento, como la terapia conservadora, la cirugía abierta o una segunda cirugía artroscópica. En pacientes con hallazgos degenerativos avanzados (estadio artroscópico V), estaría indicada la cirugía abierta. Pero para los pacientes con estadios artroscópicos II, III y IV, se puede repetir la cirugía artroscópica, con una técnica más operativa que la cirugía abierta. Sin embargo, hay que tener en cuenta que cuando se altera la integridad de una articulación, se producen mecanismos reparativos que pueden activar fenómenos degenerativos que dificulten el acceso al interior de la articulación. En la artroscopia de la ATM es frecuente observar estos cambios degenerativos, fibrilación avanzada, sinovitis severa, adherencias y es importante tratarlos de forma adecuada y precisa. Además, la presencia de estos cambios es más frecuente en caso de reartroscopia, por lo que es aún más importante un buen abordaje mediante triangulación a la zona concreta de la articulación donde se aprecia la patología. En casos de obliteración del espacio anterior y/o adherencias en el espacio intermedio, es necesario introducir el segundo portal en este espacio, modificando el tradicional triángulo equilátero descrito por McCain por un ángulo agudo. Mientras que en la técnica clásica el portal posterior se introduce al mismo nivel que el portal anterior creando un triángulo equilátero, en la técnica modificada descrita, el portal posterior se introduce más en la articulación que el portal anterior creando un rectángulo. La principal ventaja de esta técnica es que evita múltiples punciones de la piel y la cápsula articular de la articulación y, por tanto, evita posibles daños en las estructuras intraarticulares, lo que hace que el procedimiento sea más seguro para el paciente. El concepto de transiluminación percutánea como medio para facilitar la segunda punción portal fue descrito en la literatura en 1991 por Moses JJ et al. tanto para los portales laterales posterior y anterior como para el portal endaural transmeatal. Sin embargo, la técnica presentada se centra en sustituir las mediciones de triangulación de la técnica de McCain por una entrada guiada por luz más directa para acceder a la zona intermedia, un área de difícil acceso cuando se trata de casos de cirugía repetida o en los que existe fibrosis y procesos patológicos laterales significativos.

## CONCLUSIONES

Esta sencilla modificación de la técnica de triangulación permitirá a los cirujanos artroscopistas de la ATM realizar una artroscopia operatoria más efectiva y segura al proporcionar una confirmación visual de la correcta inserción del segundo portal en el espacio articular de interés mediante la visualización directa a través del artroscopio.

## **PATOLOGÍA DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR**

### **[0030] SINOVITIS VILLONODULAR PIGMENTADA DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR**

I. Manzanares Laencina, F. Alemany Roig, I. Peguero García, A. Pascual Camps, I. Hu Yang, L.M. Floría García  
Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia

#### **BREVE INTRODUCCIÓN**

La sinovitis villonodular pigmentada es una enfermedad muy rara que afecta a unas 10 personas por cada millón de habitantes al año. En la mayoría de los pacientes se encuentra en la rodilla. En el caso de la articulación temporomandibular, la incidencia anual es todavía menor, estimándose en 1.8 casos por cada millón de habitantes y alrededor de tan sólo 60 casos reportados en la literatura. La invasión intracraneal es todavía más excepcional. Se trata de una tumoración benigna, pero localmente agresiva, y de etiología incierta. Consiste en un desorden proliferativo de las células de la cápsula articular, de las bursas o incluso de los tendones. Asocia frecuentemente invasión ósea de las estructuras adyacentes. El manejo de la enfermedad no queda claro. Aún así, la tendencia general involucra la cirugía como primer escalón, asociando posteriormente la posibilidad de distintas terapias adyuvantes. La rareza de la patología, así como la dificultad del tratamiento primario y las recurrencias, hacen de la misma un reto médico y quirúrgico.

#### **MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO**

El caso que presentamos trata sobre un varón de 37 años que acude a consultas con clínica de un año de evolución consistente en dolor preauricular izquierdo intermitente, con edema e incluso pérdida visual del ojo ipsilateral durante los episodios. A la exploración física, presentaba subluxación articular bilateral en la apertura máxima, sin dolor. Además, presentaba dicho dolor a punta de dedo en la articulación izquierda, así como edema. Se realizaron pruebas complementarias, inicialmente ortopantomografía y RMN de ATM bilateral con boca abierta y cerrada; resultando ambas anodinas. Durante el seguimiento, se le solicita una ecografía en la que se describe una lesión ósea en la porción escamosa del hueso temporal izquierdo que interrumpe la cortical, en proximidad a la cavidad glenoidea de la ATM. Por ello se solicita un nuevo TC que confirma dichos hallazgos, añadiendo detalles de la lesión como la expansividad y la multilobularidad de la misma. Ya se plantea radiológicamente el diagnóstico de sinovitis villonodular pigmentada de la ATM. Se amplía el estudio con una RMN de ATM y base de cráneo/CAI, sin y con contraste, que completan el estudio de extensión. Se determina que no hay afectación del cóndilo ni del parénquima temporal. Ante estos hallazgos, se decide realizar una intervención para la exéresis de la tumoración.

#### **RESULTADOS**

Se realiza la intervención mediante abordaje hemicoronal y preauricular izquierdo. Se reseca la totalidad de la lesión de aspecto negruzco, que afecta al hueso temporal, a la porción lateral de la cavidad glenoidea de la ATM y a la región postero-lateral del arco cigomático. Se objetiva infiltración de la duramadre, por lo que se reseca. La lesión parecía no afectar el resto de la cavidad glenoidea ni la porción ósea del CAE, por lo que se respetan. Se envía una muestra de anatomía para análisis intraoperatorio, que informan como sugestiva de sinovitis villonodular pigmentaria. El resto de la pieza se envía a anatomía patológica ordinaria con las respectivas referencias. De cara a la reconstrucción, se emplea una membrana de pericardio bovino y una esponja de colágeno para el defecto de duramadre y se realiza un cierre del defecto articular con colgajo de músculo temporal.

#### **CONCLUSIONES**

Durante el ingreso postoperatorio, se realizaron pruebas de imagen que demostraban la exéresis de la lesión inicial. Tras buena evolución, el paciente fue dado de alta días después de la intervención. El resultado definitivo de la anatomía patológica confirmó el diagnóstico de sospecha. Así mismo, es necesario un seguimiento estrecho en consultas externas dada la elevada tendencia a la recurrencia de esta patología.

## **PATOLOGÍA DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR**

### **[0079] ANQUILOSIS TEMPORO-MANDIBULAR POR MIOSITIS OSIFICANTE DEL MUSCULO TEMPORAL. REVISION A PROPÓSITO DE UN CASO**

J.A. Fernández Martínez, C. Voltas Moreno, M. Reyes Raya, J.J. Maldonado Ostios, C. España Fuentes, B. Nadal Cristobal Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

#### **BREVE INTRODUCCIÓN**

La miositis osificante traumática es una entidad poco frecuente, resultado de un traumatismo o traumatismos continuos (de manera accidental o iatrogénica) sobre una zona. Esto produce un hematoma muscular y del periostio, con una calcificación posterior del mismo en un periodo que oscila entre 1-3 semanas, formándose hueso de manera heterotópica. El desarrollo de esta entidad en la musculatura masticatoria es excepcional, siendo dentro de estos casos, lo más frecuente, en musculatura maseterina o pterigoidea. El diagnóstico se realiza mediante la clínica, radiología y estudio anatomopatológico. Clínicamente se puede apreciar en un primer tiempo dolor, hiperestesia y limitación del movimiento muscular, posteriormente, en el plazo de 1-2 meses, desarrollo de una masa dura y trismus. El abordaje terapéutico es controvertido debido a la variedad de opciones entre las que podemos elegir (puede ser desde tratamiento conservador hasta intervención quirúrgica agresiva), sin llegar a tener un “Gold standard” para el tratamiento de esta patología.

#### **MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO**

Paciente de 38 años intervenida, en diversas ocasiones, por presentar quiste aracnoideo a nivel de fosa temporal. Fue derivada a la consulta de Cirugía Maxilofacial por presentar una apertura oral de 5 mm, desde hace 3 años, impidiéndole realizar una correcta alimentación e higiene oral. En el TC apreciamos estructura de características óseas que une la apófisis coronoides de hemimandíbula izquierda con la base del cráneo de este lado. Se decide intervención quirúrgica: exéresis de masa anquilótica + coronoidectomía derecha y exodoncia de piezas careadas

#### **RESULTADOS**

Tras la intervención quirúrgica, se apreció una mejoría significativa del trismus, presentando una apertura oral de unos 35 mm aproximadamente. Se valora al mes manteniendo una apertura similar y pudiéndose alimentar con normalidad vía oral. Se realiza TAC de control donde se aprecia gap donde se realizó la exéresis de bloque anquilótico y la coronoidectomía del lado contralateral. La paciente está a la espera de comenzar el tratamiento rehabilitador.

#### **CONCLUSIONES**

La miositis osificante es una entidad poco frecuente y más aún, cuando la implicada es la musculatura masticatoria. Los resultados a corto plazo en el caso a revisión, presentan una buena evolución tras la intervención quirúrgica. En contraposición a este resultado, no se ha llegado a consensuar cual es el tratamiento que nos proporcionará mejores resultados en el tiempo. Esto nos permite comenzar una nueva línea de investigación y revisión sobre las opciones terapéuticas y cual nos proporciona mejores resultados a largo plazo.

## PATOLOGÍA DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR

### [0160] HIPERPLASIA DE APÓFISIS CORONOIDES BILATERAL. REPORTE DE UN CASO

P. Manchado Bombín, M. García García, D. R. Rodríguez López, B. García Carballo, C. Andrés Ros, L. Margallo Itza  
Hospital Universitario Cruces. Barakaldo, Bizkaia

#### BREVE INTRODUCCIÓN

La hiperplasia de la apófisis coronoides mandibular o enfermedad de Langenbeck es un trastorno poco común caracterizado por la elongación anormal de la apófisis coronoides en un hueso histológicamente sano y se caracteriza por la limitación progresiva e indolora de la apertura oral. Afecta principalmente a varones en la segunda década de la vida y se presenta de forma bilateral en el 79,1 % de los casos. No se conoce aún una etiología clara, no obstante, varias hipótesis sugieren como posibles causas los factores genéticos, hormonales, traumatismos faciales o trastornos temporomandibulares, ocurriendo generalmente durante la anquilosis de la articulación temporomandibular a largo plazo. Se destaca el papel crucial del músculo temporal hiperactivo en la patogenia de esta entidad. La tomografía computarizada es la prueba de imagen más fiable para establecer el diagnóstico, ya que evalúa la asociación entre la apófisis coronoides y el hueso cigomático y permite la planificación de tratamiento quirúrgico. El tratamiento de elección se basa en realizar una coronoidectomía intra o extraoral seguida de fisioterapia a largo plazo.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de un paciente de 44 años, sin antecedentes de interés, que acude por limitación congénita progresiva e indolora de la apertura oral. A la exploración física presenta una apertura interincisal máxima de 27 mm, con una oclusión clase I de Angle, sin dolor a la palpación de músculos masticatorios ni chasquidos en la articulación temporomandibular. La ortopantomografía muestra una deformidad llamativa en ambas ramas mandibulares y el cóndilo derecho, con agrandamiento bilateral de las apófisis coronoides. La resonancia magnética (RM) revela atrofia del músculo pterigoideo lateral derecho, con traslación anterior limitada del cóndilo en ausencia de luxación anterior del disco. Por último, la tomografía computarizada (TC) con reconstrucción 3D muestra apófisis coronoides elongadas que inciden sobre el hueso cigomático durante la apertura oral e importante remodelado condilar. En base a los hallazgos clínicos y radiológicos se diagnostica de hiperplasia de apófisis coronoides bilateral y se decide tratamiento quirúrgico mediante coronoidectomía bilateral. Bajo anestesia general y a través de abordaje de osteotomía de rama se desinserta el músculo temporal y se realiza coronoidectomía baja bilateral a nivel de la escotadura sigmoidea. Se extraen las apófisis coronoides derecha e izquierda, de 29 mm y 32 mm respectivamente. Se cierran las incisiones dejando dos drenajes tipo Penrose intraorales.

#### RESULTADOS

Se comprueba una apertura interincisal intraoperatoria de 42 mm. El resultado histopatológico del hueso resecaado fue normal, apoyando el diagnóstico de hiperplasia ósea. Dos meses postintervención, el paciente presenta maloclusión clase III de Angle y limitación de apertura oral de 22mm a pesar de la rehabilitación. La TAC y RM informan de desplazamiento anteroinferior de ambos cóndilos mandibulares y derrame articular bilateral, que podrían explicar dicha clínica.

#### CONCLUSIONES

Las causas de limitación de apertura oral pueden ser múltiples: articulares, musculares, cutáneo-mucosas u óseas. Dentro de éstas últimas, la entidad más frecuente es la hipertrofia de apófisis coronoides, que provoca un pinzamiento de la apófisis coronoides sobre la cara medial del hueso cigomático. Al ser una entidad clínica rara, con una prevalencia baja del 0,5 %, a menudo se pasa por alto y se diagnostica demasiado tarde. Debe sospecharse en pacientes con limitación de la apertura oral que presenten apófisis coronoides elongadas en una ortopantomografía, con posterior confirmación diagnóstica mediante tomografía computarizada con reconstrucción 3D. Como referencia podemos utilizar valores absolutos de la longitud coronoide, que oscila entre 13,9



y 15,3 mm en condiciones normales, u otras medidas relativas, como la relación coronoides-gonion/cóndilo-gonion, indicativa de patología si es mayor de 1,1. El único tratamiento que ha mostrado resultados satisfactorios es la coronoidectomía. Puede realizarse mediante abordaje intraoral que es, a día de hoy, el más aceptado por su sencillez y seguridad, o extraoral vía retromandibular, subangulomandibular o transcigomática. Este segundo confiere mayor riesgo de secuelas estéticas y lesión del nervio facial y es más adecuado en casos de hipertrofia severa. No obstante, la fibrosis inducida quirúrgicamente y la tendencia al nuevo crecimiento de la apófisis coronoides pueden causar una recaída, por lo que debe complementarse con rehabilitación temprana y duradera. Una técnica alternativa es la coronoidotomía, dejando el segmento coronoides in situ tras la osteotomía. Conlleva menor daño del tejido, pero con riesgo de reunión de la apófisis coronoides a la rama, por lo que su indicación debe individualizarse. Una última vía de abordaje es la endoscópica, con buenos resultados en pacientes jóvenes y bajo volumen óseo.

## PATOLOGÍA DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR

### [0259] CALIDAD DE VIDA RELATIVA A LA SALUD ORAL A LARGO PLAZO TRAS ARTROCENTESIS DE ATM CON ÁCIDO HIALURÓNICO. UN ESTUDIO RETROSPECTIVO DE COHORTES

H. Aranibar Melendez<sup>1</sup>, C. Maza Muela<sup>1</sup>, O. Castaño Joaquín<sup>2</sup>, B. Casco Zavala<sup>2</sup>, G. Casares García<sup>1</sup>, A. Domínguez Gordillo<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid, <sup>2</sup>Facultad de Odontología de la Universidad Complutense de Madrid. Madrid

#### BREVE INTRODUCCIÓN

El propósito del estudio fue evaluar la calidad de vida relacionada con la salud oral (oQoL) a largo plazo en pacientes con trastorno interno (ID) de la articulación temporomandibular (TMJ) después de una artrocentesis más ácido hialurónico (HA). Los pacientes fueron analizados en diferentes tiempos de seguimiento utilizando un diseño observacional analítico.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Los pacientes fueron analizados en diferentes tiempos de seguimiento utilizando un diseño observacional analítico. Se evaluó la puntuación Oral Health Impact Profile-14 (OHIP-14) según edad, sexo, posición del disco, presencia de enfermedad articular degenerativa (DJD), dolor articular, apertura máxima de la boca y tiempo de seguimiento.

#### RESULTADOS

Se inscribieron un total de 60 participantes, 88 % mujeres, con una edad media de 38 años (DE = 13,48). En un seguimiento promedio de 25,02 meses (DE = 5,32), la puntuación total del OHIP-14 disminuyó 8,67 (intervalo de confianza [IC] del 95 %: -11,21 a -6,11) después de la intervención (d de Cohen = 1,22; IC del 95 % = 0,81 a 1,64). Todas las puntuaciones del dominio OHIP-14 disminuyeron ( $p < 0,05$ ) excepto el dominio de limitación funcional ( $p = 0,378$ ). La oQoL después de la intervención empeoró en pacientes del sexo femenino ( $p = 0,039$ ) y con mayor nivel de dolor al inicio ( $p = 0,002$ ).

#### CONCLUSIONES

La mejora de la calidad de vida autopercibida debe considerarse estable a largo plazo después de la artrocentesis de la articulación temporomandibular más Ácido hialurónico, independientemente de la concurrencia con el subtipo DJD o ID. La calidad de vida debe utilizarse como medida de evaluación clínica de los pacientes con ID, con especial atención a aquellos con niveles más altos de dolor

## RECONSTRUCCIÓN

### [0019] UTILIZACIÓN DE INTEGRA® BICAPA PARA LA SUSTITUCIÓN DE TEJIDOS BLANDOS EN CAVIDAD ORAL

A. Ramos Zayas, D. Martí Vidal, A. Delgado Fernández, M. Gavín Clavero, E. Mirada Donisa, J. Rodríguez Fernández  
Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona

## BREVE INTRODUCCIÓN

La reconstrucción de defectos pequeños y/o superficiales de la cavidad oral puede resultar paradójicamente difícil (demasiado volumen para un colgajo, falta de prendimiento de un injerto, retracción cicatricial del cierre por segunda intención, morbilidad funcional del cierre directo, etc.). Aunque no es uno de sus usos más habituales hasta el momento, Integra® bicapa va siendo una alternativa cada vez más utilizada para la reconstrucción de defectos intraorales. Integra® bicapa está formada por una capa interna de colágeno bovino tipo I y glicosaminglicano de condroitin-6-sulfato que permite la regeneración de los tejidos (sirve de soporte para la invasión celular y el crecimiento capilar) y una capa externa de silicona que aporta una cobertura flexible que previene la infección y retiene la humedad y el calor del lecho quirúrgico (actúa como un análogo epidérmico temporal). La regeneración tisular se produce en unas 2-3 semanas, momento en el que se retira la capa externa. Hasta ahora, Integra® bicapa se ha empleado para restaurar defectos cutáneos de espesor total, en los que el componente de colágeno permite la formación de una neodermis sobre la que posteriormente colocar un injerto de piel. En cavidad oral se trata de un procedimiento en una única fase, con cicatrización por segunda intención durante y tras retirar el Integra® bicapa. Presentamos un caso clínico en el que utilizamos Integra® bicapa para la cobertura de un defecto en mucosa yugal. Se trata de una técnica poco agresiva que ahorra otros métodos reconstructivos más complejos.

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente de 61 años con lesión leuco-eritroplásica en mucosa yugal izquierda con biopsia de carcinoma de células escamosas in situ. En la resonancia magnética se confirmó la presencia de una lesión de 14 x 2 x 11 mm (AP x T x CC) en mucosa yugal izquierda sin adenopatías sospechosas de malignidad. Se trataba del cuarto tumor primario en cavidad oral tras haber sido intervenida en 3 ocasiones anteriores para exéresis de un carcinoma escamoso infiltrante en trigono retromolar izquierdo reconstruido con un colgajo de bola de bichat y 2 carcinomas escamosos in situ en mucosa yugal izquierda con cierre directo. La paciente fue intervenida para exéresis con márgenes del carcinoma. Como método reconstructivo se decidió la colocación y fijación de Integra® bicapa.

## RESULTADOS

A las 2 semanas de la cirugía se retiró la lámina externa de Integra® bicapa identificándose una adecuada granulación temprana del defecto. A las 8 semanas tras la retirada de Integra® se observó la cicatrización completa del defecto, sin reducción de la apertura oral máxima. La paciente no presentó infección de la herida quirúrgica ni ninguna otra complicación asociada. En el caso presentado comprobamos una buena cicatrización del defecto sin retracción de los tejidos (trismus cicatricial) y sin la necesidad de reconstrucción con injertos o colgajos locales/libres.

## CONCLUSIONES

Integra® bicapa es un método reconstructivo válido para la sustitución de tejidos blandos en cavidad oral. Es una técnica sencilla, especialmente útil en pacientes ancianos con comorbilidades, con cirugías oncológicas y/o radioterapia previa, y con tendencia a presentar múltiples carcinomas (cancerización de campo), reservando otras técnicas reconstructivas más complejas para defectos mayores. Como limitaciones, para alcanzar un resultado exitoso, es necesaria la inmovilización de la matriz de regeneración (mediante suturas, férulas, tornillos) no siempre factible en la cavidad oral, así como los costes asociados.



## RECONSTRUCCIÓN

### [0036] VERSATILIDAD DEL COLGAJO NASOGENIANO EN LA RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS INTRAORALES. PRESENTACIÓN DE UNA SERIE DE CASOS

R. Labrador Carrillo, M. de las Fuentes Monreal, J.M. Suárez Pavón, R. Sánchez Moreno, A. Capote Moreno, M.F. Muñoz Guerra

Hospital Universitario de La Princesa, Madrid

## BREVE INTRODUCCIÓN

El colgajo nasogeniano se ha utilizado durante décadas en la reconstrucción del cáncer de cabeza y cuello. El área nasogeniana permite diseñar un colgajo con pedículo superior en la arteria angular o inferior en la arteria facial. Además, puede tallarse en isla con pedículo subcutáneo, evitándose así un segundo tiempo quirúrgico. Este colgajo es una alternativa válida para la reconstrucción de defectos intraorales de pequeño o mediano tamaño, ya que posee un largo pedículo vascular, un gran arco de rotación y aporta un volumen adecuado de tejido blando. Presentamos una serie de 4 casos con defectos intraorales reconstruidos con colgajo nasogeniano.

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se presenta una serie de 4 pacientes; 3 de ellos diagnosticados de carcinoma epidermoide de encia superior y 1 de ellos de osteonecrosis por bifosfonatos en encia inferior. En los 4 pacientes se realizó la reconstrucción del defecto intraoral mediante un colgajo de nasogeniano; 2 de ellos de pedículo inferior en la arteria facial y los otros 2 de pedículo superior en la arteria angular.

## RESULTADOS

Los 3 pacientes con carcinoma epidermoide se encuentran actualmente en seguimiento y no han presentado complicaciones ni recidivas por el momento. El resultado tanto estético como funcional es satisfactorio. El paciente con osteonecrosis por bifosfonatos falleció por otras causas en 2020.

## CONCLUSIONES

El colgajo nasogeniano es una alternativa fiable, reproducible y con buenos resultados tanto funcionales como estéticos, para la reconstrucción de defectos intraorales de pequeño y mediano tamaño.

## RECONSTRUCCIÓN

### [0044] TIPS Y VENTAJAS DEL TALLADO DE COLGAJO LIBRE DE PUNTA DE ESCAPULA CON EL PACIENTE EN DECÚBITO SUPINO

I. Zubiate Illarramendi, P. Cariati, A. Martínez-Sahuquillo Rico, L. Fraile Ruiz, J. Fernández Solís  
Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

## BREVE INTRODUCCIÓN

El colgajo libre de la punta de la escápula se usa cada vez más para la reconstrucción microquirúrgica de la cabeza y el cuello. Dado su potencial para obtener una versión quimérica que incluye hueso, músculo (dorso dorsal ancho y músculo serrato) y piel, es especialmente útil en casos de defectos maxilares y donde hay una pérdida abundante de tejido blando y puede colocarse vertical u horizontal. Además, ofrece un pedículo largo del sistema subescapular con vasos resistentes a la aterosclerosis. Sin embargo, este colgajo también podría utilizarse para la reconstrucción de la mandíbula, especialmente en presencia de defectos que afecten el ángulo y la sínfisis. Su uso se asocia a una mínima morbilidad en la zona donante, lo que lo hace especialmente indicado en casos de defectos oncológicos en pacientes de edad avanzada, permitiéndoles recuperar la movilidad a los pocos días de la cirugía. El objetivo principal del presente trabajo es crear una guía práctica paso a paso para la extracción de este colgajo con el paciente en decúbito supino, resaltando los puntos críticos que pueden generar problemas durante la cirugía y el postoperatorio.

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Nuestra investigación fue aprobada por el comité de ética del Hospital Universitario Virgen de las Nieves y siguió los principios de la Declaración de Helsinki. A continuación, se explica paso a paso la extracción del colgajo libre de la punta de la escápula con sus tips y posibles complicaciones: 1- Preparación del paciente e incisión de la piel El torso del paciente se gira aproximadamente 45° y la pelvis 30° manteniendo al paciente en decúbito supino, un enfoque que generalmente permite que dos equipos trabajen simultáneamente. Cuando no se requiere paleta cutánea, se realiza una incisión desde la línea axilar media hasta la porción inferior del borde anterior del dorsal ancho. Si requiere paleta cutánea, se diseña la paleta y se incide por la zona medial. 2- Identificación del borde anterior del dorsal ancho Este paso es extremadamente importante ya que no identificar el borde anterior del músculo dorsal ancho y penetrar demasiado profundo podría dañar el pedículo. En nuestra experiencia, es más fácil identificar el músculo en la zona más proximal de la incisión cutánea y es necesario empezar a buscarlo en esta localización. De hecho, el dorsal ancho podría confundirse con el músculo oblicuo externo del abdomen en la zona distal de la incisión cutánea. Después de identificar el borde anterior del músculo dorsal ancho, es importante evitar separar el músculo de la grasa subcutánea y la piel en caso de que se requiera una paleta de piel. El músculo necesita ser disecado y separado del tejido graso que se encuentra en su profundidad. El pedículo podría encontrarse en esta zona. 3- Disección del pedículo La disección del pedículo debe realizarse con delicadeza, sobre todo porque las ramas terminales tienden al vasoespasmo en caso de traumatismo. El primer vaso identificado durante la disección es la rama del dorsal ancho de la arteria toracodorsal. Siguiendo esta rama, es fácil acceder a los vasos toracodorsales que constituyen el pedículo principal. Si bien el pedículo puede ser variable, la rama angular que irriga la punta de la escápula suele originarse de la arteria toracodorsal (más frecuentemente), de la rama al serrato, o de una trifurcación con estos vasos. Es extremadamente importante evitar la disección completa de la arteria angular. Debe ser disecado y movilizado solo en su porción distal y esta arteria no debe estar completamente separada del hueso. La punta de la escápula y la porción distal del borde lateral de la escápula están irrigados por ramas colaterales de esta arteria y la movilización completa de este vaso desde el hueso podría comprometer el suministro de sangre de la porción ósea del colgajo. Una vez identificadas las tres ramas principales (rama hacia el dorsal ancho, rama hacia el serrato y rama hacia la punta de la escápula) del pedículo, es necesario seguir los vasos toracodorsales hasta que emergen de los vasos axilares. En este punto es necesario sacrificar los vasos circunflejos escapulares si se necesita un pedículo más largo. 4- Osteotomía ósea Se pueden utilizar pinzas de Kocher para sujetar el hueso escapular y extraerlo. Esto aumenta significativamente

la visibilidad durante la osteotomía y facilita el corte del hueso. Aunque con este colgajo se pueden obtener hasta 14 cm de hueso, 6 cm deberían ser suficientes para la reconstrucción maxilar. Otra estrategia útil para facilitar la osteotomía ósea es extraer la paleta de piel (en caso de que sea necesaria) antes de realizar la osteotomía. Una vez extraída, la paleta de piel podría asegurarse con cuatro o cinco puntos en la parte superior de la incisión de la piel. Esto mejora notablemente la visibilidad durante la osteotomía. Es muy importante evitar cualquier trauma durante la osteotomía debido a la sensibilidad del pedículo, ya que el hueso podría romperse repentinamente ya que en su región más medial es extremadamente delgado, y esto podría causar elongación o espasmo del pedículo si se presiona demasiado. Una vez extraída la porción de hueso, se deben disecar los músculos paraescapulares para permitir su completa movilización. En este punto, los vasos toracodorsales podrían separarse en su emergencia de los vasos axilares.

5- Set in de colgajo En caso de reconstrucción maxilar, la porción de la punta debe insertarse debajo de la porción restante del hueso malar y el borde lateral de la escápula debe ubicarse al nivel del hueso alveolar. El borde lateral de la escápula es de gran diámetro, lo que permitirá la rehabilitación protésica con implantes dentales. La mayor parte del problema con la inserción del colgajo podría ocurrir con la reconstrucción mandibular. Nuevamente, el borde lateral debe ubicarse al nivel de la porción alveolar. Sin embargo, la fijación ósea podría ser difícil. El hueso de la escápula está completamente cubierto por una cantidad variable de músculo grueso. Por lo tanto, es necesario presionar con fuerza el hueso contra la placa de reconstrucción con la ayuda de unas pinzas de Kocher al realizar los orificios y al colocar los tornillos; de lo contrario, el hueso se separará de la placa de reconstrucción, lo que facilitará la aparición de osteomielitis y fístulas cervicales.

6- Cierre El serrato anterior, el subescapular y el redondo mayor se reinsertan en el hueso remanente con sutura absorbible. Debido al grosor del borde lateral se recomienda hacer un pequeño orificio en el hueso con una broca antes de proceder con los puntos. La porción medial del hueso de la escápula es extremadamente delgada y puede perforarse con la aguja de sutura. Se recomienda el uso de un drenaje de succión grande. A pesar de que una cantidad moderada de seroma es prácticamente constante en el postoperatorio inmediato, las complicaciones son mínimas y la función del hombro suele recuperarse por completo dentro de los 6 meses posteriores a la cirugía.

### RESULTADOS

En nuestra experiencia, los resultados obtenidos con el colgajo libre de punta de escápula son muy satisfactorios. Las complicaciones han sido mínimas, con algunos casos de seroma y dolor postoperatorio en el hombro. Al aportar piel, tejido muscular y tejido óseo, es una opción válida para la reconstrucción de la región maxilar y mandibular. Gracias a la técnica quirúrgica descrita, la toma del colgajo con el paciente en decúbito supino, es posible trabajar en dos campos y esto acorta notablemente el tiempo quirúrgico. El cierre de la zona donante se realiza mediante cierre directo, evitando así la necesidad de un injerto parcial o total de piel de otra zona donante.

### CONCLUSIONES

El colgajo libre de la punta de la escápula es un colgajo seguro que proporciona piel, músculo y tejido óseo. Gracias a la técnica quirúrgica descrita anteriormente, su obtención con el paciente en decúbito supino, la convierte en una opción válida para trabajar en dos campos, acortando el tiempo quirúrgico y siendo una opción muy interesante para la reconstrucción maxilofacial.

## RECONSTRUCCIÓN

### [0070] RECONSTRUCCIÓN MANDIBULAR CON COLGAJO PERONEO Y PRÓTESIS PEEK POR AMELOBLASTOMA

J. Rodríguez Cobo<sup>1,2</sup>, E. Ibaseta Fidalgo<sup>1</sup>, J. Medina del Valle<sup>1</sup>, P. Criado Villalón<sup>1</sup>, I. Caubet Sáez-Torre<sup>1</sup>, T. González Terán<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander, <sup>2</sup>IDIVAL. Santander

## BREVE INTRODUCCIÓN

El ameloblastoma es un tumor odontogénico localmente agresivo que se produce a nivel de los maxilares. Produce una clínica asintomática con un crecimiento lento y expansivo que puede producir movilidad o clínica en las piezas dentales colindantes. Además, se describen metástasis, especialmente a nivel pulmonar hasta en un 2 % de los casos. Su tratamiento suele ser conservador (curetajes) aunque en ocasiones puede precisar grandes resecciones a nivel maxilo mandibular.

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Mujer de 12 años que acudió por lesión solitaria mandibular en 3º cuadrante. Intervenida para resección con resultado de ameloblastoma mandibular. En seguimiento desde 2013, realizándose hasta 3 intervenciones de exéresis +/- curetaje. a los 21 años se identifica en TC mandibular nueva lesión en misma localización sugestiva de recidiva de ameloblastoma con aumento de tamaño e infiltración mandibular implicando 3º y 4º cuadrante. Se decide planificar cirugía para exéresis y reconstrucción mandibular con colgajo peroneo microvascularizado soportado por prótesis de PEEK a nivel basilar

## RESULTADOS

La colocación en posición basilar de la prótesis de PEEK custom made permitió posicionar el colgajo microvascularizado peroneo en una posición más craneal, con adecuada reconstrucción del defecto óseo, lo que aumenta el número de opciones rehabilitadoras implantológicas a medio-largo plazo para nuestra paciente.

## CONCLUSIONES

Los ameloblastomas son tumores odontogénicos benignos, pero localmente agresivos que pueden requerir grandes resecciones a nivel maxilomandibular, precisando una adecuada planificación prequirúrgica de cara a realizar una reconstrucción ósea adecuada en cada caso. La utilización de prótesis de PEEK como soporte para la colocación de un colgajo libre peroneo supone una adecuada opción terapéutica que facilita la rehabilitación implantológica a medio-largo plazo.

## RECONSTRUCCIÓN

### [0078] MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA LABIOMENTONIANA Y MANDIBULAR. A PROPÓSITO DE UN CASO

S. Macho López, M. Fernández-Mayoralas Gómez, M. Rodríguez Talero, R. Belmonte Caro, F. Iglesias Martín, J.L. Gutiérrez Pérez  
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

## BREVE INTRODUCCIÓN

Las malformaciones vasculares son alteraciones de la embriogénesis que desencadenan una anomalía vascular de alto flujo donde no existe lecho capilar entre arteria y vena, suponiendo un 10-15 % de las malformaciones vasculares y con localización más frecuente intracraneal. Se trata de lesiones benignas que progresan y pueden comprometer la vida del paciente. La mayoría de casos son esporádicos pero se debe descartar la presencia de un síndrome asociado o formas familiares, por lo que el estudio molecular es recomendable. El sangrado es el síntoma más llamativo y puede llevar al éxitus hasta a 1 % de los afectados. El thrill o soplo es un signo característico aunque no indispensable para el diagnóstico e indica un shunt arteriovenoso. El paciente debuta con una lesión vascular que crece y sangra, provocando robo arterial e hipertensión venosa que compromete la perfusión de los tejidos afectados. El comienzo de la clínica a una edad temprana oscurece el pronóstico y pueden tener influencia hormonal.

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Presentamos a una paciente de 22 años en seguimiento conjunto por nuestro servicio y Neurroradiología Intervencionista desde los 8 años por malformación arteriovenosa estadio III de Schöbinger en región labiomentoniana. Desde 2012 se han realizado 6 embolizaciones con ónix de ramas de ambas carótidas externas por recanalización de la lesión, así como sucesivas extracciones de material de embolización intolerado. Desde 2019 en tratamiento antiangiogénico con sirolimus 0.4 % cada 12 horas + propranolol 40mg cada 12h sin mejoría objetiva en los dos últimos años. La progresión clínica ha conllevado numerosos ingresos por dolor y hemorragias de difícil control con necesidad de protocolo de transfusión masiva, así como un estado ansioso-depresivo que junto a la deformidad facial han limitado gravemente la calidad de vida y las relaciones sociales de la paciente. En la TC se describe una MAV de gran tamaño cuyo epicentro se localiza en torno al cuerpo mandibular derecho y submentoniano, tratado mediante embolización con Onyx en una gran proporción de la misma. El aporte principal procede de ramas de la arteria carótida externa derecha. Se ha generado una importante colateralidad que recanaliza las arterias lingual y facial embolizadas. Las arterias alveolar inferior, facial y ramas de la maxilar se mantienen ocluidas tras su embolización. Se realiza estudio de Patología Molecular mediante PCR de los genes BRAF (negativo), NRAS (negativo) y KRAS (mutado en el codón 12, G12X).

## RESULTADOS

Durante el último ingreso se realiza ligadura de carótida externa derecha para control del sangrado con desaparición de soplo. Se propone exéresis + reconstrucción con colgajo osteomiocutáneo microvascularizado de peroné. Se realiza resección de tumoración vascular, tanto mandibulectomía segmentaria de 46 a 33 como de partes blandas. Tras la osteotomía según guías de corte se coloca una placa de reconstrucción sobre el colgajo de peroné manteniendo una oclusión similar a la previa en el sector posterior, con anastomosis de la arteria peronea a la arteria tiroidea superior izquierda. El postoperatorio transcurrió sin complicaciones.

## CONCLUSIONES

La exéresis de las MAV se suele ver dificultada por el sangrado abundante, por lo que es recomendable asociar técnicas endovasculares previo a la cirugía. La combinación de tratamiento de embolización y quirúrgico parece la mejor opción de manejo de estos casos. Por tanto, el manejo de las MAV debe hacerse siempre desde una aproximación multidisciplinar. El alto flujo de estas lesiones y su morbimortalidad asociada obligan a realizar una cirugía agresiva que puede ser muy mutilante en casos como el expuesto por afectar a la región facial. En estos casos no debemos olvidar la necesidad de agotar todas las opciones viables de reconstrucción tanto funcional como estética, así como el acompañamiento psicológico que facilite la necesaria reintegración social.

## RECONSTRUCCIÓN

### [0081] RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS MAYORES DE LA MITAD DEL LABIO INFERIOR SIN MICROS-TOMÍA RESULTANTE: COLGAJOS DE YU BILATERALES Y LA COMBINACIÓN DE COLGAJOS DE ABBÉ Y JOHANSON

P. Carbonell Asins, I. Page Herraiz, F. Ortiz de Artiñano  
Hospital Virgen de La Luz. Cuenca

## BREVE INTRODUCCIÓN

El carcinoma epidermoide del labio afecta a 0,8 personas por cada 100.000 habitantes. Cuando la resección del mismo abarca más de la mitad de su longitud completa, las consecuencias funcionales y estéticas pueden ser limitantes. El objetivo de este estudio es mostrar los resultados reconstructivos obtenidos mediante el uso de colgajos de Yu bilaterales y de la combinación de la técnica en escalera bilateral de Johanson y el colgajo de Abbé.

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

El primer paciente es un varón fumador de 64 años, que presentaba tres lesiones hiperqueratósicas superficiales distribuidas a lo largo del bermellón del labio inferior, diagnosticadas de carcinoma epidermoide bien diferenciado (cT1N0). La resección de cada lesión junto a su margen de seguridad suponía un defecto resultante mayor de dos tercios del labio inferior. El segundo paciente de 79 años, exfumador desde hacía un año, presentaba un carcinoma epidermoide bien diferenciado de largo tiempo de evolución que se extendía desde la comisura oral izquierda hasta la línea media del labio inferior (cT2N0). En el primer paciente se decidió realizar una combinación de la técnica en escalera bilateral de Johanson y un colgajo de Abbé del labio superior, como propuesto por Salignarelli en 2011. Al segundo se le ofreció la opción de reconstruir su defecto oncológico con dos colgajos de Yu bilaterales, descritos en 1989.

## RESULTADOS

Al primer paciente, tras la resección en bloque de sus tres lesiones se le realizó un colgajo de Abbé del labio superior paramedial derecho pediculado medialmente y dos colgajos cutáneos en escalera inferiores, con preservación de la musculatura e inervación perioral. Tras nutrirse mediante una sonda nasogástrica, el pedículo del colgajo de Abbé fue seccionado dos semanas más tarde. El paciente reanudó la tolerancia oral en el postoperatorio inmediato, recuperando la contractibilidad y sensibilidad perioral por completo al mes de la intervención. No se objetivó microstomía alguna que modificase su alimentación. Dado que el espesor máximo tumoral de las lesiones fue de 3mm, se decidió seguimiento estrecho de sus adenopatías cervicales, sin cirugía resectiva asociada. El defecto del labial inferior y comisural izquierdo del segundo paciente fue reconstruido mediante la técnica de Yu bilateral, tras la realización de un vaciamiento ganglionar cervical supraomohiideo unilateral. Para ello, se tallaron dos colgajos cutáneos de rotación superiores en la región nasogeniana, otros dos, músculo-cutáneos de avance en el labio inferior remanente y dos más de rotación de mucosa yugal para la reconstrucción del bermellón deficiente. Pese a los hematomas postquirúrgicos en los colgajos mucosos debidos a la hipertensión del paciente, el resultado estético y funcional fue excelente, iniciando su alimentación por boca en el postoperatorio inmediato, con preservación de contractilidad y sensibilidad perioral. Ambos pacientes presentaron márgenes libres de resección y ausencia de criterios de radioterapia adyuvante. Se encuentran libres de enfermedad a día de hoy.

## CONCLUSIONES

La combinación descrita de colgajos para la reconstrucción de defectos mayores de dos tercios del labio inferior es una opción a tener en cuenta, dada su sencillez técnica y sus excelentes resultados estéticos y funcionales. Por otro lado, el uso de colgajos de Yu bilaterales, pese su mayor dificultad técnica presenta resultados igual de satisfactorios en un solo tiempo quirúrgico.

## RECONSTRUCCIÓN

### [0101] SÍNDROME DE PAPASH. COMPLICACIONES Y ACTUACIÓN MAXILOFACIAL

B. G. Pantilie<sup>1,2</sup>, B. Duarte Ruiz<sup>1,2</sup>, M. Estero Serrano De La Cruz<sup>2</sup>, M. Cuesta Gil<sup>1,2</sup>, H. Abdel-Hadi Álvarez<sup>2</sup>, J. García Schiever<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Clínica Cimax, <sup>2</sup>Hospital General Universitario Ciudad Real. Ciudad Real

## BREVE INTRODUCCIÓN

El pioderma gangrenoso (PG) se describe como una dermatosis neutrófila que normalmente se manifiesta con úlceras cutáneas con bordes eritemato-violáceos. Puede presentarse de manera aislada, como manifestación de patologías sistémicas o en el contexto de síndromes autoinflamatorios como PAPA (artritis piogénica, pioderma gangrenoso y acné) PASH (pioderma gangrenoso, acné e hidrosadenitis supurativa) o PAPASH (artritis piogénica, acné, pioderma gangrenoso e hidrosadenitis supurativa). Estos síndromes son poco frecuentes por lo que aún no hay estudios que valoren la eficacia del tratamiento médico.

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un paciente varón de 50 años de edad diagnosticado del síndrome de PAPASH que presenta dolor, eritema y tumefacción a nivel occipital izquierdo. Acude a Servicio de Urgencias con clínica de infección localmente avanzada, presentando tumefacción occipital izquierda, con signos de fluctuación que alcanza hasta cervical ipsilateral y nivel torácico hasta pectoral, asociado a clínica infecciosa con alteración de la analítica y elevación de los reactantes de fase aguda. El paciente precisa ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos y realización urgente de TAC. Dada la situación clínica inestable, la exploración y las imágenes de TAC se procede a diagnóstico de fascitis necrotizante, siendo intervenido de manera urgente por parte de Servicio de Cirugía General, con disección exhaustiva de máximo tejido necrótico con buen control local del episodio.

## RESULTADOS

Tras el desbridamiento por parte de Servicio de Cirugía General, el paciente presenta mejoría paulatina del estado basal, con mejoría también de marcadores de fase aguda, aunque presenta un defecto de partes blandas de aproximadamente 15 x 8 cm diámetros máximos, con lecho quirúrgico sin signos de infección y tejido de granulación. Dada la patología de base, la inmunodepresión y el tratamiento crónico con corticoides a altas dosis se decide reconstrucción con colgajo pediculado de dorsal ancho.

## CONCLUSIONES

El síndrome de PAPASH es una entidad poco frecuente pero con complicaciones graves que pueden poner en riesgo la vida del paciente. Es importante conocer la patología, las necesidades especiales de estos pacientes, sus riesgos, las posibles complicaciones y las opciones de tratamiento. Son necesarios estudios a largo plazo, randomizados que valoren la eficacia de los tratamientos. Un diagnóstico precoz puede evitar una complicación potencialmente letal.



## RECONSTRUCCIÓN

### [0219] REHABILITACIÓN IMPLANTOLÓGICA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS Y CON OLIGODONCIAS SINDRÓMICAS CON APOYO DE FÉRULAS GUIADAS DE IMPRESIÓN IN HOUSE: NUESTRA EXPERIENCIA

S. Khayat, C. Navarro Cuéllar, M.A. Tousidonis Rial, S. Ochandiano Caicoya, G. Ruiz de León Hernández Pacheco, J.I. Salmerón Escobar

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

## BREVE INTRODUCCIÓN

La rehabilitación dental mediante prótesis fija implantosoportada debe ser un objetivo prioritario del tratamiento en pacientes con cánceres de cavidad oral y en pacientes con edentulismo secundario a oligodoncias sindrómicas. La rehabilitación fija implantosoportada permite restaurar la estética facial y la función masticatoria, mejorando la calidad de vida de los pacientes. Sin embargo, conseguir la estabilidad necesaria a largo plazo para rehabilitar con una prótesis fija implantosoportada puede suponer un reto debido a las alteraciones anatómicas en este subtipo de pacientes. Las técnicas de cirugía guiada por imagen, la implantología guiada protéticamente y la tecnología CAD/CAM han conseguido aumentar la precisión en la colocación de implantes osteointegrados. Sin embargo, el uso de esta tecnología se encuentra en fase de expansión y no es utilizada en la práctica clínica habitual para la rehabilitación implantológica en pacientes con cáncer de cavidad oral o pacientes con oligodoncias sindrómicas como los pacientes con displasia ectodérmica o disostosis cleidocraneal.

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se presenta un estudio monocéntrico, observacional, descriptivo, retrospectivo de una serie de casos de 12 pacientes con edentulismo parcial o total y antecedente de oligodoncia sindrómica por displasia ectodérmica o disostosis cleidocraneal, o cáncer de cavidad oral en los que se realizó una primera fase quirúrgica de implantes guiados con férulas óseo o dentosoportadas impresas en la UPAM3D (Unidad de Producción Aditiva y Manufactura 3D) del Hospital General Universitario Gregorio Marañón entre los años 2020 y 2023. Se consideraron criterios de exclusión los implantes colocados mediante técnica convencional sin guía quirúrgica.

## RESULTADOS

En total se colocaron 83 implantes en 12 pacientes. 7 pacientes (59 %) tenían como antecedente un cáncer de cavidad oral. Del total de 7 pacientes con antecedente oncológico, 4 de los 7 habían recibido radioterapia previa, siendo el intervalo mínimo entre la fecha de última dosis y la colocación de implantes de 1.32 años o 15,8 meses. En el 41 % (5 pacientes), el antecedente principal fue el de una oligodoncia sindrómica (disostosis cleidocraneal o displasia ectodérmica). Del total de 83 implantes, 47 implantes (57 %) se colocaron en mandíbula y 36 (43 %) en el maxilar. Se realizó medición de la estabilidad primaria de los implantes mediante ISQ o análisis de la frecuencia de resonancia con Osstell W&H®. Más del 90 % de los implantes presentaron valores medios de ISQ de alta estabilidad primaria (>70), permitiendo disminuir los tiempos hasta la carga protésica. No se obtuvieron diferencias estadísticas entre la estabilidad primaria en los diferentes subgrupos de pacientes. En el tiempo de seguimiento no se produjo pérdida de osteointegración de ningún implante. La cirugía guiada permitió la colocación precisa evitando la presencia de implantes sleepers (no cargados) en nuestra serie.

## CONCLUSIONES

La cirugía de implantes guiada mediante férulas quirúrgicas de diseño y fabricación 3D en el punto de atención (point-of-care manufacturing) permiten un flujo de trabajo eficiente en el diseño de las guías y una mejora en la predictibilidad de los resultados en la cirugía de rehabilitación fija implantosoportada en pacientes con edentulismo por cánceres de cavidad oral o por oligodoncias sindrómicas.

## RECONSTRUCCIÓN

### [0222] CONDROSARCOMA CENTROFACIAL NASAL: MAXILECTOMÍA MEDIANTE PLANIFICACIÓN VIRTUAL, RECONSTRUCCIÓN MAXILAR CON COLGAJO PERONEO CON PSI Y REHABILITACIÓN ORAL MEDIANTE IMPLANTES GUIADOS

G. Ruiz de León Hernández-Pacheco, I. Navarro Cuéllar, A. López López, M. Tousidonis, C. Navarro Cuéllar  
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

## BREVE INTRODUCCIÓN

El condrosarcoma es un tumor maligno de origen epitelial, de crecimiento lento, poco frecuente y de etiopatogenia desconocida. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica con bordes libres. El condrosarcoma es un tumor maligno con tendencia a surgir de la diferenciación pura del cartilago hialino y puede ocurrir a partir de condrocitos, restos embrionarios o células mesenquimales. Es infrecuente su localización en el territorio de cabeza y cuello y su origen en el tabique nasal es extremadamente infrecuente, representando menos del 0,1 % de los tumores sinusales.

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de un paciente varón de 42 años con condrosarcoma nasal centrofacial y afectación maxilar (premaxila y región palatina) intervenido en el HGUGM con resección (maxilectomía IIC bilateral de Brown) en bloque mediante abordaje conservador con guías de corte customizadas evitando abordaje clásico de Weber Ferguson y reconstrucción primaria con colgajo peroneo derecho guiado y placas de reconstrucción PSI. Al tercer día se produce necrosis peronea por trombosis venosa y se realiza colgajo radial derecho para cierre oronasosinusal. Evolutivamente, tras confirmar en el estudio histológico márgenes libres y ausencia de recidiva, en ausencia de soporte óseo que permita la rehabilitación oral, se decide nueva planificación 3D y reconstrucción con colgajo libre osteomiocutáneo de peroné izquierdo con guías de corte personalizadas junto con placa de reconstrucción customizada de arbotante maxilomalar izquierdo a derecho. A los 9 meses se colocaron implantes con carga temprana mediante guía quirúrgica personalizada con tecnología SLA en material Biomed Clear V1.

## RESULTADOS

A la semana fue valorado en nuestras consultas externas donde se realizaron las pruebas y ajustes pertinentes de la prótesis híbrida implantosoportada, permitiendo al paciente recuperar la oclusión y preservar la función estética. El paciente permanece asintomático y presenta una apertura oral óptima.

## CONCLUSIONES

Se describe el caso de un paciente con condrosarcoma nasal de bajo grado tratado de forma exitosa con planificación quirúrgica 3D mediante guías de corte e implantes a medidas (PSI) que aportan una mayor seguridad, precisión, disminuyendo los tiempos quirúrgicos y permitiendo un resultado más predecible

## RECONSTRUCCIÓN

### [0242] RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS LABIALES MEDIANTE LA TÉCNICA DE YU. EXPERIENCIA DE 20 AÑOS EN HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO

R. Vera Martín, M. González Cámara, T. Cordero García, M. Fernández Mayoralas, R. Belmonte Caro, J. L. Gutiérrez Pérez  
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

## BREVE INTRODUCCIÓN

Los defectos de labio, tanto inferior como superior, causados habitualmente por resecciones oncológicas suponen un desafío para los cirujanos, dada la complejidad anatómica de la región, la funcionalidad de la reconstrucción en la competencia oral, y las consecuencias estéticas de estas cirugías. La técnica de Yu se describe en 1989 y se basa en una serie de colgajos de avance y rotación para la reposición del defecto labial y consigue unos muy buenos resultados tanto funcionales como estéticos

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

A continuación, se da a conocer la experiencia de nuestro servicio en la reconstrucción de labio en los últimos 20 años, con una serie de casos en la que se incluyen reconstrucciones de labio superior e inferior, mediante la técnica de Yu.

## RESULTADOS

Tras las sucesivas revisiones con toma de fotografía y evaluando la competencia labial, la armonía estética, y el resultado estético autopercibido por el paciente la técnica de Yu es valiosa para la reconstrucción de defectos subtotales y, en casos seleccionados, totales de labio.

## CONCLUSIONES

En nuestra experiencia pensamos que la técnica de Yu tiene unos buenos resultados tanto en competencia labial como en estética, con poca morbilidad asociada y, por otro lado, nos planteamos que esta técnica puede ser superior a otro tipo de intervenciones siempre que individualicemos el tratamiento de nuestros pacientes.

## RECONSTRUCCIÓN

### [0268] MODIFICACIÓN DEL COLGAJO DE YU APLICADA A LA RECONSTRUCCIÓN DE UN DEFECTO COMPLETO DEL LABIO INFERIOR JUNTO A UN DEFECTO PARCIAL DEL LABIO SUPERIOR

F. Iglesias Martín, M. Fernández-Mayoralas Gómez, A. García-Perla García, R. Belmonte Caro, J. L. Gutiérrez Pérez  
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

## BREVE INTRODUCCIÓN

La reconstrucción de grandes defectos de los labios supone un reto quirúrgico. Existen múltiples técnicas descritas en la literatura en relación con la reconstrucción de los defectos labiales. El objetivo quirúrgico se fundamenta en restaurar la competencia y función labial consiguiendo, al mismo tiempo, un resultado estético satisfactorio para los pacientes.

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un paciente varón de mediana edad con un carcinoma epidermoide de un año de evolución que afectaba al 100 % del bermellón del labio inferior y la comisura labial derecha implicando parte del labio superior. Se realizó resección oncológica y reconstrucción inmediata. Presentamos una modificación de la técnica descrita por J.M. Yu en el año 1989, que aplicamos en la reconstrucción del paciente descrito. Pequeñas modificaciones en el diseño y la ejecución de la técnica nos permitieron reconstruir el defecto labial sin necesidad de recurrir a colgajos complementarios.

## RESULTADOS

El análisis de la pieza realizado por los anatomopatólogos demostró que la extirpación de la lesión se realizó con márgenes libres. Durante el postoperatorio se produjo una necrosis parcial del colgajo mucoso derecho que no tuvo repercusiones funcionales ni estéticas para el paciente. A los 6 meses de cirugía, el paciente conserva competencia labial, sin escape de comida, buena apertura oral y función labial. El paciente refiere estar muy satisfecho con el resultado funcional y estético obtenido.

## CONCLUSIONES

La técnica descrita por Yu para la reconstrucción del labio inferior, realizada con algunas modificaciones, puede emplearse en la reconstrucción de defectos que implican la totalidad del labio inferior y parte del superior con resultados satisfactorios para el paciente.

## TRAUMATOLOGÍA Y TRATAMIENTO DE SECUELAS

### [0047] HEMATOMA LINGUAL DE ORIGEN TRAUMÁTICO: OBSTRUCCIÓN DE VÍA AÉREA SUPERIOR EN PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

J. Medina del Valle, S. Sánchez Santolino, E. Ibaseta Fidalgo, J. Rodríguez Cobo, P. Criado Villalón, I. Caubet Sáez-Torres  
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

#### BREVE INTRODUCCIÓN

El hematoma lingual (HL) es una afección infrecuente y potencialmente mortal debido a su tendencia a causar obstrucción de las vías respiratorias superiores. Suele producirse como consecuencia de traumatismos (accidentes de tráfico, convulsiones de gran mal o intubaciones traqueales traumáticas) y rara vez de forma espontánea en casos de pacientes con coagulopatías hereditarias o adquiridas, hipertensión arterial, trastornos hematológicos o malformaciones vasculares. En este caso, comunicamos el primer caso, en la bibliografía publicada, de un hematoma lingual masivo traumático en un paciente con lupus eritematoso sistémico (LES) secundario a mordedura de lengua tras deterioro neurológico, crisis hipertensiva y múltiples convulsiones tónico-clónicas durante hemodiálisis por insuficiencia renal crónica.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Un varón de 27 años ingresó en el Servicio de Urgencias tras un deterioro neurológico agudo, convulsiones tónico-clónicas y crisis hipertensiva durante la hemodiálisis. Sus antecedentes médicos eran significativos: siete años de LES con hipertensión y una enfermedad renal crónica relacionada con el lupus de larga evolución. El paciente se presentó en la UCI con disnea grave e hinchazón masiva de la lengua, se consiguió asegurar la vía aérea mediante intubación orotraqueal, la exploración física reveló una hinchazón masiva de la lengua que estaba significativamente desplazada anterior y superiormente, sobresaliendo de su boca 3 cm, firme a la palpación con una coloración azul oscura generalizada. La superficie dorsal de la lengua presentaba una laceración de 1,5 cm en la mitad posterior derecha que fue suturada. No se observó más hemorragia que la del hematoma lingual. Una tomografía computarizada de cabeza y cuello mostró un agrandamiento difuso severo de la lengua con obliteración de la vía aérea sin que ningún vaso en particular fuera la causa del hematoma. Así pues, no se intentó la embolización porque no se identificó la fuente de la hemorragia.

#### RESULTADOS

Se hizo un diagnóstico clínico de hematoma lingual secundario a traumatismo (mordedura de lengua), hipertensión y trombocitopenia, y se le trató de forma conservadora con midazolam intravenoso y levetiracetam para prevenir nuevas convulsiones. Se monitorizó la presión arterial y se iniciaron y ajustaron los antihipertensivos. Se realizó una traqueotomía percutánea para asegurar la vía aérea. La paciente fue dada de alta el día 34 de hospitalización. El seguimiento a las 2 semanas mostró una resolución completa del hematoma lingual y de la úlcera traumática.

#### CONCLUSIONES

Los hematomas linguales pueden ser un fenómeno mortal que requiere una rápida identificación y tratamiento. El primer objetivo del tratamiento debe ser garantizar la seguridad de la vía aérea. Una vez asegurada la vía aérea, el tratamiento se centra en la hemostasia y la evaluación de la etiología. En nuestro caso concreto, la disminución del recuento de plaquetas y la probable disfunción plaquetaria asociada al traumatismo y a la hipertensión no controlada desempeñaron un papel importante en el desarrollo del hematoma lingual.

## TRAUMATOLOGÍA Y TRATAMIENTO DE SECUELAS

### [0104] FRACTURAS FACIALES: ESTUDIO DESCRIPTIVO

J. Trenchs Soto, A. Ferrández Martínez, M. Rocha Serpa, A. Cabrera Arcas, M. Sicilia Gutiérrez, V. Pérez García  
Hospital Universitario Torrecardenas. Almería

#### BREVE INTRODUCCIÓN

Gran parte de la actividad clínica de la Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario Torrecárdenas (HUTC) consiste en el diagnóstico y tratamiento quirúrgico de las fracturas faciales. Esta patología representa un hecho frecuente en nuestras urgencias, está estrechamente relacionada con los accidentes de tráfico, agresiones y caídas. Las lesiones faciales tienen una importante repercusión a nivel fisiológico y anatómico, así como a nivel estético. Es importante desempeñar una buena estrategia diagnóstica, así como un correcto tratamiento quirúrgico lo más precoz posible para evitar el mayor número de complicaciones

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se revisan los casos tratados en los últimos 6 años, en el HUTC, desde enero 2017 hasta diciembre de 2022 con un total de 206 pacientes. Para ello se han estudiado variables demográficas, características de las fracturas, clínica, diagnóstico, tratamiento, complicaciones y evolución.

- Clasificar el tipo de fracturas tratadas.
- Determinar el beneficio del tratamiento quirúrgico de urgencias en esta patología.
- Establecer la tasa de complicaciones durante el seguimiento de los casos en los que se ha realizado cirugía urgente.

#### RESULTADOS

- Las causas más frecuentes de las fracturas son en un 50 % las agresiones seguidas de las caídas en un 39 % y un 11 % accidentes de tráfico.
- La edad media es de 38 años y es más frecuente en varones con un 78 % frente al 22 % de mujeres.
- Debido a que la cirugía se realiza de forma temprana, el tiempo medio de estancia hospitalaria se reduce a 2,4 días (Complicaciones, satisfacción, gasto hospitalario).
- Las complicaciones como infecciones, exposición de material de osteosíntesis, dehiscencia de suturas y mala consolidación entre otras, se detectaron en un 8 % de los casos durante el seguimiento.

#### CONCLUSIONES

- Las fracturas faciales suponen gran parte de la carga asistencial de nuestro hospital, siendo la mandíbula la más frecuente, con un 43 % mandibular en el contexto de agresiones y accidentes de tráfico.
- El tratamiento temprano de esta patología supone una serie de beneficios como son: una disminución del tiempo de ingreso hospitalario, un menor número de complicaciones, todo ello con reducción de los costes sanitarios y una mayor comodidad del paciente.

## TRAUMATOLOGÍA Y TRATAMIENTO DE SECUELAS

### [0141] ANÁLISIS DE LESIONES TRAUMÁTICAS MAXILOFACIALES EN ACCIDENTES POR PATINETE

G. Botella Casas, J. Torres Gaya, D. M. del Río de La Vega, M. Puche Torres  
Hospital Clínico de Valencia. Valencia

#### BREVE INTRODUCCIÓN

En los últimos años, con la irrupción y popularización de los patinetes eléctricos como medio de transporte, hemos visto un aumento de las fracturas del territorio maxilofacial por este motivo. En este estudio, investigamos su peso porcentual sobre el total de la traumatología maxilofacial y las características particulares de este grupo de pacientes en comparación con las fracturas acaecidas por otros mecanismos en una población de 950.000 personas correspondientes al servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Clínico de Valencia.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Durante 7 meses se recogieron los datos de todos los pacientes que acudieron al Hospital Clínico de Valencia, alcanzando éstos un total de 51, por una fractura del territorio maxilofacial y se registraron las siguientes categorías: edad, sexo, tipo de fracturas, mecanismo por el que se produjeron y la región en la que se encontraban, si asociaban otro tipo de lesiones fuera del territorio maxilofacial, pérdida de piezas dentales o lesiones vasculonerviosas, así como si requirieron intubación, cirugía o estancia en REA.

#### RESULTADOS

De los 51 pacientes recogidos hasta la fecha, 7 se debían a accidentes durante la circulación con patinete, siendo las causas más frecuentes de fractura en el conjunto de la muestra las caídas accidentales (17) y las agresiones (13). De estas 7 fracturas, sólo una requirió tratamiento quirúrgico (14,2 %), mientras que del total de pacientes el 41 % fueron manejados de forma quirúrgica. Del total de nuestra serie, solo dos pacientes presentaron una hemorragia subaracnoidea asociada al traumatismo, en ambos casos tratándose de fracturas por patinete. Todas las lesiones por este mecanismo asociaron fracturas faciales múltiples, destacando por frecuencia las presentes en alguna de las paredes orbitarias (5 pacientes de los 7), mientras que sólo uno presentó lesiones en la región mandibular. Ningún paciente del grupo de las fracturas por el motivo a estudio tuvo que ser intubado en la atención urgente inmediata.

#### CONCLUSIONES

Las lesiones por patinete son la tercera causa de fracturas del territorio maxilofacial en nuestra población, asociando un importante porcentaje de lesiones intracraneales en forma de hemorragia subaracnoidea. Sin embargo, según nuestros resultados su porcentaje de manejo quirúrgico es inferior al del conjunto de fracturas faciales. Ante un paciente con un traumatismo facial por patinete, la órbita ha de ser concienzudamente estudiada, por ser en nuestra serie, la región maxilofacial que con más frecuencia se fractura, a diferencia de lo que ocurre al estudiar las fracturas faciales en su conjunto, donde los huesos propios de la nariz y la mandíbula son los territorios con más tendencia a lesionarse.



## TRAUMATOLOGÍA Y TRATAMIENTO DE SECUELAS

### [0194] MANEJO INICIAL EN HERIDAS POR ARMA DE FUEGO EN REGIÓN MAXILOFACIAL. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

M. Reyes Raya, J.J. Maldonado Ostios, C. España Fuentes, J.A. Fernández Martínez, C. Voltas Moreno, A. Mur Til  
Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

#### BREVE INTRODUCCIÓN

Los traumatismos faciales provocados por armas de fuego en nuestro medio son raros. Esto, unido a las complejas características de estas lesiones, hace que este tipo de pacientes constituyan un reto para el cirujano oral y maxilofacial. La severidad de las lesiones por arma de fuego depende de dos variables. La primera variable se debe al calibre del proyectil y a la velocidad con la que se dispara, que son dependientes del arma utilizada. La segunda variable relacionada es la distancia a la que se realiza el disparo.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Presentamos 2 casos de pacientes con heridas por arma de fuego tratados en el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Miguel Servet (Zaragoza, España) durante los últimos 3 años. El primer paciente presentaba lesiones de alta energía y se optó por realizar un tratamiento por etapas debido a la complejidad de las lesiones. En cuanto al 2º paciente, con lesiones de baja energía, se trató extrayendo proyectil alojado en el cono orbitario y cerrando orificio de entrada.

#### RESULTADOS

El manejo inicial se realiza siguiendo las reglas ABC, asegurando la vía aérea, manteniendo una correcta ventilación y realizando una estabilización hemodinámica. También, deberemos instaurar tratamiento antibiótico empírico y profilaxis antitetánica. Posteriormente, deberemos valorar las lesiones, observando la pérdida y lesión de partes blandas y del esqueleto óseo. Para ello, aparte de una buena exploración, la tomografía computarizada nos será de gran utilidad. Por último, el tratamiento quirúrgico inicial genera controversia en cuanto a si debe realizarse una estabilización de las fracturas con cierre primario inicial, demorando las reconstrucciones más complejas para siguientes cirugías, o si ambos procedimientos deben realizarse en un primer y único acto quirúrgico.

#### CONCLUSIONES

Es importante el manejo inicial de estos pacientes de forma integral como en cualquier otro politraumatizado. El aspecto más controvertido es el manejo quirúrgico de pacientes con lesiones extensas, ya que pueden tratarse con técnicas reconstructivas complejas en el primer acto operatorio o, por el contrario, esta reconstrucción se puede realizar de forma diferida. La elección del tipo de tratamiento debe ser individualizada en cada caso, en función de las características del enfermo y de la experiencia del equipo que lo trata.

## TRAUMATOLOGÍA Y TRATAMIENTO DE SECUELAS

### [0204] MANEJO CLÍNICO-QUIRÚRGICO DE FRACTURA CUÁDRUPLE DE MANDÍBULA. A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Cabanes Téllez, C. Salcedo Gil, M. Bosch Lozano, A. Agut Busquets, A. García Piñeiro, V. Lasa Menéndez  
Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca

#### BREVE INTRODUCCIÓN

La mandíbula es un hueso facial móvil que, debido a sus particularidades anatómicas, presenta áreas con una debilidad potencial como el cuello de los cóndilos, el ángulo mandibular, la zona de salida del nervio mentoniano en el cuerpo mandibular y la zona de los caninos. Es en estas localizaciones donde se producen principalmente las fracturas mandibulares. Así mismo, las acciones musculares pueden, según el trazo de fractura y su orientación espacial, desplazar la fractura y separar los fragmentos o, por el contrario, unirlos e impactarlos, evitando su desplazamiento. Por otro lado, es común en la práctica clínica encontrar fracturas múltiples mandibulares que afecten a dos o más regiones anatómicas de la misma, suponiendo un reto para el cirujano conseguir una reducción correcta de los focos con el resultado deseado de una oclusión estable.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Presentamos el caso clínico de una paciente femenina de 18 años de edad que acude a Urgencias de nuestro hospital refiriendo caída desde su propia altura con traumatismo mandibular en el contexto de un cuadro sincopal. Durante la exploración se observa la presencia de una herida inciso-contusa en mentón junto a limitación a la apertura oral de 30 mm; cambios en la oclusión con mordida abierta anterior y contacto prematuro en molares bilateral; diastema entre p31 y p32 con movilidad patológica de la región parasinfisaria a la manipulación y fractura de piezas p21 y p22. Durante el manejo inicial se solicita una ortopantomografía y un TC facial urgentes en los que se objetiva una fractura cuádruple de mandíbula afectando a región parasinfisaria entre p31 y p32 con desplazamiento antero-posterior de los fragmentos, una fractura no desplazada de ángulo mandibular derecho y una fractura subcondílea bilateral con desplazamiento hacia medial de ambos fragmentos condilares. La paciente es hospitalizada e intervenida quirúrgicamente abordando todas las fracturas presentes realizando reducción abierta y fijación interna comenzando por la más anterior, en este caso la fractura parasinfisaria izquierda mediante un abordaje transoral hacia la sínfisis utilizando como osteosíntesis dos placas de perfil medio de 2.0 de 4 agujeros cada una (colocadas una a nivel subapical y otra en la zona basal mandibular) para restaurar de este modo la dimensión transversa mandibular (fundamental para guiar la oclusión y conseguir la reducción del resto de fracturas), y continuar abordando las fracturas hacia distal siguiendo por la fractura de ángulo derecho mediante un abordaje transoral hacia el ángulo con colocación de placa de 2.0 de 6 agujeros moldeada en 90° sobre la línea oblicua y, finalmente, ambas fracturas subcondíleas mediante un abordaje transcutáneo retromandibular transparotídeo (con ayuda de neuroestimulador de n. facial para evitar su lesión) colocando en ambos lados dos placas de 2.0 de medio perfil de 4 y 5 agujeros (una por debajo de la escotadura sigmoidea y otra en el borde posterior de la rama mandibular) con la paciente llevada a oclusión. Finalmente se comprueba nuevamente la oclusión previamente al cierre de los abordajes y se colocan elásticos intermaxilares sobre los tornillos de bloqueo los cuales ayudarán a guiar la oclusión durante el postoperatorio.

#### RESULTADOS

La paciente cursa un postoperatorio favorable y sin incidencias, siendo alta a los 5 días tras la intervención. Se realiza un seguimiento radiográfico mediante ortopantomografía y TC durante el postoperatorio inmediato observando una correcta reducción de los focos de fractura con el material de osteosíntesis en su posición, y controles posteriores durante el seguimiento ambulatorio a las 2 semanas, al mes y a los dos meses mediante ortopantomografías observando consolidación de los focos de fractura con ausencia de complicaciones. Las guías elásticas intermaxilares colocadas sobre los tornillos de bloqueo se mantuvieron hasta alcanzar una oclusión estable muy similar a la que la paciente tenía previamente al traumatismo, y fueron retiradas al mes del postoperatorio



tras haber alcanzado dicha oclusión. Durante el seguimiento postoperatorio la paciente inició con una dieta líquida que fue progresando hacia una dieta blanda para finalmente alcanzar una dieta basal similar a la previa hasta la actualidad, sin presentar tampoco restricciones para la movilidad mandibular.

### CONCLUSIONES

Una de las fracturas más complejas de manejar quirúrgicamente es la fractura subcondílea bilateral asociada a fractura de la region sinfisaria o de cuerpo anterior, ya que en muchas ocasiones presenta desplazamiento de los fragmentos condilares junto a ensanchamiento de la region anterior mandibular. Ante la sospecha clínica de fractura múltiple de mandíbula es importante conocer la posible etiología del traumatismo. Un impacto directo en la sínfisis o en la parte anterior del cuerpo mandibular es la causa más común de fractura de cóndilo, ya que la fuerza es transmitida desde el cuerpo mandibular hacia la región condílea. Éstas fracturas pueden ocurrir de forma aislada, aunque es frecuente que coexistan junto a otras fracturas mandibulares. Si el traumatismo se produce en la línea media mandibular puede haber también fractura de ambos cóndilos. El TC o cone-beam TC es la prueba radiológica de elección para el diagnóstico de las fracturas faciales. En fracturas múltiples o complejas es extremadamente útil para el manejo preoperatorio ya que es posible valorar la morfología del trazo de fractura, el grado de desplazamiento y realizar reconstrucciones en imagen 3-D. El tratamiento de las fracturas bilaterales de cóndilo y de sínfisis o parte anterior de cuerpo mandibular comienza generalmente con la fractura más anterior y finaliza con la de localización más posterior. Esta secuencia es así ya que la reducción y estabilización de la fractura más anterior es crucial para la restauración de la dimension transversa mandibular y de la oclusión, ya que si ésta no es restaurada no es posible reestablecer la dimension transversa de la region subcondílea. Durante el postoperatorio es necesario realizar un seguimiento clínico y radiográfico periódico para descartar la presencia de complicaciones; la utilización de guías de oclusion hasta alcanzar una oclusion estable similar a previamente al traumatismo en aquellos casos que sea necesario y la realización de fisioterapia para restablecer el rango de movilidad mandibular previo.

## TRAUMATOLOGÍA Y TRATAMIENTO DE SECUELAS

### [0235] FRACTURA-LUXACIÓN DE HIOIDES. A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Fernández Mayoralas Gómez, S. Macho López, M. González Cámara, A. García Perla  
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

#### BREVE INTRODUCCIÓN

El hueso hioides se encuentra suspendido de la estiloides mediante los ligamentos estilohioides. La función de este hueso es dar soporte a la musculatura infrahioides y suprahioides. Es una estructura móvil protegida anterior y lateralmente por la mandíbula y por la columna cervical posteriormente, por ello, es raro que resulte fracturado en un traumatismo. En el caso en el que el cuello se encontrara hiperextendido se perdería la protección aportada por la mandíbula por lo que un traumatismo directo sobre este hueso podría causar su fractura. Así, las fracturas de hioides son muy infrecuentes, se estima que suponen un 0.002 % de todas las fracturas. Las fracturas aisladas de hioides son aún más raras y normalmente no conllevan complicaciones. La causa más frecuente de fractura de hioides es por estrangulación. La clínica de estas fracturas suele ser dolor en la garganta que empeora al tragar, estornudar y toser; inflamación en la región cervical; dolor y crepitación a la palpación. También se puede encontrar dolor al girar la cabeza. Como síntomas tardíos pueden presentar disfagia, disfonía y disnea con estridor. Por ello, el potencial riesgo de estas fracturas es el compromiso de la vía aérea, aunque se produce de forma excepcional. De hecho, algunos autores recomiendan que una vez que se ha diagnosticado una fractura de hioides descartar fracturas en zonas más altas de la vía aérea y recomiendan vigilancia durante las primeras 48-72 horas y la realización de una fibroscopia para valorar el daño de los tejidos blandos. Posiblemente una de las razones por la que existen pocos casos publicados es que se infradiagnostican ya que es difícil que se sospechen.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un varón de 40 años sin antecedentes de interés que acude a consulta de CMF derivado por dolor cervical. Refiere que desde hace unos 5 años que tuvo un accidente presenta cervicalgia intensa actualmente en tratamiento con analgesia de segundo/tercer escalón sin mejoría. Ha sido valorado por NC que descarta patología a nivel de columna cervical. Ha realizado también tratamiento rehabilitador sin mejoría. Aporta TC privado en el que informan como "asimetría anatómica del hueso hioides post traumática que produce efecto masa". Con estos resultados se propone intervención quirúrgica que el paciente desestima. Tras varios meses y por continuar con dolor refractario a tratamiento médico se consensua intervención quirúrgica.

#### RESULTADOS

Durante la cirugía se observa luxación del asta lateral derecho del hioides que se extirpa sin incidencias. Se mantiene cuerpo y asta contralateral. Tras revisión en consulta el paciente refiere mejoría del dolor y disminución progresiva del tratamiento analgésico. Ausencia de complicaciones

#### CONCLUSIONES

La fractura-luxación de hioides resulta ser una entidad poco frecuente y desconocida para el cirujano maxilofacial, no obstante, puede tener repercusiones potencialmente graves además de como en este caso dolor refractario tras tiempo después del traumatismo. Algunos autores describen incluso pseudoartrosis por fracturas de hioides que requirieron extirpación del mismo. Por todo ello, lo presentamos para dar a conocer una patología infrecuente que debemos sospechar para darle el mejor tratamiento a nuestros pacientes.

## TRAUMATOLOGÍA Y TRATAMIENTO DE SECUELAS

### [0249] INJERTO DE GRASA AUTÓLOGA COMO TRATAMIENTO DE SECUELAS TRAUMÁTICAS. A PROPÓSITO DE UN CASO

D. Hassan Amsalem<sup>1</sup>, P. Gamarra Esteban<sup>1</sup>, M. Fernández-Mayoralas Gómez<sup>1</sup>, F. Rodríguez Posada<sup>2</sup>, P. Infante Cossio<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla, <sup>2</sup>Hospital Puerta del Mar. Cádiz

#### BREVE INTRODUCCIÓN

La utilización de injerto de grasa autóloga como tratamiento para mejorar cicatrices se ha ido extendiendo poco a poco. En principio se utilizó para disimular cicatrices de quemaduras pero se están observando resultados satisfactorios en cicatrices traumáticas, secuelas de cirugías reconstructivas o en pacientes con deficiencia de volumen facial como el síndrome de Romberg o el Síndrome de Treacher Collins. No obstante, se sabe poco sobre los mecanismos responsables de esta mejoría y se plantea la hipótesis de que las células madre mesenquimales y los numerosos factores de crecimiento contenidos en el lipoaspirado contribuyen a la remodelación de la piel y las cicatrices.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente varón de 33 años que hace 3 años sufre traumatismo facial complejo por arma de fuego con defecto importante de partes blandas y destrucción de seno maxilar, malar y suelo y pared lateral de órbita izquierdos. Tras el tratamiento de las fracturas, como secuelas, el paciente presenta gran deformidad que le causa complejo por lo que se ofrece la posibilidad de realizar injerto de grasa autóloga en las zonas de la cicatriz.

#### RESULTADOS

Tras 8 meses desde la intervención se aprecia mejoría de la proyección facial y de la simetría con respecto al lado sano además de que el paciente se encuentra satisfecho con los resultados. No se han encontrado complicaciones o efectos secundarios.

#### CONCLUSIONES

El injerto de grasa autóloga es una opción válida y poco agresiva para el tratamiento de cicatrices o secuelas faciales. No obstante, queda por indagar a cerca de la durabilidad de los efectos en el tiempo y el mecanismo de acción en la zona receptora.

## TRAUMATOLOGÍA Y TRATAMIENTO DE SECUELAS

### [0254] TRATAMIENTO DE UNA FRACTURA DE LA PARED ANTERIOR DEL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO ASISTIDA POR NAVEGACIÓN. APORTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA

J. Monserrat Barbudo, N. Cruz Cerón, F. Alamillos Granados, A. Marín Martín, A. Dean Ferrer  
Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

#### BREVE INTRODUCCIÓN

La fractura de pared anterior del CAE suele asociarse a otras fracturas del hueso temporal y rara vez se produce de forma aislada. Suele producirse tras contusiones directas de alta energía en la región temporal o traumatismos sobre el mentón que produce una transmisión de fuerzas hacia el cóndilo pudiendo asociar fracturas de este. Las manifestaciones clínicas suelen ser dolor de oído autolimitado, otorragia, hipoacusia que puede hacerse permanente si se desarrolla estenosis del canal, vértigos e inestabilidad. Puede además acompañarse de infecciones crónicas y otorrea. Su asociación con fractura mandibular puede dar lugar síntomas de disfunción de ATM como pérdida de la oclusión habitual, limitación de apertura oral, dolor exacerbado con la apertura oral y desvío mandibular hacia el lado afectado con la apertura. Habitualmente el manejo es conservador requiriendo observación y analgesia. Puede utilizarse un mantenedor de espacio tras una reducción cerrada. En ocasiones es necesario antibioterapia. Los síntomas persistentes derivados de una reducción inadecuada de las paredes óseas del CAE pueden requerir un abordaje abierto. Tenemos además el desafío de la difícil localización y limitación de espacio propio de la región anatómica lesionada. Según la revisión bibliográfica consultada hay pocos casos descritos de abordaje abierto de la fractura del CAE y es la primera vez que se utiliza la planificación virtual y navegación quirúrgica en el manejo y tratamiento de este tipo de fracturas. El objetivo de este trabajo es presentar un caso de fractura del CAE aislada que requirió abordaje abierto y cirugía asistida por navegación y hacer una revisión sistemática de la literatura sobre el tratamiento de este tipo de fracturas.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se trata de un varón de 72 años de edad, hipertenso y AITs de repetición como antecedentes de interés. Tras caída fortuita en domicilio con traumatismo directo sobre mentón presenta dolor intenso en oído izquierdo exacerbado con la apertura oral. En un primer tiempo fue valorado por ORL presentando estenosis del conducto y otorragia activa. En el TC de urgencias se apreciaba fractura de pared anterior de CAE con desplazamiento que ocasionaba obstrucción del 50 % del diámetro del CAE. Se realizó reducción cerrada y colocación de hemostático en quirófano con sedación por parte del servicio de ORL. Desde entonces el paciente mantiene el mismo dolor que a su llegada a urgencias, limitación de la apertura oral por dolor, sensación de pérdida de equilibrio, otorrea, reducción de la ingesta y pérdida de peso. Ante la persistencia de los síntomas se deriva a nuestro servicio de maxilofacial para descartar patología en cóndilo mandibular y valorar cirugía abierta. En nuevas pruebas de imagen se sigue apreciando colapso de la pared anterior del CAE con discreto desplazamiento posterior del cóndilo. En vista de la sintomatología y de los episodios repetidos de otorrea se decide cirugía abierta asistida por navegación. Para la planificación de la cirugía utilizamos el software de planificación Elements® de BrainLab. Utilizamos la herramienta “atlas anatómico” para hacer la autosegmentación del hueso temporal y cóndilo mandibular. Con las herramientas de “pincel” se determinó con mayor precisión los pequeños fragmentos de la fractura del CAE. El plan se importó en el navegador para la cirugía. Se realizó un abordaje preauricular y exposición del espacio retrocondíleo y de la pared anterior del CAE. La primera navegación o navegación anatómica nos permitió orientarnos en el pequeño espacio entre el cóndilo y el CAE y localizar con seguridad y precisión los fragmentos óseos fracturados del CAE. Se desestimó la opción de reducción y fijación del fragmento óseo fracturado dado el pequeño espacio disponible y la no existencia de sistemas de osteosíntesis adecuados. Se realizó la desperiostización y desinserción del fragmento óseo fracturado separándolo de la piel del CAE. Para la reparación del gap óseo creado en la parte anterior del CAE se colocó un parche sintético de duramadre. Finalmente con la tercera navegación o navegación de comprobación chequeamos la adecuada reconstrucción de la pared anterior del



CAE. Para mantener el espacio del conducto se utilizó un apósito vaselinado adaptado a la forma del CAE hasta la completa curación.

### RESULTADOS

El paciente presentó una reducción inmediata tanto del dolor local como de la apertura oral y desaparición de la sensación de pérdida de equilibrio. Tras 6 semanas de seguimiento la ausencia de síntomas permanece estable. A la exploración con otoscopio del CAE se aprecia una buena alineación de la pared anterior sin presencia de estenosis ni colapso.

### CONCLUSIONES

El tratamiento quirúrgico de las fracturas del CAE con sintomatología persistente puede beneficiarse de la utilización de la navegación quirúrgica. Es útil para minimizar el abordaje, aporta visibilidad en un campo quirúrgico muy reducido, incrementa la seguridad y aporta precisión en los resultados. Según nuestra revisión de la literatura es la primera vez que se aplica la planificación virtual y navegación en el tratamiento de las fracturas del CAE. Con este nuevo ejemplo queremos aportar de nuevo que la navegación quirúrgica es una herramienta con gran versatilidad en nuestra especialidad y que cada vez van apareciendo más aplicaciones de gran utilidad. La navegación ha sido una herramienta muy valiosa en este caso en el que conseguir identificar el defecto completo a simple vista podría haber condicionado un tratamiento parcial dejando fragmentos óseos sin extraer. Gracias a ella hemos podido, de una forma más rápida y segura conseguir una mejoría evidente en la calidad de vida del paciente.



COMUNICACIONES  
PÓSTER SIN DEFENSA (CPB)

## CIRUGÍA CRANEOFACIAL

### [0138] EL COLGAJO DE ABBÉ COMO TRATAMIENTO DE LAS SECUELAS EN PACIENTES INTERVENIDOS DE LABIO FISURADO. A PROPÓSITO DE UN CASO

A. García-Perla García, M. González Cámara, M. Fernández-Mayoralas Gómez, R. Vera Martín, E. González Carder  
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

## BREVE INTRODUCCIÓN

En ocasiones nos encontramos con pacientes operados de labio fisurado en los que, al crecer, el resultado no es el ideal. Entre las secuelas que se pueden encontrar está el mantenimiento de un labio corto y estrecho, constituyendo un defecto estético y en la mayoría de los casos un defecto funcional. En este trabajo se presenta un caso de reconstrucción secundaria de labio fisurado mediante un colgajo de Abbé clásico.

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

El paciente era un varón de 9 años de edad. Nació en Rusia, donde fue intervenido para corregir un labio fisurado. Una vez ingresado en nuestra consulta se observó que presentaba como secuela un labio corto y estrecho, constituyendo un defecto funcional y estético. Tras intentar conseguir un resultado ideal mediante técnicas conservadoras, finalmente se propuso un colgajo de Abbé. En este caso, el paciente es plenamente consciente de las molestias postoperatorias de esta técnica y está totalmente convencido de someterse a esta cirugía, al igual que la familia.

## RESULTADOS

Se realiza el colgajo de Abbé. En un segundo tiempo, a las 4 semanas, se secciona el pedículo y se remodela la estética labial. Se consigue una mayor longitud y proyección del labio, logrando mejores resultados estéticos y funcionales. El paciente mejora su competencia labial y muestra su satisfacción con el resultado estético.

## CONCLUSIONES

Se presenta este caso en el que el colgajo de Abbé se muestra como una alternativa válida en el tratamiento de pacientes con secuelas de labio fisurado.

## CIRUGÍA CRANEOFACIAL

### [0217] **DISTRACCIÓN ÓSEA Y CIRUGÍA ORTOGNÁTICA EN PACIENTE CON SECUELAS DE LABIO-PALADAR HENDIDO**

J. Forigua Duque, C. Mazo Amoros, S. Herrero Álvarez, R. Camacho Leone, A. Alonso Ovies, M. de Pedro Marina  
Hospital Clínico San Carlos. Madrid

#### BREVE INTRODUCCIÓN

Presentamos un paciente que recibió tratamiento quirúrgico de LPH con queiloplastia y palatoplastia, Como principal secuela presenta severa retrusión ósea maxilar, alteración de la dentición y atrofia muscular. Se realiza cirugía correctora facial mediante distracción ósea interna, cirugía ortognática con un resultado estético y funcional estable hasta el momento actual.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Varón de 17 años con LPH asociado a retrusión severa de tercio medio facial, con alteración de la dentición, y plano oclusal inclinado, además de desviación de línea media superior hacia la izquierda de 4.5 mm. A los 18 años, inicia ortodoncia prequirúrgica con posterior colocación de distractores tipo Zurich en el maxilar superior. Se consigue un avance maxilar de 13 mm y corrección parcial de canteo maxilar superior y de desviación de línea interdental. tras periodo de consolidación presenta mordida abierta anterior, desviación de la línea media maxilar superior a la derecha, y canteo de plano oclusal, por lo que se realiza cirugía de retirada de distractores y cirugía ortognática bimaxilar, con avance maxilar de 4 mm, centrado de la línea media hacia la izquierda con giro de 3,5 mm y corrección del canteo oclusal con descenso de 1 mm izquierdo y ascenso de 1 mm derecho, además de osteotomías sagitales mandibulares para giro anti horario y corrección de canteo oclusal. posteriormente con 19 años se realizó rinoplastia abierta con injerto osteocondral en apertura piriforme izquierda, plicatura de cartílagos alares, injerto osteocondral en columela, y escudo en punta nasal.

#### RESULTADOS

Paciente con mejoría de la simetría facial, corrección de retrusión maxilar severa. oclusión en clase I con plano oclusal alineado. Resultados estables hasta el momento actual, continua con ortodoncia posquirúrgica y rehabilitación dental.

#### CONCLUSIONES

Se obtuvo una buena consolidación, con una calidad ósea excelente desde el punto de vista clínico y radiológico, sin presentar complicaciones. La planificación y personalización de la distracción aporta una mayor seguridad en la consecución de buenos resultados, al permitir una correcta disposición de los vectores de fuerza. La distracción ósea y la cirugía ortognática bimaxilar son métodos de elección en la reconstrucción del territorio maxilofacial en pacientes con deformidad dentofacial con clase III oclusal, como secuela de labio-paladar Hendido. La corrección de desviaciones de la línea media y de canteros oclusales es todavía una asignatura pendiente para la distracción maxilar. La distracción maxilar es el método de elección para avanzar el maxilar en labio y paladar hendido, cuando el avance planificado es mayor de 7 mm. Los distractores internos son, en nuestra experiencia, fiables, y mucho mejor tolerados que los dispositivos externos.

## CIRUGÍA CRANEOFACIAL

### [0248] INJERTO DE RAMA MANDIBULAR EN RINOPLASTIA SECUNDARIA EN PACIENTES CON PALADAR HENDIDO UNILATERAL

R. Vera Martín, T. Cordero García, M. González Cámara, M. Fernández Mayoralas, E. González Cardero, J.L. Gutiérrez Pérez  
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

## BREVE INTRODUCCIÓN

La deformidad nasal presente en pacientes con labio y paladar hendido unilateral y bilateral es un desafío en el campo de la rinoplastia secundaria. Las deformidades anatómicas subyacentes, junto con la cicatrización de intervenciones anteriores, hacen que este procedimiento sea muy variable de un paciente a otro, aumentando así el grado de complejidad de la cirugía. Desde hace 2 años hemos incorporado en nuestro abanico quirúrgico de las fisuras faciales una técnica complementaria desarrollada en nuestro centro para lograr un soporte esquelético óptimo en la apertura piriforme de pacientes en pacientes con fisura unilateral, antes de la rinoseptoplastia secundaria.

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Presentamos una serie de casos de pacientes con fisura unilateral operados en nuestro centro de rinoseptoplastia secundaria con defecto óseo leve a severo en piso de apertura piramidal. Todos los pacientes tenían un defecto óseo total o parcial después de la gingivoperiostoplastia y el procedimiento de injerto óseo de cresta ilíaca. En todas las intervenciones, previo a la rinoseptoplastia, se obtuvo un injerto óseo de rama mandibular y se colocó en el piso nasal para estabilizar la base de la nariz y aumentar el apoyo de la punta y las fosas nasales.

## RESULTADOS

En el caso de los pacientes con fisura unilateral completa, la porción inferior de la apertura piriforme está ausente, lo que repercute directamente en la base nasal, que suele aparecer lateralizada en una posición más baja con respecto al lado sano. En este tipo de pacientes es fundamental resolver el problema del soporte esquelético previo a la realización de una rinoseptoplastia secundaria para obtener resultados satisfactorios y duraderos. Encontramos que el injerto óseo de rama mandibular es una alternativa óptima, con tiempo quirúrgico reducido, menor morbilidad y buen desempeño estético.

## CONCLUSIONES

El uso de injertos óseos de rama ascendente mandibular en pacientes fisurados puede representar una nueva alternativa debido a su baja morbilidad, mejor durabilidad que los injertos sintéticos y proximidad al sitio receptor.

## CIRUGÍA CRANEOFACIAL

### [0284] COLEGRANULOMA ORBITARIO

B.G. Pantilie, B. Duarte Ruiz, M. Cuesta Gil

Hospital General Universitario Ciudad Real, Clínica CIMAX. Ciudad Real

## BREVE INTRODUCCIÓN

El quiste hemorrágico, el granuloma de colesterol, colegranuloma o colesteatoma orbitario es una condición poco frecuente, representando menos del 1 % de los tumores orbitarios, con una patogénesis no clara.

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Presentamos un caso diagnosticado y tratado en nuestro servicio. El paciente presenta proptosis progresiva orbital izquierda, no dolorosa y sin presentar clínica de diplopía.

## RESULTADOS

Presentamos los resultados de la cirugía de exéresis y reconstrucción media de abordaje ciliar izquierdo y su control a largo plazo.

## CONCLUSIONES

Ante cualquier tumoración orbitaria hay que hacer un diagnóstico diferencial adecuado, valorando pros y contras de la realización de biopsia guiada de los hallazgos radiológicos. Hay que individualizar el tratamiento dada la baja frecuencia de esta patología, y tenerla en cuenta en tumoraciones de larga evolución no dolorosas.

## CIRUGÍA ORTOGNÁTICA

### [0176] CIRUGÍA ORTOGNÁTICA A MEDIDA: AVANCE BIMAXILAR EN PACIENTE CON SECUENCIA DE PIERRE ROBIN

A. González Jiménez, A.M. Simón Flores, S. Sande Santos, A. Haddad Riesgo, E. Sánchez-Jauregui Alpañes, J.J. Acero Sanz  
Hospital Universitario Ramón y Cajal.Madrid, Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid

## BREVE INTRODUCCIÓN

La secuencia de Pierre Robin tiene una prevalencia de 1 cada 10.000 recién nacidos. A partir de una hipoplasia mandibular se desencadenan una serie de defectos en el desarrollo fetal consistentes en glosoptosis, paladar hendido y finalmente, obstrucción respiratoria por colapso de la vía aérea superior. La mayoría de casos son esporádicos, siendo un 10 % de casos hereditarios. El tratamiento de la misma pasa por un manejo de la vía aérea, tratando la causa primera del problema respiratorio, es decir, la micrognatia (mediante distracción mandibular), y a los 18 meses de vida, aproximadamente, el cierre de la fisura palatina. Es importante realizar un seguimiento del crecimiento de los niños, de cara a seguir su desarrollo craneofacial y ofrecer tratamientos quirúrgicos necesarios a lo largo de su crecimiento y una vez alcanzan la edad adulta. Presentamos el caso de un paciente varón de 22 años con diagnóstico de secuencia de Pierre Robin, con antecedentes quirúrgicos de dos intentos de distracción mandibular a los 2 meses y a los 9 años de edad, y una fractura patológica de cuerpo mandibular izquierdo a los 15 años. Acudió a nuestras consultas para valorar corrección quirúrgica de su deformidad craneofacial actual. A la exploración el paciente presentaba micrognatia severa con escasa altura mandibular. Tras la realización del estudio cefalométrico y con los modelos del paciente, se propuso un tratamiento tipo surgery early para avance bimaxilar, anterorrotación y centrado y mentoplastia de avance con guías de corte y placas customizadas.

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se realizó una planificación virtual de la cirugía sobre el CBCT pre-quirúrgico. Se crearon guías de corte específicas para la osteotomía maxilar tipo LeFort-I, las osteotomías sagitales de mandíbula y mentón. A partir de la planificación 3D de las osteotomías, se diseñaron miniplacas de osteosíntesis de titanio customizadas para el maxilar y la mandíbula

## RESULTADOS

Dada la complejidad del caso, se hizo un abordaje combinado intra y extraoral para realizar las osteotomías mandibulares, intraoral para las maxilares y mentoplastia, empleando las guías de corte y miniplacas customizadas, para conseguir la oclusión final planificada. Para añadir mayor estabilidad se colocó un injerto óseo autólogo de cresta ilíaca izquierda en los gaps de avance mandibular, fijado al material de osteosíntesis. El paciente presentó un postoperatorio inmediato sin incidencias y fue dado de alta 2 días tras la cirugía. La oclusión final y el resultado estético y funcional permanecen estables 6 meses después de la cirugía.

## CONCLUSIONES

En la era tecnológica en la que vivimos, la planificación virtual de la cirugía es crucial, máxime en casos complejos como las deformidades dentofaciales asociadas a síndromes craneofaciales. A medida que la tecnología avanza, disponemos de un mayor número de herramientas que utilizar en quirófano para garantizar una mejor cirugía y resultados óptimos. Es esencial que los cirujanos trabajen de forma conjunta con los ingenieros para garantizar el mejor tratamiento a los pacientes.

## CIRUGÍA ORTOGNÁTICA

### [0190] CIRUGÍA ORTOGNÁTICA Y SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO

C. Montañés López, P. Mazón Sánchez, E. Teruel Hernández, Á. Bágüena Pérez-Crespo, J. Moreno Molino, M<sup>a</sup>. Á. Rodríguez González  
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

## BREVE INTRODUCCIÓN

La apnea obstructiva del sueño se caracteriza por un colapso parcial (hipoapnea) o completo (apnea) de las vías respiratorias superiores durante el sueño, de 10 o más segundos de duración. La obstrucción repetida de la vía aérea superior, produce desaturaciones de oxígeno (SatO<sub>2</sub>), ronquidos, despertares nocturnos, somnolencia diurna y fatiga. El SAHOS provoca una mayor morbimortalidad cardiovascular, se relaciona como causa de hipertensión arterial secundaria y de insuficiencia cardiaca, favorece la disminución del rendimiento laboral y contribuye al aumento de accidentes laborales y de tráfico. Se estima una prevalencia entre el 5-15 % de la población adulta y que hasta un 50 % de los afectados, permanecen sin diagnosticar. La polisomnografía se considera el gold estándar para su diagnóstico, registra los eventos de obstrucción de la vía aérea que ocurren durante el sueño. La severidad del SAHOS se define por el índice de apneas/hipoapneas, según el número de eventos por hora, se considera SAHOS Leve >5/h, Moderado >15/h y Severo >30h. En la actualidad existen múltiples posibilidades de tratamiento, aunque el gold estándar se considera la presión positiva en las vías respiratorias (CPAP). Se estima que del 45 al 83 % de los pacientes no cumplen el tratamiento, fundamentalmente por una mala tolerancia. Se considera que para obtener beneficios con CPAP, como mínimo debe usarse unas 4 horas al día, el 70 % de las noches. Existen tratamientos alternativos que tienen como objetivo expandir la vía aérea, tales como la uvulopalatofaringoplastia (UPPP), amigdalectomía, adenoidectomía, o la cirugía de avance maxilomandibular.

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente varón de 45 años, sin alergias conocidas. Fumador de 10 paquetes/año durante 10 años y sin otros antecedentes de interés. En seguimiento por neumología por SAHOS. A la exploración física, presenta retrognatia con deformidad dentofacial clase II. El paciente presenta ronquido, apneas presenciadas durante el sueño y refiere somnolencia diurna (Epworth 17 puntos), cefalea matutina y sueño no reparador. Se realizó polisomnografía, el análisis respiratorio mostró 275 apneas obstructivas y 6 apneas mixtas con un total de 293 apneas, índice de apnea de 45.4. Hubo 77 hipo apneas con un índice de perturbación respiratoria (RDI) de 52.6. La desaturación más baja fue de 78 %, con 47.5 min de desaturación entre el 81 % y el 90 %. Su diagnóstico fue de síndrome de apnea del sueño en grado severo con alteración leve del intercambio gaseoso. Inició tratamiento con CPAP nasal nocturna a 10 cm de H<sub>2</sub>O, con mala tolerancia, y persistencia de somnolencia diurna por lo que fue remitido a nuestra consulta para valoración. Se decidió realizar cirugía ortognática bimaxilar con mentoplastia

## RESULTADOS

Tras la preparación ortodóncica, se realizó cirugía ortognática bimaxilar, sin segmentación y mentoplastia, realizando la mandíbula primero. Se realizó osteotomía sagital de rama mandibular bilateral con un avance mandibular de 16 mm. en lado derecho y 13,77 mm. en lado izquierdo, osteotomía de mentón y avance de 5 mm. y osteotomía maxilar tipo Le Fort I sin segmentación. Tras la intervención quirúrgica se realiza nueva polisomnografía de control que evidencia disminución del IAH a 9.6, por lo que el paciente paso de presentar un IAH de 52.6 a 9.6, pasando de un SAHOS grave a un SAHOS leve. El % de SpO<sub>2</sub> media fue de 96 %. La longitud inferior de la faringe, paso de 7 mm. a 15 mm. y la longitud superior de la faringe de 12 mm. a 13 mm. Se consideran valores dentro de la normalidad 12.5 ± 3 mm. y 17.5 ± 3 mm. respectivamente. El paciente refiere gran mejoría de la sintomatología tras la intervención.

## CONCLUSIONES

Las anomalías dentofaciales como la hipoplasia maxilar y la retrognatia producen una disminución en el calibre de la vía respiratoria superior. La retrognatia eleva y retroposiciona la lengua produciendo una obstrucción del espa-





cio retrogloso. El gold standar del tratamiento del SAHOS, es el uso de CPAP, se considera una tasa de cumplimiento aceptable un uso mínimo de 4 horas por noche, el 70 % de las noches para obtener beneficio. Según los estudios revisados, del 5 % al 50 % de los pacientes con SAHOS con indicación de CPAP rechazan el tratamiento y sólo un porcentaje limitado de pacientes son adherentes, del 12-25 % de los pacientes que inician tratamiento con CPAP la abandonan durante los tres primeros años. El tratamiento quirúrgico del SAHOS, tiene como objetivo corregir o reducir los factores anatómicos que contribuyen a la obstrucción de las vías respiratorias. Existen diferentes tratamientos quirúrgicos según la causa y localización de la obstrucción, la uvulopalatofaringoplastia, amigdalectomía, adenoidectomía, suspensión del hioides, aunque la tasa de curación (AHI final de <5 eventos/hora) es inferior al 40 %, y en muchos casos, este beneficio, no se mantiene en el tiempo. Guilleminault et al, en 1976 describieron por primera vez el avance maxilomandibular (MMA) como un tratamiento eficaz para pacientes con SAHOS con perfil facial retrusivo, existen múltiples estudios que han demostrado que el MMA produce un ensanchamiento de la vía aérea y, en consecuencia, una disminución del AHI, con tasas de curación (<5 eventos/hora) del 50 % y una tasa de éxito quirúrgico (AHI final < 20 eventos/hora, y reducción del 50 %) del 86 %. En la literatura se han descrito avances maxilares y mandibulares lineales medios de  $8,07 \pm 2,60$  mm. y  $10,8 \pm 2,34$  mm., respectivamente para tratar pacientes con SAHOS moderado/ grave, sin embargo, el avance maxilomandibular requerido en el momento de la cirugía para curar el SAHOS dependerá de las características del paciente. La cirugía en el SAHOS, está indicada en pacientes con SAHOS moderado y grave cuando los tratamientos conservadores no tienen éxito en pacientes con anomalías anatómicas subyacentes corregibles.

## ESTÉTICA FACIAL

### [0048] RINOSSETOPLASTIA EN PACIENTES FISURADOS

É. Cerqueira, S. Ferreira, D. Breda, M. Colino, S. Correia, I. Amado  
Centro Hospitalar Universitário de Coimbra. Coimbra, Portugal

## BREVE INTRODUCCIÓN

La fisura labio-palatina es uno de los defectos congénitos más comunes de la cara. La rinoseptoplastia secundaria (RNSP) en pacientes con fisura se realiza después de completar el crecimiento maxilar y nasal. Los pacientes fisurados suelen tener hipoplasia maxilar, y es importante cerrar la fisura alveolar y corregir la maloclusión antes de cualquier intervención nasal. En pacientes con fisura labio-palatina unilateral, típicamente se puede observar una desviación de la columela y la punta del tabique hacia el lado contralateral a la fisura. También hay tracción lateral e inferior de la base del ala y, en consecuencia, desplazamiento alar lateral, inferior y posterior, con “retracción” en la fosa nasal ipsilateral a la fisura. Las deformidades nasales de fisura labio-palatina bilaterales comparten muchas de las características descritas anteriormente, sin embargo, los defectos tienden a ser más simétricos. Los defectos típicos en estos pacientes se caracterizan por columela corta, falta de proyección y definición de la punta nasal y bases alares lateralizadas y caudalmente desviadas. A diferencia de las fisura labio-palatina unilaterales, el tabique suele encontrarse en la línea media. El objetivo de este trabajo es describir nuestra experiencia y técnica quirúrgica utilizada, a través de la presentación de algunos pacientes con fisura labio-palatina unilateral o bilateral, sometidos a corrección secundaria de nariz.

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Evaluamos los resultados quirúrgicos de algunos pacientes que se sometieron a RNSP abierta y cirugía plástica columelar para alargarla. Se presentan pacientes con fenda labio-palatina unilateral completo y con fisura bilateral. Se tomaron registros fotográficos preoperatorios, intraoperatorios y postoperatorios de los pacientes.

## RESULTADOS

Todos los procedimientos transcurrieron sin incidentes y los pacientes mostraron una mejora en la apariencia y simetría de la nariz y el labio. Los pacientes quedaron satisfechos con los resultados estéticos obtenidos.

## CONCLUSIONES

Los objetivos de la RNSP secundaria en pacientes fisurados incluyen mejorar la simetría, definición de la base y proyección de la punta nasal, estrechamiento de las fosas nasales y su simetrización. Cada paciente requiere un abordaje personalizado basado en la gravedad de las deformidades esqueléticas y de los tejidos blandos, así como en los procedimientos quirúrgicos previos realizados. Todos estos factores hacen que la RNSP secundaria sea un desafío constante para los cirujanos maxilofaciales. Con la técnica presentada en este trabajo se obtuvieron resultados estéticos y funcionales satisfactorios.

## ESTÉTICA FACIAL

### [0262] USO DE TOXINA BOTULÍNICA EN LA HIPERTROFIA MASETERINA

M. Alonso Juarranz, S. Herrero Álvarez, Ó. de la Sen Corcuera, A. Encinas Bascones, R. Camacho Leone, M. de Pedro Marina  
Hospital Clínico San Carlos. Madrid

## BREVE INTRODUCCIÓN

La hipertrofia maseterina se presenta como un aumento del volumen del músculo maseterino, pudiendo ser uni o bilateral. No tiene una clara predilección por un sexo y genera una asimetría facial, generalmente dependiente del músculo, pudiendo estar asociado un leve aumento óseo en la zona de la inserción muscular. Aunque puede generar trismus, bruxismo con desgaste dentario o disfunción temporomandibular, lo más habitual es que curse de forma asintomática. De la misma forma, suele ser idiopática pero puede asociarse a la masticación preferente homolateral ya sea por desgaste dentario o por patología temporomandibular. Es importante realizar un diagnóstico diferencial destacando la patología tumoral y glandular, pudiéndonos ayudar de pruebas de imagen y/o biopsias. A día de hoy, el tratamiento más aceptado es el uso de toxina botulínica en la inserción del músculo maseterino hipertrofiado.

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de una mujer de 26 años que acude a consultas de cirugía maxilofacial por dolor en la masticación con aumento de volumen hemifacial derecho. En la exploración se objetiva un aumento del volumen hemifacial derecho sin tumoraciones palpables que se endurece con la masticación. En la OPG se objetiva un leve aumento óseo en la inserción del músculo masetero derecho.

## RESULTADOS

Ante la clínica y la exploración de la paciente se decide tratar como una hipertrofia maseterina idiopática asociada a un síndrome miofascial temporomandibular. El tratamiento realizado es la aplicación de toxina botulínica en puntos gatillo en músculos temporales (30UI) y masetero izquierdo (30UI), e infiltración en 3 puntos de la inserción maseterina derecha (50UI). Posteriormente fue necesario reinfiltrar a los 4 meses por molestias y leve persistencia de la hipertrofia maseterina, habiendo conseguido una importante mejoría estética.

## CONCLUSIONES

La utilización de la toxina botulínica es útil en el tratamiento de diferentes patologías como puede ser el síndrome miofascial pero también en la corrección estética por una hipertrofia muscular. Una correcta dosis, la infiltración en puntos anatómicos concretos e incluso el intervalo entre dosis adecuado, permite una corrección de la hipertrofia maseterina con una buena aceptación por parte del paciente. En nuestro caso, el resultado fue tanto clínica como estéticamente satisfactorio, cubriendo en su totalidad las expectativas de la paciente.

## MISCELÁNEA

### [0003] REANIMACIÓN DEL TERCIO MEDIO MEDIANTE TÉCNICAS ESTÁTICAS EN PARÁLISIS FACIAL

L. Verde, T. García, M. de las Fuentes, R. Labrador, J. M. Suárez, R. Sánchez  
Hospital Universitario de La Princesa. Madrid

## BREVE INTRODUCCIÓN

La rehabilitación del tercio medio en pacientes con parálisis facial periférica (PFP) se pueden llevar a cabo mediante técnicas estáticas y dinámicas. Se denominan técnicas estáticas a los procedimientos que ayudan a conseguir una simetría de la cara en la parálisis facial en reposo. Se pueden emplear injertos de materiales autólogos del paciente como tendones o fascia lata para suspender el lado paralizado o realizar técnicas cosméticas como el lifting del tercio medio dando soporte al párpado inferior y corregir la posición de los tejidos blandos de la región malar.

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se presentan dos casos de reanimación de tercio medio mediante técnicas estáticas en pacientes con PFP.

## RESULTADOS

CASO 1 Varón de 83 años con PFP izquierda postquirúrgica tras cierre de fistula de LCR. A la exploración física presentaba lagofthalmos y desviación de la comisura izquierda que le dificultaba la masticación. Se realizó suspensión con injerto de fascia lata. A diferencia de las técnicas clásicas que traccionan directamente sobre el orbicular, el labio superior e inferior, realizamos una modificación de la técnica anclando la fascia lata sobretudo al surco nasogeniano. Esta técnica consistió en realizar dos incisiones, una elíptica a 1 cm medial al pliegue nasolabial y otra a nivel preauricular que posteriormente, se comunicaron mediante un túnel subcutáneo. Se colocó el injerto de fascia lata a través de dicho túnel y se suturó al borde medial de la incisión elíptica, creando así un nuevo pliegue nasolabial. El injerto de fascia lata se dividió en dos tiras en la parte posterior, anclando la superior a la fascia temporal y la inferior a la apófisis mastoides. De esta manera se consiguió recrear mejor el surco nasogeniano y conseguir tirar de la comisura y del ala nasal de una manera más natural. Por otro lado, se procedió a la rehabilitación del párpado inferior izquierdo con injerto auricular y tira tarsal. CASO 2 Mujer de 66 años con PFP derecha desde los 29 años tras cirugía de colesteatoma. Previamente, le habían realizado transposición de músculo temporal dividido en 4 tiras para traccionar comisura y párpado inferior. A la exploración se observaba funcionalidad de músculo temporal. Sin embargo, se objetivaba importante ptosis de tejidos blandos ipsilateral y descenso de comisura derecha en reposo como consecuencia de la paresia y los signos de la edad. Además, a esto se añadía un lagofthalmos, queratitis y lagrimeo. Realizamos lifting de tercio medio utilizando dos abordajes, a nivel subciliar y a nivel temporal. Mediante suturas con anclaje transóseo en la zona temporal suspendemos la grasa infraorbitaria y malar, consiguiendo elevación del tercio medio. Por otro lado, se reconstruyó el párpado inferior mediante injerto de paladar y tira tarsal con pexia transósea en el reborde lateral de la órbita.

## CONCLUSIONES

El principal objetivo de la rehabilitación estática en la PFP es mejorar la simetría facial. Estas técnicas se pueden emplear de manera aislada o en combinación de técnicas dinámicas consiguiendo un mejor resultado estético y funcional.

## MISCELÁNEA

### [0016] PSEUDOANEURISMA DE LA ARTERIA FACIAL COMO COMPLICACIÓN DE UN ABSCESO PARAFARÍNGEO. A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Cardín Pereda, D. Bastidas Rosas, J. Hernando Vázquez, A. Vicuña San Sebastián, B. Apellaniz Aguirre, M. Azkona Cárdenas  
Hospital Universitario Donostia. San Sebastián

#### BREVE INTRODUCCIÓN

Hablamos de un pseudoaneurisma en los casos de dilatación sacular vascular que presentan un defecto a nivel de la íntima y la capa media, manteniendo continuidad de la adventicia. Así, la hemorragia se encuentra contenida únicamente por la túnica adventicia, y el hematoma remanente queda progresivamente rodeado por una capa de tejido fibroso. Los aneurismas en la arteria carótida extracraneal son raros, con una incidencia descrita del 0,07 %. Entre sus causas encontramos con mayor frecuencia traumatismos, pero también vasculitis, infecciones y complicaciones iatrogénicas de procedimientos endovasculares y/o cirugías cervicales. Su tratamiento incluye la cirugía tradicional, la colocación de stents y la embolización. Independientemente de su etiología, se recomienda su tratamiento en todos los casos debido al riesgo de rotura y/o de afectación neurológica, con una mortalidad reportada de hasta el 30 %. El propósito de esta comunicación es presentar un infrecuente caso clínico, de difícil diagnóstico, y su manejo clínico posterior.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una mujer de 86 años, con antecedentes de DM-II, HTA y TEP anticoagulada crónicamente con acenocumarol, derivada a Urgencias por cuadro de cinco días de odinofagia sin disfagia, disnea ni distermia asociado a tumefacción dolorosa submandibular izquierda con salida de material purulento a través de la papila de Wharton. En TC cervicofacial se objetiva una colección parafaríngea izquierda, de unos 3 cm de diámetro máximo, compatible con absceso en cuyo interior se objetiva una estructura vascular alargada y aumentada de calibre sugestiva de pseudoaneurisma.

#### RESULTADOS

Previamente al drenaje quirúrgico se realizó arteriografía mediante acceso femoral que confirmó la presencia de una dilatación sacular compatible con pseudoaneurisma en región submandibular izquierda, dependiente de la rama palatina ascendente de la arteria facial, y de aproximadamente 12 x 14 x 19 mm. Tras cateterizarse de forma selectiva el pseudoaneurisma con microcatéter se embolizó mediante coils el infundíbulo de la lesión y la rama arterial que daba origen a la misma. En las series de control final se objetivó el cierre completo del pseudoaneurisma, con permeabilidad de la arteria facial. Posteriormente, la paciente se trasladó intubada a quirófano. Allí, a través de incisión de Risdon se realizó drenaje y desbridamiento quirúrgico del absceso submaxilar izquierdo, que se extendía hacia áreas submental y parafaríngea ipsilaterales, colocándose dos drenajes tipo tejadillo. La evolución posterior fue satisfactoria, permitiendo la retirada de drenajes y el alta a su domicilio a los seis días de las intervenciones. El cultivo de la muestra intraoperatoria reveló crecimiento del aerobio *Streptococcus anginosus*, sensible a la amoxicilina-clavulánico con la que se trató a la paciente durante un total de 15 días.

#### CONCLUSIONES

La presencia de una lesión poco frecuente pero con alta mortalidad en un cuadro clínico habitual en la práctica clínica como es el absceso submandibular pone de manifiesto la relevancia del estudio mediante TC a cargo de profesionales experimentados. La colaboración en estos casos entre radiólogos y cirujanos de cabeza y cuello resulta imprescindible.

## MISCELÁNEA

### [0021] FRACTURA DE AGUJA COMO COMPLICACIÓN DE LA ANESTESIA LOCAL ORAL EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO

I. Manzanares Laencina, M. Peña Barreno, I. Peguero García, A. Pascual Camps, I. Hu Yang, L.M. Floría García  
Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia

#### BREVE INTRODUCCIÓN

La fractura de la aguja durante la anestesia local oral es una rara complicación con una incidencia estimada de alrededor de 0.000007 %, siendo solo un tercio de los casos en población pediátrica. La mayoría de casos ocurren durante el bloqueo del nervio dentario inferior. Algunos factores que influyen en la fractura de la aguja son doblarla de forma indebida, la elección de un tamaño inadecuado o los movimientos súbitos del paciente. No existe un consenso sobre el manejo de esta complicación, aunque en la mayoría de los artículos publicados se realiza la extracción de la aguja en los primeros días. Encontrar la aguja puede ser un reto, por lo que la planificación preoperatoria, la radiología intraoperatoria e incluso la navegación quirúrgica pueden ser de gran ayuda.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un niño de 6 años remitido a urgencias de nuestro centro por fractura de aguja durante la anestesia local oral. El paciente acudió a su odontólogo para exodoncia de la pieza 75. Se sometió al paciente a una sedación superficial y, posteriormente, se le practicó un bloqueo del dentario inferior izquierdo. La infiltración se llevó a cabo con una aguja corta odontológica, angulada previamente e introducida en su totalidad. Durante la misma, el paciente realizó un movimiento brusco y la aguja se fracturó, quedando insertada completamente en el espesor del espacio pterigomandibular, por lo que nos derivan al paciente. A nuestra valoración en Urgencias el paciente se encontraba asintomático, con una apertura oral normal, sin dolor y sin anestesia del dentario inferior. Se realizan pruebas de imagen (ortopantomografía y, seguidamente, una tomografía computerizada) que confirman en diagnóstico. Tras valorar el caso detenidamente, se decide extracción del material. Previa a ésta, dada la profunda localización de la aguja, realizamos una planificación prequirúrgica con las imágenes de tomografía computerizada con el software Brainlab. La localización de la aguja era el espacio pterigomandibular izquierdo, próxima al cuello del cóndilo. Se observó una longitud de la aguja de aproximadamente 20 mm, con una profundidad respecto a la cavidad oral de 9 mm y una distancia hacia la base de cráneo de 12 mm.

#### RESULTADOS

Se realiza extracción del material en quirófano realizando las incisiones según lo planificado mediante el software Brainlab. Además, se realizaron radiografías intraoperatorias para afinar el procedimiento. La aguja fue extraída satisfactoriamente, sin complicaciones ni sangrados relevantes. La longitud final de la misma fue de 24 mm, similar a la de las agujas cortas empleadas en odontología. Se realizó control radiológico postquirúrgico confirmando la correcta extracción. Tras una buena evolución postoperatoria, se dió al paciente de alta con revisiones en consultas externas. En las revisiones postoperatorias el paciente ha evolucionado de forma satisfactorias sin secuelas de ningún tipo, por lo que ha sido dado de alta.

#### CONCLUSIONES

Los nuevos métodos de planificación, con o sin navegación quirúrgica, así como la radiografía intraoperatoria ayudan a realizar intervenciones menos invasivas, evitar complicaciones, disminuir tiempos quirúrgicos y proporcionar una mayor seguridad al paciente con menor morbilidad.

## MISCELÁNEA

### [0026] TUMORACIÓN VASCULAR GIGANTE DE TIPO HEMANGIOMA CAVERNOSO

S. Durán Míguez, H. Piñas Hormeño, P. Fernández de Córdoba Botia, Y. Aguilar Lizarralde, J. A. González Aneiros  
Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga

## BREVE INTRODUCCIÓN

El hemangioma es una neoplasia vascular benigna frecuente en edad pediátrica con predilección por el sexo femenino, su localización es frecuente en la región cervicofacial en un 60 % de los casos. El angioma cavernoso o cavernoma es una lesión más frecuente en adultos que ocasionalmente afecta a individuos de edad avanzada y no tienen regresión espontánea. Esta neoplasia representa un reto para el cualquier médico puesto que la mayor complicación en estos pacientes son los problemas hemorrágicos o compresivos a nivel cervicofacial.

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Mujer de 85 años sin antecedentes de interés que consulta por primera vez en 2015 por tumoración de 3 cm adherida a rama mandibular derecha. Se realiza PAAF, que sangra mucho, pudiendo solamente obtener resultado de "sialoadenitis" no presentándose a su cita del TC. La paciente, por temor, no vuelve a acudir a la consulta hasta 2020.... Ya con 90 años y cervicalgia, la tumoración ha crecido hasta los 13 cm, presentando en pruebas de imagen numerosas estructuras vasculares de gran tamaño y remodelando la mandíbula sin destruirla. Se decide embolización, confirmando la vascularización de la tumoración paramandibular derecha por ramas de la arteria carótida externa, siendo la más importante una rama que se origina proximalmente a la arteria maxilar interna derecha. Logrando, tras la colocación de 14 coils, la disminución del tamaño y consistencia de la tumoración. Se procede a la resección quirúrgica cuidadosa, que, a pesar del alto riesgo hemorrágico, no resultó así, observando la remodelación de la basal mandibular. Reconstruyendo defecto final con colgajo cervicofacial, pesando la tumoración algo menos de 1kg.

## RESULTADOS

A la revisión postquirúrgica, se observa perfecto estado herida quirúrgica, sin dehiscencias ni colecciones. Con resultado anatómico-patológico de "TUMORACIÓN VASCULAR GIGANTE DE TIPO HEMANGIOMA CAVERNOSO (VENO-CAPILAR) CON VASOS VENOSOS MALFORMADOS Y SIGNOS DE TROMBOSIS E INFARTOS HEMORRÁGICOS (SECUNDARIOS A EMBOLIZACIÓN PREVIA)" siendo dada de alta sin ninguna complicación posterior.

## CONCLUSIONES

Los hemangiomas cavernosos gigantes son una patología poco frecuente sin embargo su tratamiento y pronóstico son controvertidos, esto lleva a crear líneas de investigación de los tratamientos de esta tumoración; puesto que en ellas se debe tener cuidados especiales, ya que si bien son benignas cuando se desarrollan de manera importante impiden las funciones normales del paciente representado así un riesgo potencial de mortalidad. En cuanto al manejo, la mayoría de los artículos sugieren que la embolización de la arteria principal del tumor vascular debería ser realizada antes de la resección quirúrgica; siendo sus ventajas la disminución del tamaño tumoral y del riesgo de hemorragia durante la cirugía.



## MISCELÁNEA

### [0034] TERCER MOLAR ECTÓPICO EN SUELO DE ÓRBITA: MANEJO ENDOSCÓPICO

J. Medina del Valle, G. Calvo Herrera, E. Ibaseta Fidalgo, J. Rodríguez Cobo, P. Criado Villalón, I. Caubet Sáez-Torres  
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

#### BREVE INTRODUCCIÓN

Los terceros molares incluidos son relativamente frecuentes en cirugía oral y maxilofacial, pero la posición ectópica es bastante rara. Presentamos un caso de localización ectópica de tercer molar en el suelo orbitario. Se describe su manejo mediante abordaje endoscópico.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una mujer de 24 años, a la que se diagnosticó incidentalmente un tercer molar ectópico en el suelo orbitario, tras una OPG rutinaria. Se realizó una exodoncia endoscópica y una quistectomía para evitar complicaciones.

#### RESULTADOS

Bajo anestesia general, la extracción de la pieza dental y la quistectomía se realizaron satisfactoriamente, sin complicaciones asociadas. Los resultados del examen anatomopatológico revelaron que se trataba de un queratociste odontogénico.

#### CONCLUSIONES

Los terceros molares incluidos son una entidad frecuente en cirugía oral y maxilofacial, sin embargo la localización ectópica es rara. Las localizaciones más frecuentes son la rama media y superior de la mandíbula. En casos de inclusión ectópica de terceros molares superiores, pueden alojarse en seno maxilar, incluso alcanzar estructuras orbitarias. La técnica quirúrgica debe elegirse con precaución con el fin de seleccionar la técnica más conservadora, siendo las técnicas endoscópicas opciones útiles en desarrollo.

## MISCELÁNEA

### [0037] QUISTE DERMOIDE DE CABEZA Y CUELLO EN ESPACIO BUCAL: PRESENTACIÓN ATÍPICA EN LA EDAD PEDIÁTRICA

P. Martorell Seguí, C.A. Espinosa Fariñas  
Hospital del Mar. Barcelona

#### BREVE INTRODUCCIÓN

Los quistes dermoides son lesiones neoplásicas cutáneas benignas que contienen células derivadas del ectodermo y mesodermo. Aproximadamente el 70 % de estas lesiones son diagnosticadas durante la infancia, por lo general antes de los 5 años. Su prevalencia en cabeza y cuello ronda el 7 %. La localización anatómica más habitual es la región orbitaria, suelo de boca y línea media del cuello. En este caso, describimos una presentación atípica de un quiste dermoide en el espacio bucal en una paciente pediátrica.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 9 años de edad, sin antecedentes médico-quirúrgicos a destacar, que acude por aumento de volumen progresivo de mejilla izquierda de 3 meses de evolución, indoloro, sin signos de inflamación, supuración, sin fiebre u otros signos de infección. Orientado inicialmente en atención primaria como flemón dentario, sin mejoría clara con antibioticoterapia oral, es derivada a nuestro servicio para valoración. A la exploración física destaca lesión en el espesor de la mejilla izquierda de naturaleza quística, blanda, móvil, indolora y con bordes bien definidos. No palpación de linfadenopatía cervical. La ecografía informó de una lesión de aspecto quístico bilobulado en tejido celular subcutáneo de región malar izquierda, de 4.4 x 2 cm. Se solicitó resonancia magnética para completar estudio que informó de una lesión ocupante de espacio en el tejido celular subcutáneo a nivel del espacio bucal izquierdo con morfología polilobulada y con un componente adiposo (43x23 mm) y quístico adyacente (12x9 mm). Finalmente, se solicitó punción aspiración con aguja fina con resultado compatible con celularidad de lesión quística benigna. Con estos hallazgos, se propuso tratamiento quirúrgico como primera opción de tratamiento.

#### RESULTADOS

La paciente se sometió a tratamiento quirúrgico a las 3 semanas del diagnóstico. Dada la edad de la paciente y la localización anatómica, el abordaje quirúrgico elegido fue la vía intraoral. La técnica quirúrgica incluyó una incisión a nivel de la mucosa yugal izquierda, disección del espacio bucal y exéresis de la lesión quística a través de la boca. El estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica reveló una lesión quística de celularidad benigna compatible con quiste dermoide. Actualmente la paciente realiza controles clínicos periódicos en nuestro servicio con adecuada recuperación y sin signos de recidiva.

#### CONCLUSIONES

Los quistes dermoides son lesiones neoplásicas benignas poco frecuentes que en ocasiones aparecen en la edad pediátrica. En la región de la cabeza y el cuello, el área anatómica más afectada es la órbita. Los estudios con pruebas de imagen son indispensables para establecer la extensión y/o afectación de estructuras profundas. En cuanto al diagnóstico diferencial, debemos incluir ránula, lipoma, quiste del arco branquial y quiste del conducto tirogloso según la localización anatómica. El tratamiento de elección para este tipo de lesiones es la exéresis quirúrgica completa, ya que evita posibles complicaciones como la sobreinfección, permite el análisis histopatológico y solventa posibles alteraciones estéticas y/o funcionales. La recidiva del quiste es rara cuando la exéresis es completa.

## MISCELÁNEA

### [0038] FARINGOPLASTIA: ALARGAMIENTO PALATINO MEDIANTE Z-PLASTIA + COLGAJO BUCCINADOR

A. Monreal Perales, Í. Calvo Archanco, R. Martín Gorbea, Z. Serrano Longobardo, L. Martín Martínez, G. Cabero López  
Hospital Universitario de Navarra. Pamplona

## BREVE INTRODUCCIÓN

La insuficiencia velofaríngea (IVF) es el término empleado para referirse al cierre inapropiado del esfínter velofaríngeo durante el habla, que debe permanecer cerrado durante la producción de los sonidos orales y abierto en los sonidos nasales. Puede deberse a alteraciones anatómicas causadas por cualquier déficit estructural del velo o las paredes de la faringe donde no existe tejido suficiente que asegure un cierre eficiente de este esfínter. Una causa frecuente de la IVF son las fisuras orofaciales que afectan el paladar. La corrección quirúrgica primaria del paladar prioriza el establecimiento de condiciones anatómicas y funcionales para un cierre velofaríngeo adecuado. Sin embargo, cerca del 5 al 36 % de los pacientes con fisura palatina permanecen con síntomas de IVF tras la palatoplastia primaria.

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un niño de 10 años con antecedente personal de fisura labioalveolopalatina unilateral izquierda, que se había sometido a las correspondientes cirugías correctivas primarias en su país de origen. A la exploración presentaba hipernasalidad moderada con trastornos fonológicos: no pronunciaba oclusivas y problemas para la vocalización de la "s" con empeoramiento progresivo de la inteligibilidad del habla. Se completa la exploración mediante nasofibroscopia objetivando una motilidad del velo del paladar alterada con un patrón de cierre circular con rodete de Passavant (cierre con defecto moderado-severo en la zona central) adecuado para la realización de una faringoplastia. Describimos una técnica quirúrgica para prolongar el paladar blando que consiste en una Z- plastia en la capa oral del mismo, reposicionamiento de la musculatura velo-palatina y prolongación del paladar mediante un colgajo buccinador izquierdo.

## RESULTADOS

- El resultado fue satisfactorio, consiguiendo una prolongación sagital del paladar de 15mm aproximadamente, la anchura que nos proporcionó el colgajo buccinador.
- El paciente no presentó complicaciones, mejorando la rinofonía y los trastornos fonológicos con apoyo logopédico.
- Esta corrección velofaríngea preserva el espacio respiratorio superior y reserva el clásico colgajo faríngeo para una cirugía de rescate en caso de fracaso.

## CONCLUSIONES

El colgajo buccinador, tanto unilateral como bilateral, se presenta como una buena alternativa quirúrgica para la corrección de la insuficiencia velofaríngea en pacientes fisurados frente al clásico colgajo faríngeo, dejando a este último como cirugía de rescate. Disminuye la incidencia de SAHS en comparación con el colgajo faríngeo y permite la intubación nasal en cirugías futuras.

## MISCELÁNEA

### [0060] FASCITIS NECROTIZANTE CERVICOTORÁCICA COMO COMPLICACIÓN DE INFECCIÓN ODONTÓGENA: LA IMPORTANCIA DE LA SALUD BUCO-DENTAL

H. Piñas Hormeño, J.L. Fernández Maya, S. Durán Míguez, C. Sánchez Navarro, A. Daura Sáez, Y. Aguilar Lizarralde  
Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga

#### BREVE INTRODUCCIÓN

La fascitis necrotizante es una infección poco frecuente pero potencialmente grave. Se caracteriza por la presencia de una necrosis extensa que afecta a la piel, tejido subcutáneo y músculo. A nivel del área cérvico-facial se asocia principalmente a infecciones odontogénicas, infección de glándulas salivares, adenitis cervicales, postoperatorios de cirugía oncológica, necrosis postradioterapia y causas idiopáticas. Representa la infección más grave en el área maxilofacial, con un potencial de mortalidad muy elevado. Presentamos un caso de fascitis necrotizante cervicotorácica como complicación de una infección odontógena en un paciente con mala salud buco-dental.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente varón, de 52 años de edad, fumador, bebedor y consumidor esporádico de cocaína, sin otros antecedentes médico-quirúrgicos de interés, que acude a Urgencias por clínica de flemón odontógeno asociado a dolor, mal estado general, y tumefacción celulítica cervicofacial de 5 días de evolución. A la exploración física se evidenciaban importantes signos infecciosos locales (celulitis, eritema, edema cervical y en mediastino superior, con fóvea, crepitación y escaras necróticas en piel), además asociaba fiebre y cuadro clínico de shock séptico. A nivel intraoral presentaba una boca séptica generalizada. El TC mostró presencia de abundante gas y celulitis a nivel de todos los espacios cervicales, fosa supraclavicular y pared torácica anterior con origen odontógeno (múltiples focos odontógenos) confirmando la sospecha de fascitis necrotizante.

#### RESULTADOS

El tratamiento combinó antibioterapia de amplio espectro y desbridamiento quirúrgico inmediato y agresivo con fasciotomía extensa y lavados exhaustivos, además de un ingreso prolongado en UCI por fracaso hemodinámico, renal y neumonía nosocomial que finalmente tras 40 días de estancia fueron resueltos. Durante el ingreso, precisó de la realización de varios desbridamientos y de traqueotomía temporal por imposibilidad de destete. En un primer momento, dada la situación clínica del paciente se decide no realizar injerto cutáneo por el momento. Tras la evidente mejoría global del paciente, finalmente se decide alta hospitalaria con curas diarias. El defecto cutáneo fue granulando hasta su cierre por segunda intención, rechazando por parte del paciente cualquier tipo de intervención quirúrgica de reconstrucción. Finalmente se recuperó tras dos meses sin otras complicaciones.

#### CONCLUSIONES

La fascitis necrotizante cérvico-torácica representa la infección más grave en el área maxilofacial. Es necesario un diagnóstico precoz, asociado a un tratamiento quirúrgico agresivo junto a antibioterapia de amplio espectro y atención médica intensiva para obtener un resultado favorable. La salud buco-dental es esencial para prevenir el desarrollo de complicaciones de carácter letal.

## MISCELÁNEA

### [0061] LIPOMA TEMPORO-PAROTÍDEO GIGANTE. CASO CLÍNICO

C. Sánchez Gallego-Albertos, G. Eduardo Francis Demaría Martínez, M. Chamorro Pons  
Complejo Hospitalario Ruber Juan Bravo. Madrid

## BREVE INTRODUCCIÓN

Los lipomas pertenecen a un grupo de tumores mesenquimales. La mayoría de las veces son masas blandas y móviles de células adiposas maduras que tienen un estroma de tejido conectivo mínimo. Por lo general, están encapsulados por una capa delgada de tejido fibroso y, por lo general, se localizan subcutáneamente. Los lipomas ocurren con mayor frecuencia individualmente. Los lipomas múltiples afectan solo al 5 % de todos los casos. Estos cambios suelen presentarse en la parte superior del cuerpo, especialmente en la cabeza, el cuello, los hombros y la espalda. En raras ocasiones, los lipomas pueden aparecer en otras regiones del cuerpo humano o incluso en órganos internos como el corazón o el estómago. La frecuencia de lipomas en la población se estima en un 1 %. En la mayoría de los casos, se diagnostican entre los 40 y los 60 años. Los lipomas tienden a crecer lentamente y, en su mayoría, su ancho es inferior a 5 cm. Las lesiones de crecimiento rápido y de mayor tamaño son raras. Los casos de lipoma de cabeza y cuello constituyen el 13 % de todos los lipomas diagnosticados. En este artículo presentamos el caso de un paciente con un lipoma temporoparotídeo gigante.

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Un hombre de 51 años acudió a nuestra clínica con una gran protuberancia en el área temporal izquierda. Se le realizó examen clínico y resonancia magnética. Durante la entrevista, el hombre informó que esta lesión se llevaba desarrollando desde hace más de 20 años. Decidió venir a nuestra clínica tras años de terapia psicológica debido a su inseguridad para afrontar la intervención quirúrgica. La resonancia magnética mostró una lesión voluminosa de morfología redondeada, contornos bien definidos y señal homogénea en partes blandas de la región temporoparotídea izquierda, localizada en tejido celular subcutáneo y que presentaba relación con la fascia temporal, ubicada en todo momento por encima del músculo temporal, sin evidencia de compromiso intramuscular. Presentaba diámetros aproximados de 67 x 37 x 83 mm y mostraba señal marcadamente hiperintensa en T1 y T2. Tras la administración de contraste intravenoso no mostraba captación significativa. La lesión mantenía en todo momento un plano de separación grasa con la glándula parótida.

## RESULTADOS

Se decidió intervención quirúrgica. Bajo anestesia general se trazaron las dimensiones de la lesión así como la línea de implantación capilar. Se realizó una incisión preauricular estándar con extensión temporal. El tumor se localizaba en la capa subcutánea, por encima de la fascia temporal. No fue necesaria la movilización de la piel. El exceso de piel fue resecado. La lesión midió 10 cm de diámetro máximo. Finalmente, la piel se cerró en un plano de dos capas con suturas absorbibles y no absorbibles. El examen anatomopatológico de la muestra confirmó el diagnóstico de lipoma.

## CONCLUSIONES

Los lipomas gigantes en el área cervicofacial son una condición rara, preferiblemente tratados mediante extirpación quirúrgica. Este enfoque terapéutico evita el daño causado por la compresión del tumor a otras estructuras y brinda un mejor control contra las recurrencias locales. Las imágenes preoperatorias son importantes para planificar la extensión de la cirugía. Este caso es una prueba de que un lipoma gigante en el área de la cabeza se puede extirpar con éxito mediante tratamiento quirúrgico. Además, los resultados estéticos y funcionales de la cirugía pueden ser satisfactorios para el paciente y también se puede mejorar su calidad de vida.

## MISCELÁNEA

### [0065] REVISIÓN DE CASOS DE SÍNDROME DE FREY COMO SECUELA DE POST-PAROTIDECTOMÍA DE 2011 A 2021, TRATADOS CON TOXINA BOTULÍNICA A

R. Camacho Leone, A. Encinas Bascones, S. Herrero Álvarez, C. Mazo Amorós, Ó. de la Sen Corcuera, M. de Pedro Marina  
Hospital Clínico San Carlos. Madrid

## BREVE INTRODUCCIÓN

Se denomina síndrome de Frey (SF) a la aparición de hiperhidrosis, enrojecimiento y calor en el área preauricular durante las comidas. Se debe a la regeneración aberrante de las fibras nerviosas parasimpáticas, que establecen una conexión errónea con las glándulas sudoríparas de la piel. Sus causas principales son las cirugías parotídeas, los traumatismos en la articulación temporomandibular o las infecciones. Para el diagnóstico, se utiliza la clínica y el Test de Minor. El tratamiento destacado es la toxina botulínica A, y para la prevención, el uso del colgajo SMAS se considera la técnica quirúrgica más efectiva.

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se realiza un estudio observacional y retrospectivo seleccionando 142 pacientes intervenidos de parotidectomía en el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del HCSC entre los años 2011 y 2021, de los cuales 42 pacientes son diagnosticados de SF, 20 pacientes son tratados con toxina botulínica A.

## RESULTADOS

Tras la aplicación de la toxina, el 55,0 % de los pacientes refiere persistencia de alguno de sus síntomas previos, aunque en todos los casos de forma menos intensa. La incidencia de calor local se reduce del 80,0 % a tan solo 26,3 %. Esta reducción es estadísticamente significativa con un valor de  $p < 0,05$  ( $p = 0,001$ ). Por su parte, el enrojecimiento pasa de aparecer en el 75,0 % de pacientes a tan sólo en el 15,8 % de ellos, que es estadísticamente significativa con un valor de  $p < 0,05$  ( $p = 0,001$ ). La totalidad de los pacientes tratados refiere mejoría de la sintomatología o disminución de la severidad de la misma, suponiendo un beneficio en cuanto a la calidad de vida.

## CONCLUSIONES

El SF se posiciona como la segunda complicación más frecuente tras la parotidectomía. La prevención es crucial y el colgajo SMAS ha demostrado reducir su incidencia. El empleo de la toxina ha reducido la sintomatología de todos los pacientes, en mayor o menor medida, y mejorando en todos ellos su calidad de vida. A pesar de ello, es de eficacia limitada en el tiempo con una duración media del efecto de 16 meses.

## MISCELÁNEA

### [0095] **MICROSOMÍA HEMIFACIAL. A PROPÓSITO DE UN CASO**

C. Voltas Moreno, M<sup>a</sup>. R. Raya, J.J. Maldonado Ostios, C. España Fuentes, J. A. Fernández Martínez, I. Moral Sáez  
Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

#### BREVE INTRODUCCIÓN

La microsomía hemifacial corresponde a un espectro de malformaciones congénitas craneofaciales que se caracterizan por la hipoplasia de los tejidos derivados embriológicamente de los primer y segundo arco branquiales. Entre ellos destacan la asimetría facial por hipoplasia mandibular, alteraciones orbitarias, deformidades del oído externo, compromiso nervioso, alteraciones dentales y deficiencia de tejidos blandos. Es la segunda malformación craneofacial más común después de la fisura de labio y paladar. Suele ser unilateral. La etiología no está clara, si bien se ha asociado a factores genéticos y ambientales, como el consumo de medicamentos vasoactivos durante el embarazo, sangrado vaginal, gestaciones múltiples y diabetes preexistente o gestacional. El diagnóstico es principalmente clínico, sin embargo la ortopantomografía, la cefalometría y la tomografía computarizada pueden ser de utilidad. El objetivo terapéutico de estos pacientes es conseguir la mayor funcionalidad así como una simetría facial óptima. El tratamiento es complejo y es preciso realizar un abordaje multidisciplinar. El tratamiento se basa en ortodoncia, tratamiento quirúrgico mandibular (mediante injerto mandibular o distracción ósea mandibular), tratamiento de otras deformidades acompañantes así como cirugía estética facial de tejidos blandos (como el injerto dermograso)

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente seguido desde el nacimiento por malformación en región preauricular, comisura labial y malformaciones en CAE. Durante el crecimiento, desarrollo de microsomía hemifacial derecha. Durante su seguimiento, fue intervenido en múltiples ocasiones para corregir sus alteraciones funcionales y estéticas. Durante la infancia precisó de corrección de fisura labial comisural, colocación de distractor mandibular, plastia de trago derecho con lipofilling.

#### RESULTADOS

Actualmente el paciente presenta alteración estética por falta de volumen en lado derecho, por lo que se realizó un injerto dermograso de ingle, en zona preauricular derecha, consiguiendo una buena corrección estética.

#### CONCLUSIONES

La microsomía hemifacial es una enfermedad heterogénea, con expresión variable en cada paciente. Por ello, es esencial el trabajo interdisciplinario y la individualización del tratamiento.



## MISCELÁNEA

### [0118] HERIDA GINGIVAL COMO ORIGEN DE SEPSIS GRAVE EN AGRANULOCITOSIS POR TIAMAZOL: ENFOQUE MULTIDISCIPLINAR A PROPÓSITO DE UN CASO

L. Martín Martínez, G. Cabero-López, L. Esparza Lasaga, P. Costa Palomino, Z. Serrano Longobardo, A. Monreal Perales  
Hospital Universitario de Navarra. Pamplona

#### BREVE INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Graves-Basedow es la causa más frecuente de hipertiroidismo, suponiendo el 50-80 % de los casos. En su tratamiento, los antitiroideos como el tiamazol siguen jugando un papel clave, siendo la agranulocitosis un efecto adverso poco común pero extremadamente grave relacionado con su uso.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

En este artículo presentamos una mujer de 48 años con fallo multiorgánico y sepsis secundarias a agranulocitosis por tiamazol, que requirió un desbridamiento del foco infeccioso en maxilar superior y reconstrucción mediante colgajo miomucoso de buccinador e ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos.

#### RESULTADOS

Aunque el sexo y la edad de nuestra paciente coinciden con los de casos previos publicados, su origen no caucásico, así como lo precoz en la instauración del cuadro (menos de 20 días) y la baja dosis inicial de tiamazol (5 mg/12h), son dignos de mención

#### CONCLUSIONES

Nuevas investigaciones resultan imprescindibles para la caracterización de posibles predictores de esta grave condición.

## MISCELÁNEA

### [0125] QUISTES NASOLABIALES BILATERALES: UN HALLAZGO EXCEPCIONAL

I. Marchenko Kasyanchuk, E. Táborá Seco, A. Alarcón Granero, M. Mejía Nieto, G. Sánchez Aniceto  
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

#### BREVE INTRODUCCIÓN

El quiste nasolabial (nasoalveolar) es un quiste no odontogénico que se desarrolla como un quiste fisural entre la nariz y el labio superior a nivel submucoso. Se presenta como una tumoración que eleva el ala nasal, que puede ser indolora o provocar molestias al tacto, desplazable y/o fluctuante. Por lo general, no causa ningún síntoma, pero en algunos casos puede llegar a infectarse y causar dolor, enrojecimiento e hinchazón en la zona.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Mujer de 73 años derivada por su médico de atención primaria por aparición de tumefacción labial superior izquierda que deformaba ala nasal ipsilateral con borramiento del surco nasogeniano y con signos de celulitis e insuficiencia ventilatoria por dicha fosa nasal. La paciente realizó varios ciclos de amoxicilina sin resolución del cuadro inicial. La paciente negaba odontalgia reciente, odinodisfagia ni fiebre. A nivel intraoral se palpaba una tumoración en fondo de vestíbulo de 2º cuadrante que fluctuaba a la palpación a nivel de piezas 22-23. El día de la consulta se le realizó biopsia de la lesión y drenaje. Se le realizó una ortopantomografía y tomografía axial computarizada facial (TC facial). En la ortopantomografía no se hallaron lesiones patológicas. En el TC facial se evidenció una lesión de partes blandas bien delimitada, redondeada y homogénea en la región nasolabial bilateral con cierto remodelado óseo. El tamaño de la lesión derecha era de aproximadamente 1,4 x 1,3 cm y la lesión izquierda medía 1 x 1,4 cm, con probable diagnóstico de quistes nasolabiales bilaterales en región inferior de ambas alas nasales. En la biopsia realizada en consulta se obtuvo como resultado una estructura quística colapsada, revestida por células epiteliales (citoqueratina AE1-AE3 positivas), planas y cuboideas, que sugiere en primer lugar un quiste fisural, compatible con el diagnóstico de quiste nasolabial.

#### RESULTADOS

Posteriormente, se intervino a la paciente en un quirófano ambulatorio bajo anestesia general. A través de un abordaje sublabial superior bilateral, se realizó la disección y exéresis de ambas tumoraciones subnasales bilaterales. En el lado derecho la mucosa del suelo de la fosa nasal se abrió y se suturo borde a borde. Se remitieron al servicio de anatomía patológica dos muestras en formol, una como quiste nasolabial derecho y otra como quiste nasolabial izquierdo. El examen anatomopatológico, mostró dos estructuras quísticas recubiertas de epitelio ciliado columnar con células calciformes. El diagnóstico anatomopatológico fue de quistes nasolabiales. En la última revisión, al mes de la intervención, la paciente se encuentra bien, asintomática. No ha presentado dolor, infección ni comunicación orosinusal. En la exploración, se observó correcta cicatrización del abordaje quirúrgico, no tumoraciones extraorales ni signos de celulitis.

#### CONCLUSIONES

Los quistes nasolabiales son un tipo de quistes no odontogénicos de tejidos blandos que se presentan por debajo de la región del ala nasal. La incidencia del quiste nasolabial no es muy común, se estima que representa el 0,7 % de todos los quistes que aparecen en región cervicofacial, y solo un 2,5 % de los quistes de origen no odontogénico considerándose una condición rara infradiagnosticada. Afecta predominantemente a mujeres, y puede presentarse a cualquier edad, es más común en adultos jóvenes en la 4ª y 5ª década de origen asiático y afroamericano. En contraposición, con nuestra paciente, que se trata de una mujer mayor caucásica. Del total de los quistes nasolabiales un 10 % se pueden presentar de forma bilateral, tratándose una forma de presentación muy rara. Fueron descritos por primera vez por Zuc-Kerkandl y estudiados más a fondo posteriormente por Klesztadt en 1953 denominándose "quiste de Klesztadt". La etiopatogenia no es concluyente, pero se han propuesto tres tipos de teorías para la formación de quiste nasolabial. Estas incluyen la detención embriológica de células



en la pared nasal medial y lateral, detención de células en el canal nasolagrimal y un posible origen traumático. El diagnóstico suele ser clínico por su forma de presentación y su lugar de aparición. Los pacientes pueden estar asintomáticos, suelen presentar al menos uno de los tres síntomas característicos: inflamación o tumefacción bien delimitada, obstrucción nasal parcial o total, o dolor localizado. Sin embargo, estos signos rara vez son específicos. El diagnóstico diferencial se realiza con los abscesos dentoalveolares, los quistes del ducto nasopalatino, quistes dermoides y epidermoides, quistes sebáceos, tumores benignos y malignos de glándulas salivares, forunculosis nasal, celulitis facial, entre otros. Las pruebas de imagen de TC facial y resonancia magnética son útiles para definir y revelar el origen de los quistes, evitando procedimientos invasivos como su biopsia o biopsia-aspiración del contenido líquido, siendo el TC facial la prueba de imagen de elección, además de que permite su correcta delimitación y extensión previamente a la intervención quirúrgica. La cirugía es diagnóstica y curativa al mismo tiempo, ya que ofrece su examen histológico final. Se incluyen varias modalidades en el tratamiento de los quistes nasolabiales, como la marsupialización endoscópica, escisión quirúrgica, incisión y drenaje, inyección de agentes esclerosantes, aspiración simple o cauterización. Excluyendo la marsupialización endoscópica y la escisión quirúrgica, el resto de las modalidades presentan una alta tasa de recurrencia, siendo la escisión quirúrgica el tratamiento de elección en la mayoría de los casos. Por lo tanto, los quistes nasolabiales suponen una formación quística infrecuente, en especial los bilaterales. Sin embargo, es necesario plantearlos en el diagnóstico diferencial con el resto de quistes cuando se nos presenta un paciente, con unas características determinadas como ser mujer en la 4ª y 5ª década de la vida; y los siguientes síntomas como una tumefacción submucosa en ala nasal que borra el surco nasogeniano, dolor regional u obstrucción nasal. Además, se manifiestan en forma de infección en un 30 % de los casos pudiendo producir un error en el diagnóstico. El TC facial supone la prueba de imagen de elección, que sirve para delimitar el quiste de forma precisa previamente al tratamiento. El tratamiento de elección de estas tumoraciones es quirúrgico mediante su exéresis.

## MISCELÁNEA

### [0127] ANOMALÍA VASCULAR FACIAL ASOCIADA AL SÍNDROME DEL TUMOR HAMARTOMA PTEN

I. Navarro Cuéllar, G. Arenas de Frutos, C. Agra Pujol, S. Ochandiano Caicoya, A.M. López López, C. Navarro Cuéllar  
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

## BREVE INTRODUCCIÓN

Los síndromes de hamartoma PTEN hacen referencia a un espectro de trastornos causados por mutaciones en el gen homólogo de la fosfatasa y la tensina (PTEN). La ISSVA 2018 incluye esta entidad clínica dentro de las anomalías vasculares no clasificadas provisionalmente. Estos síndromes tienen una variedad de criterios diagnósticos clínicos divididos en mayores y menores, incluyendo las anomalías vasculares. En la literatura científica se han descrito diferentes tipos de anomalías vasculares asociadas a este síndrome. Entre ellas se incluyen malformaciones vasculares intracraneales de alto flujo, de bajo flujo y tumores vasculares como los hemangiomas.

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se presenta el caso clínico de un paciente de 46 años con un tumor hemifacial derecho de 4 meses de evolución. El paciente refiere haber sido intervenido hace más de 20 años, en otro centro, de una lesión vascular en región fronto-temporal derecha. En la exploración clínica se aprecia un tumor de 3cm desplazable y no adherido a planos profundos. La función del nervio facial es normal y no se palpan ganglios linfáticos patológicos. El examen dermatológico puso de manifiesto la presencia de triquilemomas preauriculares, macrocefalia, fibromas intraorales y lentiginosis genital (criterios mayores de esta trastorno genético). Ante la sospecha diagnóstica de una posible anomalía vascular, se solicitó una angio-resonancia magnética, que descartó una lesión de alto flujo, estableciéndose un diagnóstico radiológico diferencial entre un hemangioma y una malformación vascular (criterios menores de esta enfermedad). El paciente fue intervenido bajo anestesia general e intubación orotraqueal, realizándose un abordaje de ritidectomía, disección en un plano supra-SMAS y escisión de la lesión. El nervio facial fue monitorizado, controlado y preservado. No se produjo ninguna hemorragia grave intraoperatoria. Se coloca un redón, se sutura por planos y se realiza un vendaje compresivo.

## RESULTADOS

En el control evolutivo, se pone de manifiesto una buena cicatrización y la ausencia de paresia. El efecto masa hemifacial derecho ya no existe. El resultado anatomopatológico fue de hemangioma sinusoidal (Glut 1 y podoplanina negativos y WT-1 positivo). El estudio genético confirmó la mutación del gen PTEN (c.662delA, p.Lys221ArgfsX2). El paciente desarrolló posteriormente cáncer de colon y cáncer papilar de tiroides, por lo que fue diagnosticado de síndrome de Cowden, el cual es un trastorno hereditario dominante que forma parte del grupo de enfermedades llamadas "síndrome de tumor hamartoma PTEN".

## CONCLUSIONES

Las anomalías vasculares se asocian a los síndromes de tumor hamartoma PTEN. En pacientes con otros criterios diagnósticos clínicos, estas lesiones deben tenerse siempre presentes y debe solicitarse una prueba radiológica adecuada. El cribado genético puede confirmar la mutación.

## MISCELÁNEA

### [0129] AMELOBLASTOMA PERIFÉRICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

P. Rodríguez Carrasco, P. Veiga San Román, P. Caja Vivancos, C. Montañés López, J. Moreno Molino, J. Cortés Guardiola  
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

## BREVE INTRODUCCIÓN

El ameloblastoma constituye una neoplasia benigna que deriva del epitelio odontógeno. Constituye el 1 % de todos los tumores y quistes maxilares y el 11 % de todos los tumores odontogénicos mandibulares (1). Este tumor se caracteriza por presentar un crecimiento lento y un comportamiento agresivo e infiltrante con gran capacidad de recidiva. Según la clasificación de los tumores odontogénicos de la Organización Mundial de la Salud (2005), se conocen cuatro tipos de ameloblastomas: multiquístico/sólido, periférico, desmoplásico y uniuístico. (2) Siendo la variedad multiquística la mas frecuente. Mientras que el ameloblastoma periférico representa la variedad menos frecuente (1-5 %) (3) En la mayoría de los casos el tumor crece de un modo lento y silente sin originar signos ni síntomas en sus estadios mas tempranos. En cambio, en estadios mas avanzados, podemos encontrar con migración, desviación y movilidad de piezas dentarias, así como reabsorción radicular y parestesias. También pueden expandir corticales, aunque habitualmente las erosiona invadiendo el tejido blando. (4) El ameloblastoma periférico también conocido como ameloblastoma extraóseo de tejidos blandos ,suele presentarse en pacientes cuya edad oscila entre los 30 y 50 años, lo cual difiere de nuestro paciente presentado, ya que tenia 56 años en el momento del diagnóstico. Clínicamente se manifiesta como un tumor eritematoso, exofítico, indoloro, de superficie lisa, granular o papilar (4). Casi siempre suelen ser asintomáticos y situarse en la encía a la altura del canino o del premolar. A diferencia de los diferentes tipos de ameloblastomas, esta variedad no suele presentar un comportamiento localmente invasor, siendo su tasa de recurrencia baja (4). Para algunos autores la frecuencia puede ser de hasta un 19 % (2-3), menor si la comparamos con las otras variedades que pueden alcanzar el 90 % si los márgenes de resección no son los adecuados. A grandes rasgos el tratamiento tanto del ameloblastoma óseo como el ameloblastoma periférico es la cirugía.

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente mujer de 56 años que acude a consultas externas del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca y refiere la presencia de un nódulo indoloro, en la encía alveolar del 43 y 44, de 2 meses de evolución. A la exploración es de consistencia elástica, superficie lisa y de 1 cm. de diámetro. La biopsia da como resultado: Ameloblastoma periférico. Se solicitó TAC que descarta la infiltración ósea por el tumor. La paciente fue intervenida bajo anestesia local y sedación, practicándose la extirpación de la lesión con margen de seguridad y la reconstrucción con un injerto libre de encía palatina

## RESULTADOS

Se comunica el caso de un paciente con una patología tumoral bucal poco frecuente a una edad de presentación atípica de la que no se dispone mucha información ya que no hay muchos casos publicados sobre esta variante. Debido a su similitud clínica con otras entidades es de gran importancia el estudio anatomopatológico para su diagnóstico. El diagnóstico diferencial debe establecerse con entidades como el éipulis, el granuloma periférico de células gigantes el hemangioma y el papiloma. El Ameloblastoma periférico es una variante menos agresiva que el ameloblastoma uniuístico o multiquístico. Los márgenes adecuados de resección no están bien definidos en la literatura y se precisa seguimiento a largo plazo para detectar recidivas

## CONCLUSIONES

- El ameloblastoma periférico constituye la variante menos frecuente de los ameloblastomas.
- El ameloblastoma periférico es la variante menos agresiva y no suele presentar afectación ósea
- Para el tratamiento suele bastar con resección de la lesión manteniendo márgenes libres.
- Es importante el seguimiento clínico-radiológico del paciente para detectar recidivas.

## MISCELÁNEA

### [0130] HEMANGIOMAS INTRAÓSEOS ORBITARIOS: DESCRIPCIÓN DE TRES CASOS CLÍNICOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

N. Rodríguez Torres, E. García García, S. Herrera I Nogués, M. Rubiera Valdés, I. Peña González, L. Junquera Gutiérrez  
Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

#### BREVE INTRODUCCIÓN

El hemangioma intraóseo es un tumor muy poco frecuente, que supone menos de un 1 % de todos los tumores óseos. Su incidencia es discretamente mayor en mujeres, y la edad de máxima incidencia se sitúa entre los 40 y los 50 años. Sus localizaciones más frecuentes son la columna vertebral y el cráneo, mientras que su aparición en los huesos de la cara es extremadamente infrecuente. Habitualmente son tumores asintomáticos y con un crecimiento lento. El diagnóstico se basa en las pruebas de imagen (TC o RMN), y en cuanto a su manejo, se puede optar por la observación o la cirugía.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se realizó una revisión retrospectiva de pacientes adultos con diagnóstico de hemangioma intraóseos orbitario intervenidos en el Hospital Universitario Central de Asturias entre los años 2019 y 2021. Caso 1: Se trata de una paciente de 52 años que consulta por una tumoración asintomática a nivel del reborde supraorbitario izquierdo de 7 años de evolución. Se realizó un TC y una RMN, en los que se describe una lesión intraósea sobre el reborde supraorbitario izquierdo de 18 x 12 mm, compatible con hemangioma intraóseo. Tras un seguimiento ambulatorio inicialmente, la paciente fue intervenida por presentar limitación a la supravisión. La anatomía patológica confirmó la existencia de un hemangioma intraóseo y en las revisiones postquirúrgicas se evidenció un buen resultado estético y funcional. Caso 2: Se trata de una paciente de 41 años que consulta por una tumoración asintomática en el reborde infraorbitario izquierdo de 2 meses de evolución. Se realizó un TC, en el que se describe una lesión de 26 mm, mínimamente expansiva, en el reborde infraorbitario izquierdo, sugestiva de hemangioma cavernoso. La anatomía patológica confirmó la existencia de un hemangioma intraóseo y el resultado estético y funcional tras la cirugía fue favorable. Caso 3: Se trata de una paciente de 47 años que consulta por una tumoración asintomática en reborde orbitario externo de 3 años de evolución. Se realizó un TC y una RMN, en los que se describe una lesión ósea, lítica y predominantemente intracortical, de 12 mm. Se realizó exéresis de la misma y la anatomía patológica confirmó el diagnóstico de hemangioma intraóseo. La evolución posterior fue favorable, con buen resultado estético y sin recidivas.

#### RESULTADOS

El hemangioma óseo es la neoplasia primaria más frecuente en la órbita. Existen dos tipos de hemangiomas óseos orbitarios: los hemangiomas capilares, típicos de la infancia; y los hemangiomas cavernosos. Los hemangiomas cavernosos se podrían clasificar dentro de las malformaciones venosas no distensibles de bajo flujo. Clínicamente, los hemangiomas cavernosos orbitarios se suelen diagnosticar cuando la lesión ha alcanzado un tamaño en el que causa síntomas funcionales, con neuropatía óptica, diplopia o proptosis. Habitualmente, los pacientes no presentan dolor. Se recomienda una exploración oftalmológica completa en estos pacientes. La localización más frecuente de este tipo de tumores es intraconal. Las pruebas de imagen son fundamentales para el diagnóstico de este tipo de lesiones. Habitualmente se observan como una lesión bien circunscrita, ovalada o redondeada, tanto en TC como en RMN. En el TC se observa como una lesión homogénea, bien delimitada, y con densidad de partes blandas; y en ocasiones contienen microcalcificaciones. En la RMN, en las secuencias potenciadas en T1 se observa una lesión isointensa con respecto al músculo e hipointensa a la grasa, mientras que en secuencias potenciadas en T2, se observa una lesión hiperintensa a la grasa. La captación de contraste en la RMN habitualmente es progresiva, observándose inicialmente una lesión más parcheada y con realce heterogéneo, y con un realce más difuso al final. Las principales opciones para el manejo de estas lesiones son la observación o la cirugía, que habitualmente se reserva para aquellas lesiones que ocasionan síntomas. En raras ocasiones se



opta por otro tipo de terapia, como radiocirugía o escleroterapia. Histológicamente, los hemangiomas cavernosos orbitarios se componen de numerosos espacios vasculares revestidos por células endoteliales, separados entre sí por septos fibrosos, y rodeados por una pseudocápsula fibrosa. No poseen un aporte arterial significativo. Debido al flujo vascular lento y el estasis de estas lesiones es frecuente el hallazgo de trombosis intralesional.

### CONCLUSIONES

El hemangioma intraóseo es un tumor muy poco frecuente, pero supone la neoplasia primaria más frecuente en la órbita. Habitualmente se presenta como una masa de crecimiento lento, indolora. Las pruebas de imagen nos permiten realizar el diagnóstico de este tipo de lesiones. El tratamiento consiste en seguimiento o cirugía, especialmente en el caso de lesiones sintomáticas.



## MISCELÁNEA

### [0134] FUTURAS TERAPIAS DIRIGIDAS FRENTE AL AMELOBLASTOMA. A PROPÓSITO DE UN CASO

A. García Piñeiro, M. Colín Fernández, P. Espinosa Calleja, A. Agut Busquet, A. Cabanes Tellez, V. Lasa Menendez  
Hospital Universitario de Son Espases. Palma de Mallorca

#### BREVE INTRODUCCIÓN

El ameloblastoma es una neoplasia odontogénica benigna localmente invasiva, que crece en maxilares constituyendo un 1-3 % de los quistes y tumores de esta región. El gold standard del tratamiento de este tipo de neoplasia hasta el momento actual consistía en una resección en bloque con amplios márgenes por su alta tasa de recidiva, siendo necesario a menudo reconstrucciones con colgajos libres microvascularizados. Se han hecho estudios que sugieren una posible etiología genética de este tipo de neoplasias, lo cual permitiría la aparición de terapias moleculares dirigidas que podrían aplicarse como neoadyuvancia para reducir su tamaño e incluso para tratar enfermedad metastásica o recidivas. Se describe un caso clínico del hospital universitario de Son Espases y se realiza una revisión bibliográfica de literatura en relación a nuevas terapias moleculares.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

A propósito del caso de un varón de 31 años que acudió a urgencias del hospital de Son Espases refiriendo tumefacción en zona mandibular derecha de 6 meses de evolución que ha ido en aumento. Niega dolor, fiebre, supuración o malestar general. En las pruebas de imagen (OPG y TC mandibular) se observa una lesión lítica que ocupa toda el cuerpo mandibular derecho y parte de la rama con biopsia positiva para ameloblastoma. Actualmente el paciente está propuesto para mandibulectomía segmentaria con márgenes de 2 cm y reconstrucción con colgajo libre microvascularizado de peroné. Para el estudio de este caso se realiza una búsqueda bibliográfica de nuevas terapias en relación al ameloblastoma en Pubmed.

#### RESULTADOS

En la literatura científica se describen mutaciones en las vías MAPK, debido a alteraciones en los genes BRAF, RAS y FGFR-2, y en la vía SHH debido a alteraciones en el gen SMO. Se han desarrollado terapias moleculares dirigidas frente a BRAF y MEK mutados (vermurafenib y dabrafenib) que han demostrado reducir el tamaño de la lesión, describiéndose en algunas series una reducción de hasta el 90 % con respecto al tamaño inicial. Estas terapias aplicadas de manera neoadyuvante potencialmente pueden reducir el tamaño de la lesión permitiendo una cirugía más conservadora. Además, estas terapias pueden aplicarse para disminuir el riesgo de recidiva o como tratamiento en los eventuales casos de enfermedad metastásica. En el caso de estas terapias, no se ha podido demostrar si es mejor la aplicación dual de ambos fármacos para prevenir resistencias o la monoterapia.

#### CONCLUSIONES

Los estudios que existen actualmente, aunque se encuentran limitados por su tamaño muestral, muestran resultados prometedores para el tratamiento de esta neoplasia. En un futuro, estas terapias podrían aplicarse a la mayoría de los pacientes disminuyendo la morbilidad quirúrgica y permitiendo un mejor control de la enfermedad, aunque son necesarios más estudios con mayor evidencia científica.

## MISCELÁNEA

### [0155] CÁMARA HIPERBÁRICA COMO TRATAMIENTO COADYUVANTE EN LA OSTEONECROSIS MAXILAR INDUCIDA POR FÁRMACOS

M.J. Caro Romero, F. Rodríguez Posada, A. Tofe Povedano, J.I. Rendon Infante  
Hospital Universitario Puerta del Mar. Cadiz

#### BREVE INTRODUCCIÓN

La osteonecrosis de los maxilares por bifosfonatos es una condición patológica asociada a fármacos que impiden la reabsorción ósea, limitando su capacidad de remodelación. El tratamiento es complejo y aunque se han establecido pautas de manejo según el estadio de la enfermedad, no siempre se logra la mejoría de esta. Una terapia coadyuvante descrita es la terapia con Oxígeno Hiperbárico. Se administra oxígeno al 100 %, por lo que se aumenta la presión parcial de oxígeno en los tejidos, provocando una serie de modificaciones en el metabolismo celular que estimulan el proceso de reparación tisular.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Presentamos 6 pacientes con historia de osteonecrosis por bifosfonatos grado 2 que han sido sometidos a tratamiento coadyuvante con oxígeno hiperbárico. Estos pacientes presentaban exposición de hueso necrótico asociado a dolor y signos de infección. Inicialmente todos pacientes fueron tratados de forma conservadora, suprimiendo el fármaco y realizando medidas de higiene oral con clorhexidina tópica. En los casos con signos de infección asociamos antibioterapia empírica usando amoxicilina-clavulánico (5 pacientes) o clindamicina (1 paciente con intolerancia a penicilinas) con ciclos de 10-15 días. Tras 1 mes con tratamiento conservador ninguno de los 6 casos presentó mejoría evidente de la exposición ósea y el dolor por lo que tratamos mediante legrado hasta obtener hueso sangrante. Debido a no presentar tampoco clara mejoría tras el primer legrado, decidimos realizar nuevo legrado seguido de tratamiento adyuvante con oxígeno hiperbárico.

#### RESULTADOS

Tras realizar 30 sesiones de tratamiento con oxígeno hiperbárico evaluamos a los pacientes. En el 100 % de los casos se había reducido o desaparecido el dolor. En el 66,6 % (4 casos) se observó mejoría radiológica y clínica con recubrimiento total de la mucosa. En 1 caso hubo disminución de la superficie de hueso expuesto y en otro caso fue necesario retirar secuestro óseo.

#### CONCLUSIONES

Diversos estudios muestran diferencias significativas en la mejoría de los pacientes tratados con oxígeno hiperbárico. Estos estudios destacan la mejora del dolor y la calidad de vida cuando se usa como complemento a legrados del lecho necrótico. En nuestra serie hubo mejoría en el 83,3 % de los pacientes, presentando una curación completa el 66,6 % de los casos.

## MISCELÁNEA

### [0161] TERCER MOLAR ECTÓPICO EN LA BASAL MANDIBULAR. REPORTE DE UN CASO

S. Macho López, J.F. Montes Carmona, I. Porras Aulestia, D. Hassan Amselem, J.L. Gutiérrez Pérez  
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

#### BREVE INTRODUCCIÓN

Las piezas dentales ectópicas suelen aparecer impactadas en regiones anatómicas inusuales y desplazadas a distancia de su lugar habitual de erupción. Los cordales impactados son comunes en la población, con hasta un 30 % de prevalencia. Sin embargo, las localizaciones heterotópicas son escasas y en la mayoría de los casos asintomáticas diagnosticadas como hallazgo casual en estudios radiológicos.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una mujer de 81 años con antecedentes de dolor e inflamación recurrente en región del ángulo mandibular derecho, así como celulitis recidivante y aparición de fístula intraoral con salida de material purulento. A la exploración se palpaba una exóstosis a nivel de la basal mandibular derecha con exploración intraoral normal. La ortopantomografía mostraba la pieza 48 incluida por debajo de la basal mandibular. En la TC facial se evidenció la presencia de un diente ectópico que había erupcionado completamente por el borde inferior del cuerpo mandibular derecho, rodeado parcialmente de cortical ósea y sin relación con el canal del nervio dentario inferior.

#### RESULTADOS

Tras los hallazgos, se decidió intervenir quirúrgicamente a la paciente mediante abordaje de cervicotomía. En las imágenes intraoperatorias se visualiza el tercer molar incluido en la exóstosis de la basal mandibular. Se realizó una osteotomía y exéresis de la lesión con posterior regularización ósea. El postoperatorio transcurrió sin incidencias y no se observaron secuelas en las revisiones posteriores de la paciente.

#### CONCLUSIONES

La mayor parte de cordales ectópicos permanecen asintomáticos largo tiempo y son descubiertos durante estudios casuales, por lo que la recomendación inicial es el tratamiento conservador con controles periódicos. En caso de aparecer complicaciones como patología inflamatoria o infecciosa asociada indicaríamos la exodoncia quirúrgica, requiriendo abordajes inusuales en función de la localización del cordal.

## MISCELÁNEA

### [0164] URGENCIAS E INTERCONSULTAS EN CIRUGÍA MAXILOFACIAL

F. Camacho Morcillo, E. Tábora Seco, I. Marchenko Kasyanchuk, A. Alarcón Granero, M. Mejía Nieto, G. Sánchez Aniceto  
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

#### BREVE INTRODUCCIÓN

La Cirugía Oral y Maxilofacial es la especialidad médico-quirúrgica que se ocupa del estudio, diagnóstico, prevención, tratamiento y rehabilitación de la patología de la cavidad oral y territorio craneofacial, así como los órganos y estructuras cervicales relacionadas directa o indirectamente con las mismas. El Hospital 12 de Octubre es el centro de referencia para la zona sur de Madrid, aunque también lo es para otras áreas sanitarias de la región y otras comunidades autónomas. La población asistencial que abarca el hospital es de alrededor de medio millón de habitantes y pertenece al área 11 (actualmente Dirección Asistencial Centro, DAC), que atiende a los distritos de Usera, Villaverde y Carabanchel así como a los centros de especialidades de Orcasitas, Villaverde y Carabanchel. El Servicio atiende en consultas externas una población de alrededor de 1.013.709 habitantes (tarjeta sanitaria individual (TSI) 2012) ya que además de atender a los pacientes pertenecientes a la antigua área 11 también están asignadas otras áreas dependientes de la Dirección Asistencial (DA) Sur como son Getafe, Aranjuez, Valdemoro, Parla, así como la población infantil de Leganés. El Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital 12 de Octubre cuenta con una amplia trayectoria y es reconocido nacional e internacionalmente como centro de referencia y excelencia en Traumatología Facial, Cirugía Oncológica y Reconstructiva de Cabeza y Cuello, así como en Cirugía Craneofacial y de Base de Cráneo, entre otras disciplinas de la especialidad. Creado en 1973, inicia desde 1974 la realización de guardias médicas, comenzando así el servicio su reconocida tradición traumatológica. Las guardias se realizan con uno o dos residentes y un médico adjunto de presencia física. Dada la trayectoria del servicio y el área poblacional que abarca, la patología que se atiende en urgencias presenta un amplio abanico de posibilidades desde patología banal a patología urgente que requiere actuación inmediata, como en casos de afectación de vía aérea. Además, el hospital es centro de referencia en atención al paciente politraumatizado, disponiendo de dos helipuertos. Nuestro servicio está íntimamente relacionado con esta atención lo que justifica la presencia de varios profesionales de guardia de presencia las 24 horas del día.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Para la realización de este estudio descriptivo de la actividad asistencial que se realiza fuera del área de consultas y quirófano, disponemos de dos bases de datos realizadas en el servicio:

- Base de datos de peticiones de interconsultas (IC) hospitalarias que se han recogido desde el 1 de enero de 2022 al 31 de diciembre de 2022. En ella se recogen las variables edad, sexo del paciente, motivo de petición, ámbito ambulatorio u hospitalario.
- Base de datos de atención a pacientes en el servicio de urgencias del Hospital 12 de Octubre por parte del servicio de Cirugía Maxilofacial. Dentro de esta se incluyen las peticiones de IC urgentes que se recogen desde el 1 de enero de 2022 al 31 de diciembre de 2022. Esta base de datos recoge diagnósticos codificados de pacientes dados de alta de urgencias, edad, sexo, porcentaje de reconsulta, porcentaje de ingreso o servicio peticionario. La revisión bibliográfica sobre el tema se ha llevado a cabo realizando una búsqueda en Pubmed. Se ha realizado una recopilación y revisión de artículos relacionados con las urgencias hospitalarias atendidas por cirugía maxilofacial.

#### RESULTADOS

En el periodo que transcurre entre el 1 de enero de 2022 y el 31 de diciembre de 2022, se han atendido un total de 7282 urgencias por parte del servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital 12 de Octubre. En las urgencias de adultos, el rango de edad que más consulta es entre los 16 y 50 años. Dentro de la patología codificada que más atendemos, se encuentra a la cabeza la traumatología facial suponiendo un 34 % de urgencias atendidas, seguida por las odontalgias (22 %) y las celulitis / abscesos cervicofaciales (12 %). Dentro de las urgencias, el 88.62 %



de pacientes son alta médica a su domicilio, el 8.07 % altas voluntarias y aproximadamente un 3 % ingresan. En el caso de los abscesos, una tórpida evolución es fácil que comprometa la vida del paciente, por lo cual la atención debe ser rápida. En cuanto a la traumatología facial, debido a la alta demanda asistencial, además de ser centro de referencia, justifica la presencia de personal cualificado de presencia 24 horas. En cuanto a la patología tratada quirúrgicamente de manera urgente, en el período de estudio, se han realizado 205 intervenciones urgentes bajo anestesia general (153 en adultos, 52 en pacientes pediátricos). Además, se han llevado a cabo más de 1000 procedimientos bajo anestesia local (sutura de heridas, reducción de fracturas nasales, etc). En nuestro servicio, reconsultan un 5 % de los pacientes por urgencias. La media de reconsultas en las urgencias del hospital es del 6 %. Esto pone de manifiesto que no se trata de un incorrecto manejo de los pacientes atendidos, sino que se debe a las propias características de la población y su alto nivel de demanda y frecuentación. Uno de los puntos de este estudio fue comprobar el impacto en nuestras urgencias de la huelga convocada por Atención Primaria desde el 21 de noviembre de 2022. Al comparar los pacientes atendidos en el periodo de duración de la huelga y en ese mismo periodo en años anteriores se comprobó que no existían cambios significativos ni en el número de pacientes ni en los motivos de consulta. Del total de las urgencias atendidas, 724 corresponden a IC realizadas por otros profesionales de forma urgente, siendo 346 en pacientes menores de 15 años y 380 IC de adultos. Todas las urgencias de patología pediátrica llegan a nosotros a través de las IC de otros profesionales del área de pediatría. La patología urgente de Cirugía Maxilofacial en pacientes pediátricos nos llega siempre a través de las IC, mientras que en los adultos las IC suponen aproximadamente el 5 % de la patología que vemos en urgencias. Por nuestra parte, hemos realizado 191 IC, la mayoría de ellas al servicio de oftalmología. Esto se debe a la alta correlación que existe entre ambas especialidades a través del trauma facial en región orbitaria. En cuanto a las peticiones de IC hospitalarias, se han registrado un total de 871 interconsultas. Entre los servicios que más peticiones realizan están oncología médica, otorrinolaringología, medicina interna o neumología. En cuanto a las edades, la mayoría de los pacientes se encuentran en el rango de edad entre los 31 y 70 años. Solamente 21 pacientes del total son pacientes pediátricos. El motivo de petición más frecuente está relacionado con patología de la cavidad oral, incluyendo tanto sospecha de lesiones potencialmente malignas como peticiones de intervenciones de cirugía oral. También destacan las tumoraciones tanto benignas como malignas de cabeza y cuello, como pueden ser adenopatías, procesos de inflamación de glándulas salivares o tumoraciones cutáneas, el síndrome de apnea-hipopnea del sueño y la patología de la articulación temporomandibular. Ante una sospecha oncológica, es muy importante una respuesta temprana por parte de los profesionales médicos, ya que el tiempo de actuación es determinante en estos casos. En la Comunidad de Madrid, ante la sospecha oncológica de un paciente se debe ofrecer una respuesta en un plazo de 3 días y una cita con el paciente y evaluación de biopsia en un máximo de 7 días (código de derivación SM – sospecha de malignidad). Esto agiliza el proceso diagnóstico y curativo del paciente y puede influir de forma importante en su supervivencia.

### CONCLUSIONES

La patología que más frecuentemente se atiende en cirugía maxilofacial en urgencias está relacionada con patología de cavidad oral y traumatología facial. La huelga de médicos de Atención Primaria no ha supuesto un cambio significativo en el volumen de pacientes atendidos debido a la alta demanda asistencial que poseía nuestro servicio previamente. El alto volumen de patología atendida y la población que abarca justifica que sea importante disponer de un cirujano maxilofacial en las urgencias hospitalarias de un hospital, al menos de tercer nivel, ya que se trata de la última instancia donde otros hospitales comarcales pueden derivar a sus pacientes para recibir la mejor atención médica. La patología de la cavidad oral, incluyendo tanto sospecha de lesiones potencialmente malignas como peticiones de intervenciones de cirugía oral, es el motivo de interconsulta más frecuente a nivel hospitalario, sobre todo por parte del servicio de oncología médica, lo que permite un proceso diagnóstico más dinámico y acorta el tiempo de respuesta en cuanto al tratamiento.

## MISCELÁNEA

### [0165] MANEJO PREQUIRÚRGICO PARA LA PATOLOGÍA DE TERCEROS MOLARES IMPACTADOS MEDIANTE TELEMEDICINA EN ZONAS DE GRAN DISPERSIÓN GEOGRÁFICA

Á. Tofe Povedano<sup>1</sup>, P. Redondo Parejo<sup>1</sup>, M.J. Caro Romero<sup>1</sup>, F. Rodríguez Posada<sup>1</sup>, C. García Reino<sup>2</sup>, J. Herce López<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Puerta del Mar.Cádiz, <sup>2</sup>Centro de Salud Loreto-Puntales. Cádiz, <sup>3</sup>Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

#### BREVE INTRODUCCIÓN

Los sistemas de telemedicina aún no han alcanzado el mismo desarrollo en Cirugía Oral y Maxilofacial que sí alcanzaron en otras especialidades médicas. No obstante, desde enero de 2021 se utiliza la telemedicina en nuestra Unidad como sistema de selección de pacientes con Patología de los terceros molares desde Atención Primaria. Este estudio describe los resultados preliminares del uso de telemedicina dirigido al manejo prequirúrgico de la patología de los terceros molares incluidos.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se realizó un estudio piloto multicéntrico, longitudinal, descriptivo y evaluativo dirigido al manejo prequirúrgico de pacientes con patología los terceros molares incluidos en la Unidad de Cirugía Oral y Maxilofacial de el Hospital Universitario Puerta del Mar (Cádiz, España) y 4 áreas de atención primaria situadas entre 1 y 140 Km del hospital. Participaron del estudio 1215 teleconsultas recibidas y evaluadas desde el inicio. Resultados: No encontramos diferencia estadísticamente significativa entre el número de cancelaciones por telemedicina con respecto al sistema tradicional lo cual apoya su uso como sistema de manejo y preparación quirúrgica

#### RESULTADOS

El tiempo promedio que los pacientes tuvieron que esperar para ser incluidos en la Lista de Espera Quirúrgica fue de 3,3 días, en contraste con los 60 días del sistema tradicional.

#### CONCLUSIONES

El sistema de Telemedicina ha demostrado ser efectivo y preciso como herramienta preoperatoria para la patología terceros molares incluidos. Evita visitas innecesarias al hospital (con el ahorro que esto supone) y acorta los intervalos de espera.

## MISCELÁNEA

### [0171] ENFISEMA SUBCUTÁNEO Y NEUMOMEDIASTINO SECUNDARIO A LA EXTRACCIÓN DENTAL. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

M. Paños Lorenzo, M<sup>a</sup> F. Rocha Serpa, J. Trenchs Soto, A.R. García Carricondo, J. Nieto Hernández, D. Pino Ortega  
Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería

## BREVE INTRODUCCIÓN

El enfisema subcutáneo es un trastorno consistente en la presencia anormal de aire en el tejido subcutáneo con la consiguiente distensión de partes blandas. Cuando ello ocurre en el mediastino se denomina neumomediastino. La incidencia es muy variable, siendo excepcional la debida a procedimientos dentales. Se produce por la entrada de aire en los planos fasciales de la cara y cuello a través del lecho de extracción del cordal. Se han descrito factores predisponentes al enfisema, siendo el más frecuente, hasta en un 80 % de los casos, el empleo del torno (turbinas de aire y agua), que puede introducir aire, hasta una presión de 16mmHg. Así, el aire puede difundir por las raíces del primer, segundo y tercer molar, que comunican directamente con el espacio sublingual y submandibular. El espacio sublingual comunica a su vez con los espacios pterigomandibular, parafaríngeo y retrofaríngeo. Este último comunica con el mediastino. La clínica varía en función de la cantidad, localización del aire y presencia o no de infección.

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de una paciente mujer de 43 años que acude a Urgencias por inflamación hemifacial derecha durante intento de exodoncia del cordal 48 por su odontólogo de referencia, motivo por el que decide suspender la intervención y derivarla al Hospital Universitario Torrecárdenas para valoración por Cirugía Oral y Maxilofacial. Presentaba limitación de la apertura oral por dolor y a la exploración se evidenciaba y palpaba inflamación y enfisema que se extendía desde la región temporal derecha hasta el tórax anterosuperior. Se solicitó una ortopantomografía (OPG) y un escáner que confirmaba la existencia de un enfisema subcutáneo cervical bilateral (de predominio derecho) que disecaba planos musculares y se extendía al mediastino superior anterior y medio.

## RESULTADOS

Se procedió al ingreso hospitalario de la paciente para monitorización de constantes y seguimiento de evolución con tratamiento médico intravenoso y oxigenoterapia. Durante los 4 días de estancia hospitalaria, se mantiene asintomática con niveles de saturación de oxígeno dentro del rango de normalidad. Previo al alta, se realizó un escáner de control que confirmó una importante mejoría radiológica del cuadro.

## CONCLUSIONES

El desarrollo de un enfisema subcutáneo y neumomediastino durante o tras la extracción de un cordal es una complicación poco frecuente pero que debe tenerse en cuenta si se utiliza una turbina de aire. Suele ser un cuadro benigno, autolimitado y de resolución espontánea con un tratamiento conservador. Sin embargo, debe realizarse un reconocimiento temprano y manejo adecuado del mismo, ya que puede derivar a afecciones graves o potencialmente mortales como: neumotórax, embolismo venoso, perforación esofágica o mediastinitis necrosante.



## MISCELÁNEA

### [0187] OSTEOMIELITIS ÓRBITOMALAR COMPLICADA CON ABSCESO CEREBRAL DE ORIGEN DESCONOCIDO. UN RETO DIAGNÓSTICO

P. Fernández de Córdoba Botia, M.A. Contreras Morillo, C. Nieto Orihuela, C. Sánchez Navarro, A. Daura Sáez, Y. Aguilar Lizarralde  
Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga

## BREVE INTRODUCCIÓN

La osteomielitis del maxilar es una entidad rara, causada principalmente con *S. aureus*, *S. epidermidis* y *Actinomyces*. Es causada por rico aporte de sangre colateral y de placas corticales delgadas. La osteomielitis maxilar es solo el 1,42 %. Múltiples antibióticos durante largo tiempo también juegan un papel importante en la extensión de la osteomielitis. La etiología puede ser por infección hematogena por bacilo tuberculoso, fracturas de huesos faciales, o de origen desconocido como es nuestro caso. El tratamiento de elección en estos casos es la eliminación del hueso necrótico y legrado de toda la superficie afecta. En defectos muy grandes se podría plantear cobertura con colgajo libre microvascularizado.

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Varón de 31 años que acude a urgencias por inflamación hemifacial derecha y supuración de ojo derecho de 2 meses de evolución y trismus reciente de 1 dedo en octubre 2021. Se realiza drenaje de absceso en espacio parafaríngeo, masticador, submandibular, retrofaríngeo, carotídeo, fosa temporal media y suelo de órbita derecha. Se va de alta con reingreso a los 10 días después con inflamación orbitocigomática derecha, en el cual se realiza biopsia negativa para malignidad y se deja ingreso con antibioterapia intravenosa. Un año más tarde, reingresa con absceso orbitomalar con extensión intracraneal precisando intervención quirúrgica de urgencia junto con el servicio de neurocirugía por absceso del lóbulo temporal derecho en dos ocasiones. Se toman muestras de tejido y de hueso. Se aislan en cultivos: *Enterobacter cloacae*, *E. Coli*, *Candida Kefyr*, *Enterococcus faecium* y se pide testar *Bartonella* siendo este negativo. Tras varias líneas de antibioterapia con ceftriaxona, metronidazol, amoxicilina/clavulánico, linezolid, ceftazidima+tobramicina, piperacilina-tazobactam, ertapenem y clindamicina, moxifloxacino, se decide tratamiento quirúrgico realizando maxilectomía IIIB de Brown, exenteración orbitaria derecha, y limpieza profusa del lecho.

## RESULTADOS

Postoperatorio sin incidencias en UCI. Extubado al día siguiente sin incidencias. Se mandan muestras a anatomía patológica y a microbiología. Se pone tratamiento con Cefixima y Linezolid por parte de Medicina Interna.

## CONCLUSIONES

Los casos de osteomielitis del maxilar y malar con extensión al arco cigomático es una entidad poco frecuente, con pocos casos informados de origen dental. El tratamiento de elección es la exéresis del hueso necrótico y un legrado completo. Existen casos donde la infección puede incluso llegar al seno fronal. Por último destacar la importancia del tratamiento con antibióticos y el seguimiento del paciente a largo plazo para un buen resultado.

## MISCELÁNEA

### [0196] SD. EAGLE. UNA ENTIDAD INFRECUENTE COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN EL CUADRO DE DOLOR OROCERVICAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Reyes Raya, J.J. Maldonado Ostios, C. España Fuentes, J.A. Fernández Martínez, C. Voltas Moreno, E. Delso Gil  
Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

#### BREVE INTRODUCCIÓN

El síndrome de Eagle es el conjunto de síntomas, sobre todo dolor cervicofacial, causados por la elongación sintomática de la apófisis estiloides o la mineralización del ligamento estilohioideo o estilomandibular. En la mayoría de los casos el hallazgo anatómico es bilateral (93 %), sin embargo, con mayor frecuencia los síntomas son estrictamente unilaterales. Existe una predominancia femenina. Ante la sospecha clínica debe demostrarse la existencia de una apófisis estiloides mayor de 25-30mm, mediante prueba de imagen. Si bien el 4 % de la población general presenta una elongación de la apófisis estiloides, se calcula que sólo el 4 % de éstos presenta síntomas, lo que corresponde al 0,16 % de la población general. Por lo anterior, el hallazgo de una apófisis estiloides elongada no corresponde necesariamente a un síndrome de Eagle. La infiltración con anestésico en el área tonsilar cerca de la apófisis estiloides para eliminar el dolor puede ser de utilidad. El tratamiento definitivo consiste en la resección quirúrgica de la apófisis estiloides.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una mujer de 65 años que consultaba por dolor cervical con irradiación occipital de predominio izquierdo, acompañado de vértigos y exacerbado con el movimiento cervical lateral. Tras realización de estudio TAC se observa calcificación parcial de ambos ligamentos estilohioideos, de forma más extensa en el lado izquierdo, imprimando este último en pared orofaríngea lateral. Se decidió realizar tratamiento resectivo quirúrgico de apófisis estiloides izquierda, por vía intraoral.

#### RESULTADOS

Son numerosas los procesos y enfermedades que pueden generar dolor orofacial, por ello su diagnóstico diferencial se plantea amplio y complejo. Como parte de este diagnóstico diferencial encontramos: disfunción ATM, migraña, artritis cervical, neuralgia glossofaríngea, sd miofacial, otitis, odontalgias, faringitis crónica, sialolitiasis, cuerpo extraño faríngeo, cefalea en racimo, neuralgia trigémina, neuralgia esfenopalatina, mastoiditis, arteritis temporal, amigdalitis crónica, diverticulosis esofágica,... entre otros. Por ello, una historia clínica detallada con un examen clínico exhaustivo, junto con pruebas de imagen, son fundamentales para establecer un correcto diagnóstico. Por último, el tratamiento definitivo se puede realizar mediante abordaje cervical o transoral, este último preferido siempre que se pueda, ya que se evitan cicatrices y presenta tiempo de ingreso más corto. Como desventajas de este abordaje serían la escasa capacidad de control vascular en caso de lesión de la carótida, posibilidad de infección cervical profunda, menor visión y mayor posibilidad de edema de vía aérea.

#### CONCLUSIONES

El síndrome de Eagle debe ser considerado en el diagnóstico diferencial del estudio de un paciente con dolor orofacial crónico. Considerando que las manifestaciones clínicas pueden ser muy variables, es muy común que el paciente consulte a varias especialidades donde muchas veces son manejados en forma sintomática sin que se realice un diagnóstico adecuado. Por ello, el conocimiento de dicha patología y su sospecha clínica puede ser crucial.

## MISCELÁNEA

### [0201] ADENOPATÍAS CERVICALES COMO MANIFESTACIÓN DE HISTIOCITOSIS NO LANGERHANS-ENFERMEDAD DE ERDHEIM-CHESTER. A PROPÓSITO DE UN CASO

J. L. Silva Canal, R. Ántunez-Conde Hidalgo  
Hospital Ruber Juan Bravo. Madrid

#### BREVE INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Erdheim-Chester (ECD) es una forma rara de histiocitosis de células no Langerhans. Se trata de un trastorno infrecuente, de etiología desconocida, más prevalente en la quinta década de la vida y con mayor predominio de afectación masculina. Las características clínicas más comunes incluyen afectación esquelética con lesiones osteoscleróticas bilaterales, diabetes insípida, afectación cardiovascular y fibrosis retroperitoneal. El compromiso cardiovascular y del sistema nervioso central (SNC) se asocian con peor pronóstico. Estudios recientes han demostrado mutaciones en el protooncogén BRAF (y en la ruta de activación de MAPK), lo que sugiere un papel crítico de esta vía en la patogénesis y un posible origen clonal de la enfermedad. Se ha descrito en la literatura la alta tasa de falsos positivos, siendo necesaria la toma de múltiples biopsias para el diagnóstico definitivo.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Mujer de 36 años de edad con antecedentes personales de rinitis, hernioplastia umbilical, ligadura tubárica bilateral, mamoplastia bilateral, gluteoplastia, quiste ovárico y preeclampsia. Es derivada a nuestro servicio por la presencia de adenopatías cervicales de semanas de evolución. En la anamnesis refiere artralgiyas en miembro inferior izquierdo de más de dos meses que fueron justificadas por un cuadro de artritis. En el estudio inicial se incluyeron exámenes de laboratorio, ecografía cervical, TC y BAG. Se realizó biopsia quirúrgica de una de las adenopatías cervicales con resultado no diagnóstico: hiperplasia linfoide mixta inespecífica folicular e interfolicular y presencia de abundantes histiocitos. No se observaron granulomas ni infiltrados neoplásicos. Las muestras microbiológicas fueron negativas. Se amplió la batería de pruebas de imagen mediante PET-TC (lesiones hipermetabólicas sugestivas de malignidad en adenopatías cervicales bilaterales y abdominopélvicas, en tejido subcutáneo y a nivel óseo), RMN y estudios de autoinmunidad. Mediante RMN pudo observarse la presencia de una lesión única en calcáneo izquierdo con incremento de señal de la médula grasa con bordes bien delimitados y edema de partes blandas, si bien se trataba de hallazgos inespecíficos por lo que se practicó una nueva biopsia.

#### RESULTADOS

El estudio anatomopatológico de la biopsia de calcáneo demostró hallazgos histiológicos sugestivos de Histiocitosis no Langerhans con imágenes de emperipolosis. Se observaron elementos histiocitarios de perfil IHQ histiocitario no Langerhans: CD68+/CD163+; S100-/CD1a- precisándose el diagnóstico de Histiocitosis no Langerhans-Enfermedad de Erdheim-Chester. El estudio mutacional para BRAF fue negativo. Una vez tipificada la enfermedad se realizaron biopsia de médula ósea, en la que se observó hiperplasia de histiocitos con perfil IHQ no Langerhans, punción lumbar y ecocardiograma transtorácico con resultado normal. El Interferón- $\alpha$  es el tratamiento de primera línea en ECD, ha demostrado que aumenta la supervivencia general. Anakinra e Infliximab también han conducido a resultados alentadores y deben tomarse en consideración cuando falla el tratamiento con interferón- $\alpha$ . Más recientemente, el inhibidor de BRAF Vemurafenib se ha utilizado en pequeños grupos de pacientes con ECD con una eficacia óptima en todos los casos tratados. En el caso de nuestra paciente se inició tratamiento con Interferón- $\alpha$  con adecuada tolerancia. Presenta una evolución favorable con respuesta metabólica parcial a nivel de las adenopatías cervicales y abdominopélvicas referidas, estabilidad metabólica en las lesiones cutáneas y a nivel óseo. En el momento actual, continúa recibiendo dicho tratamiento.

#### CONCLUSIONES

La ECD supone un reto diagnóstico por su baja frecuencia, su presentación multiorgánica y su heterogeneidad clínica. Es preciso el diagnóstico precoz ya que existen formas clínicas con elevada tasa de mortalidad.



La forma de presentación clínica como adenopatías es infrecuente, excepcional en el área cervicofacial. La biopsia es necesaria para establecer el diagnóstico definitivo así como el estudio mutacional de BRAF para establecer un tratamiento específico en el grupo de pacientes que puedan beneficiarse. Se precisan estudios adicionales para una mejor comprensión de la biología molecular de esta enfermedad y así conseguir un diagnóstico precoz y un tratamiento más eficaz, si bien, la sospecha y la inclusión en el diagnóstico diferencial ante un cuadro de adenopatías atípico permitirán al Cirujano Maxilofacial aproximarse al diagnóstico de esta infrecuente entidad.

## MISCELÁNEA

### [0218] NECROSIS LABIAL POR SARM ADQUIRIDO EN LA COMUNIDAD. A PROPÓSITO DE 3 CASOS

S. Khayat, C. Maza Muela, H. Aranibar Meléndez, G. Ruiz de León Hernández-Pacheco, A. Díez Montiel, S. Ochandiano Caicoya  
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

## BREVE INTRODUCCIÓN

La necrosis labial es una entidad poco frecuente debido principalmente a la característica y rica vascularización facial. El compromiso de esta puede ser el resultado de una alteración tanto intravascular como extravascular, o una combinación de ambas. Además de ser un cuadro poco común, la variedad de etiologías potenciales complica el diagnóstico y el consecuente tratamiento. Entre ellas, se incluyen las lesiones facticias, cuadros trombogénicos como la hemoglobinuria paroxística nocturna, inyecciones intraarteriales de ácido hialurónico o anestésicos locales en tratamientos estéticos, picaduras o mordeduras de insectos venenosos, síndromes linfoproliferativos, necrosis tisular inducida por herpes zóster o abscesos necrotizantes asociados a staphylococcus aureus meticilin resistente. Staphylococcus aureus (*S. aureus*) es un coco grampositivo anaerobio facultativo, capaz de colonizar naturalmente las fosas nasales, faringe, axilas y vagina. *S. aureus* puede causar cuadros de gravedad variable, provocando tanto infecciones leves y localizadas (por ejemplo foliculitis autolimitada), como afecciones severas, entre otras sepsis o endocarditis, que resultan potencialmente letales. La clínica y la gravedad del cuadro dependen de diversos factores, como pueden ser la localización, la profundidad de la invasión, la virulencia del patógeno, el estado inmunitario del individuo afecto. Algunas cepas de *S. aureus* desarrollan resistencia frente a los antibióticos betalactámicos, denominándose *S. aureus* resistente a la meticilina (o SARM). Todo ello complica sustancialmente su manejo terapéutico. Se ha descrito un incremento de infecciones faciales por SARM, generando cuadros de sinusitis y osteomielitis maxilar, celulitis orbitaria y celulitis facial de origen odontógeno.

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se describen dos casos clínicos de infección de tejidos blandos, más específicamente de labio inferior, debida a SARM, diagnosticados y tratados en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón, en septiembre de 2022 y marzo de 2023. Se trata de tres pacientes entre 21 y 34 años de edad, sin antecedentes epidemiológicos de interés, inmunocompetentes, sin historia previa de uso de drogas por vía parenteral o VIH. Inician un cuadro de lesión ulcerada necrótica rápidamente progresiva en el centro de bermellón de labio, acompañada de inflamación gradual de toda la extensión de la mucosa. Se solicitó un TC como prueba de imagen en la que se observó una lesión inespecífica, de aspecto fluido, posiblemente quística con septos internos en labio, de probable origen infeccioso. Se solicitaron serologías para descartar enfermedades de transmisión sexual, parotiditis y monkeypox, y se inició paralelamente tratamiento antibiótico empírico con amoxicilina-clavulánico, antiviral con Aciclovir y corticoideo con prednisona, sin mejoría clínica del cuadro.

## RESULTADOS

Ante persistencia del cuadro tras drenaje quirúrgico, se toman biopsias de la lesión y cultivos, confirmándose la presencia de SARM con PCR positiva para leucocidina de Pantón-Valentine en las muestras. Tras ajuste del tratamiento antibiótico dirigido con daptomicina y clindamicina, la resolución del cuadro fue total, con una estancia hospitalaria aproximada de 14 días. Desde el alta, los pacientes no han presentado nuevos episodios y se mantienen asintomáticos, con presencia de una mínima secuela estética para uno de los pacientes, pendiente de corrección quirúrgica.

## CONCLUSIONES

La infección por Staphylococcus aureus de los tejidos perilabiales puede producir una infección con necrosis tisular incluso en paciente inmunocompetentes y debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de las necrosis labiales pese a ser una entidad poco frecuente.

## MISCELÁNEA

### [0234] FASCITIS NECROTIZANTE FACIAL, A PROPÓSITO DE CUATRO CASOS CLÍNICOS. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

G. Ruiz de León Hernández-Pacheco, G. Arenas de Frutos, Á. Sada, A. García Sevilla, M. Tousidonis, S. Ochandiano Caicoya  
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

#### BREVE INTRODUCCIÓN

La fascitis necrotizante es una infección de los tejidos blandos poco frecuente, progresiva y potencialmente mortal que se caracteriza por una necrosis generalizada en los planos fasciales y los tejidos circundantes. La incidencia global se estima en 3,5 casos por cada 100000 personas, con una tasa de mortalidad entre el 10 % y 40 % pudiendo llegar al 80 % si no hay una intervención médica o quirúrgica temprana. Afecta con frecuencia a las extremidades, la pared abdominal y el perineo. La afectación facial es considerada rara debido a la excelente vascularización de los territorios cervicofaciales. Como toda infección, la enfermedad involucra un evento precipitante, un agente infeccioso y un huésped, siendo la infección odontogénica el evento precipitante más común y el Streptococcus del grupo A el agente infeccioso más común. La patogenia se caracteriza por la invasión bacteriana de los tejidos subcutáneos, la rápida propagación horizontal de la infección a lo largo de los planos fasciales profundos y la liberación de toxina bacterianas que provoca isquemia tisular y necrosis licuefactiva. La ausencia de síntomas específicos puede retrasar el tratamiento provocando rápidamente un shock séptico y la muerte. Ante la sospecha debemos iniciar una reanimación inmediata administrando antibióticos intravenosos de amplio espectro e intervención quirúrgica inmediata.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se presentan cuatro casos clínicos de pacientes tratados por el servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón entre los años 2015 y 2023

- Paciente 1: Varón de 68 años, EPOC + SAHOS. CPAP + Broncodilatadores
- Paciente 2: Mujer 56 años. Dermatitis atópica + Faringoamigdalitis reciente + sospecha angioedema alérgico (ibuprofeno). Corticoides tópicos.
- Paciente 3: Varón de 79 años con HTA, DM2, FA anticoagulado con rivaroxabán, BAV completo portador de marcapasos, ERC avanzada de etiología diabética con creatinina de 4,5 mg/ml en situación de prediálisis, EPOC, Artritis gotosa, Leucemia mielomonocítica crónica, Hepatopatía crónica con HTP y esplenomegalia, osteomielitis crónica en primer metatarsiano de pie derecho.
- Paciente 4: Mujer de 82 años con antecedente de cáncer de mama tratada con mastectomía radical y radioterapia. Hepatitis crónica VHC genotipo 1b

Cuadro clínico:

- Edema, eritema y clínica dolorosa facial (escasas horas de evolución)
- Puerta de entrada: Paciente 1 (lesión cutánea paranasal, decúbito máscara CPAP), Paciente 2 (lesión por rasgado periorbitaria izquierda), Paciente 3 (lesión frontotemporal derecha con infección de partes blandas secundario a carcinoma epidermoide), Paciente 4 (edema en región periorbitaria con datos de celulitis)
- Elevación severa de cifras leucocitarias y reactantes de fase aguda.
- Cultivo y test rápido Streptococcus Pyogenes: positivo.
- Tomografía computerizada: amplia afectación flemonosa subcutánea, bandas fluidas.

Tratamiento:

- Quirúrgico precoz: desbridamiento y fasciotomía amplia, lavado profuso. Curas periódicas cada 8 horas en días sucesivos.
- Antibioterapia: Penicilina G y Clindamicina.
- Otros: heparinización y terapia con inmunoglobulinas

Pronóstico:

- Favorable. Secuelas estéticas menores en paciente 1 y 2
- Desfavorable. Defunción por fallo multiorgánico en pacientes 3 y 4.



## RESULTADOS

La fascitis necrotizante se puede clasificar en dos grupos:

- Tipo I, son infecciones polimicrobianas y se dan en pacientes inmunocomprometidos.
- Tipo II, son pacientes sanos y están ocasionadas por el estreptococo betahemolítico del grupo A (*S. pyogenes*), afecta principalmente el área cervicofacial (80 %).

Entre los factores de riesgo en relación con esta entidad son la inmunosupresión, la diabetes, el alcoholismo y los corticoides. Sin embargo, es más frecuente que ocurran en pacientes sanos. Entre las principales causas que desencadenan esta patología encontramos un traumatismo previo (35 %) o cirugía reciente (13 %). Atendiendo a sus características clínicas se debe plantear un diagnóstico diferencial con la erisipela o la celulitis. El desarrollo de fiebre y shock séptico empeora el pronóstico (si hay afectación periorbitaria aumenta la mortalidad en un 15 %, pudiendo llegar esta hasta un 25-30 % en el caso de la afectación cervicofacial). Se pueden describir otras complicaciones no tan frecuentes asociadas a esta patología como la pérdida de visión, las secuelas estéticas o la trombosis del seno cavernoso. Para orientar el diagnóstico disponemos de herramientas como el análisis, los cultivos (incluyendo prueba rápida de estreptococo) (RST) y las pruebas de imagen (TC/RM) que son las pruebas complementarias de elección. Para estadificar la sospecha diagnóstica de la fascitis necrotizante se emplea el puntaje LRINEC (Laboratory Risk Indicadores de Fascitis Necrotizante) que analiza una serie de parámetros analíticos como: PCR, recuento leucocitario, hemoglobina, sodio, creatinina y glucosa en sangre. Atendiendo al tratamiento de la fascitis necrotizante, es preciso un desbridamiento extenso y temprano junto con una fasciotomía de compartimentos afectados. Los antibióticos intravenosos de amplio espectro como los betalactámicos (penicilina G) y la clindamicina son fármacos de elección. Otros tratamientos como la heparinización, el uso de inmunoglobulinas o el oxígeno hiperbárico pueden asociarse, pero no han demostrado mejorías significativas. En el caso de la afectación facial, hay que tener en cuenta los procedimientos quirúrgicos secundarios para mejorar la estética eliminando de este modo las secuelas.

## CONCLUSIONES

La fascitis necrotizante facial es una patología con una alta tasa de mortalidad, pero poco frecuente. Hay que tenerla en cuenta en el diagnóstico diferencial de los procesos infecciosos del territorio cervicofacial, ya que precisa de un diagnóstico y tratamiento rápido encaminado a la reducción de la elevada morbimortalidad asociada a esta patología. Idealmente, los protocolos que enfatizan la detección rápida y el manejo quirúrgico facilitaran mejores resultados. Los principales pilares del tratamiento son el desbridamiento quirúrgico amplio asociado a la antibioterapia de amplio espectro, pudiéndose asociar recientemente a terapias complementarias como la heparinización, las inmunoglobulinas y el oxígeno hiperbárico, las cuales no han demostrado ser efectivas en el manejo de esta patología.



## MISCELÁNEA

### [0239] DENOSUMAB COMO TRATAMIENTO DE RESCATE EN GRANULOMAS DE CÉLULAS GIGANTES IRRESECABLES. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA A PROPÓSITO DE UN CASO

D. Hassan Amselem, P. Gamarra Esteban, T. Cordero García, D. González Padilla, J.L. Guitérrez Pérez  
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

#### BREVE INTRODUCCIÓN

El granuloma de células gigantes es una lesión benigna de tipo reactivo, aunque de carácter localmente agresivo, en relación con traumatismos crónicos o procesos irritativos. Epidemiológicamente predomina entre los 10 y 25 años, con mayor prevalencia en mujeres (1:2). Se localizan más habitualmente en el hueso mandibular, aunque existen casos de lesiones en maxilar. Al tratarse de una lesión de crecimiento lento, suele presentarse de manera asintomática como hallazgo incidental en pruebas de imagen dentales. Cuando ocasiona clínica se encuentra en relación con reabsorción radicular en el 13,5 % de los casos, desplazamiento dental en el 18 %, tumefacción facial y alteraciones neurosensoriales. El tratamiento es la resección quirúrgica de la lesión con adecuados márgenes debido al carácter agresivo y con tendencia a la recidiva de la lesión. En ocasiones la extensión de la lesión o las características del paciente imposibilitan una resección apropiada por lo que se requieren alternativas terapéuticas.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente varón de 45 años de edad con clínica de tumefacción mandibular progresiva en hemicara izquierda, sin otra sintomatología. En OPG y TC se aprecian dos lesiones osteolíticas en maxilar superior izquierdo y una tercera lesión en cuerpo mandibular izquierdo. Biopsia que confirmó hallazgos de granuloma central de células gigantes. Se realiza intervención quirúrgica con curetaje de las lesiones en su totalidad. En TC de control a los 6 meses de la cirugía, se aprecia recidiva de lesión en cuerpo izquierdo, que abarca hasta apófisis coronoides, y nuevas lesiones en cuerpo mandibular contralateral. Dada la recidiva de la lesión se propuso tratamiento médico con Denosumab subcutáneo mensual durante 12 meses, corticoides intralesiones en adyuvancia en el primer mes y tratamiento complementario con calcio y vitamina D vía oral. Se realiza seguimiento analítico mensual estrecho, y seguimiento con pruebas de imagen mediante TC de control a los 6 meses de tratamiento, PET-TC al finalizar tratamiento y TC de control a los 6 y 18 meses posteriores al fin de tratamiento. Mediante dicho tratamiento se aprecia una reosificación progresiva de las lesiones en TC de control a los 6 meses, con mejoría clínica y sin aparición de complicaciones analíticas asociadas al tratamiento.

#### RESULTADOS

Mediante el caso clínico presentado que evidencia que el uso de inmunoterapia con Denosumab subcutáneo en pacientes con Granuloma de Células Gigantes es una alternativa terapéutica, al reducir el número y actividad de los osteoclastos en el hueso actuando sobre la lesión.

#### CONCLUSIONES

El granuloma de células gigantes es una entidad infrecuente entre las lesiones de cabeza y cuello. Aunque se trata de una lesión benigna su comportamiento agresivo determina la necesidad de un tratamiento resolutivo. El tratamiento de elección actualmente es la resección con márgenes, y el uso de inmunoterapia mediante Denosumab aporta una nueva posibilidad terapéutica a valorar individualmente que actualmente requiere de una mayor investigación en profundidad.

## MISCELÁNEA

### [0246] ENFOQUE MULTIDISCIPLINAR; REHABILITACIÓN, CIRUGÍA MAXILOFACIAL, ODONTOLOGÍA, EDUCACIÓN, ODS 3. ENFERMEDAD DE PARKINSON Y SIALORREA

A. I. Avellaneda Camarena<sup>1</sup>, A. J. Gómez Poveda<sup>1</sup>, A. Aliaga Sánchez<sup>1</sup>, I. Martínez González-Moro<sup>2</sup>, F. Lozano Rivas<sup>2</sup>, M. Brement<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia, <sup>2</sup>Universidad de Murcia. Murcia

## BREVE INTRODUCCIÓN

La sialorrea, comúnmente conocida como babeo, se define como un exceso de saliva más allá del margen del labio. Es causada por hipersalivación o problemas con la eliminación de saliva que se considera anormal después de los 4 años. Es una manifestación neurológica común de muchas enfermedades neurológicas, incluida la enfermedad de Parkinson (EP). El babeo es una de las quejas más frecuentes de los pacientes, pero a menudo no se reconoce ni se trata adecuadamente. La sialorrea puede provocar vergüenza, aislamiento social, depresión, infección de la piel, mal olor y neumonía por aspiración. Por lo tanto, puede conducir a una morbilidad y mortalidad significativas asociadas con la neumonía por aspiración, que conlleva una mortalidad de alrededor del 20 % en pacientes con DP. Nuestro objetivo es presentar un caso de sialorrea en un paciente con EP tratado con inyección ecoguiada de toxina botulínica. El abordaje guiado por ultrasonido tiene como objetivo el grosor máximo de la glándula.

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 79 años con EP ecoguiada infiltrada con 100 UI de toxina botulínica tipo A en total. 50 UI por lado. 2 inyecciones con un total de 25 UI en cada glándula submaxilar y 3 inyecciones con un total de 25 UI en cada glándula parótida.

## RESULTADOS

Se encontró una reducción de la sialorrea y un mayor confort tanto de nuestra paciente como de su cuidado personal y familiar. No se han detectado efectos secundarios tras 5 meses de seguimiento.

## CONCLUSIONES

Dada la fácil localización de estas glándulas, con y sin ecografía, y la eficacia demostrada por la TB-A, consideramos que esta técnica debe ser un tratamiento de primera línea en aquellos pacientes en los que ha fracasado el tratamiento farmacológico de la sialorrea.

## MISCELÁNEA

### [0252] TRATAMIENTO CONSERVADOR DEL GRANULOMA CENTRAL DE CÉLULAS GIGANTES. A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Marín Martín, F.M. Zafra Camacho, J.A. Monserrat Barbudo, M.G. Molina Pérez, A. Dean Ferrer  
Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

#### BREVE INTRODUCCIÓN

El granuloma central de células gigantes es una entidad infrecuente que consiste en una lesión intraósea benigna que afecta principalmente a mandíbula y maxilar. A pesar de ser benigna, puede presentar con comportamiento agresivo localmente y recidivar. Aunque el origen del tumor es intraóseo puede perforar las corticales y presentar un crecimiento hacia tejidos blandos. La etiología de esta entidad no está del todo clara, aunque la participación de osteoclastos ha sido demostrada, lo que ha permitido mejorar las terapias no quirúrgicas. La resección quirúrgica, bien curetaje o bien escisión en bloque es un tratamiento comúnmente usado, sin embargo, puede dejar importantes secuelas estéticas y funcionales sobre todo en lesiones de gran tamaño. Actualmente, se han desarrollado diversos esquemas de tratamientos medicamentosos con prometedores resultados. Las terapias usadas son: corticoides intralesionales, calcitonina, bifosfonatos, interferón o imatinib entre otros. Estos tratamientos han sido combinados entre ellos buscando potenciar sus efectos. El objetivo de este trabajo es presentar un nuevo caso de granuloma central de células gigantes y hacer una revisión de la literatura de las opciones de tratamiento actuales de esta patología.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

La paciente es una niña de 12 años, sin antecedentes de interés, que consulta con nosotros por presentar una tumefacción en la encía vestibular de sector 3. A la exploración observamos una zona abombada vestibular de una consistencia elástica. Realizamos un estudio radiológico que consiste en una OPG y un TC de mandíbula que describe una lesión lítica expansiva con tabiques en la línea media anterior de la mandíbula de 4,5 cm de eje transversal máximo. La lesión es compatible con granuloma de células gigantes. Se realiza además una biopsia que informa de presencia de un gran número de fibroblasto y células gigantes multinucleadas que confirma el diagnóstico de granuloma de células gigantes. Se propone un esquema de tratamiento basado en inyecciones intralesionales de corticoides e inyecciones diarias subcutánea de calcitonina. Previo a iniciar el tratamiento, el paciente es remitido al servicio de endocrinología infantil de cara al seguimiento del tratamiento de calcitonina. Este servicio realiza despistaje de alteración del metabolismo del calcio y despistaje de patología renal. Por otra parte, medimos el volumen de la lesión con nuestro planificador 3D de cara a seguimiento y valorar la cantidad de corticoides que debemos inyectar. El tratamiento consiste en 6 inyecciones semanales de un preparado de 1 ml de triamcinolona 40mg/ml y 5 ml de lidocaína al 2 %, además recibió tratamiento con calcitonina 100UI/día subcutáneo. Para evitar efectos adversos del tratamiento con calcitonina la paciente recibió además Calcio carbonato 1,5 G / Colecalciferol 1000UI medio comprimido al día. Debido a la no tolerancia de la paciente se tuvieron que realizar las infiltraciones con sedoanalgesia.

#### RESULTADOS

Durante el tratamiento con corticoides pudimos observar una mayor dificultad a la hora de inyectar la solución en la lesión, tanto por desaparición de las perforaciones corticales que presentaba con una menor capacidad de aceptación de volumen de la lesión. Esto se hizo patente tras la primera infiltración, notándose ya una marcada resistencia en la 5ª dosis. Tras finalizar el tratamiento se realizaron TC de control al mes a los 3 meses a los 6 meses y al año. Estas exploraciones radiológicas mostraron un descenso progresivo de la lesión en mandíbula, en último TC se observaba una progresiva esclerosis de la lesión en cuerpo mandibular izquierdo próxima a línea media, que muestra menor efecto expansivo, con cortical preservada midiendo la lesión unos 15 x 10 mm en plano axial. La exploración clínica manifestó la corrección completa de la tumefacción de encía vestibular. Durante el seguimiento no se manifestó pérdida de sensibilidad del nervio dentario inferior ni afectación dental.

#### CONCLUSIONES

El tratamiento conservador del granuloma de células gigantes permite tratar grandes lesiones con éxito y evitando las secuelas que tendría una intervención quirúrgica.

## MISCELÁNEA

### [0255] EL SÍNDROME DEL SENO SILENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

H. Aranibar Melendez, M. Tousidonis Rial, S. Ochandiano Caigoya, S. Álvarez Mokthari, S. Khayat, J. Salmerón Escobar  
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

#### BREVE INTRODUCCIÓN

El síndrome del seno silente (SSS) es una enfermedad rara que consiste en un colapso de las paredes del seno maxilar con descenso del suelo de la órbita ipsilateral, enoftalmos e hipoglobo progresivo. Su etiología es desconocida, pero se han descrito casos tras traumatismos faciales y sinusitis. No existe consenso en el tipo de tratamiento revisando la bibliografía científica

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de una paciente mujer de 34 años de edad con antecedente de sinusitis maxilar izquierda crónica que presenta hipoglobo y enoftalmos izquierdo progresivo y diplopía en supravversión máxima, compensada posturalmente. En la tomografía facial se evidencia ocupación del seno maxilar izquierdo con deformidad secundaria de suelo y pared medial orbitaria y deformidad de musculo recto inferior izquierdo. Se realizó estudio tridimensional de flujos nasales para tratar de forma específica las zonas de hipoventilación, hipopresión y atelectasia. Tras el estudio de flujometría nasal y modelos de impresión 3D (UPAM3D HGUGM) se trató quirúrgicamente en un tiempo quirúrgico realizándose antrostomía meatal media y stripping de mucosa nasal mediante abordaje endoscópico y reconstrucción volumétrica especular de la órbita afecta mediante estudio 3D de la órbita sana con colocación de PSI orbitario en titanio mediante abordaje transconjuntival sin cantotomía.

#### RESULTADOS

Tras un año desde la intervención quirúrgica, la paciente presenta normalización de las presiones aéreas en la flujometría nasal 3D, reconstrucción de la volumetría intraconal, corrección de la morfología y motilidad del músculo recto inferior sin diplopía en supravversión máxima, normalización del hipoglobo y enoftalmos previo.

#### CONCLUSIONES

La flujometría 3D permite el diagnóstico selectivo para el tratamiento mediante CENS en el mismo acto quirúrgico que la reconstrucción orbitaria con PSI (Patient Specific Implant) optimizando los resultados estéticos y funcionales de defectos volumétricos complejos como en pacientes con síndromes de seno silente.

## MISCELÁNEA

### [0264] MEGAESTENON BILATERAL. UTILIDAD DEL CBCT EN EL DIAGNÓSTICO

S. Llorente Pendás<sup>1</sup>, S. Rubin Milla<sup>1</sup>, M.J. García-Pola Vallejo<sup>1</sup>, C. Llorente Álvarez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro de Cabeza y Cuello Dr. Llorente. Oviedo, <sup>2</sup>Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

#### BREVE INTRODUCCIÓN

La sialectasia del Stenon se define como la dilatación del conducto salival. El grado de dilatación del conducto depende de la gravedad de la obstrucción, de la función glandular y del tiempo de evolución. La causa más frecuente es la causa obstructiva, sin embargo, existen casos de dilataciones no obstructivas, que algunos autores consideran congénitas. Éstas son con frecuencia bilaterales, aunque un lado puede estar más afectado que el otro. Es una patología benigna extremadamente infrecuente de la cual no existen muchos casos descritos. De etiología desconocida, se atribuye a una displasia de la pared ductal, anomalía de las fibras musculares que carecen de motilidad normal, asociada a contracción espasmódica del meato que conduce a retención salival y ectasia ductal consecuente. Esta ectasia salival puede sobreinfectarse por microorganismos de la cavidad oral vía ascendente. La irregularidad de la pared del conducto y el estancamiento salival impiden la correcta función y desembocan en un mayor índice de infecciones de origen intraoral.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente varón de 78 años con historia de tumefacción recidivante de la parótida izquierda, de consistencia blanda que se incrementa con las comidas. No doloroso. Disminuye de tamaño con masajes. La piel presentaba una apariencia normal, al igual que el ostium del conducto. No fiebre. No presenta adenopatías. El paciente principalmente se aqueja por la estética, las molestias intermitentes y sobre todo la limitación social que le supone la tumefacción cada vez que come. A la inspección se aprecia tumefacción geniana más llamativa en el lado izquierdo de la cara, pero también perceptible en el lado derecho, aunque en este lado no sufre episodios de tumefacción. A la expresión manual parotídea se obtiene una saliva blanquecina, espesa, no purulenta y muy abundante. Las pruebas complementarias realizadas para descartar patología sistémica, como síndrome de Sjogren, la sarcoidosis o la enfermedad de Kimura fueron negativas. La analítica también se encuentra dentro de la normalidad. En la sialografía con CBCT y la resonancia magnética se observa una dilatación bilateral del conducto de Estenon, que se describe como haustros en ristra de salchicha y el signo del bigote respectivamente. Se realizó sialografía de las submaxilares constatándose la normalidad de los conductos de Wharton.

#### RESULTADOS

Al paciente, dada su clínica, se le recomienda una parotidectomía superficial izquierda. Pero dada la posibilidad de una parálisis periférica transitoria o permanente, la rechaza. Se decide realizar una marsupialización del conducto con toma de biopsia, la cual constató signos de inflamación inespecíficos. La evolución un año después del tratamiento es satisfactoria con la resolución del cuadro de tumefacción relacionado con las comidas.

#### CONCLUSIONES

El megaestenon es una patología extremadamente infrecuente que puede ocasionar un gran discomfort al paciente, bien por infecciones de repetición o más frecuentemente por tumefacciones en relación a la ingesta de alimentos. Existen diferentes opciones terapéuticas según la severidad del caso. En el caso que se presenta se optó por la marsupialización, cuyo éxito a largo plazo depende de la magnitud del orificio resultante. La sialografía mediante CBCT es una técnica de diagnóstico útil, rápida, de baja radiación, bajo coste e imágenes prácticamente diagnósticas en esta patología.

## MISCELÁNEA

### [0276] WHARTIN BILATERAL SINCRÓNICO PAROTÍDEO: SERIE DE 8 CASOS

L. Fraile Ruiz, A. Martínez Sahuquillo, M.J. Sánchez Cadenas, I. Zubiarte Illarramendi, J.E. Agustín Cordovilla, C. Hernández Vila Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

## BREVE INTRODUCCIÓN

Los tumores de las glándulas salivales representan el 3 % de todos los tumores de cabeza y cuello, 70 % - 80 % de estos ocurren en las glándulas parótidas. Estos tumores suelen comenzar como lesiones unilaterales, bien definidas y con forma de nódulo. Los síntomas pueden variar según el tipo de tumor, la ubicación, el tamaño y la invasión o compresión del nervio. El segundo adenoma más frecuente de las glándulas salivales mayores es el tumor de Warthin (WT) que representa aproximadamente el 2-15 % de todos los tumores de parótida. Los tumores múltiples de la glándula parótida (MPGT) son inusuales, con una incidencia informada del 3,4 % de todos los tumores de la glándula parótida. Según estos datos, las masas parotídeas bilaterales representan una entidad clínica rara. Los TW multifocales suelen ser unilaterales, mientras que en la literatura se describen pocos casos de TW bilateral. Se presenta una serie de 8 casos que han presentado de forma simultánea tumor de Whartin bilateral.

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se presenta una serie de 8 casos de pacientes con Whartin bilateral, presentado ambas lesiones de forma sincrónica. Todos ellos fueron intervenidos en nuestro centro. Todos los pacientes comenzaron con un nódulo palpable en al menos una de las glándulas parótidas, ninguno de ellos presentaba sintomatología dolorosa, ni afectación del nervio facial. No presentaban afectación ganglionar.

## RESULTADOS

A todos los pacientes se les realizó TC cervicofacial y, en los que las pruebas de imagen no presentaban las lesiones de forma clara, RMN. Se realizó un tratamiento quirúrgico en todos los casos, realizándose parotidectomía superficial según las recomendaciones actuales presentes en la literatura.

## CONCLUSIONES

Las masas parotídeas deben diferenciarse de una amplia variedad de condiciones patológicas, incluidas las neoplasias benignas y malignas de la glándula parótida, las lesiones metastásicas de otros tumores malignos primarios como el carcinoma renal o pulmonar, sarcoidosis, síndrome de Sjogren, sialoadenitis, infecciones sistémicas (p. ej., tuberculosis, virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], virus del dengue) y malformaciones congénitas. Los tumores múltiples de las glándulas salivales pueden presentarse de forma sincrónica o metacrónica. Los tumores de Whartin bilaterales suelen ser metacrónicos, con solo unos pocos casos de tipo sincrónico informados en la literatura. Se debe realizar una resonancia magnética o una tomografía computarizada para investigar mejor las glándulas parótidas y planificar el tratamiento quirúrgico. Aunque la TC se usa ampliamente para determinar las características principales de las masas parotídeas, la RM tiene una definición más alta para evaluar la extensión perineural. En nuestra opinión, la evaluación por resonancia magnética o tomografía computarizada es obligatoria para permitir un diagnóstico precoz de los tumores contralaterales y nuestro tratamiento recomendado para las lesiones múltiples de las glándulas parótidas es su extirpación quirúrgica mediante parotidectomía superficial, subtotal o total.

## MISCELÁNEA

### [0289] CASO CLÍNICO: LINFOMA HODGKIN PAROTÍDEO. A PROPÓSITO DE UN CASO

F. Aguilera Padrós, A. Morla, S. Cuscó Arbors, M. Melero Luque, N. Valentines Vilaplana, M. Roig  
Hospital Universitari Bellvitge. Hospitalet de Llobregat

## BREVE INTRODUCCIÓN

Los linfomas Hodgkin parotídeos son una entidad poco frecuente. A propósito de un caso clínico, repasamos los aspectos generales de esta entidad.

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente de 49 años sin antecedentes médicos de interés consulta por nódulos parotídeos derechos que le ocasionan molestias locales ocasionales. En RMN se aprecian dos lesiones pseudonodulares en el lóbulo superficial de 19 x 19mm y 15 x 15mm sugestivas de adenoma pleomorfo. Se realizan PAAF's en tres ocasiones, una de ellas guiada por ecografía, dando todas ellas resultado de benignidad (MILAN II). Se realiza TC de cuello con contraste donde se aprecian múltiples ganglios aumentados de tamaño en cadenas láterocervicales bilaterales. A destacar nódulo en nivel IIB derecho de 16 x 9 mm y un ganglio supraclavicular derecho de 11 mm, que han crecido respecto al TC previo y persistencia de las lesiones parotídeas. Finalmente se decide intervenir, realizándose parotidectomía parcial de mitad inferior de lóbulos superficial y profundo derechos, disecando el tronco facial y preservando sus ramas. El resultado de la anatomía patológica se informa de ganglios intraparotídeos con arquitectura alterada compatible con linfoma de Hodgkin, variedad clásica con positividad para PAX5, OCT2, CD 15 y CD 30.

## RESULTADOS

La afectación primaria de la glándula parótida por linfomas es infrecuente y la gran mayoría de los casos se debe a linfomas no Hodgkin. Se cree que, en caso de los linfomas Hodgkin, la afectación del parénquima glandular siempre es secundaria a la afectación de los ganglios intraglandulares. En estos casos las PAAF suelen ser insuficientes para el diagnóstico, siendo necesario realizar biopsia para el diagnóstico definitivo.

## CONCLUSIONES

El tratamiento de elección de los linfomas Hodgkin depende del estadiaje de los mismos, variando según el número de grupos ganglionares afectados, la presencia enfermedad extraganglionar y de la presencia de síntomas del grupo B, y suele incluir quimioterapia, siendo de elección la pauta AVBD, además de radioterapia de zonas con persistencia de enfermedad, hasta autotransplante de células madre o inmunoterapia. El tratamiento quirúrgico no está indicado y se reserva en casos refractarios al tratamiento, con intención paliativa.



## NUEVAS TECNOLOGÍAS

### [0064] TECNOLOGÍA CAD-CAM PARA LA FABRICACIÓN DE MALLAS PERSONALIZADAS EN LA REGENERACIÓN ÓSEA MANDIBULAR

R. Antúñez-Conde Hidalgo<sup>1,2</sup>, J.L. Silva Canal<sup>1</sup>, I. Navarro Cuéllar<sup>2</sup>, S. Ochandiano Caicoya<sup>2</sup>, J.I. Salmerón Escobar<sup>2</sup>, C. Navarro Cuéllar<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Ruber Juan Bravo, Madrid, <sup>2</sup>Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

## BREVE INTRODUCCIÓN

Los pacientes con reconstrucción mandibular con colgajo microquirúrgico suelen presentar discrepancia ósea respecto al hueso mandibular remanente. La regeneración ósea guiada con mallas de titanio han sido utilizadas ampliamente, aunque su uso presenta limitaciones. El uso de mallas de titanio individualizadas con el sistema CAD-CAM reduce los inconvenientes de las mallas convencionales al adaptarse al defecto óseo con tasas de éxito similares a la regeneración mediante injerto en bloque.

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Estudio retrospectivo (enero 2017-diciembre 2021), serie de casos, que incluye pacientes con reconstrucción mandibular y discrepancia ósea posterior (> 8 mm) tratados con regeneración con malla de titanio CAD-CAM como cirugía preprotésica secundaria.

## RESULTADOS

Se incluyeron 6 pacientes. Todos ellos presentaban reconstrucción microquirúrgica con colgajo de peroné por ameloblastoma mandibular (50 %), sarcoma de mandíbula (33 %) y secuela de arma de fuego (17 %). El defecto vertical medio fue de 16,42 mm; el defecto mesiodistal medio fue de 62,86 mm. Se realizó una TC prequirúrgica para evaluar el defecto y diseñar la malla de titanio mediante CAD-CAM. La regeneración ósea se realizó con material autólogo (región donante: tibial 83 %, 5 casos vs cresta ilíaca 17 %, 1 caso) junto con hueso bovino liofilizado. El tiempo medio desde la regeneración ósea hasta la colocación del implante fue de 11,2 meses y de 17,2 meses hasta la rehabilitación protésica. Se colocaron 21 implantes. El seguimiento medio fue de 59,5 meses. La regeneración ósea vertical media fue de 7,2 mm y la regeneración ósea horizontal media fue de 5,5 mm. No se produjeron complicaciones importantes. Todos los pacientes fueron rehabilitados con prótesis implantosoportadas sin pérdidas en el periodo de seguimiento.

## CONCLUSIONES

La rehabilitación dental con implantes osteointegrados es el gold standard para la rehabilitación de pacientes edéntulos, incluidos los reconstruidos con colgajos microquirúrgicos. La regeneración ósea con hueso autólogo y matriz mineral guiada por mallas de titanio mediante el sistema CAD-CAM aumenta la predictibilidad y el éxito de los resultados respecto a las mallas modeladas manualmente, reduciendo el tiempo quirúrgico y el riesgo de lesión de tejidos blandos como consecuencia de una inadecuada adaptación al defecto.

## NUEVAS TECNOLOGÍAS

### [0158] DISEÑO Y FABRICACIÓN DE INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO “IN-HOUSE” EN CIRUGÍA LÁSER DE CAVIDAD ORAL MEDIANTE INGENIERÍA INVERSA

A. Sada Urmeneta<sup>1</sup>, G. Arenas de Frutos<sup>1</sup>, S. Khayat<sup>1</sup>, G. Ruiz de León<sup>1</sup>, E. López-Larren<sup>1,2</sup>, M Tousidonis Rial<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid, <sup>2</sup>UPAM3D. Madrid

## BREVE INTRODUCCIÓN

La impresión 3D ha supuesto una verdadera revolución tecnológica que ha permitido el avance en la medicina, y de forma particular en la cirugía, desde sus inicios en la década de los 80. El diseño y la impresión 3D se ha utilizado en el ámbito de la Cirugía Maxilofacial para la fabricación de biomodelos, guías de corte quirúrgicas e implantes específicos del paciente. Otro caso de uso de la fabricación aditiva 3D hospitalaria (‘point-of-care manufacturing’) es el diseño y fabricación de material quirúrgico específico para su uso intraoperatorio mediante ingeniería inversa. El láser se ha empleado en el ámbito de la cirugía oral y maxilofacial para el tratamiento de diferentes patologías cutáneas y de la cavidad oral, como por ejemplo fulguración de una lesión premaligna, resección de una lesión intraoral o el tratamiento preprotésico de la encía. Presenta grandes beneficios en cuanto a precisión, menor inflamación y efecto analgésico. Uno de los principales riesgos del tratamiento con láseres es la quemadura, directa o indirecta, de áreas anatómicas diferentes a la de la zona de tratamiento. El principal motivo es la reflexión del haz del láser sobre el material quirúrgico de acero inoxidable. La ingeniería inversa o retroingeniería es el proceso llevado a cabo con el objetivo de obtener información o un diseño a partir de un producto, con el fin de determinar cuáles son sus componentes y de qué manera interactúan entre sí y cuál fue el proceso de fabricación.

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se presenta el caso del diseño y fabricación aditiva de material quirúrgico mediante ingeniería inversa en terapia con láser en 3 casos de pacientes tratados de leucoplasias intraorales en el servicio de Cirugía Orol y Maxilofacial del Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Para el proceso de diseño y fabricación mediante ingeniería inversa se obtienen imágenes DICOM obtenidas a través de una tomografía computerizada de un Langenbeck, un retractor lingual, una pinza de disección con dientes y una pinza de disección sin dientes. Tras realizar las tomografías computerizadas al instrumental quirúrgico se realiza el postprocesado y se obtiene un archivo STL para posterior impresión del material requerido. Se realiza el diseño y fabricación de 2 Langenbeck, pinzas y retractor lingual para cada intervención quirúrgica. Tras esterilización, se empleó el material con el fin de prevenir la posible reflexión del haz de laser empleando el material habitual de titanio. Se evaluaron los costes de producción, se realizaron pruebas de uso del material y pruebas de diseño para mejorar las características del instrumental hasta lograr un diseño funcional.

## RESULTADOS

En el primer caso se realizó la impresión 3D sin realizar cambios de diseño. Observamos una fractura por la zona de mayor tensión en el Langenbeck, mala mecánica de las pinzas y buena mecánica del retractor lingual. En el segundo paciente se modificó el diseño del Langenbeck mediante tecnología CAD-CAM, empleando un mayor grosor en la zona de máximo estrés en los estudios de resistencia a la fractura. Se obtuvo un separador Langenbeck funcional para uso intraoperatorio, pero realizando mayores fuerzas que las necesarias durante la cirugía también se produjo una fractura similar, presentando mayor resistencia que el modelo anterior. En el tercer paciente, se modificó nuevamente el diseño del Langenbeck, tras los estudios realizados en los 2 casos iniciales, aumentando el grosor y la densidad del material en la zona de fractura previa, presentando mayor resistencia a la tensión y a la tracción que los modelos anteriores. Se realizó así mismo, la impresión del diseño de las pinzas, sin buenos resultados mecánicos en cuanto a funcionalidad. En los 3 pacientes se mantuvo el mismo diseño del retractor lingual, con buenos resultados a fuerzas de tracción y flexión. En ninguno de los casos se produjo una quemadura indirecta por láser. El material de impresión no presentó reflexión del haz láser y presentaba buen comportamiento al contacto con el láser. El coste del material de impresión es menor al euro por paciente.



## CONCLUSIONES

El diseño mediante ingeniería inversa y la fabricación aditiva mediante impresión 3D “in-house” o en el punto de atención (point-of-care manufacturing) permiten una comunicación rápida y fluida entre el equipo quirúrgico y el equipo de ingeniería, permitiendo el diseño y la fabricación de material específico para el cirujano. Esto supone una mejora en posibles déficits que presente el material habitualmente empleado en un centro quirúrgico en función de las necesidades específicas del caso del paciente.

## NUEVAS TECNOLOGÍAS

### [0169] DISPOSITIVO DOMICILIARIO PARA SCREENING DE AOS EN CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL

J.L. López-Cedrún Cembranos<sup>1</sup>, I. Colina Astigarraga<sup>1</sup>, G. Rubín Roger<sup>1</sup>, A. Alzueta Martínez<sup>1</sup>, F. de Carlos<sup>2</sup>, B. Patiño Seijas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. A Coruña, <sup>2</sup>Facultad de Odontología. Universidad de Oviedo. Oviedo

## BREVE INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de sospecha se establece con la clásica triada de ronquido, apneas presenciadas por el acompañante y somnolencia diurna. El diagnóstico de certeza de AOS se realiza mediante polisomnografía, prueba vigilada por un técnico en el laboratorio de sueño que requiere algunas condiciones: debe realizarse en horario nocturno o en el habitual de sueño del sujeto, el registro no debe ser menor de 6,5 horas y debe incluir por lo menos 3 horas de sueño. La PSG presenta algunos inconvenientes: es cara, laboriosa y técnicamente compleja, y no está al alcance de todos los centros. Las alternativas a la PSG completa es la poligrafía mediante equipos portátiles, que registran solamente variables respiratorias (PR) o cardiorrespiratorias (PCR) +/- pulsioximetría. La cirugía esquelética maxilofacial es el procedimiento quirúrgico que mejor resultado ofrece de los disponibles en el tratamiento de la AOS. Se observa con frecuencia que hay pacientes con deformidades dentofaciales (principalmente clase II, cara corta, retrusión bimaxilar) que se diagnostican de AOS en el transcurso del estudio ortognático, por lo que se hace interesante realizar un screening en esta población de pacientes, de forma sencilla y cómoda para el paciente, de tal forma que podamos tener un diagnóstico previo de AOS antes del tratamiento quirúrgico, o indicar la necesidad de estudios más completos si así lo indican los resultados del screening preoperatorio. También es importante conocer el resultado del tratamiento mediante cirugía esquelética de pacientes con AOS, muchas veces imposible por las largas esperas en las unidades de sueño hospitalarias. Así mismo se hace interesante realizar un estudio del sueño a los pacientes sin diagnóstico de AOS sometidos a cirugía ortognática por deformidad dentofacial favorecedora de AOS (retrusión mandibular, cara corta, cara larga, retrusión bimaxilar, déficit trasverso maxilar), para descartar la existencia de AOS. El objetivo de este trabajo es mostrar un dispositivo sencillo de screening de AOS en pacientes con deformidades dentofaciales.

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

El objetivo de este trabajo es realizar un estudio prospectivo de screening de AOS en pacientes con deformidades dentofaciales que acuden a consulta en el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del CHUAC solicitando tratamiento quirúrgico de las mismas. El screening se realizará en aquellos pacientes con características anatómicas susceptibles o favorecedoras de AOS y en aquellos en los que la anamnesis y/o los test de AOS aconsejen descartar AOS. Se completará el estudio con un estudio retrospectivo en los pacientes a los que se ha realizado tratamiento quirúrgico de AOS, para conocer el resultado de la misma con respecto al status respiratorio y a los pacientes sin diagnóstico de AOS sometidos a cirugía ortognática por deformidad dentofacial favorecedora de AOS (retrusión mandibular, cara corta, cara larga, retrusión bimaxilar, déficit trasverso maxilar). Se utilizará el dispositivo WatchPAT<sup>®</sup> 300 (Itamar Medical, Netherlands). Este dispositivo detecta eventos respiratorios basados en el análisis de la activación simpática (la vasoconstricción arterial periférica, que refleja la activación simpática, se muestra como atenuación en la amplitud de la señal PAT<sup>®</sup>), la frecuencia cardíaca y la medición de la saturación de pO<sub>2</sub>. Es una prueba de 7 canales que se realiza en domicilio de una forma muy simple. El WP300 se usa en la muñeca y utiliza una sonda basada en pletismografía montada en el dedo que mide la señal PAT<sup>®</sup> (Tono Arterial Periférico). Las señales PAT<sup>®</sup> y SpO<sub>2</sub> se graban continuamente y se almacenan en una memoria flash incorporada, junto con los datos de un actígrafo incorporado (monitor de ciclos de actividad/descanso humano, integrado en el WP300). Las señales de ronquido y posición corporal se generan a partir del sensor integrado SBP/RESBP (opcional). El sensor RESBP (ronquido de esfuerzo respiratorio y posición del cuerpo) registra la señal de movimiento del tórax del paciente además de las señales de ronquido y posición del cuerpo que se incluyen con el sensor SBP. El sistema consiste en el dispositivo WP300, que incluye actígrafo incorporado, CPU y tarjeta de circuito eléctrico incorporados, memoria flash incorporada, pantalla OLED, sonda unificada de PAT y oxímetro de pulso (sonda uPAT). Además contiene un cable de conexión de la sonda uPAT, correa para la muñeca, sensor de



Ronquidos y de Posición Corporal (SBP/RESBP), cable para la pulsera a prueba de manipulaciones, cable USB, guía de referencia paso a paso, tarjetas de referencia rápida y estuche de transporte.

### RESULTADOS

Después del estudio del sueño, las grabaciones se descargan y analizan automáticamente en un procedimiento fuera de línea utilizando el software propio zzzPAT. El software produce informes completos del estudio, con estadísticas y presentación gráfica de los resultados. Se pueden ver los datos de toda la noche y los eventos detectados automáticamente se pueden revisar manualmente. Además del IAH, permite observar las apneas relacionadas con REM, las etapas del sueño, las apneas relacionadas con la posición, el tiempo real de sueño, la latencia del sueño, los ronquidos, el número de despertares, la frecuencia cardíaca, las apneas centrales, la respiración de Cheyne Stokes y el insomnio.

### CONCLUSIONES

El dispositivo WatchPAT® puede resultar muy útil para el diagnóstico de AOS en las consultas de cirugía maxilo-facial, principalmente para el screening de pacientes con deformidades dentofaciales que cursan con retrognatia mandibular.

## ONCOLOGÍA DE CABEZA Y CUELLO

### [0002] CERVICAL SCHWANNOMA AND SURGICAL COMPLICATIONS. CASE REPORT

P. Seixas, P. Oliveira, M<sup>a</sup>. Santos, P. Santos, D. Pratas Vital  
Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central. Lisboa

#### A BRIEF INTRODUCTION

Schwannomas are a type of neurogenic tumors with origin in Schwann cells within peripheral nerves. Approximately 25-45 % of these tumors occur in the head and neck region. Schwann cells are responsible for producing the myelin sheath that surrounds and protects nerve fibers. These tumors usually grow slowly and may not cause any symptoms until they become large enough to compress nearby nerves, leading to pain, numbness, or weakness. The exact cause of Schwannoma is not known, but some research suggests that genetic mutations may play a role. These tumors are more common in adults and are slightly more common in women than men. The diagnosis of head and neck Schwannoma usually involves a physical exam, imaging studies such as MRI or CT scan, and a biopsy to confirm the diagnosis. The typical magnetic resonance (MR) appearance is iso-to-hyperintense (compared to muscle) on T1-weighted images, hyperintense on fluid-sensitive sequences, and often diffusely enhancing on contrast-enhanced images. Tissue heterogeneity is relatively common, particularly cystic degeneration. Schwannomas display characteristic signs, such as “split fat,” “fascicular,” and “target” signal patterns. The “target” signal pattern is defined by high signal intensity on the periphery and low signal intensity in the center. The “split fat” sign describes the rim of fat that is often present around masses arising from inside neurovascular bundles. A “fascicular” appearance refers to ring-like patterns on T2-weighted images that derive from the fascicular bundles in the nerve. Treatment options for head and neck Schwannoma depend on the size and location of the tumor, as well as the severity of symptoms. In most cases, surgery is the preferred treatment option, and the goal is to remove the entire tumor while preserving nerve function. Overall, the prognosis for head and neck Schwannoma is generally good, with a low risk of recurrence after complete surgical removal of the tumor. However, close follow-up is necessary to monitor for any signs of recurrence or new growth. The objective of this work is to review cervical schwannomas and post-operation complications.

#### MATERIAL AND METHOD OR DESCRIPTION OF THE CLINICAL CASE

Clinical case description and literature research in the PubMed database, using the keywords “Schwannoma”; “Head and neck”. A 52-year-old female was referred to a Maxillofacial Surgery consultation due to a slow-growing submandibular lesion with more than one year of evolution. On physical examination a right cervical mass was noted, 2-3cm in diameter, adherent to the deep planes and slightly painful on palpation. An MRI was performed and described an expansive lesion in the suprahyoid carotid space suggestive of a benign lesion of the peripheral nerve sheath.

#### RESULTS

The patient underwent excision of the lesion with intraoperative control of laryngeal motor nerves, with subsequent histological confirmation of schwannoma and total excision of the lesion. Postoperatively, mild dysphonia was noted as well as ptosis of the right upper eyelid with associated right eye miosis suggesting Horner syndrome. These postoperative findings suggest a schwannoma of the cervical sympathetic chain.

#### CONCLUSION

Cervical schwannoma is a rare and benign tumor. The treatment of choice is surgical excision but it is very important to balance the benefits of surgery with the potential harm to postoperative complications. The risks of surgery and potential lifelong and irreversible complications after surgery must be fully explained to the patient, and an appropriate treatment model should be developed based on the patient's own will.

## ONCOLOGÍA DE CABEZA Y CUELLO

### [0017] NON-HODGKIN LYMPHOMA OF THE ORAL CAVITY. A CASE REPORT

M.L. Sequeira, I. Salgado, M. Neiva de Sousa, C. Carracha, L. Nunes da Silva, P. Valejo Coelho  
Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central. Lisboa

#### A BRIEF INTRODUCTION

Non-Hodgkin Lymphomas (NHL) are characterized by a clonal proliferation of lymphocytes. Extranodal presentation involving the oral cavity is rare.

#### MATERIAL AND METHOD OR DESCRIPTION OF THE CLINICAL CASE

We present a case of a 50-year-old woman with persistent facial swelling. The clinical examination revealed a left zygomatic swelling. Intraorally, a painless and hard second quadrant vestibular mass was found. The CT-scan described a lesion extending from the upper vestibule to the infraorbital space, invading partially the maxillary sinus. An excisional biopsy of the mass was performed under local anesthesia.

#### RESULTS

The histological examination revealed a B-cell NHL of indolent behavior. The patient was treated medically in the Hematology department.

#### CONCLUSION

NHL of the oral cavity typically present with unspecific findings such as painless swelling. The prognosis of these tumors is generally favorable, however some sources state that advanced stages are commonly found in the oral cavity. Therefore, prompt biopsy is key for a timely diagnosis.



## ONCOLOGÍA DE CABEZA Y CUELLO

### [0027] RESPUESTA A LA INMUNOTERAPIA NEOADYUVANTE EN PACIENTES CON CARCINOMA PRIMARIO IRRESECANBLE LOCALMENTE AVANZADO DE CAVIDAD ORAL

O. de la Sen Corcuera, A. Encinas Bascones, S. Cabezas Camarero, M. Alonso Juarranz, F. Falahat, M. de Pedro Marina  
Hospital Clínico San Carlos. Madrid

#### BREVE INTRODUCCIÓN

El cáncer de cavidad oral (CCO) localmente avanzado presagia un mal pronóstico. Múltiples ensayos de fase I/II con inhibidores de puntos de control inmunitarios (ICI) han mostrado actividad y seguridad prometedoras en el entorno neoadyuvante.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Tres pacientes con CCO primario irresecanble localmente avanzado han sido tratados, a través de un programa de uso compasivo, con ICI +/- otros agentes sistémicos.

#### RESULTADOS

Entre octubre de 2020 y diciembre de 2021, se identificaron tres pacientes diagnosticados con enfermedad cT4b cN2-N3b M0 (estadio IVB). Dos de ellos, recibieron Pembrolizumab (200 mg q3wk IV) más Carboplatino semanal (AUC2) y Paclitaxel (80 mg/m<sup>2</sup>) (PCP) durante tres ciclos, logrando una respuesta radiológica completa. Uno de ellos (Paciente 1, ECOG2, CPS=100), sometido a cirugía (QX), mostró una respuesta anatomopatológica casi completa (< 10 % tumor viable). P1 no recibió radioterapia ni quimioterapia postoperatoria y no muestra recaída locorregional 13 meses después del procedimiento quirúrgico. P2 (ECOG 2, CPS=25) está en tratamiento definitivo con biorradioterapia radical (BRT) con Cetuximab tras Paclitaxel. P1 desarrolló una transaminitis grado 4 inmunomediada, y P2 una colitis grado 3 inmunomediada, que se resolvió rápidamente tras dosis altas de esteroides y no retrasó la BRT y QX posterior. El tercer paciente (P3) (ECOG1, CPS=5), inicialmente recibió una dosis semanal de Cetuximab (400 mg/m<sup>2</sup> (carga), 250 mg/m<sup>2</sup> (seguimiento) más Paclitaxel (80 mg/m<sup>2</sup>)) durante 8 semanas, seguido de resección tumoral. Tras este tratamiento el paciente sufrió una recidiva e inició Nivolumab (3 mg/kg/q2wk) durante 3 ciclos con enfermedad estable, seguido de una segunda resección tumoral con márgenes libres y posterior radioterapia. Dos meses tras la radioterapia postoperatoria, se evidenciaron signos de recidiva locorregional, por lo que se decidió iniciar Nivolumab más Cetuximab. No se produjeron toxicidades de grado 3-4 en P3.

#### CONCLUSIONES

El tratamiento basado en inmunoterapia neoadyuvante previo a la cirugía o a la quimiorradiación radical es una estrategia prometedora para los procesos de enfermedad irresecanble localmente muy avanzada con alta expresión de PDL1, especialmente en pacientes no aptos para quimioterapia a dosis altas. Se esperan con gran expectación los resultados de los ensayos de fase II/III en curso.

## ONCOLOGÍA DE CABEZA Y CUELLO

### [0055] CARCINOMA ANÁLOGO SECRETOR DE MAMA. PRESENTACIÓN DE UN CASO

R. Labrador Carrillo, M. de las Fuentes Monreal, R. Sánchez Moreno, S.E. Barreta Vargas, T. García Jiménez, M.F. Muñoz Guerra  
Hospital Universitario de La Princesa. Madrid

#### BREVE INTRODUCCIÓN

El carcinoma análogo secretor de mama (MASC: Mammary Analogue Secretary Carcinoma) es una entidad neoplásica de las glándulas salivares que presenta importantes similitudes histológicas e inmunohistoquímicas con el carcinoma secretor de mama. El tratamiento óptimo de estos tumores no está claramente establecido; no existe un consenso a cerca del tipo de resección quirúrgica que se debe realizar ni tampoco sobre el tratamiento complementario más adecuado para estos pacientes. El objetivo de este póster es presentar un caso tratado recientemente en nuestro centro y revisar la literatura disponible acerca de su diagnóstico y tratamiento.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente varón de 33 años con diagnóstico en junio de 2018 de MASC de glándula submaxilar izquierda tratado inicialmente en otro centro mediante submaxilectomía y disección cervical de nivel I izquierdo. En diciembre de 2018 se palpa adenopatía cervical izquierda que no muestra signos de malignidad ni en RMN ni tras punción de la misma. Acude a nuestro centro en 2022 debido a persistencia de adenopatía en controles sucesivos. Se realizó PAAF en la que se objetivó posible metástasis de carcinoma de glándula submaxilar. Se decidió disección cervical funcional izquierda.

#### RESULTADOS

La anatomía patológica reveló metástasis de MASC en múltiples ganglios linfáticos. Se decidió tratamiento radio-terápico posterior. En el seguimiento posterior no ha presentado recidivas ni complicaciones.

#### CONCLUSIONES

El carcinoma análogo secretor de mama suele comportarse como una neoplasia maligna de bajo grado, pero, en algunos casos, su comportamiento puede ser agresivo. Respecto al tratamiento, existe consenso en cuanto al tratamiento quirúrgico de la lesión primaria, pero no respecto a la disección cervical profiláctica. El valor de la RT postoperatoria es difícilmente valorable por los escasos casos en la literatura.

## ONCOLOGÍA DE CABEZA Y CUELLO

### [0056] METÁSTASIS CERVICAL DE CÁNCER DE OVARIO

M.J. Sánchez Cadenas, L. Fraile Ruiz, S.M. González Peregrina, A. Martínez Sahuquillo, C. Hernández Vila  
Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

#### BREVE INTRODUCCIÓN

El cáncer de ovario es el cáncer ginecológico más letal y la quinta causa de muerte por cáncer en mujeres a nivel mundial. Hasta un 90 % de los tumores de ovario se deben a la transformación neoplásica de las células epiteliales de la superficie ovárica (Cáncer Epitelial de ovario). Al contrario que la mayoría de tumores en humanos, los cuales se diseminan vía hematógena, el cáncer epitelial de ovario se disemina en la mayoría de los casos a través de la migración directa de las células tumorales a la cavidad peritoneal y el omento. Sin embargo, se ha demostrado recientemente que el tumor epitelial de ovario también puede diseminarse vía hematológica. El objetivo de este trabajo es actualizar la información que se tiene acerca de las metástasis cervicales del tumor epitelial de ovario y presentar un caso de metástasis cervical de tumor ovárico recientemente tratado en nuestro Hospital.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica utilizando como palabras clave “ovarian”, “cancer” and “metastasis” y ciñéndonos a los artículos publicados en los últimos cinco años. Asimismo, hemos recopilado la historia clínica y pruebas de imagen de una paciente tratada en nuestro servicio por metástasis cervical de origen ovárico en 2020.

#### RESULTADOS

A pesar de los avances en la medicina, el cáncer de ovario continúa siendo la principal causa de muerte por cáncer ginecológico. La mayoría de los pacientes son diagnosticados con estadios avanzados de la enfermedad (III-IV, en los que la enfermedad se ha diseminado fuera de la pelvis). Aunque la vía principal de diseminación ha sido considerada como la diseminación directa de las células tumorales a través del peritoneo estudios recientes muestran vías diferentes de diseminación como la vía hematológica que conllevan mayor riesgo de recidiva a lo largo de los años. Es el caso de una paciente de 50 años tratada en nuestro servicio en 2020. La paciente debutó en 2008 con un estadio IV de carcinoma papilar de ovario y fue intervenida de ovariectomía izquierda y parcial derecha, histerectomía y omentectomía. Posteriormente recibió quimioterapia adyuvante. La paciente ha estado en remisión tumoral hasta que en 2020 tuvo una recaída a nivel cervical con una adenopatía derecha en niveles IIA-III palpable. La paciente se sometió a disección cervical derecha siendo la AP concluyente para carcinoma papilar de ovario en 10 de las 13 adenopatías aisladas.

#### CONCLUSIONES

En la actualidad el cáncer de ovario sigue constituyendo uno de los tumores más letales a nivel ginecológico. Las nuevas vías estudiadas de diseminación muestran la posibilidad de producir metástasis años después del diagnóstico y tratamiento. Es por ello que más investigación es necesaria para conocer mejor como funciona este tumor y poder dar el tratamiento más correcto a tiempo.

## ONCOLOGÍA DE CABEZA Y CUELLO

### [0069] GRANULOMA DE CÉLULAS PLASMÁTICAS: UNA RARA ENTIDAD CON PRESENTACIÓN INTRAORAL

E. Martínez Carapeto, L. Jiménez León, M. Domínguez Gómez, L. Sánchez Navarro, J. Herce López  
Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

#### BREVE INTRODUCCIÓN

El granuloma de células plasmáticas (también llamado pseudotumor inflamatorio) es una rara entidad tumoral benigna, cuya presentación en cavidad oral (concretamente en encía) es aún más infrecuente

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un paciente de 56 años, sin antecedentes patológicos de interés, derivado desde la consulta del odontólogo privado, donde había acudido para valoración de una rehabilitación implantológica en sector anterior. El paciente tenía una enfermedad periodontal avanzada en dicha zona, y presentaba una lesión exofítica de superficie polipoidea, difusa, en encía de premaxila, de color rosado, de unos 5 cm de longitud, y varios meses de evolución. La OPG no mostraba alteraciones. Ante la sospecha de lesión maligna, se realizó biopsia excisional y el diagnóstico anatomopatológico fue de granuloma de células plasmáticas, que se trata de una proliferación gingival policlonal plasmacítica. Se completó el estudio con analítica y proteinograma, siendo ambas pruebas complementarias normales.

#### RESULTADOS

Tras la exodoncia de las piezas, la biopsia y el tratamiento de la enfermedad periodontal, la lesión resolvió por completo, y no ha presentado recidivas hasta el día de hoy. El paciente pudo completar la rehabilitación con implantes.

#### CONCLUSIONES

La etiología de esta entidad es desconocida, y su presentación en una localización intraoral es extremadamente infrecuente. Otras localizaciones posibles dentro del territorio de cabeza y cuello son el hueso temporal, las amígdalas, la región submandibular, los senos paranasales o la lengua. La importancia del caso clínico que presentamos radica en que, ante su apariencia macroscópica, es necesario realizar un diagnóstico diferencial con otras entidades más frecuentes dentro de la patología maxilofacial, tanto malignas (como el carcinoma escamoso, o metástasis de otros tumores primarios), como benignas (fibromas, granulomas piógenos, granulomas periféricos de células gigantes, o fibromas osificantes). Para el diagnóstico anatomo-patológico, también es necesario distinguir esta entidad de otras lesiones ricas en células plasmáticas, como la mucositis de células plasmáticas, la gingivitis de células plasmáticas, el plasmocitoma extramedular, o el mieloma múltiple. Su tratamiento estándar es la resección quirúrgica completa, y también la radioterapia o los corticoides en casos de lesiones de gran tamaño, cercanas a estructuras vitales, o muy profundas

## ONCOLOGÍA DE CABEZA Y CUELLO

### [0086] FIBROXANTOSARCOMA ATÍPICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Á. Antón Tercero, B. Pera Cagigal, C. Muñoz González, B. Zarauza Santos, S. García Martín, B. Burgos Vico  
Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

#### BREVE INTRODUCCIÓN

El fibroxantosarcoma atípico es un tipo de neoplasia dérmica mesenquimal poco frecuente generalmente de rápido crecimiento. Es más frecuente en varones de avanzada edad, entre la séptima y octava década de vida. Como factores de riesgo se puede asociar exposición solar y antiguas lesiones. Se presenta el caso de un paciente de 78 años con lesión en vértex de 6x7cm de 3 semanas de evolución tras antecedente traumático. Se realizó exéresis de la lesión con reconstrucción con colgajo de rotación, diagnosticando un fibroxantosarcoma atípico tras estudio anatomopatológico.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente de 78 que acude a urgencias por lesión en vértex de 6 x 7 cm de 3 semanas de evolución tras antecedente traumático. Tumoración de aspecto exofítico, de aspecto rojizo granulomatoso ulcerado con sangrado al roce. No dolorosa. No adenopatías palpables. No alergias conocidas, HTA. Se completa estudio con TC craneal, cervical, torácico y abdominal y se realiza hallazgo casua de aneurisma abdominal.

#### RESULTADOS

El paciente finalmente es intervenido quirúrgicamente de forma programada bajo anestesia general e intubación orotraqueal, realizándose resección de tumoración en vértex hasta plano subperióstico con márgenes de 2 cm. Se realizó cierre de defecto con colgajo de rotación «en molinillo» de tres colgajos y se cubrió defecto en región occipital y frontoparietal derecho con injerto cutáneo de espesor parcial (obtenido de cuádriceps izquierdo). Hemostasia y cierre por planos con sutura reabsorbible y Prolene. Drenaje tipo Penrose y cobertura compresiva con esponjas de los injertos. Fue dado de alta a los cinco días tras la cirugía. Intervenido de su aneurisma de aorta de forma endovascular. Seguimiento dos veces a la semana en el primer mes y a partir de entonces en los siguientes meses, una vez a la semana para revisión y curas.

#### CONCLUSIONES

El fibroxantosarcoma atípico es un tipo de neoplasia dérmica mesenquimal poco frecuente generalmente de rápido crecimiento. Es más frecuente en varones de avanzada edad, entre la séptima y octava década de vida. Como factores de riesgo se puede asociar exposición solar y antiguas lesiones. Es necesario realizar un abordaje quirúrgico con al menos 2 cm de margen de lesión debido a su gran agresividad local. No está demostrado que se beneficie de un tratamiento posterior con quimioterapia y/o radioterapia.

## ONCOLOGÍA DE CABEZA Y CUELLO

### [0109] METÁSTASIS DE CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE

F. Pérez Salazar, L. Fraile Ruiz, I. Zubiate Illarramendi, A. Martínez-Sahuquillo Rico, C. Camacho Sánchez-Mora, J. Fernández Solís  
Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

#### BREVE INTRODUCCIÓN

El carcinoma mucoepidermoide es la neoplasia maligna más común de las glándulas salivares, y es la segunda de mayor frecuencia de todos los tumores de estas glándulas.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se presenta un caso de carcinoma mucoepidermoide parotídeo izquierdo, en un hombre de 50 años de edad, quien fue tratado con manejo quirúrgico con resección de la lesión y diagnóstico histopatológico confirmatorio, que posteriormente presentó metástasis a distancia en múltiples localizaciones, destacando: apéndice cecal y mamas.

#### RESULTADOS

Su presentación clínica cursa con metástasis regionales en su mayoría, sin dejar de lado algunos casos de invasión a distancia.

#### CONCLUSIONES

Es tumor un grado de agresividad variable, formado por una variedad de células, de las cuales las dos más constantes son las mucosas y las epidermoides, de las que derivan su nombre, siendo las productoras de moco las indispensables para el diagnóstico.

## ONCOLOGÍA DE CABEZA Y CUELLO

### [0126] ADENOMA CANALICULAR: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA, A PROPÓSITO DE UN CASO

E. García García, M. Ruiz Ranz, N. Rodríguez Torres, M. Rubiera Valdés, L.F. García-Consuegra Gómez del Pulgar, J.C. de Vicente Rodríguez

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

## BREVE INTRODUCCIÓN

El adenoma canalicular es un tumor benigno de glándula salival menor, poco frecuente. Representa el 1 % de los tumores de glándula salival. Típico de mujeres entre 60-70 años, como un nódulo asintomático en labio superior. Su diagnóstico es histopatológico y su tratamiento es quirúrgico, con escasas recurrencias.

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 57 años de edad, que presentaba un nódulo en la mucosa del lado izquierdo del labio superior, con crecimiento progresivo. A la exploración, se palpaba una lesión bilobulada y consistente de 2,5x1 cm, móvil y no adherida a planos profundos. Se realizó una biopsia escisional. Su estudio microscópico concluyó que se trataba de un adenoma canalicular.

## RESULTADOS

Como bien ejemplifica este caso, el adenoma canalicular se localiza predominantemente en labio superior, con tendencia a aparecer en mujeres en la sexta década de la vida. Su estudio histológico reveló un tumor benigno con proliferación epitelial mononorfa, de aspecto basaliode en cordones celulares, sobre un estroma hipocelular bien vascularizado. Fue positivo para técnicas inmunohistoquímicas como S100, panqueratinas y citoqueratina 8. Debe realizarse diagnóstico diferencial con entidades como adenocarcinoma de glándula salival, carcinoma adenoide quístico, adenoma pleomorfo, adenoma de células basales y adenocarcinoma polimorfo de bajo grado.

## CONCLUSIONES

Los adenomas canaliculares, como en este caso, son tumores con una presentación clínica definida, pero el diagnóstico definitivo depende del análisis histopatológico. Su tratamiento es quirúrgico, con escasas recidivas.



## ONCOLOGÍA DE CABEZA Y CUELLO

### [0133] INMUNOTERAPIA EN PACIENTES CON CARCINOMA DE CAVIDAD ORAL RECURRENTE Y METASTÁSICO: NUESTRA EXPERIENCIA EN UNA CENTRO TERCIARIO

A. Encinas Bascones, Ó. de la Sen Corcuera, E. Varela Reyes, M. Alonso Juarranz, S. Cabezas Camarero, M. de Pedro Marina  
Hospital Clínico San Carlos. Madrid

#### BREVE INTRODUCCIÓN

El cáncer de cavidad oral recurrente/metastásico se considera de mal pronóstico con una mediana de supervivencia inferior a 15 meses, generalmente. La evidencia científica señala positivamente a los inhibidores de puntos de control inmunitarios (immune checkpoint inhibitors) para tratar de manera efectiva el cáncer de cabeza y cuello y en particular, el cáncer de cavidad oral.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Presentamos un estudio retrospectivo de eficacia y seguridad de los inhibidores anti PD-L 1 administrados en pacientes con Cáncer de Cavidad oral recurrente/metastásico en el Hospital Clínico San Carlos. Se analizan las tasas de respuestas objetivas, la supervivencia libre de progresión, la supervivencia global y la toxicidad del fármaco.

#### RESULTADOS

Entre octubre de 2016 y abril de 2021, se seleccionan 30 pacientes con enfermedad recurrente/metastásica en cáncer de cavidad oral, entre los cuales 19 son hombres y 11 mujeres. La mediana de edad se sitúa en 70 años (rango: 36-92). Se utilizan los inhibidores anti PD-L1 en 18 pacientes de primera línea, 10 de segunda línea de tratamiento y 3 en tercera línea o más. Se emplean anti PD-1 en 20 pacientes y anti PD-L1 en 10 pacientes. La tasa de respuesta objetiva (ORR) es del 45 %. La mediana de supervivencia libre de progresión desde el inicio del tratamiento con los agentes anti PD-L1 es de 4 meses y la mediana de supervivencia global desde el inicio es de 16 meses. La toxicidad grado 3/4 (neumonitis n =2 y colitis n = 1) se resuelve rápidamente con inmunosupresores. Tres pacientes muestran signos de enfermedad progresiva que obligan a la suspensión de los ciclos de inhibidores.

#### CONCLUSIONES

Nuestros datos sugieren que con la mayoría de pacientes de edad avanzada las respuestas al tratamiento y la supervivencia pueden llegar a ser más altas que las publicadas en los ensayos clínicos fase III de inmunoterapia en cabeza y cuello. Igualmente, somos conscientes que son necesarios más ensayos prospectivos para definir mejor su función en el cáncer de cabeza y cuello y concretamente en el cáncer de cavidad oral.

## ONCOLOGÍA DE CABEZA Y CUELLO

### [0136] MASA DEL ESPACIO MASTICADOR: PRESENTACIÓN INUSUAL DEL ADENOMA PLEOMORFO JUVENIL

J. Martín Rodríguez, D. Bastidas Rosas, A. Cardín Perea, B. Apellániz Aguirre, J. Hernando Vásquez, A. Bidaguren  
Hospital Universitario Donostia. Donostia, Gipuzkoa

#### BREVE INTRODUCCIÓN

Los adenomas pleomorfos son el tumor de glándulas salivares más frecuente, representando del 45-75 % de las neoplasias de este tipo, de estos, El 85 % se originan en la glándula parótida y <10 % en glándulas salivares menores (1). La edad de presentación habitual es entre la tercera a sexta década de la vida y se consideran tumores benignos con potencial de transformación maligna. Clínicamente se presentan cómo un bulto solitario de crecimiento lento que en resonancia magnética se identifica cómo una masa bien circunscrita de baja intensidad en T1, alta intensidad en T2 y que realza homogéneamente con contraste (2). Su tratamiento es la resección quirúrgica completa dada la alta tendencia a recurrir, muchas veces en patrón multifocal (4).

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Reportamos un caso de una paciente de 14 años sin antecedentes de interés derivada desde atención primaria por presentar cómo hallazgo incidental, una masa asintomática blanda no adherida a planos profundos de 3cm en espacio masticador derecho. En la resonancia magnética se identificó una lesión sólida bien definida de 2.5 cm que realzaba con contraste y no era infiltrativa en el espacio masticador derecho en íntimo contacto con la pared lateral del seno maxilar y sin adenopatías sospechosas.

#### RESULTADOS

Durante el procedimiento quirúrgico se identifica y reseca una masa de consistencia blanda adyacente al músculo masetero sin complicaciones, la anatomía patológica reveló la presencia de un adenoma pleomórfico sin signos de malignidad de posible origen en una glándula salivar menor. Durante el seguimiento en consultas externas 1 año después la paciente permanece asintomática.

#### CONCLUSIONES

El adenoma pleomórfico es el tumor de glándulas salivales más frecuente, sin embargo, su presentación en el espacio masticador es extremadamente raro, encontrándose un único caso reportado en la literatura aparte de este (3). A pesar de lo anterior, se debe tener en cuenta la posibilidad de su existencia en espacios adyacentes a la cavidad oral y considerarlo dentro de los diagnósticos diferenciales a este nivel.

## ONCOLOGÍA DE CABEZA Y CUELLO

### [0147] TRANSFORMACIÓN DE CARCINOMA BASOCELULAR A CARCINOMA ESCAMOSO CUTÁNEO NASAL TRAS TRATAMIENTO CON VISMODEGIB. A PROPÓSITO DE UN CASO

E. Mirada Donisa, A. Ramos Zayas, M. Gavín Clavero, J. Mommsen, D. Martí Vidal, F.J. Rodríguez Fernández  
Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona

#### BREVE INTRODUCCIÓN

El Vismodegib es un fármaco inhibidor de la vía Hedgehog que se utiliza para el tratamiento del carcinoma basocelular localmente avanzado o metastásico. Sus efectos secundarios a largo plazo aún están siendo estudiados, pero se ha descrito la posibilidad de un aumento del riesgo de aparición de carcinoma escamoso cutáneo.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de una mujer de 86 años, tratada con Vismodegib por una recidiva de carcinoma basocelular infiltrante con desmoplasia estromal moderada. La paciente fue diagnosticada por primera vez de CBC nodular en 2015, realizándose una resección incompleta con márgenes afectos. Posteriormente se realizó ampliación de los márgenes de la lesión, resultando también con márgenes afectos, por lo que posteriormente se decidió la administración de inmunomoduladores tópicos. Un año más tarde, en mayo de 2018, la paciente presentó la primera recidiva, por lo que la lesión se resecó de nuevo hasta obtener márgenes libres y se realizó reconstrucción del defecto con colgajo frontal e injerto de cartílago de concha auricular derecha. 17 meses después, la paciente presentó una nueva lesión en dicha zona y se decidió tratar con inmunomoduladores tópicos, con aparente respuesta clínica. Pasado un año, en 2020, la lesión volvió a recidivar por segunda vez, por lo que se decidió tratar con radioterapia, con una dosis total de 48 Gy. Ante una nueva recidiva en mayo de 2022, la tercera, se decidió tratamiento con Vismodegib. 9 meses después del inicio del tratamiento con Vismodegib, la paciente presentó una destrucción completa del ala nasal derecha con la aparición de unas lesiones mamelonadas en el reborde del defecto. Ante la sospecha de persistencia de enfermedad o transformación a carcinoma escamoso, se decidió realizar una biopsia de dichas lesiones, con el resultado de carcinoma escamoso infiltrante.

#### RESULTADOS

El Vismodegib es un inhibidor selectivo de la vía de señalización Hedgehog que está indicado para el tratamiento del carcinoma basocelular localmente avanzado y metastásico. Actúa uniéndose e inactivando, de forma específica, al receptor transmembrana Smoothened (SMO), frenando la activación de factores de transcripción del oncogén asociado a glioma (GLI), suprimiendo así la proliferación y el crecimiento tumoral. En el CBC, la vía de señalización Hedgehog está constitucionalmente activada. Pueden existir mutaciones en el gen PTCH1 y en SMO. El gen PTCH1 es un gen supresor tumoral que codifica un receptor transmembrana. Cuando el ligando Hedgehog se une a PTCH1, éste libera la proteína SMO quedando activa y se activa la transcripción de genes como GLI1. Una mutación en este gen supresor tumoral que afecte a los 2 alelos hace que el receptor PTCH1 no sea funcional y SMO esté permanentemente activada, por lo que la vía quedaría permanentemente activa. El gen SMO, por otro lado, actúa como oncogén. Cuando existen mutaciones que afectan ese gen, la proteína SMO queda permanentemente activada, incluso con la presencia de PTCH1. Existe controversia en la literatura sobre la transformación de un CBC a un CEC. Un estudio retrospectivo de Moran et al. demostró un aumento de riesgo significativo de transformación a CEC tras vismodegib en un estudio retrospectivo de 180 pacientes, tras realizar un reajuste por edad y por sd. De Gorlin. Otros estudios, como Bhutani et al, no han conseguido demostrar este aumento de riesgo.

#### CONCLUSIONES

Actualmente existe controversia en la literatura en cuanto a la transformación de un CBC a un CEC tras la administración de Vismodegib. No obstante, se recomienda realizar un control estrecho de los pacientes en tratamiento con Vismodegib, realizando biopsias seriadas de tejidos con cambios en su aspecto clínico con sospecha de transformación a CEC.

## ONCOLOGÍA DE CABEZA Y CUELLO

### [0156] METÁSTASIS PAROTÍDEA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE ANGIOSARCOMA CUTÁNEO FACIAL

Y. Aguilar Lizarralde, J.L. Fernández Maya, F. A. Ramírez Pérez, S. Duran Mínguez, H. Piñas Hormeño  
Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga

#### BREVE INTRODUCCIÓN

El angiosarcoma cutáneo representa un tipo de tumor extremadamente agresivo e infrecuente (en torno al 1 – 2 % de todos los sarcomas), tendente a la recidiva local y con una supervivencia a los cinco años del 10 – 50 %. Se distinguen tres tipos: Primario o idiopático de cara y cuero cabelludo, también llamado síndrome de Wildson - Jones, que representa un 50 % del total y que es propio de pacientes ancianos. Secundario a área de linfedema crónico, o síndrome de Stewart – Trever, sobre todo en mujeres con mastectomías radicales. Y secundario a radioterapia cutánea (también relacionado a tratamientos del cáncer de mama). La forma de presentación es insidiosa, mediante máculas y pápulas violáceas de aparición multicéntrica y que progresan rápidamente hacia lesiones nodulares y ulcerosas mal delimitadas con edema y sangrado asociados. El rápido crecimiento local supone que en el momento del diagnóstico, la enfermedad se encuentre en estadio avanzado. Las metástasis son poco frecuentes en procesos iniciales, siendo el pulmón y el sistema linfático los principales asientos de estas. El diagnóstico diferencial debe realizarse con otras entidades cutáneas tipo rosácea, linfoma, granuloma piógeno o sarcoma de Kaposi. El tratamiento de elección es eminentemente quirúrgico, mediante resecciones amplias (con márgenes clínicos de 3 cm) evitando plastias locales a fin de enmascarar recidivas. El predominio de localización a nivel de la frente y el cuero cabelludo hace que las cirugías sean bastante mutilantes además de ser difícil la posibilidad de conseguir márgenes libres. La radioterapia, quimioterapia e inmunoterapia suponen tratamientos poco efectivos que en la mayoría de los casos se reservan para procesos avanzados siendo en muchos de ellos con carácter paliativo.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de paciente varón de 84 años que es remitido a nuestras consultas para valoración de inflamación parotídea izquierda de varias semanas de evolución y resistente a tratamiento antiinflamatorio y antibiótico oral. A la exploración, se constata la presencia de una lesión parotídea izquierda de unos 3 cm de diámetro mayor de consistencia indurada y que genera inflamación glandular adyacente con dolor a la palpación. Resto de exploración de cabeza y cuello sin incidencias, no constatando lesiones cutáneas llamativas.

#### RESULTADOS

Se realiza estudio ambulatorio del caso con resultados de RMN en los que se informa de nódulo en torno a 1 cm de diámetro mayor en lóbulo superficial de parótida izquierda con captación de contraste y con edema perilesional asociado. Se correlaciona con patología inflamatoria glandular a lo que orienta también la PAAF ecoguiada, aludiendo a lesión de potencial maligno incierto (clasificación Milan IVB). Mes y medio después, acude el paciente a Urgencias por empeoramiento brusco del cuadro salivar con parálisis facial acompañada de lesión violácea de localización frontal y centrofacial que evoluciona rápidamente durante los días que se encuentra ingresado en nuestra unidad, llegando a acompañarse de áreas nodulares y ulcerosas. Se decide realización de estudio anatomopatológico de biopsia cutánea y de BAG parotídea donde ya se informa de angiosarcoma de alto grado en la primera muestra y de metástasis del mismo en la segunda.

#### CONCLUSIONES

La rapidísima progresión de la lesión, llegando incluso a ocupar la totalidad de la piel facial en los días sucesivos, hace que la cirugía y la radioterapia resultasen inviables, optándose por valorar tratamiento quimioterápico paliativo que se acaba desestimando dada la edad avanzada del paciente y las comorbilidades que presenta.

## ONCOLOGÍA DE CABEZA Y CUELLO

### [0162] HETEROTOPIA GLIAL CON EXTENSIÓN A ESPACIO PARAFARÍNGEO, RETROFARÍNGEO, MASTICADOR, SUBMANDIBULAR Y PAROTÍDEO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS. A PROPÓSITO DE UN CASO Y SEGUIMIENTO DURANTE 8 AÑOS

P. Rofin Fontanet, J. Temprana-Salvador, M. Garrido Pontnou, C. Bescós Atín, J. Ruiz Casas, M. Munill Ferrer  
Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona

#### BREVE INTRODUCCIÓN

Palabras clave: Neoplasias de cabeza y cuello, Obstrucción vías respiratorias, Anomalías congénitas, Sistema Nervioso Central, Neuroglía. Introducción La ectopia neuroglial se ha definido como una masa compuesta de tejido neuroectodérmico diferenciado aislado del canal espinal o craneal. Esta lesión debe ser considerada en el diagnóstico diferencial entre recién nacidos con síntomas clásicos de dificultad respiratoria, masa en el cuello y dificultades para alimentarse. La literatura describe múltiples tejidos heterotópicos como tejidos tiroidal, de glándulas salivares o gástrico en diferentes localizaciones como cuero cabelludo, cuello, nasofaringe, paladar o lengua. No obstante, se describen únicamente unos 200 casos de tejido heterotópico glial y la mayoría de estos casos se concentran en la cavidad nasal. Otras localizaciones de este tejido glial heterotópico se describen en localizaciones como órbita, oído medio, lengua, paladar, faringe, cuello o parafaringe con una incidencia mucho más baja y pocos casos descritos. Respecto a la última localización, según la literatura publicada, se estiman la existencia de unos 20-30 casos en todo el mundo. En este breve poster presentaremos el caso clínico con heterotopia glial con extensión a múltiples espacios en la zona cervical, así como su manejo y seguimiento durante 8 años.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Descripción del caso clínico: presentamos el caso de un paciente recién nacido pretérmino a las 35 semanas de gestación. Durante la exploración física se evidencia una masa submandibular izquierdo. Se realiza una ecografía que evidencia una lesión (20 x 15 mm) de características heterogéneas constituida por áreas de aspecto quístico y sólido. Esta lesión ocupa múltiples espacios y regiones y el estudio con Doppler no evidencia hipervascularización. El radiólogo lo orienta como un posible limfangioma microquístico y recomienda una RMN para valorar la extensión en profundidad así como al vía aérea. El paciente es altado dado la buena evolución con una RMN y un control posterior. No obstante, a los 6 días de vida reingresa dado inicio de estridor y apnea obstructiva. A la exploración se evidencia mala perfusión periférica junto con dificultad para la respiración y tiraje intercostal acompañado de aleteo nasal. Dado el riesgo de la vía aérea y el inicio de apneas se realiza intubación orotraqueal y posteriormente una RMN que evidencia una extensa y voluminosa con unas dimensiones de 5 x 3 x 2,5 cm de diámetro. La describen como una lesión transespacial que se extiende desde el espacio masticador izquierdo al espacio retrofaríngeo, desde la naso a la orofaringe ocupando a su vez la región parafaríngea izquierda, celda parotídea y espacio submandibular izquierdo e incluso se extiende a nivel subcutáneo malar – preauricular izquierdo. Posteriormente, se realiza una biopsia en quirófano, así como una traqueostomía reglada. El informe de anatomía patológica, tras múltiples tinciones y técnicas de inmunohistoquímica indica que la lesión es compatible con tejido glioneuronal ectópico. En múltiples pruebas de imagen posteriores se evidencia crecimiento de la masa y finalmente, con 70 días de vida, el paciente es operado realizándose una resección subtotal de la masa submandibular, así como la colocación de una gastrostomía. El paciente se mantiene hospitalizado durante 17 días después de la cirugía y es altado a domicilio. La muestra remitida confirma el diagnóstico de heterotopia neuroglial. 1 año después, el paciente es nuevamente intervenido para la exéresis de las lesiones remanentes cervicales, así como retrofaríngeas. Finalmente, el paciente después de 2 años es decanulado y se retira la gastrostomía sin incidencias. El paciente es seguido de forma mensual y posteriormente anual con pruebas de imagen (RMN) que evidencian persistencia de lesiones residuales quísticas a nivel parafaríngeo y en el espacio masticador izquierdo que se han mantenido estables durante los 6 años posteriores a la última cirugía. Actualmente el paciente realiza una vida completamente normal con una capacidad de fonación y deglución adecuadas. No presenta ninguna limitación para las actividades de la vida diaria de un niño, así como el desarrollo cognitivo conductual.

## RESULTADOS

Resultados / Discusión Las masas cervicales pediátricas tienen un amplio diagnóstico diferencial. La heterotopía neuroglial es una condición rara que fue descrita por primera vez en 1852 por Reid. Se trata de un tumor benigno de tejido neural ectópico sin conexión intracraneal, a diferencia del encefalocele. Las teorías propuestas para la patogénesis de este tipo de masa incluye el descenso de tejido cerebral (encefalocele) a través del cráneo que eventualmente se cierra y este encefalocele evoluciona a la heterotopía neuroglial. Otras teorías es el desplazamiento de células neuroectodérmicas o el atrapamiento de células gliales del bulbo olfatorio. Las revisiones de la literatura realizadas recientemente han encontrado muy pocos casos en el mundo de heterotopías neurogliales fuera de la cavidad nasal. La mayoría de los pacientes eran mujeres y la tumoración se encontraba en el lado izquierdo. Algunos casos se asociaban a otras alteraciones como defectos cardíacos, secuencias de Pierre-Robin o fisuras palatinas. La presentación clínica de estos casos depende del tamaño de la tumoración, así como su efecto masa sobre las estructuras subyacentes. Los pacientes suelen presentar distrés respiratorio, dificultades para la alimentación, así como la presencia o no de una masa cervical. En la mayoría de revisiones de casos, las heterotopías neurogliales parafaríngeas se manifestaban como tumoraciones quísticas y solidas. El contenido quístico se trataba, de hecho, en líquido cerebrospinal producido por el plexo coroidal del tejido neuroglial. El diagnóstico se realiza con la obtención de tejido ya sea a través de biopsia o en la excisión quirúrgica. El tejido neuroglial presenta positividad para GFAP y S100 y el plexo coroidal presenta positividad para CK7. Actualmente, el tratamiento es la cirugía con una exéresis completa. No obstante, el momento de cuando realizar la cirugía sigue siendo una controversia dado que los procesos en pacientes neonatos suelen ser más difíciles, pero demorar la cirugía puede causar distrés respiratorio, dificultades para la alimentación, parálisis de nervios craneales por progresión del crecimiento de la masa, etc. Posteriormente, se requiere un estrecho seguimiento ya que se han demostrado hasta un riesgo de recurrencia del 30 %. Por eso se recomienda realizar una escisión completa tanto como sea posible, aunque algunas veces es difícil conseguirlo y se pueden realizar múltiples escisiones por etapas.

## CONCLUSIONES

Las heterotopías neurogliales deben ser consideradas como diagnóstico diferencial de masas que obstruyen las vías respiratorias en grupos de edad pediátrica. Entre ellas se deben incluir el higroma quístico, el encefalocele, el meningocele, el teratoma y los quistes de la hendidura braquial. Clínica y radiológicamente es difícil diferenciar la heterotopía glial de otras lesiones. Estas masas suelen ser asintomáticas muchas veces, no obstante, en algunos casos pueden producir obstrucción de la vía aérea. El diagnóstico preoperatorio de heterotopías neurogliales parafaríngeas es difícil, ya que no hay características clínicas o radiológicas específicas confirmadas. El tratamiento de elección es la exploración y resección completa de forma quirúrgica dado el potencial de crecimiento de la masa y su riesgo de recurrencia.



## ONCOLOGÍA DE CABEZA Y CUELLO

### [0186] LINFANGIOMA QUÍSTICO PAROTÍDEO. TUMORACIÓN INFRECUENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

D. Rodríguez Pérez, L. Margallo Itza, B. García Carballo, M. García García, P. Manchado Bombín  
Hospital Universitario Cruces. Barakaldo, Bizkaia

#### BREVE INTRODUCCIÓN

El linfangioma quístico también denominado higroma quístico, o malformación linfática macroquística, es una lesión benigna del sistema linfático. Se produce por el secuestro u obstrucción de los vasos linfáticos en desarrollo. Descrita originalmente por Redenbacker en 1828, en 1956 Landing y Farber clasificaron las malformaciones linfáticas en cuatro categorías: capilar, cavernoso y quístico (higroma), y el hemolinfangioma, una combinación de hemangioma y linfangioma. Alrededor del 50 % de los linfangiomas están presentes al nacer y el 90 % se diagnostican en los dos primeros años de vida. La aparición en la edad adulta es muy poco frecuente y se debe descartar causa adquirida o iatrogénica. Su localización más frecuente la es cabeza y cuello, pudiendo desarrollarse en cualquier órgano o tejido del cuerpo, histológicamente los quistes están recubiertos por endotelio y llenos de linfa.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Mujer de 14 años, acude a nuestro servicio por inflamación en área parotídea y malar izquierda de 2 semanas de evolución de instauración brusca, se solicita biopsia eco dirigida urgente, siendo infructuosa y ameritando 3 días después, drenaje quirúrgico urgente de hematoma pre parotídeo izquierdo, persistiendo tumoración. Examen físico: Gran tumoración a nivel preauricular izquierdo sin signos de sufrimiento cutáneo, fluctuante a la palpación. No drenaje espontáneo. No clínica febril. Trismus en los episodios más agudos. No otros datos de interés. Pruebas complementarias: - TC parotídea: Aumento de tamaño de área parotídea izquierda a expensas de lesión heterogénea localizada en lóbulo superficial, presenta unos diámetros aproximados de 58 x 31 mm en sus ejes APxLM, con componente espontáneamente denso y áreas hipodensas que conforman nivel líquido-líquido y que resulta sugestiva de contenido hemático. - AngioRM parotídeas: Lesión quística multiloculada con niveles hemáticos en varios lóculos intraparotídea en vertiente anterior de lóbulo superficial (hacia proceso facial), con contacto en profundidad con vena retromandibular. No presenta focos de realce arterial-precoz en estudio angiográfico. Solo presenta realce fino de tabiques y pared. No presenta comportamiento agresivo regional, parece confinado a glándula. Los hallazgos sugieren que ha sufrido sangrado intralesional. Se decide llevar el caso al comité de lesiones vasculares donde se había planteado escleroterapia percutánea, pero, por presentarse la lesión con microquistes no subsidiarios de punción y el riesgo de lesión del nervio facial, se determina como mejor tratamiento el quirúrgico. Tras los resultados de pruebas complementarias y la sesión de lesiones vasculares se decide llevar el caso a sesión clínica oncológica, donde se decide tratamiento quirúrgico con márgenes libres. I.Q: Hallazgos: Tumoración quística confinada en lóbulo superficial de parotídea izquierda. Con anestesia general reglada se realiza bajo Neuromonitorización intraoperatoria del N. facial, parotidectomía superficial izquierda, se consigue la extirpación completa del tumor. El postoperatorio transcurrió sin incidencias y se dió de alta al tercer día. Anatomía patológica definitiva: Se informó sobre las muestras enviadas de tumor en formol, confirmándose el diagnóstico de Linfangioma quístico parotídeo.

#### RESULTADOS

El postoperatorio transcurrió sin incidencias y se dió de alta al tercer día, su evolución 4 meses después de la cirugía ha transcurrido sin complicaciones.

#### CONCLUSIONES

Los linfangiomas se presentan casi siempre durante la niñez, sobre todo en el primer año de vida, con incidencia de 1.2 a 2.8 por cada 100,000 recién nacidos, desciende ligeramente su incidencia hasta los 5 años, y progresivamente disminuye hasta los 16 años, siendo excepcional en la edad adulta, lo que denota que su aparición en nuestra paciente de 14 años es muy infrecuente. Las complicaciones que producen se deben al tamaño que





alcanzan y a la localización. Las imágenes preoperatorias son esenciales para el diagnóstico y para buscar la extensión y los límites de estructuras anatómicas siendo la RM el estudio de elección, puede ser recurrente en el 10-15 % de los casos sobre todo en glándulas salivales. La extirpación quirúrgica completa es el tratamiento de elección del linfangioma quístico sin la cual existe el riesgo de infección y formación de fistulas, aunque existen reportes de otras alternativas terapéuticas; una de ellas es la escleroterapia. El objetivo de la cirugía es el alivio de la obstrucción de las estructuras vitales y un abordaje mínimamente invasivo es el más factible, en nuestro caso al ser una tumoración de instauración rápida y al tratarse de una tumoración benigna, se decide realizar una parotidectomía superficial, con muy buenos resultados hasta hoy que han transcurridos 4 meses desde la cirugía.

## ONCOLOGÍA DE CABEZA Y CUELLO

### [0189] ABORDAJE DEL CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS TIPO BASALOIDE. A PROPÓSITO DE UN CASO

F. Rodríguez Posada, M.J. Caro Romero, A. Tofe Toledano, J.I. Rendón Infante  
Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

#### BREVE INTRODUCCIÓN

Descrito por primera vez en cabeza y cuello en 1986 por Wain SL y cols., el carcinoma de células escamosas basaloide constituye una entidad rara, poco común y agresiva del carcinoma de células escamosas. Se caracteriza por la presencia de varios componentes celulares, el basaloide y el escamoso, en proporciones variables. Sin embargo, el análisis de los marcadores inmunohistoquímicos es fundamental para su diagnóstico puesto que las características histopatológicas del tumor son superponibles a otras neoplasias. Concretamente, el diagnóstico está basado en el estudio de Ki67, p53, p16 y las citoqueratinas AE1 y AE3. El CCEB presenta una predilección típicamente hacia el trato aerodigestivo superior, con tendencia multifocal, profundamente invasivo y metastásico incluso en estadios iniciales. Con respecto al tratamiento del carcinoma de células escamosas basaloide no se ha establecido un protocolo consensuado a nivel internacional, abogando en la mayor parte de la literatura por un abordaje quirúrgico en medida de lo posible con resección de la lesión y de los ganglios linfáticos regionales, típicamente cervicales. Otros autores defienden el uso de la quimioterapia de entrada debido a las altas tasas de metástasis a distancia y el mal pronóstico.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un varón de 64 años diagnosticado de carcinoma escamoso basaloide describiendo el enfoque clínico y terapéutico del caso. Se trata de un varón con antecedentes personales de carcinoma adenoi-de colorrectal avanzado, tratado mediante quimioterapia y radioterapia con remisión completa, a la espera de reconstrucción coloproctológica. En este contexto acude a su odontólogo por molestias orales. Desde odontología se le trata como una neuralgia de la II y III rama trigeminal, indicando por su parte exodoncia de todas las piezas dentales de manera seriada y derivación a Cirugía Maxilofacial ante el avance de la sintomatología. En consultas, el paciente acude por primera vez con trismus moderado, dolor incontrolable con analgesia de primer escalón y dificultad para la ingesta. En la exploración se aprecia una tumoración ulcerativa en trígono retromolar izquierdo de gran tamaño que se extiende hacia oro e hipofaringe, así como conglomerado adenopático a nivel latero-cervical bilateral de reciente aparición. Ante estos hallazgos, se realiza biopsia y estudio radiológico tipo TC. El estudio histopatológico concluyó que se trataba de un Carcinoma de células escamosas tipo basaloide cuya población tumoral presentaba expresión inmunohistoquímica de p63, p40 y citoqueratina 5/6, resultando negativo a marcadores neuroendocrinos. Así mismo, con una sobreexpresión de p16. El TC se describe como "neoplasia de gran tamaño en orofaringe que desde pilar amigdalino se extiende a trígono retromolar, suelo de la boca y lengua caudalmente y a paladar blando cranealmente, donde pasa la línea media. Existen adenopatías cervicales de gran tamaño también (23 mm en el eje corto la mayor), yugulodigástricas (nivel IIA derecho y IIA y IIB izquierdo) y yugular izquierda (nivel III)." Ante dichos hallazgos de reciente aparición y el rápido crecimiento de la lesión, el caso se discute en sesión multidisciplinar oncológica para toma de actitud terapéutica más adecuada.

#### RESULTADOS

Dado el tamaño de la tumoración y su debut en un estadio muy avanzado, característico de estas lesiones, se descartó la cirugía de entrada, decidiendo de manera conjunta el tratamiento mediante quimioterapia de inducción. La respuesta tumoral al tratamiento mediante quimioterapia de manera aislada ha sido muy favorable, reduciéndose desde las primeras sesiones el tamaño del tumor primario y prácticamente una desaparición total de las adenopatías cervicales. Pendiente de evolución, el paciente ha recuperado su nivel de vida previo sin necesidad de tratamiento quirúrgico en el momento actual con una remisión casi completa de las lesiones.



## CONCLUSIONES

La controversia en cuanto al tratamiento de las estirpes tumorales menos frecuentes localizadas en cabeza y cuello, como el carcinoma de células escamosas tipo basaloide, nos hace en ocasiones establecer semejanzas con el carcinoma de células escamosas, más habitual en nuestro medio, y extrapolando el mismo algoritmo diagnóstico y terapéutico. Sin embargo, está descrito un comportamiento completamente distinto de estos tumores y por tanto, se hace completamente necesario establecer un protocolo de tratamiento específico basado en la evidencia para lesiones de dicha naturaleza.

## ONCOLOGÍA DE CABEZA Y CUELLO

### [0193] BIOPSIA SELECTIVA DE GANGLIO CENTINELA EN CARCINOMA ESCAMOSO DE CAVIDAD ORAL EN ESTADIO PRECOZ: EXPERIENCIA CLÍNICA EN NUESTRO CENTRO

T. Cordero García, R. Vera Martín, G. Martín Lozano, A. Bonilla de Damiá, J.I. Gutiérrez Pérez  
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

#### BREVE INTRODUCCIÓN

El objetivo de este estudio de cohorte prospectivo es analizar una serie consecutiva de pacientes con carcinoma oral y orofaríngeo a quienes se les realizó biopsia de ganglio centinela (BSGC) en nuestra institución desde abril de 2017 hasta mayo de 2021.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se incluyeron en el estudio un total de 121 pacientes con carcinoma oral u orofaríngeo primario confirmado clínica, radiológica y patológicamente, sin signos de ganglios cervicales metastásicos (N0). Durante el seguimiento se registraron datos personales, información clínica, localización del tumor, profundidad de invasión (DOI), características del ganglio centinela, complicaciones de la cirugía y evolución general.

#### RESULTADOS

Se encontraron ganglios centinela en el 98,3 % de los casos. En treinta pacientes (24,8 %) se identificaron ganglios centinela metastásicos. El 26 % fueron micrometástasis (0,2mm-2mm) y el 70 % macrometástasis (>2mm). Solo un paciente tuvo células tumorales aisladas identificadas en el estudio del ganglio centinela. El valor predictivo negativo (VPN) y la sensibilidad de la BSGC fueron del 93,47 % y 86 %, respectivamente. Seis pacientes tuvieron recurrencia posterior, habiendo tenido una biopsia previa del ganglio centinela negativa. La profundidad de la invasión (DOI) es un predictor individual de metástasis en los ganglios linfáticos cervicales, a mayor DOI, mayor frecuencia de ganglios centinela positivo con resultados estadísticamente significativos.

#### CONCLUSIONES

Nuestros resultados respaldan el uso de la BSGC como un método seguro y mínimamente invasivo, con menos complicaciones que la disección de cuello estándar entre pacientes con cáncer de células escamosas oral u orofaríngeo clínico T1-T2 N0. Además, nuestros datos confirman que la DOI se asocia estadísticamente con metástasis en los ganglios cervicales y que la BSGC es una herramienta óptima para identificar el drenaje tumoral bilateral en lesiones orales laterales.

## ONCOLOGÍA DE CABEZA Y CUELLO

### [0212] CASO CLÍNICO: DE COMO UN TUMOR DE ORIGEN DESCONOCIDO CERVICAL (MOD) DIAGNOSTICADO TRAS PAAF, ECOGRAFIA CERVICAL, TAC CERVICOFACIAL CCIV Y PET-TC RESULTA SER UN QUISTE BRANQUIAL TRAS ESTUDIO HISTOLOGÍA DEFINITIVO

A. Aliaga Sánchez<sup>1</sup>, F. García Molina<sup>2</sup>, F. Martínez Díaz<sup>2</sup>, A.J. Gómez Poveda<sup>1</sup>, A. Aliaga Rodríguez<sup>3</sup>, E. Aliaga Rodríguez<sup>4</sup>  
<sup>1</sup>Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, <sup>2</sup>Servicio y Cátedra de Anatomía Patológica, Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia, <sup>3</sup>Servicio de Cirugía General, <sup>4</sup>Unidad Docente de medicina Familiar y Comunitaria. Complejo Hospitalario Universitario de Cartagena. Cartagena, Murcia

## BREVE INTRODUCCIÓN

Se presenta el caso de un enfermo que tras el diagnostico de MOD cervical tras PAAF, Ecografía cervical, TAC cervicofacial CCIV y PET-TC resulta ser un quiste branquial tras estudio histología definitivo

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de un enfermo que tras el diagnostico de MOD cervical tras PAAF, Ecografía cervical, TAC cervicofacial CCIV y PET-TC resulta ser un quiste branquial tras estudio histología definitivo

## RESULTADOS

Se presenta el caso de un enfermo que tras el diagnostico de MOD cervical tras PAAF, Ecografía cervical, TAC cervicofacial CCIV y PET-TC resulta ser un quiste branquial tras estudio histología definitivo

## CONCLUSIONES

Se presenta el caso de un enfermo que tras el diagnostico de MOD cervical tras PAAF, Ecografía cervical, TAC cervicofacial CCIV y PET-TC resulta ser un quiste branquial tras estudio histología definitivo de manera que concluimos que pese a las pruebas complementarias (incluido el PET -TC ) puede y de hecho hay un error diagnostico confundiendo una neoplasia con un tumor benigno, de manera que tenemos que concienciarnos que pese a los avances en pruebas complementarias ,finalmente el único diagnostico valido es el patológico.

## ONCOLOGÍA DE CABEZA Y CUELLO

### [0221] TUMOR PARDO MAXILAR. A PROPÓSITO DE UN CASO

L. Martín Martínez, L.A. Díaz Galvis, A.S. De Oliveira Gomes, Z. Serrano Longobardo, A. Monreal Perales, G. Cabero López  
Hospital Universitario de Navarra. Pamplona

#### BREVE INTRODUCCIÓN

El tumor pardo es una manifestación esquelética poco frecuente secundaria a una elevada producción de hormona paratiroidea o PTH. Esta alteración endocrina condiciona una alteración en el metabolismo fosfocálcico que tiene como consecuencia el desbalance de la actividad osteoclástica del hueso. Entre las causas más frecuentes de hiperparatiroidismo primario se encuentran el adenoma (80 %) y la hiperplasia (25 %) de paratiroides. Por contra, la principal causa de hiperparatiroidismo secundario es la ERC. El tumor pardo es un tumor benigno poco frecuente (0.1 %), si bien su incidencia aumenta hasta un 4.5 % en casos de hiperparatiroidismo, sobre todo de origen primario. Suelen asentar sobre huesos largos, pelvis, costillas y clavículas. La afectación del esqueleto facial es rara, encontrándose en menos del 5 % de los casos.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de una mujer de 51 años sin antecedentes personales de interés que acude a Urgencias por dolor en maxilar superior izquierdo de 2 semanas de evolución. A la exploración se objetiva una tumoración renitente en 2C con abombamiento de ambas corticales y movilidad grado 3 y extrusión de 2,3-2,5 que condicionaba prematuridad izquierda. En OPG se identifica una lesión radiolúcida que se extiende desde 2,2 a 2,7 con rizólisis de piezas 2,3-2,6 y desaparición del hueso alveolar. El TAC informa de una masa solido-quística de características expansivas en maxilar izquierdo que se extiende superiormente hasta la base nasal y suelo de seno maxilar izquierdos con afectación de piezas dentales. No se identificaron ganglios de aspecto patológico a nivel cervical. La biopsia fue sugestiva de tumor periférico de células gigantes. El estudio analítico previo a la biopsia fue normal salvo por una hipercalcemia de 14mg/gL por lo que la paciente fue derivada a Endocrinología para estudio, tras el cual fue diagnosticada de un hiperparatiroidismo primario a consecuencia de un adenoma de paratiroides. Dado el resultado AP y el diagnóstico de HPT primario se plantea la posibilidad diagnóstica de tumor pardo maxilar y se decide postponer la extirpación hasta haber realizado la paratiroidectomía.

#### RESULTADOS

Tras la paratiroidectomía la paciente evolucionó de forma satisfactoria disminuyendo de forma significativa el dolor asociado a la lesión maxilar y normalizando las cifras de calcemia. A la exploración clínica se objetivó también una resolución progresiva del tamaño y consistencia de la lesión, con fijación de las piezas móviles y resolución espontánea de la disoclusión. Actualmente la paciente continúa en seguimiento sin objetivar empeoramiento clínico ni radiológico.

#### CONCLUSIONES

Hoy en día, el tumor pardo es una manifestación esquelética rara que está presente en el 10 % y 15 % de los pacientes con hiperparatiroidismo primario y secundario respectivamente. Cuando afectan a la mandíbula y al maxilar, suelen presentarse como masas dolorosas y expansivas de crecimiento rápidamente progresivo. Histológicamente se caracterizan por la presencia de células gigantes en un estroma fibrovascular en el que pueden observarse depósitos de hemosiderina que le confieren un color marronáceo. Estos hallazgos histológicos no permiten diferenciarlos de otras lesiones de células gigantes y su diagnóstico se establece en función de la historia clínica y diagnóstico endocrinológico. Generalmente, tras la paratiroidectomía la mayoría de estos tumores involucionan espontáneamente, siendo necesaria la extirpación únicamente en aquellos casos en los que hay persistencia u ocasionan graves problemas funcionales.

## ONCOLOGÍA DE CABEZA Y CUELLO

### [0247] **RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA EN TUMORES DE CABEZA Y CUELLO. A PROPÓSITO DE UN CASO**

J.C. Blasco Palacio, C. España Fuentes, J.A. Fernández Martínez, C. Voltas Moreno, M. Reyes Raya, J.J. Maldonado Ostios  
Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

#### BREVE INTRODUCCIÓN

Los tumores de cabeza y cuello son la séptima causa de mortalidad debido a patología tumoral a nivel mundial. La radioterapia intraoperatoria es un arma terapéutica que debemos tener en cuenta en estos pacientes, consiguiendo además menos efectos adversos respecto a la radioterapia externa convencional.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente de 46 años intervenida mediante parotidectomía total conservadora de Leimiosarcoma de origen venoso en lóbulo superficial de parótida derecha. Posteriormente recibió tratamiento adyuvante con QT y RT. Dos años más tarde presenta recidiva tumoral en lecho tumoral diagnosticada en pruebas de imagen de control.

#### RESULTADOS

Debido a las características del tumor primario, así como de la recidiva, se decide reintervenir a la paciente realizando resección ampliada del tumor junto con tratamiento adyuvante con radioterapia intraoperatoria. Actualmente la paciente permanece sin signos de recidiva locorregional en pruebas de imagen de control.

#### CONCLUSIONES

La radioterapia intraoperatoria es una alternativa a tener en cuenta en pacientes con patología tumoral del área maxilofacial debido a la necesidad constante de tratamiento adyuvante en estos pacientes. Esta opción de tratamiento complementario nos permite una mayor dosis en menor tiempo respecto la radioterapia externa convencional. Además permite delimitar la zona a radiar, por lo que la toxicidad del tejido sano circundante mucho menor.



## ONCOLOGÍA DE CABEZA Y CUELLO

### [0266] METÁSTASIS DE MELANOMA CUTÁNEO EN CAVIDAD ORAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

C. Camacho Sánchez-Mora, M.J. Sánchez Cadenas, F. Pérez Salazar, I. Zubieta Illarramendi, A. Martínez-Sahuquillo Rico, L. Fraile Ruiz  
Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

#### BREVE INTRODUCCIÓN

El melanoma es una neoplasia maligna de origen melanocítico. Aparece predominantemente en la piel y rara vez se producen lesiones en las mucosas. Es el cáncer cutáneo más agresivo, el cuarto más común en hombres y el quinto más común en mujeres. Actualmente su incidencia esta creciendo más que cualquier otro cáncer. Las localizaciones primarias más frecuentes son la espalda en los hombres y las extremidades inferiores en las mujeres y tiene una alta capacidad de metastatizar. El melanoma cutáneo metastásico en cavidad oral es extremadamente infrecuente y está poco descrito en la literatura. Las manifestaciones orales más frecuentes son masas orales de gran tamaño, lesiones pigmentadas y zonas de extracción con lesiones que no cicatrizan. Las localizaciones más frecuentes son la mucosa oral y la lengua. Aunque el pronóstico es variable suelen implicar un mal pronóstico.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de un paciente de 44 años, que consulta por una tumoración excrecente azulada y friable en la mucosa vestibular adyacente a las piezas 25-27, de rápido crecimiento en pocos días y dolorosa a la palpación. Como antecedentes de interés, ha sido diagnosticado hace año y medio de melanoma de extensión superficial en brazo izquierdo, actualmente en Estadio IV . Presenta metástasis óseas, cerebrales, pulmonares y retroperitoneales. Tras tratamiento con quimioterapia, radioterapia y varias líneas de inmunoterapia, en el momento de la consulta se encuentra en tratamiento con Ipilimumab (a la espera de PDL1 para valorar añadir Nivolumab). Se realiza una biopsia escisional de la lesión bajo anestesia local.

#### RESULTADOS

El diagnóstico anatomopatológico de la lesión intraoral es positivo para metástasis de melanoma. La lesión apareció nuevamente dos semanas tras la biopsia. Se administró RT local para control de la enfermedad intraoral. El paciente falleció al mes de la toma de la biopsia a causa de la progresión cerebral de la enfermedad.

#### CONCLUSIONES

Las metástasis de melanoma en cavidad oral son infrecuentes, se pueden manifestar como masas excrecentes, pigmentadas o azuladas en la mucosa oral, pudiendo simular otras lesiones de la cavidad oral, como el granuloma piógeno o lesiones de origen vascular. Se debe incluir la metástasis oral en el diagnóstico diferencial en pacientes con antecedentes personales de melanoma que presenten esta sintomatología. Suelen implicar un mal pronóstico, al estar asociadas a estadios avanzados de la enfermedad.

## ONCOLOGÍA DE CABEZA Y CUELLO

### [0272] REPORTE DE UN CASO DE METÁSTASIS EN FOSA TEMPORAL CÓMO PRESENTACIÓN INICIAL DE UN CARCINOMA HEPATOCELULAR

A. Faura Manresa, A. García Hernández, I. Arribas García, R. Martínez Martínez, I. Méndez Del Río, C. Martínez Gimeno  
Hospital Universitario de Canarias. San Cristóbal de La Laguna, Tenerife

#### BREVE INTRODUCCIÓN

Las masas localizadas en cabeza y cuello requieren de un diagnóstico diferencial entre tumores primarios y metástasis. Los tumores que con más frecuencia metastatizan a este territorio son los de tiroides, pulmón y riñón. El carcinoma hepatocelular (CHC) tiene una frecuencia de metástasis en esta área <1 %, siendo más frecuente en la mandíbula.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Acude a nuestro servicio un paciente de 60 años con una masa temporal izquierda de 6x5 cm de dos semanas de evolución. No asociaba clínica oftalmológica o neurológica. En el TAC realizado además se visualizó una masa en esófago como hallazgo incidental. Se realiza una biopsia incisional que no es diagnóstica.

#### RESULTADOS

Tras presentar el caso en el comité de tumores de sistema nervioso central, cabeza y cuello se decide intervención por parte del servicio de neurocirugía para realizar una citoreducción y toma de biopsia. A nivel macroscópico el tumor estaba altamente vascularizado, y el análisis anatomopatológico fue diagnóstico de CHC. La masa esofágica fue filiada como un carcinoma de células escamosas de laringe. El paciente fallece debido a evolución de su enfermedad.

#### CONCLUSIONES

Las metástasis de CHC en área maxilofacial son muy infrecuentes y no debe ser la principal sospecha. Sin embargo, están descritas en la literatura y su aparición como presentación inicial implica un mal pronóstico limitando el arsenal terapéutico y la supervivencia del paciente.

## **PATOLOGÍA DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR**

### **[0008] HALLAZGOS ARTROSCÓPICOS DE UN CASO SINGULAR DE CONDROMATOSIS SINOVIAL DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR**

M. de las Fuentes Monreal, R. Labrador Carrillo, J.M. Suárez Pavón, R. Sánchez Moreno, L. Verde Sánchez, M.F. Muñoz-Guerra  
Hospital Universitario de La Princesa. Madrid

#### **BREVE INTRODUCCIÓN**

La condromatosis sinovial es una patología poco frecuente en la articulación temporomandibular (ATM). Se produce por una metaplasia de los remanentes mesenquimales del tejido sinovial, que da lugar a la formación de un gran número de cuerpos libres que aparecen tanto en la sinovial como en el espacio articular. Su tratamiento es quirúrgico y consiste en la retirada completa de los cuerpos libres para evitar recurrencias.

#### **MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO**

Se presenta un caso clínico de condromatosis sinovial de la articulación temporomandibular con la presencia de un único cuerpo libre de gran tamaño tratado mediante artroscopia.

#### **RESULTADOS**

La totalidad de los casos descritos en la literatura cuentan con un gran número de cuerpos libres en el espacio articular, salvo uno similar al nuestro en el que únicamente se halló un cuerpo calcificado de gran tamaño. Por ello, la paciente descrita pudo ser tratada mediante artroscopia, sin precisar cirugía abierta. Seis meses después de la intervención se encuentra sin dolor, con una apertura oral dentro de la normalidad y con resolución radiológica prácticamente completa de la patología.

#### **CONCLUSIONES**

El número de cuerpos libres presentes en la ATM en casos de condromatosis descritos en la literatura es habitualmente alto, haciendo necesaria la cirugía abierta para su retirada en la mayoría de los casos. No obstante, el tratamiento inicial ha de basarse en la artroscopia ya que en aquellos casos en los que el número sea pequeño, bastará con la retirada de los mismos con un fórceps mediante esta técnica. Sin embargo, los pacientes han de ser advertidos de la posibilidad de cambio hacia una cirugía abierta cuando la artroscopia no permita la retirada de la totalidad de los mismos y, cuando sea preciso, para la realización de una sinovectomía.

## **PATOLOGÍA DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR**

### **[0066] CONDROMATOSIS SINOVIOL DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR: REVISIÓN DEL TRATAMIENTO ARTROSCÓPICO. A PROPÓSITO DE 2 CASOS**

L. Fernández-Figares Conde, M. Rodríguez Talero, R. López Martos, J.L. Gutiérrez Pérez  
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

#### **BREVE INTRODUCCIÓN**

La condromatosis sinovial (CS) es una metaplasia cartilaginosa de los remanentes mesenquimales del tejido sinovial de las articulaciones. Es una enfermedad de etiología desconocida y poco frecuente. Puede definirse como un proceso benigno sinovial caracterizado por la formación de nódulos cartilaginosos (cuerpos libres). La CS afecta principalmente a grandes articulaciones sinoviales siendo poco común su aparición en la articulación temporomandibular (ATM). La sintomatología predominante es dolor, inflamación, limitación de los movimientos mandibulares, crepitación y laterodesviación mandibular. A continuación, se presentan 2 casos de nuestro servicio con CS de ATM.

#### **MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO**

Se revisa en las principales bases de datos las ventajas del tratamiento artroscópico: PUBMED, Embase, WOS. Se diseñan los patrones de búsqueda: "Synovial Chondromatosis AND Arthroscopy" destacando en los filtros los artículos de los últimos de 5-10 años. Se proponen dos casos clínicos similares en relación a la patología referida. Pacientes de sexo femenino en torno a la 6ª década de la vida con dolor en la articulación temporomandibular de manera unilateral que no cede a pesar de relajantes musculares, férula de descarga y analgesia ajustada que asocia inflamación con derrame articular refractario a corticoterapia. En ambos casos se realizó una Resonancia Magnética con el hallazgo proliferaciones sinoviales, derrame articular, edema y pequeños fragmentos en el interior de la capsula articular compatibles con Condromatosis Sinovial de ATM. Ante dichos hallazgos en ambos casos propusimos a las pacientes como primera opción terapéutica el tratamiento artroscópico con idea de extraer todos los condrocitos proliferados en el interior de la cápsula articular.

#### **RESULTADOS**

En ambos casos, bajo AG, se accedió a la articulación con un abordaje posterolateral y triangulación posterior asociada, con hallazgos de una membrana Sinovial hipervascularizada, sinovitis grado IV y abundantes cuerpos libres intracapsulares. Se realizó extirpación de todos los sinoviocitos hallados en el área intraarticular con electrocoagulación posterior de sinovial y del tejido retrodiscal, además de inyección final de AL para evitar la artralgia postoperatoria. El cierre de los puntos de acceso se realizó con puntos de aproximación. El tiempo quirúrgico fue de 1h en un caso y 1h y 15 minutos en el segundo. El tiempo de ingreso necesario fue de 24h con dolor controlado con analgesia oral habitual, sin complicaciones de las heridas quirúrgicas ni limitación de apertura. Los resultados anatomopatológicos confirmaron la sospecha diagnóstica con proliferación condroide que se presenta con una disposición en lámina de los condrocitos con proliferación de células fusiformes.

#### **CONCLUSIONES**

La artroscopia debería ser la primera opción terapéutica para el tratamiento de la CS. La artroscopia propone un tratamiento seguro con la eliminación. Permite un postoperatorio de mayor calidad, con disminución del dolor y de la alteración de la ATM con respecto a la cirugía abierta.

## **PATOLOGÍA DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR**

### **[0220] POTENCIALES COMPLICACIONES DE LAS PRÓTESIS DE STOCK ADAPTADAS MEDIANTE ORDENADOR Y GUÍAS DE CORTE**

M. Fernández Mayoralas Gómez, R. Vera Martín, M. Rodríguez Talero, R. López Martos, J.L. Gutiérrez Pérez  
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

#### **BREVE INTRODUCCIÓN**

El objetivo principal de las prótesis de ATM es restaurar la función y forma mandibular. La ATM contribuye a la masticación, deglución, discurso y soporte de la vía aérea, por ello, esta articulación resulta ser la articulación que debe soportar más cargas a lo largo de la vida. La sustitución aloplástica debe ser considerada una vez se han probado todas las alternativas menos invasivas y como tratamiento de la patología temporomandibular en estadios avanzados. Entre las causas para indicar la colocación de una prótesis de ATM se encuentran las siguientes patologías: - Artritis inflamatorias de la ATM refractarias a otros tratamientos - Anquilosis ósea o reanquilosis refractaria. - Pérdida de altura mandibular posterior o de la relación oclusal por reabsorción condilar, traumatismo, malformación o neoplasia. - Disfunción temporomandibular grave (estadio V de Wilkes). En la actualidad hay dos tipos de dispositivos aloplásticos disponibles para la reconstrucción de la ATM: dispositivos estándar y dispositivos hechos a medida. Ambos constan de dos componentes: el temporal (fosa/eminencia) y el mandibular (rama/cóndilo), los cuales son fijados y estabilizados al hueso temporal y la cara lateral de la rama de la mandíbula respectivamente, con tornillos de titanio bicorticales. La planificación y la fabricación de dispositivos aloplásticos a medida permiten una excelente adaptación a las estructuras anatómicas específicas de cada paciente y son elección en los casos de pacientes con grandes discrepancias anatómicas o con afectación ósea grave. En cambios las prótesis de stock adaptan el paciente a la prótesis. Hoy en día, con una cirugía cada vez más personalizada nos hace pensar que las prótesis customizadas son la primera alternativa, aunque las prótesis de stock siguen manteniendo algunas ventajas como son su disponibilidad inmediata y su menor coste. Una solución intermedia puede ser la planificación de la cirugía mediante ordenador y guías de corte utilizando prótesis de stock.

#### **MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO**

Paciente mujer de 38 años derivada desde otro centro con historia de varias artroplastias sobre ambas articulaciones hace años que acude con dolor y limitación a la apertura oral. Se decide exploración inicial con artroscopia que evidencia estado degenerativo avanzado de la articulación por lo que ante la persistencia de síntomas se opta por recambio aloplástico. Dado que la articulación no está excesivamente degenerada a pesar de cirugía previa y la gran sintomatología dolorosa de la paciente se opta por prótesis de stock con adaptación por ordenador con guías de corte personalizadas

#### **RESULTADOS**

A pesar de conservar aparentemente oclusión en postoperatorio inmediato, al mes la paciente presenta mordida cruzada con buena apertura y ausencia de dolor. Se decide la re exploración quirúrgica y al recolocar a la paciente en la oclusión más estable con líneas medias centradas se evidenció que la posición de la rama debía cambiar 3 mm. Tras esta última cirugía la paciente se encuentra con buena apertura oral, oclusión estable y sin dolor.

#### **CONCLUSIONES**

A pesar de que las prótesis de stock pueden ser una alternativa en el tratamiento de la disfunción temporomandibular avanzada, este procedimiento presenta limitaciones con respecto a las prótesis customizadas dado que no hemos de olvidar que estamos adaptando el paciente a la prótesis; aunque como en este caso, se haya realizado una cirugía correctamente planificada. Hemos de destacar que la posibilidad de que pacientes con desgastes dentales presenten varias posibles oclusiones estables hace que haya que prestarle mucha atención. Igualmente, la rama al no ser a medida puede presentar varias posiciones posibles, siendo importante cerciorarse de que la oclusión se mantiene tanto con el paciente relajado como revertido.

## **PATOLOGÍA DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR**

### **[0245] ANQUILOSIS BILATERAL DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR EN CONTEXTO DE ESPONDILITIS ANQUILOSANTE**

M.E. Larios Barandiarán, F. Monje Gil, M. Moreno Sánchez, H.A. Amado Duarte, P. Martínez Artal, S. Contreras Pérez  
Hospital Universitario de Badajoz. Badajoz

#### **BREVE INTRODUCCIÓN**

La Espondilitis Anquilosante (EA) es una enfermedad crónica que se caracteriza por la inflamación y anquilosis resultante del esqueleto axial. La afectación de la articulación temporomandibular (ATM) ocurre entre un 5-20 % de los casos. Sin embargo, la aparición de anquilosis en esta última es muy rara.

#### **MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO**

El caso que se presenta trata de un varón de 56 años de edad diagnosticado de Espondilitis Anquilosante de varios años de evolución. Fue derivado a nuestras consultas por una limitación progresiva para la apertura oral y consecuente empeoramiento de su calidad de vida, con dificultad para la correcta realización de otras funciones mandibulares asociadas, como la masticación y el habla. A la exploración, presentaba una máxima apertura oral (MAO) de 11 mm con endfeel positivo, con limitación para la protrusión y lateralización mandibular. En la tomografía axial computerizada (TAC) y la resonancia magnética (RM) se apreciaba una grave degeneración articular bilateral. De esta manera, el cuadro clínico orientaba hacia una anquilosis fibroósea bilateral de la ATM. El tratamiento quirúrgico consistió en la resección del bloque de anquilosis fibroósea y recambio de ambas articulaciones con prótesis aloplásticas de ATM customizadas, diseñadas mediante planificación prequirúrgica 3D y tecnología CAD/CAM. El análisis anatomopatológico mostraba infiltración ósea por granulocitos eosinófilos y desorganización de las fibrillas de colágeno. La evolución postoperatoria ha sido favorable durante los 3 años de seguimiento, con una mejoría de su apertura oral hasta los 30 mm. Sin conflicto de intereses.

#### **RESULTADOS**

El presente caso refleja la posible afectación y alteración de la función de la ATM en pacientes con artritis inflamatorias y se presenta un algoritmo terapéutico para el tratamiento de estos pacientes, cuyas secuelas, de no mediar tratamiento, pueden ser altamente incapacitantes.

#### **CONCLUSIONES**

Destacar la importancia de la valoración de la articulación temporomandibular en el contexto de la Espondilitis Anquilosante, para diagnosticar precozmente su afectación en estos pacientes.

## **PATOLOGÍA DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR**

### **[0250] ARTRITIS Y OSTEOMIELITIS DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR. A PROPÓSITO DE UN CASO**

A. Mur Til, C. España Fuentes, J.A. Fernández Martínez, C. Voltas Moreno, M. Reyes Raya, J.J. Maldonado Ostios  
Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

#### **BREVE INTRODUCCIÓN**

La artritis séptica de la articulación temporomandibular (ATM) es una entidad muy poco frecuente cuyo origen suele ser debido a un foco infeccioso (local o a distancia), secundario a procedimientos invasivos o a traumatismos. El debut cursa con dolor, impotencia funcional, inflamación, eritema o disoclusión y, para su diagnóstico, serán útiles las pruebas de imagen y el estudio microbiológico. El tratamiento de elección es médico, con antibiótico empírico y precoz, aunque en ciertas ocasiones son necesarios procedimientos invasivos como lavados articulares mediante artrocentesis, cirugía de legrado o incluso colocación de prótesis de la articulación.

#### **MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO**

Paciente de 71 años, inmunosuprimido por síndrome mielodisplásico, debuta con otalgia y otorrea, siendo diagnosticado de otitis media. A pesar de varias tandas de antibiótico oral y tópico, evoluciona desfavorablemente hacia una otomastoiditis, requiriendo colocación de drenaje transtimpánico. Tras tres meses sin mejoría de su cuadro otológico, el paciente sufre un empeoramiento progresivo con aumento del dolor, disoclusión, trismo, eritema y edema en zona de ATM; por lo que se decide realizar un TC. La prueba de imagen sugiere un diagnóstico de otitis y osteomielitis de la ATM, por lo que el paciente ingresa para tratamiento antibiótico endovenoso.

#### **RESULTADOS**

El paciente ingresa para tratamiento antibiótico endovenoso previa toma de cultivo de secreción ótica. Inicia tratamiento antibiótico empírico y endovenoso con Ertapenem. Tras el resultado del cultivo se desescala a Ciprofloxacino. Finalmente, debido a la importante mejoría clínica y radiológica tras varias pruebas de imagen y un mes de ingreso con tratamiento antibiótico endovenoso, se decide alta hospitalaria y continuación de tratamiento hasta las 6 semanas por vía oral

#### **CONCLUSIONES**

La artritis séptica de la ATM es una patología con una muy baja incidencia en nuestro medio. Este hecho provoca que, en la mayoría de casos, el diagnóstico sea de exclusión, viéndose retrasado en el tiempo varias semanas/meses. Este hecho comporta graves repercusiones en el paciente a corto y largo plazo, como a anquilosis, la destrucción articular, la erosión ósea, afectación intracraneal/meningea, incluso la muerte. Es importante, por lo tanto, incluirlo dentro de los diagnósticos diferenciales de la patología aguda de la ATM, sobre todo en aquellos pacientes con unos antecedentes concretos y un cuadro clínico compatible. Asimismo hay que recordar que el tratamiento antibiótico precoz es la mejor arma contra esta patología, por lo que el estudio microbiológico previo puede ser crucial, no solo para su diagnóstico, sino para un correcto tratamiento.



## PATOLOGÍA DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR

### [0261] CONDROCALCINOSIS DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR

Á. Martínez-Sahuquillo Rico, M<sup>a</sup>. J. Sánchez Cadenas, F. Pérez Salazar, F. Monsalve Iglesias, A. Cabello Serrano, B. García Medina  
Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

#### BREVE INTRODUCCIÓN

La condrocalcinosis o enfermedad por depósito de cristales de pirofosfato cálcico es una rara artropatía metabólica erosiva que comparte características clínicas con la condromatosis sinovial. La etiopatogenia es desconocida. La ATM no es una localización habitual, siendo más frecuente en la rodilla o la muñeca. Clínicamente puede ser asintomática o debutar como un síndrome de disfunción temporomandibular. Los hallazgos radiológicos varían dependiendo del grado de afectación. Los síntomas más frecuentes son dolor facial, otalgia, inflamación preauricular y limitación de la apertura oral. El diagnóstico diferencial debe incluir neoplasias parotídeas, tumoraciones benignas o malignas articulares y artropatías degenerativas o infecciosas. El tratamiento es fundamentalmente quirúrgico, pudiendo emplearse la artroscopia y la cirugía abierta en función de la severidad.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una paciente de 53 años que consulta en nuestro servicio por una tumoración preauricular izquierda de consistencia ósea de años de evolución que le ocasiona dolor e impotencia funcional ocasional. Cursa con episodios inflamatorios. Le provoca una limitación leve de la apertura oral con laterodesviación. Las pruebas de imagen muestran una lesión heterogénea en la ATM izquierda de 31 mm de diámetro mayor, con densidad cálcica, situada anteriormente al cóndilo mandibular que desplaza las fibras de los músculos temporal, pterigoideo externo y masetero. En un primer lugar se realiza una exploración artroscópica con desbridamiento articular y toma de múltiples biopsias que arrojan el resultado de condrocalcinosis de la ATM. Posteriormente, se realizó una cirugía abierta para la exéresis de la lesión. Simultáneamente la paciente ha precisado estudio y seguimiento por parte de Reumatología.

#### RESULTADOS

Las cirugías transcurrieron sin incidencias. 5 meses tras la exéresis de la lesión mediante cirugía abierta la paciente ha presentado una evolución satisfactoria con mejoría de la función articular y de la apertura oral.

#### CONCLUSIONES

La condrocalcinosis de la ATM es una enfermedad poco frecuente. Puede provocar la aparición de masas o tumores articulares que nos obligan a realizar un diagnóstico diferencial con patología tumoral, degenerativa e infecciosa de la ATM. Su tratamiento es principalmente quirúrgico y puede emplearse la artroscopia y la cirugía abierta.

## PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN EN COMF

### [0170] EVALUACIÓN DE LA INTEGRIDAD DEL ADN LIBRE DE CÉLULAS SALIVALES COMO BIOMARCADORES DE DIAGNÓSTICO PARA EL CARCINOMA ORAL DE CÉLULAS ESCAMOSAS

I. Colina Astigarraga<sup>1</sup>, G. Rubín Roger<sup>1</sup>, O. Rapado-González<sup>2</sup>, A.M. Rodríguez-Ces<sup>2</sup>, R.M. Lago Lestón<sup>2</sup>, M.M. Suárez Cunqueiro<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. A Coruña, <sup>2</sup>Universidad de Santiago. Santiago de Compostela

#### BREVE INTRODUCCIÓN

El carcinoma oral de células escamosas (OSCC según sus siglas en inglés) es un cáncer común de cabeza y cuello que requiere mejores métodos de detección temprana. Las biopsias líquidas, específicamente el análisis de ADN libre de células (cfDNA), son posibles fuentes no invasivas de biomarcadores tumorales. Este estudio tuvo como objetivo explorar la integridad de cfDNA salival como un biomarcador tumoral prometedor para la detección de OSCC.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se realizó PCR cuantitativa en tiempo real dirigida a repeticiones de *Arthrobacter luteus* (ALU) en fragmentos de tres tamaños (ALU-60, 115 y 247 pb) en 19 pacientes con OSCC y 15 individuos sanos. Los índices de integridad de scfDNA (ALU115/ALU60 y ALU247/ALU60) se calcularon como la relación entre la concentración absoluta de los amplicones más largos (115 pb y 247 pb) y la cantidad total de scfDNA (amplicón de 60 pb).

#### RESULTADOS

La concentración total de scfDNA (ALU60) fue mayor en pacientes con OSCC que en donantes sanos, sin embargo, no se encontraron diferencias significativas. Además, los índices de integridad de scfDNA, ALU115/ALU60 y ALU247/ALU60, fueron significativamente más altos en pacientes con OSCC que en individuos sanos. Las curvas de características operativas del receptor (ROC) para discriminar pacientes con OSCC de controles sanos tenían un área bajo la curva (AUC) de 0,8211 para el índice ALU115/ALU60 y de 0,7018 para el índice ALU247/ALU60.

#### CONCLUSIONES

Los índices de integridad de ScfDNA (ALU115/ALU60 y ALU247/ALU60) muestran potencial como biomarcadores de diagnóstico no invasivos para OSCC.

## PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN EN COMF

### [0208] ECOGRAFÍA ARTICULAR COMO TÉCNICA DIAGNÓSTICA DE LA ARTRITIS DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR EN NIÑOS CON ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL

C. Nieto Orihuela, F. Ruiz Delgado, E. Rodríguez Mariño, P. Fernández de Córdoba Botía, H. Piñas Hormeño, Y. Aguilar Lizarralde  
Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga

#### BREVE INTRODUCCIÓN

La AIJ es la enfermedad reumática crónica más frecuente en la infancia. Se trata de una patología autoinmune que puede provocar la inflamación de cualquier articulación del organismo. La articulación témporo-mandibular se afecta con frecuencia en pacientes con artritis idiopática juvenil. La técnica de elección para su estudio es la resonancia magnética (RM) con contraste, técnica cara y poco accesible, para la que algunos pacientes requieren sedación. Por todo esto, la artritis de ATM pasa en muchos casos desapercibida provocando secuelas estéticas y funcionales como asimetría facial, retro y/o micrognatia, maloclusión dental o anquilosis. Algunos autores defienden que las ecografías de alta resolución podrían ser útiles en la valoración de la ATM en niños con AIJ, pero los estudios sobre ello son muy escasos. Por todo esto, este trabajo tiene el objetivo de valorar la utilidad de la ecografía en la valoración de la ATM en niños con AIJ.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

La técnica de elección para su estudio es la RM con contraste, técnica cara y poco accesible, para la que algunos pacientes requieren sedación. Por todo esto, la artritis de ATM pasa en muchos casos desapercibida provocando secuelas estéticas y funcionales como asimetría facial, retro y/o micrognatia, maloclusión dental o anquilosis. Son muy escasos los estudios que han valorado la utilidad de la ecografía para la identificación de la artritis de ATM, siendo los resultados contradictorios. En los últimos años se han publicado algunos trabajos donde se pone de manifiesto que la ecografía de alta resolución podría ser útil para la valoración de la afectación de la ATM en AIJ, e incluso se ha publicado un protocolo para la valoración ecográfica de la ATM en pacientes con AIJ. Este estudio pretende valorar la utilidad de la ecografía de alta resolución para valorar la presencia de sinovitis en la ATM en niños con AIJ. Estudio prospectivo observacional, de corte transversal, unicéntrico.

Criterios de inclusión:

- Pacientes de 7 a 16 años, afectos de AIJ con sospecha de artritis de ATM establecida por la historia clínica o la exploración física.

Criterios de exclusión:

- Diagnóstico previo de alguna alteración estructural en la ATM.
- Pacientes con algún artefacto que contraindique la RM o dificulte su interpretación.
- Pacientes no colaboradores.

#### RESULTADOS

A cada uno de los participantes se les realizará RM con contraste de ATM bilateral y ecografía doppler de alta resolución de ambas ATMs en un plazo máximo de 15 días desde el reclutamiento, y con intervalo máximo entre ambas exploraciones de 72 horas. La ecografía será interpretada siempre por los mismos dos radiólogos, con amplia experiencia en ecografía músculoesquelética en niños; y la RM será interpretada por un radiólogo diferente, con gran experiencia en RM pediátrica. Ambos radiólogos completarán sendos formularios sobre la presencia o no de datos sugerentes de actividad en sus respectivas pruebas de imagen. Se espera incluir entre 50 y 70 pacientes en el estudio, y estudiar ambas ATMs en cada uno. Duración prevista: 2 años

#### CONCLUSIONES

Presentación de un estudio de investigación aún en desarrollo para comparar la utilidad de la ecografía de alta resolución como técnica diagnóstica en AIJ con afectación de ATMs. Además de intentar describir los patrones ecográficos de normalidad de ATM y valorar si la combinación de datos clínicos, analíticos y ecográficos puede ser útil para el diagnóstico de artritis de ATM.

## RECONSTRUCCIÓN

### [0007] ALTERNATIVAS RECONSTRUCTIVAS EN DEFECTOS MANDIBULARES POSTERIORES

R. Luaces Rey, Á. García-Rozado González, V. Chávez Bonilla, B. Patiño Seijas, Í. Colina Astigarraga, J.L. López-Cedrún Cembranos Hospital Universitario de A Coruña. A Coruña

## BREVE INTRODUCCIÓN

Los defectos mandibulares posteriores conllevan menores secuelas estéticas y funcionales que los defectos anteriores, en los que la reconstrucción osea mandibular es imperativa. Los defectos mandibulares posteriores pueden ser reconstruidos con colgajos libres óseos, colgajos de partes blandas (libres o pediculados) con o sin barras de reconstrucción o con barras de reconstrucción solas en casos seleccionados sin déficit de partes blandas.

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

La reconstrucción mandibular con peroné se ha impuesto como gold standard, especialmente con la aparición de la planificación digital, que ha reducido los tiempos quirúrgicos y la ha hecho más precisa. Algunos autores defienden la utilización de colgajos de partes blandas en defectos mandibulares posteriores de pacientes seleccionados, ya sea por comorbilidades, como rescate ante el fracaso de una reconstrucción microquirúrgica o en defectos que precisen aportar muchas partes blandas, como pueden ser los defectos de espesor total, en los que la paleta cutánea que aporta el peroné resulta insuficiente. La utilización de colgajos de partes blandas evidentemente obtiene peores resultados oclusales que las reconstrucciones óseas, pero según estudios publicados los resultados son similares en cuanto a tiempo de intervención, secuelas estéticas, apertura oral, tiempo de ingreso, y tiempo hasta la ingesta por vía oral.

## RESULTADOS

Hacemos una selección de pacientes con defectos mandibulares tipo L de la clasificación HLC de Jewer-Boyd. Presentamos pacientes reconstruidos con distintas alternativas terapéuticas: colgajo libre de peroné, colgajo libre anterolateral de muslo con barra de reconstrucción, colgajo pediculado de músculo pectoral con barra de reconstrucción, y barra de reconstrucción reforzadas customizadas.

## CONCLUSIONES

Como norma general, los colgajos libres óseos son de elección en defectos mandibulares posteriores. Una alternativa en casos seleccionados son los colgajos de partes blandas. El empleo de barras de reconstrucción sin colgajo asociado queda únicamente para los casos en los que no tengamos que reconstruir partes blandas. La planificación digital ha sido un avance en la reconstrucción mandibular porque permite utilizar guías de corte y la utilización de barras de reconstrucción customizadas para el paciente, ya sea para utilizar con colgajos óseos o de forma aislada. Todo esto reduce en tiempo quirúrgico y aumentan la precisión de la cirugía. Las distintas opciones reconstructivas permiten elegir el tipo de cirugía en función de las características del defecto, las comorbilidades del paciente, y las preferencias del equipo reconstructor. Las reconstrucciones que utilizan colgajos con gran componente adiposo como el anterolateral de muslo, sufre menor atrofia con el tiempo que aquellos que está compuestos principalmente por músculo como el colgajo pediculado de músculo pectoral.

## RECONSTRUCCIÓN

### [0076] EL COLGAJO DE YU COMO TÉCNICA DE RECONSTRUCCIÓN LOCAL DE LOS DEFECTOS LABIALES: DISTINTOS ESCENARIOS Y MODIFICACIÓN DE LA TÉCNICA ORIGINAL

D. Martí Vidal, M. Gavín Clavero, A. Ramos Zayas, E. Mirada Donisa, J.W. Mommsen, J. Rodríguez Fernández  
Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona

## BREVE INTRODUCCIÓN

Existen múltiples técnicas descritas para la reconstrucción de defectos labiales tras la exéresis de lesiones neoplásicas. En lesiones que abarcan más de 1/3 del labio, y en función de la localización del defecto (central, lateral, comisura, labio superior o inferior) la elección de la técnica debe ser cuidadosa, para minimizar tanto la microstomía como la incompetencia labial, sin olvidar el resultado estético. Hitos que no todas las técnicas nos pueden ofrecer. A pesar de las bondades que el colgajo de Yu ofrece, las publicaciones relacionadas con éste son escasas.

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Presentamos algunos casos de reconstrucciones de labio mediante colgajo de Yu en distintos escenarios, con resultados funcionales y estéticos ampliamente satisfactorios. Además, proponemos una modificación de la técnica original en la que se incluye músculo orbicular en el colgajo rotacional para casos en los que la resección del primario incluye más de 1/3 de la resección del musculo orbicular.

## RESULTADOS

En lesiones que abarcan más de 1/3 del labio, el colgajo de Yu permite obtener resultados funcionales y estéticos ampliamente satisfactorios. En los casos dónde se ha realizado una modificación de la técnica original, se ha conseguido ganar volumen y favorecer la competencia labial.

## CONCLUSIONES

El colgajo de Yu, es una opción interesante para tratar de reducir al máximo las secuelas no deseadas en el cierre de defectos labiales mayores a 1/3 del labio y conseguir los mejores resultados posibles para el paciente. En los escenarios donde la resección del músculo orbicular ha sido amplia, la modificación que incluye músculo orbicular en el colgajo rotacional que sustituye al defecto labial, aporta mayor volumen y contribuye a la competencia del labio.

## RECONSTRUCCIÓN

### [0088] SÍNDROME DEL INCISIVO CENTRAL MAXILAR MEDIO UNICO (SMMCI). REVISIÓN DE ÚLTIMOS DATOS. A PROPÓSITO DE UN CASO

I. Uriarte Ruiz, M. Álvarez Florez, C. Martínez Gimeno  
Hospital Universitario de Canarias. La Laguna, Tenerife

## BREVE INTRODUCCIÓN

El síndrome del incisivo central maxilar único (SMMCI) es una entidad poco frecuente y de etiología desconocida que puede ir asociada a otros síndromes de alteración de la línea media y tener repercusión sistémica o ser únicamente una afectación estética sin mayor trascendencia. Es fenotípicamente muy variado afectando al desarrollo craneofacial e hipofisario principalmente en mayor o menor medida. Presentamos el caso de una niña de 13 años derivada desde Pediatría por ausencia de desarrollo de esqueleto facial y nasal. En seguimiento por Otorrinolaringología por rinosinusitis de repetición y atresia coanal bilateral congenita intervenida hace 8 años, acude para reconstrucción nasal. No dificultad respiratoria. Talla baja en tratamiento con GH por Endocrinología. No discapacidad intelectual ni alteraciones neurológicas descartadas por RMN. A los 5 años, expansor óseo palatino para correcta erupción de incisivo único de leche y definitivo y posterior corrección con ortodoncia e implante. A la exploración física se objetiva ausencia de proyección de dorso nasal y tabique. Desviación izda de septum nasal con sinequia en fosa nasal ipsilateral. Nariz pequeña y hipotelorismo. Hipoplasia maxilar y clase III mandibular con perfil labial convexo, maxila hipoplásica y mandíbula divergente. Incisivo superior definitivo único y descendido con ortodoncia actualmente. Bajo anestesia general e intubación orotraqueal se realiza rinoplastia abierta de aumento obteniendo injerto de cartílago dorsal para injerto de dorso nasal tipo onlay en parte superior. Strut en septum membranoso y suturas transdomales interdomales e injerto Sheen extendido con Peek. Control hemostasia y cierre por planos. Postoperatorio satisfactorio y resultados en seguimiento a largo plazo idóneos.

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se realizó una búsqueda en Pubmed con el término "SMMCI" y se filtró por las últimas publicaciones de acceso libre realizadas en los últimos 3 años. Se encontraron únicamente 8 resultados de los cuales se seleccionaron dos reportes de casos similares al presente y una revisión bibliográfica de 2021 con más de 10 artículos revisados y un reporte de caso de similar edad al presentado de más de 3 años de seguimiento.

## RESULTADOS

Según las publicaciones realizadas en los últimos 3 años, la etiología del SMMCI sigue siendo desconocida. Es más frecuente en mujeres y se investigan 36 variantes genéticas con alteraciones en 7 genes como posibles causantes siendo las más frecuentes las mutaciones heterocigotas tipo delección en el gen SHH Sonic Hedgehog en el cromosoma 7q36 responsable de codificar una proteína esencial en el modelado embriológico, siendo el cariotipo normal. Esta base genética heterogénea dictamina alteraciones entre los días 35 y 38 de desarrollo. Descrito por Scott en 1958 como un hallazgo casual, es una entidad rara con una incidencia de 1:50.000 nacidos vivos que puede afectar tanto a la dentición de leche como a la definitiva. A priori no se ha demostrado su transmisión a la descendencia y la mayoría de casos no presentan antecedentes familiares, tratándose de casos esporádicos sin repercusión sistémica ni síndromes asociados. El diagnóstico ecográfico prenatal entre las 18 y 22 semanas es posible pero difícil, necesiéndose una ventana ecográfica especial localizada en maxilar que únicamente se solicita ante la sospecha en fetos con alteraciones faciales y cerebrales o genética familiar conocida. Por ello, la mayoría de casos pasan desapercibidos en los controles estándar siendo el diagnóstico habitual en lactantes a término a los 8 meses de edad con la erupción de un único incisivo central de la dentición de leche como dato patognomónico y ECO con agujero piriforme menor a 11 mm. Es más frecuente en prematuros y CIR bajos y se relaciona con múltiples síndromes de alteración de la línea media como CHARGE o VACTERL siendo fenotípicamente muy variado. Puede afectar únicamente al incisivo central y no dar clínica, ir asociado a algún síndrome o tener implicaciones sistémicas sin necesidad de acompañarse de ningún síndrome. La atresia de coanas, desvia-

ción septal y nariz en silla de montar, labio leporino, paladar hendido, hipoteloreismo, microencefalia, hipoplasia rectos mediales y estrabismo convergente, desaparición del filtrum, papila incisival y frenillo sublingual... son algunas de las alteraciones objetivables en el área de cabeza y cuello de estos pacientes. La hipófisis, tiroides y otras estructuras de línea media también suelen estar frecuente mente afectadas tanto por afectación directa como indirecta: el hipotiroidismo e hipopituitarismo está presente en el 25 % de los casos llegando el 50 % de ellos a tener talla baja y necesitar GH. Así pues, la ausencia de GH afectará a la formación del macizo craneofacial y desarrollo neurológico llegando a cursar un 50 % de los casos con discapacidad intelectual teniendo graves repercusiones en el desarrollo físico y mental del paciente. En la mayoría de casos reportados, el odontólogo es el primer facultativo en diagnosticar esta dolencia como un hallazgo casual como un incisivo en línea media palatina subsidiaria de tratamiento conservador. En casos mas graves el diagnóstico suele ser prenatal o neonatal siendo lo habitual un fenotipo sindrómico y obstrucción coanal congénita presente en el 90 % de los casos al nacimiento que consultan por dificultad temprana para respirar y alimentarse junto con infecciones respiratorias altas de repetición pudiendo llegar a necesitar alimentación por SNG. En estos casos, el diagnóstico precoz es esencial por parte de pediatría y obstetras mediante sospecha clínica, analítica hormonal, OPG, Rx AP y lateral y cefalometría de cráneo. El análisis genético y cariotipo por G-banding de sangre periférica es una opción valorable en casos de sospecha de síndromes asociados. La RMN se hará siempre para descartar alteraciones neurológicas y endocrinas junto con la exploración física extraoral para valorar el canting maxilar y asimetrías en plano frontal, hipoplasia de los 2/3 superiores faciales, prognatismo/retrognatismo mandibular y el perfil facial cóncavo. A la exploración física intraoral lo habitual en la mayoría de casos reportados es objetivar con hipoplasia de base anterior de cráneo y Clase II esquelética con hipoplasia mandibular o, como en nuestro caso, una Clase III de Angle molar y canina por hipoplasia maxilar y gran divergencia mandibular con canting asimétrico, paladar ojival en V, dentición mixta, mordida anterior y posterior abierta con inversión de relación anterior y una Curva de Spee acentuada. En cuanto al tratamiento, será esencial el abordaje multidisciplinario con otorrinolaringólogos, ortodoncistas y endocrinólogos sobre todo. La permeabilización de los agujeros piriformes podrá realizarse de forma precoz. El uso de ortodoncia e implantes protésicos con función únicamente estética será valorado según el caso pudiendo delegarse hasta los 18-20 años cuando el periodo de crecimiento óseo mandibulomaxilar cese. El tratamiento sustitutivo con GH y sustitución hormonal completa junto con el control ganancia pondoestatural será imperativo. En nuestro caso, la paciente recuperó talla con e tratamiento endocrinológico y mejoró estéticamente su dentición definitiva con la ortodoncia para más adelante colocarse un implante protésico. Del mismo modo la rinoseptoplastia con injerto mejoró la proyección nasal y perfil facial cóncavo siendo aún subsidiaria de cirugía ortognática en un futuro pues la paciente persiste en Clase III.

### CONCLUSIONES

EL SMMCI es una dolencia poco frecuente que puede presentarse como un hallazgo aislado y únicamente repercusión estética o ir asociado a una afectación sistémica o sindrómica. Mas de 70 afectaciones sistémicas no relacionadas con ningún síndrome se han relacionado con el SMMCI por lo que es una entidad a tener presente al diagnostico como un hallazgo casual por parte de odontólogos y especialistas para derivación y estudio de las posibles afectaciones relacionadas y el descarte de síndromes infradiagnosticados.



## RECONSTRUCCIÓN

### [0089] CARCINOMA EPIDERMOIDE MAXILAR SUPERIOR. RECONSTRUCCIÓN CON PLACA IPS Y COLGAJO LIBRE RADIAL

A Daura Sáez, M Contreras Morillo, F Ramírez Pérez, J.L. Fernández Maya, J. Montero Ruiz, Y. Aguilar Lizarralde  
Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga

## BREVE INTRODUCCIÓN

Las placas subperiosticas personalizadas y su planificación virtual han supuesto una solución precisa, funcional y con escasa morbilidad para casos de atrofia o reconstrucción maxilar compleja donde no es posible los implantes cigomáticos, cirugía preprotésica o reconstrucciones con colgajos libres.

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 73 años con antecedentes de obesidad, HTA y osteoartritis es remitida a nuestro centro por gran tumoración verrucosa en maxilar superior con afectación del 100 % de labio superior. Biopsia positiva para hiperplasia pseudopapilomatosa HPV positivo para genotipos 45 de alto riesgo y 6 de bajo riesgo. En el tac de observa tumoración a nivel de borde bucal de la mucosa maxilar de 1º y 2º cuadrante, con extensión a labio superior y con erosión de la cortical del proceso alveolar a nivel de la pieza 13. Se propone maxilectomía parcial bilateral, exéresis de tumor del labio superior con márgenes, reconstrucción con placa subperióstica, cobertura intraoral con colgajo libre radial y reconstrucción de labio superior con colgajo local de karapandzic. Se descarta reconstrucción ósea con colgajo libre de peroné por artrosis en MMII así como también se desecha colgajo libre de cresta ilíaca por la obesidad de la paciente.

## RESULTADOS

Se planificó de forma virtual la maxilectomía y el diseño de la placa IPS. Se llevó a cabo la cirugía propuesta sin incidencias. La anatomía patológica postoperatoria confirmó carcinoma epidermoide verrucoso de 7,5 cm de dimensión máxima, márgenes libres y hueso afecto pT4N0Mx. Recibió tratamiento adyuvante con radioterapia. Actualmente se encuentra libre de enfermedad y en proceso de rehabilitación dental diseñado a partir del tac de planificación debido a la dificultad para la toma de impresiones por la retracción de tejidos blandos tras la radioterapia.

## CONCLUSIONES

Las placas subperiosticas son un alternativa cuando no se puede realizar reconstrucciones con colgajos libres por comorbilidades médicas o por factores anatómicos del paciente que lo imposibilite. Además la planificación virtual permite diseñar no solo la placa sino también la prótesis y evitar las dificultades que puede suponer las secuelas de la cirugía como la microstomía en este caso.

## RECONSTRUCCIÓN

### [0106] COLGAJO SUBMENTAL PARA LA RECONSTRUCCIÓN DEL TERCIO MEDIO FACIAL

F.A. Ramírez Pérez, M. Contreras Morillo, J.L. Fernández Maya, H. Piñas Hormeño, P. Fernández de Córdoba Botia, Y. Aguilar Lizarralde  
Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga

## BREVE INTRODUCCIÓN

Hoy en día, el uso de colgajos pediculados para la reconstrucción de defectos quirúrgicos dentro del área de cabeza y cuello sigue jugando un papel crucial y es una buena opción en pacientes en los que no son posibles las técnicas microquirúrgicas. El colgajo submental tiene la ventaja de presentar color, forma y textura similar a la piel del resto del territorio facial. Su obtención es sencilla y además es un procedimiento con baja morbilidad.

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

En el año 2022, una mujer de 61 años diagnosticada de carcinoma adenoide quístico maxilar izquierdo fue intervenida en el Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Regional Universitario de Málaga. La cirugía consistió en una maxilectomía IIIB de Brown, incluyendo el suelo orbitario, gran parte del cuerpo malar y una porción de la piel del pómulo por extensa infiltración. Para el cierre del defecto se diseñó un colgajo submental, dejándolo pediculado sobre la arteria y vena faciales izquierdas. Para reconstruir el suelo de orbitario se usó una malla de 1.5mm fijada al reborde orbitario medial y lateral con tornillos de 5mm. El colgajo submental se talló con unas dimensiones y formas similares al defecto cutáneo, tunelizándolo vía cervicofacial para alcanzar el área de interés. Éste se usó para cubrir con la parte interna el área maxilar, desepitelizando parte del mismo para además dar cobertura al área de la malla orbitaria. El resto del componente cutáneo se ajustó y suturó al defecto en el área malar.

## RESULTADOS

La paciente tuvo muy buena evolución postquirúrgica. No tuvo complicaciones infecciosas ni hematomas, con adecuada coloración y vitalidad del colgajo. Presentó correcta proyección y altura ocular, aunque a corto plazo la paciente refirió ligera diplopia. La anatomía patológica definitiva confirmó el diagnóstico inicial, con patrón cribiforme. Requirió radioterapia adyuvante por presentar el margen lateral afecto.

## CONCLUSIONES

El colgajo submental en isla fue descrito por primera vez por Martin et al. en 1993. Tiene las ventajas de presentar similares características que el resto de la piel del territorio facial. Su pedículo es bastante consistente, ya que depende del paquete vascular facial; éste puede medir hasta 8 cm. Se ha descrito principalmente para la reconstrucción de defectos a nivel de mucosa de cavidad oral, siendo menos frecuente en la localización que se presenta. Sin embargo, es importante tener en cuenta que en los casos en los que la disección cervical es necesaria, puede ocurrir que la obtención del colgajo y la disección cervical correctamente realizada sean incompatibles.

## RECONSTRUCCIÓN

### [0135] EFICACIA CLÍNICA DE LOS IMPLANTES DE PEEK (POLIETERETERCETONA) EN RECONSTRUCCIÓN DE SECUELAS EN TERCIO MEDIO FACIAL

B. Patiño Seijas, R. Luaces Rey, V. Chávez Bonilla, A. Alzueta Martínez, I. Colina Astigarraga, J.L. López-Cedrún  
Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. A Coruña

## BREVE INTRODUCCIÓN

Tanto los pacientes con fracturas faciales complejas cuyo tratamiento debe ser diferido por complicaciones graves, como los pacientes con defectos del complejo orbitomalar secundarios a cirugía oncológica, pueden presentar secuelas estético-funcionales que suponen un reto para el cirujano. La peculiaridad anatómica del complejo orbitomalar ha supuesto un incentivo para el desarrollo de implantes que restauren su arquitectura evitando cirugías de excesiva complejidad, con la consiguiente demanda de implantes customizados diseñados para adaptarse con precisión al defecto del paciente. La tecnología de impresión tridimensional ha permitido la fabricación de polímeros aptos para implantes como la polieteteretercetona (PEEK), allanando el camino para una generación más sofisticada de biomateriales.

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se presentan dos casos. El primero es un paciente de 47 años que sufre traumatismo craneofacial grave con fístula de líquido cefalorraquídeo de alto débito y fractura NOE I-II asociada a fracturas de base de cráneo. Las condiciones del paciente contraindican su intervención, que se difiere. Ante la secuela estética que presenta el paciente, se decide reconstrucción del reborde infraorbitario y la pared anterior del seno maxilar mediante una prótesis de PEEK en dos piezas autoensamblable para evitar la emergencia del nervio infraorbitario. El segundo caso se trata de un paciente de 67 años de edad, sometido a una maxilectomía parcial incluyendo suelo de órbita con exenteración orbitaria por una neoplasia no filiada de estirpe epitelial en seno maxilar izquierdo; la anatomía definitiva fue de adenocarcinoma de bajo grado. Posteriormente, se planifica reconstrucción con prótesis a medida de PEEK. En ambos casos se utilizó un TAC de alta resolución con imágenes 3D y se realizó una planificación quirúrgica virtual basada en técnicas CAD-CAM.

## RESULTADOS

En ambos casos los resultados han sido óptimos en el tiempo que llevamos de seguimiento; se mejoró el resultado estético y funcional del defecto. Ninguna de las dos prótesis se extruyó ni se expuso. No hubo infecciones postoperatorias. El primer caso tiene un seguimiento de tres años y medio y el segundo de seis meses. El abordaje utilizado en el primer caso fue un abordaje subciliar. En el segundo caso para el abordaje se utilizaron las cicatrices de la intervención previa. En ambos casos las cirugías fueron realizadas bajo anestesia general. Los dos pacientes fueron dados de alta al día siguiente de la cirugía.

## CONCLUSIONES

Los implantes de PEEK mediante tecnología CAD-CAM son una opción sencilla a tener en cuenta en casos de reconstrucción diferida de defectos del complejo orbitomalar, con un excelente resultado y una estancia hospitalaria corta. Este material ofrece una solución segura y efectiva para el tratamiento de defectos del tercio medio facial.

## RECONSTRUCCIÓN

### [0150] EVOLUCIÓN RADIOLÓGICA DE LA RECONSTRUCCIÓN CRANIOMAXILOFACIAL CON COLGAJO DE PERONÉ

A. Dean Ferrer, F. Alamillos Granados, R. Arévalo Arévalo, A. Marín Martín, I. Centella Gutiérrez, F. Zafra Camacho  
Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

#### BREVE INTRODUCCIÓN

La reconstrucción ósea de los defectos maxilomandibulares es uno de los mayores retos en cirugía de cabeza y cuello. La región craniomaxilofacial es una de las más complejas y aloja importantes funciones del organismo. El colgajo de peroné es actualmente la primera opción reconstructiva para aportar hueso vascularizado en reconstrucción craniomaxilofacial por su longitud adecuada del pedículo, su anatomía predecible, el adecuado tamaño de la arteria y venas peroneas, la posibilidad de aportar gran longitud de hueso bicortical con buena anchura y altura suficiente para alojar implantes dentales, la rica vascularización perióstica que permite realizar múltiples osteotomías para adaptarse a la forma de los maxilares, la baja morbilidad de la zona donante, la posibilidad de aportar otros tejidos vascularizados como músculo, piel y nervio, la excelente tolerancia a la radioterapia y la posibilidad de realizar su extracción durante la cirugía de forma simultánea a la ablación. Hay pocos estudios en la literatura que valoren cómo se produce la consolidación ósea de los fragmentos del peroné entre sí y de los fragmentos del peroné al hueso remanente. Y pocos que aporten datos de incidencia sobre no-uniión, pseudoartrosis o defectos de consolidación. Actualmente no hay datos suficientes en la literatura para estimar la incidencia de no-uniión en la reconstrucciones con peroné. La falta de unión puede ser difícil de confirmar ya que en ocasiones una unión fibrosa puede ser perfectamente funcional y asintomática. El objetivo de este trabajo es valorar la evolución del hueso de peroné en las reconstrucciones craniomaxilofaciales con colgajo de peroné. Queremos valorar cómo y cuando se produce la consolidación ósea de los fragmentos del peroné y si existen algunos factores que puedan alterar la consolidación. Es objetivo también de este trabajo determinar la incidencia de pseudoartrosis de la reconstrucción craniomaxilofacial con peroné.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se trata de un estudio descriptivo (serie de casos) de 141 autotrasplantes de peroné consecutivos para reconstrucción craniomaxilofacial. Los criterios de inclusión fueron: presencia de un defecto óseo craniomaxilofacial, reconstrucción del defecto óseo con un colgajo microvascularizado de peroné, seguimiento mínimo de 1 mes. Los criterios de exclusión fueron: fracaso del colgajo de peroné, falta de exploraciones radiológicas en el control postoperatorio. Las variables analizadas fueron: datos epidemiológicos del paciente, etiología, clasificación del defecto de Brown, número de fragmentos del peroné, tipo de osteosíntesis, número de uniones óseas, tiempo de seguimiento, momento de la consolidación ósea, consolidación ósea visible en ortopantomografía, consolidación ósea visible en TC, evolución descriptiva cualitativa y cronograma de la consolidación y problemas derivados de la no consolidación.

#### RESULTADOS

El número de fragmentos del peroné varió de 1 a 6. El número más frecuente de fragmentos óseos del peroné fue 2 segmentos y 3 segmentos. El índice de osteotomía fue de 1.41. El índice de no-uniión en nuestra serie ha sido de 2.7 % de los pacientes. La consolidación ósea pasa por una fase de callo óseo de forma ovalada y contornos mayores que el peroné, una fase de remodelación y una fase de consolidación con formación de las corticales y de una línea de densidad mayor interfragmentaria perpendicular a la superficie del peroné. El TC de control durante el seguimiento de los pacientes puso de manifiesto la evolución del callo óseo de curación interfragmentaria. La ortopantomografía no era capaz de detectar la adecuada consolidación ósea. Hemos encontrado que algunas no-uniones son completamente funcionales y asintomáticas.



## CONCLUSIONES

La incidencia de no-unión en nuestra serie ha sido de 2.7 % de los pacientes. Este dato es similar al aportado por otros autores. La ortopantomografía por sí sola no es suficiente para valorar la consolidación ósea del peroné y recomendamos el control con TC postoperatorio para poder valorar la curación ósea. Hemos encontrado que algunas no-uniones son completamente funcionales y asintomáticas. Por ello, recomendamos tratar solamente aquellas no-uniones que produzcan disfunción o síntomas. La evolución radiológica de la consolidación de los fragmentos del peroné es similar a la de curación de cualquier fractura ósea tratada. Al final de la curación y maduración de la fractura se aprecia la formación de la estructura bicortical del peroné y la aparición de una línea interfagmataria perpendicular a la superficie del peroné.

## RECONSTRUCCIÓN

### [0183] PROTOCOLO ANALGÉSICO TRAS OBTENCIÓN DE INJERTO DE CRESTA ILIACA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS. REVISIÓN DE LA LITERATURA DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA EFICIENCIA Y LA EFECTIVIDAD DE LAS MISMAS

A. Pascual Camps, M<sup>a</sup>. C. Baquero Ruiz de la Hermosa, L. M.I Floría García, M. Peña Barreno, C. García Cebrián, L. Salom Alonso Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia

## BREVE INTRODUCCIÓN

Como técnica de reconstrucción alveolar, el injerto de cresta iliaca es un procedimiento ampliamente conocido y empleado tanto en la cirugía maxilofacial de adultos que hayan perdido hueso alveolar como en el caso de pacientes infantiles que presentan fisura palatina, siendo en estos pacientes el Gold Standard para la reconstrucción de su defecto. Como todo acto quirúrgico para la obtención de material injertable autólogo, la zona donante no estará exenta de posibles lesiones y complicaciones, así como, de un tiempo de cura y recuperación. A pesar de mantener siempre el mayor cuidado en la técnica empleada, es habitual que los pacientes presenten en el postoperatorio, dolor en la zona intervenida así como posibles limitaciones funcionales, temporales o permanentes. Tal es la problemática que un 39 % de los pacientes, según la bibliografía, podría presentar dolor crónico a largo plazo en la zona donante. La revisión bibliográfica que se presenta, pretende analizar los distintos protocolos analgésicos publicados para pacientes intervenidos para la obtención de injerto de cresta iliaca con la finalidad de formular una serie de pautas médicas y recomendaciones tras la cirugía para minimizar el dolor postoperatorio y mejorar la recuperación funcional.

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

En la presente revisión se realizó una búsqueda bibliográfica en PubMed, bajo las indicaciones del protocolo PRISMA, donde no se aplicó ninguna restricción por idioma ni por tiempo desde que hubiera sido publicado el artículo. La revisión tuvo lugar durante el mes de enero de 2023 y fue llevada a cabo por 2 revisores. Los términos empleados en la búsqueda fueron "Pediatrics AND pain AND iliac crest bone graft NOT review". Las variables analizadas fueron 4: duración de la estancia hospitalaria, calificación subjetiva del dolor, evaluación de la movilidad y empleo de mórnicos. En cuanto a los criterios de inclusión empleados, se aceptaron los artículos relacionados con pacientes humanos, pacientes pediátricos, aquellos relacionados con el uso de injerto de hueso cresta iliaca y nivel de evidencia I-IV. También se incluyeron aquellos que trataban sobre cualquier método actualmente reconocido de manejo del dolor en el sitio donante (inyecciones intraoperatorias, instilaciones de solución anestésica local, bloqueo neural o bomba local para el alivio del dolor) y protocolos analgésicos que tuvieran al menos 20 sujetos de estudio y presentaran al menos una de las tres medidas de nuestro resultado clave (duración de la estancia hospitalaria, calificación subjetiva del dolor o evaluación de la movilidad) citadas. Con respecto a los criterios de exclusión, se descartaron aquellos artículos que versaban sobre métodos terapéuticos no reconocidos para el tratamiento del dolor en zona donante, presentaban menos de 20 sujetos en su muestra o un nivel de evidencia V. Tras la búsqueda bibliográfica inicial se obtuvieron 37 artículos, de los cuales, tras la aplicación de nuestros criterios de selección, incluimos 6 artículos y excluimos otros 31.

## RESULTADOS

De los artículos finalmente seleccionados, Ronak et al. concluyeron que entre el empleo de bupivacaína liposomal intraoperatoria versus bupivacaína para la analgesia de la cresta iliaca del sitio donante durante el injerto óseo alveolar, no hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la estancia hospitalaria. Sin embargo, se observaron diferencias en las puntuaciones medias de dolor posoperatorio, los equivalentes totales de morfina oral administrados y los pasos en los días posoperatorios, en beneficio del uso de bupivacaína liposomal. En otro artículo, D. Kumar Raja et al. comparó la eficacia del bloqueo del nervio femoral versus infiltraciones múltiples de bupivacaína mediante catéter permanente. Se concluyó, tras la segregación de la muestra en 3 grupos, lo siguiente: Los pacientes del grupo B, infiltración de múltiples bolos de bupivacaína al 0,5 % a través de un catéter



permanente en el sitio donante, tuvieron un mejor alivio del dolor y retorno a la función, sin embargo, la duración del alivio del dolor fue mayor en el grupo A. A su vez, los sujetos del grupo A, aquellos en los que se empleó bloqueo preoperatorio del nervio femoral, presentaron bloqueo motor concomitante causando retraso en la deambulación. El grupo C, pacientes con dosis única de infiltración de bupivacaína al 0,5 % por vía subcutánea, mostró los peores resultados. Daniel Joseph Meara et al. analizaron el empleo de infusión continua de bupivacaina versus suero fisiológico. El grupo experimental usó menos narcóticos en comparación con el grupo de control y no se observaron diferencias significativas con el tiempo de quirófano, el estado ambulatorio inicial o la duración de la hospitalización. Otro estudio, del grupo de Bykowski et al., que comparaba el uso de infusión de bupivacaina versus ketorolaco, indicó que las puntuaciones de dolor, el consumo de morfina y las puntuaciones de satisfacción no fueron significativamente diferentes entre los grupos, aunque los costos estimados fueron significativamente más altos para la infusión de bupivacaína que para el ketorolaco intravenoso. J. A. Hayes et al, analizando la técnica empleada, comparan la obtención de injerto de cresta abierto, mediante trepano o mediante trépano asociado a bomba con analgésicos, concluyendo que el uso combinado de trépano y el catéter de infusión de ropivacaína disminuyó de manera efectiva el dolor, acortó la estancia hospitalaria y mejoró el ahorro de costos.

### CONCLUSIONES

Tras el análisis de la literatura seleccionada, podemos concluir que la infiltración continua de bupivacina fue el método más eficaz para proporcionar un mayor alivio del dolor después de la extracción del injerto de hueso ilíaco. A su vez, el bloqueo del nervio femoral proporcionó los mejores resultados, pero tuvo la desventaja significativa del bloqueo del nervio motor. Además, la infusión posoperatoria de bupivacaína puede ser eficaz para mejorar la percepción de los padres sobre el cuidado posoperatorio, aunque comparado con otras pautas analgésicas, puede resultar en un mayor costo para la sanidad.



## RECONSTRUCCIÓN

### [0195] IMPRESIÓN 3D EN RECONSTRUCCIÓN DE TERCIO MEDIO. A PROPÓSITO DE UN CASO

P. Redondo, A. Tofé, F. Rodríguez, M. Caro, M. Canivell, J.L. Pérez  
Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

## BREVE INTRODUCCIÓN

La reconstrucción del tercio medio facial en pacientes oncológicos, es una meta exigente debido al cruce de importantes necesidades estéticas y funcionales. La recuperación de ambas debe estar presente en los objetivos primordiales para el paciente tras el proceso oncológico. El avance y la disponibilidad de las tecnologías de impresión 3D en la reconstrucción facial han proporcionado una herramienta de ayuda fundamental para la consecución de dichas metas.

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un paciente varón de 50 años, diagnosticado de carcinoma escamoso de seno maxilar izquierdo. Tras tratamiento quimio-radioterápico presenta una recidiva completa de su enfermedad. Como secuela se aprecia fístula facial sobre el lecho quirúrgico, con destrucción del cuerpo del malar. Se plantea reconstrucción de parte ósea con prótesis de PEEK customizada, previa planificación del caso con estudio de imagen STL. En la técnica quirúrgica, se decide abordaje de fácil acceso, mediante incisión vestibular y disección de Nervio infraorbitario y cobertura de la prótesis con colgajos locales en un mismo tiempo quirúrgico.

## RESULTADOS

Se obtiene un buen resultado estético y funcional de la zona afecta, con cierre de la fístula facial, evitando la salida de material mucoso, y devolviendo una correcta proyección malar al paciente.

## CONCLUSIONES

Son múltiples las ventajas que proporciona la planificación e impresión 3D en la cirugía reconstructiva, como: Un aumento en la predictibilidad de los resultados en el campo quirúrgico, mejorando la calidad asistencial, una disminución del riesgo de complicaciones, y una reducción del tiempo quirúrgico y por tanto los costes generales de la cirugía.

## RECONSTRUCCIÓN

### [0203] SECUELAS POSTONCOLÓGICAS: RECONSTRUCCIÓN NASAL

S. García Martín, B. Zaruza Santos, A. Antón Tercero, B. Burgos Vico, I. Crespo Pinilla  
Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

## BREVE INTRODUCCIÓN

El carcinoma basocelular (CBC) es el cáncer de piel más habitual. Representa aproximadamente el 80 % de los tumores malignos cutáneos no melanoma. Se origina en las células basales, que se encuentran en la epidermis, y más del 90 % son originados por mutaciones de la vía de Hedgehog. Uno de los factores desencadenantes más frecuentes es la sobreexposición solar. Por eso se desarrollan, sobre todo, en la región facial, cuello y tronco. Su incidencia aumenta con la edad, apareciendo con más frecuencia a partir de los cincuenta años, y más en hombres que en mujeres. Se caracteriza por un comportamiento agresivo localmente y son raras las metástasis a distancia, aunque en raras ocasiones y con una larga evolución del carcinoma pueden aparecer. Los tipos más comunes son: el nodular (representan aproximadamente el 60 %, se caracterizan por nódulos pequeños firmes, brillantes y casi traslúcidos a rosados con telangiectasias, en general en la cara. Las úlceras y las costras son comunes); morfeiforme (aparece como una placa plana, cerosa, de límites imprecisos, con telangiectasias prominentes) y pigmentado (raro, estas lesiones a veces se diagnostican erróneamente como nevus pigmentados o melanomas malignos). Dado que el comportamiento agresivo del tumor es local, en general, una exéresis completa con márgenes implica la curación.

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un varón de 83 años institucionalizado que acude derivado al Servicio de Urgencias desde su residencia por úlcera de evolución tórpida en dorso nasal de 6 a 7 meses de evolución para la que ha recibido curas sin mejoría. El paciente no presentaba alergias medicamentosas conocidas y entre sus antecedentes personales destaca anticoagulación con apixaban y antiagregado con adiro. Entre los hábitos tóxicos del paciente destaca ser exfumador de 3 puros al día desde 2008. A la exploración presentaba una ulceración en dorso nasal con extensión lateronasal derecha con halo eritematoso a su alrededor de unos 4 cm. Presentaba múltiples lesiones queratósicas faciales. A la palpación no presentaba adenopatías preauriculares ni cervicales. Ante la sospecha de carcinoma se programó biopsia incisional de la lesión previa suspensión de su anticoagulante 3 días previos y reanudación a las 24 horas. El resultado anatomopatológico informó de que se trataba de un carcinoma basocelular ulcerante infiltrante. Se realiza TAC cervical donde no se observaron masas ni captaciones patológicas de contraste a nivel de oro ni nasofaringe. Glándulas submandibulares y parótidas dentro de la normalidad. Se decide exéresis de la lesión con márgenes de seguridad y reconstrucción del defecto con colgajo frontal paramediano bajo anestesia general e intubación orotraqueal. Durante la intervención se comprueba correcta irrigación del colgajo y se sutura por planos con Vycril 4/0 y prolene 5/0 en dorso y lateronasal derecho. Se envió la pieza de resección a Anatomía Patológica con resultado de bordes libres. Se realizó un seguimiento del paciente en Consultas Externas para ver evolución del colgajo y comprobar la vascularización del mismo tras someterlo a test de isquemia del pedículo. El paciente evolucionó favorablemente y aproximadamente tras mes y medio de la primera cirugía se realizó un segundo tiempo para adelgazamiento del colgajo en dorso nasal. Posteriormente se sutura por planos con Vycril 4/0 y prolene 5/0. Se revisó al paciente a las 3 semanas de la segunda cirugía obteniéndose un buen resultado estético. El paciente no presentó ninguna complicación postquirúrgica como infección o necrosis.

## RESULTADOS

La reconstrucción de defectos nasales con el colgajo frontal paramediano tiene muchos beneficios, aunque también desventajas. Las principales ventajas son la posición de la zona donante, el tono similar de la piel al tono de la piel nasal y la seguridad del pedículo vascular. Como desventaja principal es la necesidad de realizar un segundo tiempo quirúrgico para la sección del pedículo y en algunos casos adelgazar el colgajo para mejor resul-



tado estético, llegando a realizarse en algunos pacientes un tercer tiempo quirúrgico. Clásicamente, el colgajo frontal paramediano se realiza en dos pasos: primero; se traslada tejido de la zona donante frontal para cubrir el defecto, manteniendo el pedículo conectado a la zona donante. Después de unos 20 días, cuando la vascularización del colgajo es independiente de la arteria supratroclear, se secciona su base. Existe debate respecto al tiempo quirúrgico más adecuado en el que realizar la resección del pedículo. Burguet y Menick proponen realizar los retoques necesarios en un segundo tiempo quirúrgico antes de la sección del pedículo para evitar la necrosis del colgajo. Ribuffo et al defienden un mejor resultado estético final con la cirugía en tres tiempos quirúrgicos en lugar de en dos. Defiende una menor riesgo de necrosis al prolongar el tiempo de formación de vascularización independiente de la arteria supratroclear y un adelgazamiento progresivo del colgajo que permite una cobertura del defecto más fina. Independientemente de cuando se realice la división del pedículo; el intervalo a esperar entre la primera y la segunda intervención también puede ser sometido a discusión. Recientemente, se ha llegado a realizar la sección del pedículo en un segundo tiempo quirúrgico separado por solo dos semanas de la primera intervención sin un aumento de las complicaciones. Las lesiones en los laterales dorso nasales, como el caso presentado, pueden repararse usando un colgajo con pedículo ipsilateral o contralateral. En el caso presentado se optó por un pedículo contralateral, que como principales ventajas minimiza la compresión y la distorsión del pedículo al rotarlo y se asocia con una menor tasa de retracción cicatricial de la zona donante. Por otra parte, el colgajo con pedículo ipsilateral permite realizar un colgajo de menor tamaño, al ser la distancia menor entre la zona donante y la receptora. Las complicaciones más comunes de este colgajo son la necrosis (parcial, más predominante que la total) y la infección del sitio quirúrgico. En el caso de la infección, especialmente en defectos de gran espesor que provocan que el colgajo este en contacto directo con la mucosa nasal favorecen la contaminación con la flora comensal de la vía aérea. Otro factor importante es el tabaco, si el paciente es fumador se reduce el porcentaje de éxito.

#### CONCLUSIONES

El colgajo frontal paramediano es una excelente opción para la reconstrucción de defectos en el dorso nasal. Permite obtener un buen resultado estético y no implica una cirugía compleja que un paciente pluripatológico podría no soportar. Como principal desventaja, la necesidad de como mínimo un segundo tiempo quirúrgico para el resultado estético definitivo.

## RECONSTRUCCIÓN

### [0232] RECONSTRUCCIÓN PSI DE TERCIO MEDIO PARA HEMANGIOMAS INTRAÓSEOS

N. Valentines Vilaplana, C. Arranz Obispo, M. Melero Luque, A. Morla, M<sup>ª</sup>. Duch Balust, R. Lewko  
Hospital Universitari Bellvitge. Hospitalet de Llobregat, Barcelona

## BREVE INTRODUCCIÓN

Los hemangiomas intraóseos localizados en cabeza y cuello se clasifican en tres tipos: cavernoso, capilar y mixto; siendo la mayor parte de ellos de tipo cavernoso. Para su tratamiento debe realizarse una cirugía con escisión local de la tumoración en bloque con un margen de hueso sano. Su resección en territorios del tercio medio facial genera áreas de defecto que pueden: alterar las proyecciones anteroposterior o lateral del cigoma generando deformidad, alterar los rebordes orbitarios o la posición ocular, generar comunicaciones o fistulización con la cavidad sinusal maxilar o alterar la morfología y funcionalidad de la pirámide nasal, entre otros. Por estos motivos, toda resección debe ir asociada a una reconstrucción acorde al defecto generado ya sea mediante injertos autólogos o utilización de materiales exógenos de reposición. Las tecnologías CAD/CAM actuales, junto a la impresión 3D, nos permiten el diseño de prótesis personalizadas PSI (Patient Specific Implant) mediante uso de biomateriales metálicos o plásticos que se adaptan a la tridimensionalidad del defecto con una correcta función, tolerancia y estética. Se presenta una serie de casos de hemangiomas intraóseos de tercio medio facial y la reconstrucción de los mismos mediante implantes PSI.

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Presentamos una serie de casos que incluye un varón de 74 años (Caso A), un varón de 47 años (Caso B) y una mujer de 29 años (Caso C), todos ellos afectados de lesiones óseas situadas en el tercio medio facial de lento crecimiento estudiadas mediante TC óseo sugestivas de hemangiomas intraóseos. Las localizaciones fueron: reborde infraorbitario, paranasal y cuerpo del malar. Se realizó cirugía virtual en los distintos casos con planificación de guías de corte y posicionamiento personalizadas para su exéresis con márgenes de seguridad de hueso sano en función de la vía de abordaje planificada; posteriormente para su reconstrucción se diseñó, a partir de la imagen especular contralateral, una prótesis personalizada (malla de titanio o plástica de PEEK) con fijación a los remanentes óseos.

## RESULTADOS

Las cirugías fueron realizadas bajo anestesia general y un régimen de ingreso hospitalario de un día con posterior alta a domicilio. En los controles posteriores no ha habido indicios de recidiva o de intolerancia al material exógeno evidenciándose una correcta función y simetrización facial.

## CONCLUSIONES

Los hemangiomas intraóseos son tumoraciones benignas e infrecuentes del área de cabeza y cuello que para su tratamiento requieren resecciones que pueden comprometer la funcionalidad o la estética de las distintas áreas faciales. Su disposición tridimensional en el tercio medio supone un reto para su reconstrucción; gracias a las tecnologías CAD/CAM puede ser tratado mediante implantes personalizados para el paciente con excelentes resultados estético-funcionales como en la serie de casos presentada.

## RECONSTRUCCIÓN

### [0263] RECONSTRUCCIÓN MANDIBULAR CON PLACA PERSONALIZADA Y COLGAJO MICROQUIRÚRGICO DE PERONÉ EN SECUELAS POSTQUIRÚRGICAS DE CARCINOMA EPIDERMOIDE

F. Falahat Noushzady, I. Leal Fernández, R. Camacho Leone, Ó. de la Sen Concuera, A. Encinas Bascones, M. de Pedro Marina. Hospital Clínico San Carlos. Madrid

## BREVE INTRODUCCIÓN

La reconstrucción de grandes defectos mandibulares presenta un desafío para los cirujanos orales y maxilofaciales, particularmente en casos en los cuales el paciente ya ha sido sometido a múltiples intervenciones con resultados insatisfactorios.

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Objetivos: Reportar un caso de reconstrucción mandibular tras secuelas postquirúrgicas de carcinoma epidermoide. Se presenta el caso de un hombre de 56 años derivado a nuestro centro tras ser intervenido en 4 ocasiones diferentes por un carcinoma epidermoide de suelo de boca. Inicialmente sometido a mandibulectomía segmentaria de sínfisis y tercio anterior de cuerpo mandibular más vaciamiento cervical radical modificado izquierdo y funcional derecho, reconstrucción con hueso de cadáver, placa de reconstrucción y colgajo pectoral izquierdo. Debido a la pérdida del colgajo pectoral, y subsecuente exposición de la placa de reconstrucción, debe ser sometido a 3 intervenciones posteriores de reconstrucción, las cuales fueron fallidas, momento en el cual es derivado a nuestro centro. A su llegada se evidencia exposición de la placa de reconstrucción, prognatismo de la placa de reconstrucción e imposibilidad de cierre oral.

## RESULTADOS

Tras descartar la presencia de enfermedad residual, se decide reconstrucción con colgajo libre de peroné. Se realiza una planificación 3D del colgajo libre de peroné más placa de reconstrucción personalizada. Se tomó como referencia un scanner previo para generar guías de corte para osteotomías de remanentes óseos mandibulares y tallado del peroné en 3 segmentos para cubrir el defecto óseo. Se realiza retiro de la placa de reconstrucción, reposicionamiento mandibular, colgajo microquirúrgico de peroné tallado en 3 segmentos más osteosíntesis con placa de reconstrucción preformada. El paciente evoluciona de manera favorable. Se logra cobertura completa del defecto, cierre oral y corrección del prognatismo.

## CONCLUSIONES

La planificación 3D en reconstrucciones mandibulares ofrece múltiples beneficios para el paciente y el cirujano. Permite simular diferentes escenarios quirúrgicos antes de la intervención, diseño de placas personalizadas y guías para la posición y angulación de las osteotomías. Esto facilita la transferencia del colgajo al defecto mandibular con mayor precisión y adaptación. Además, reduce el tiempo quirúrgico y las complicaciones postoperatorias, mejorando los resultados funcionales y estéticos.

## RECONSTRUCCIÓN

### [0273] IMPLANTES PEEK CUSTOMIZADOS PARA RECONSTRUCCIÓN ORBITOCRANEAL COMPLEJA: NUESTRA EXPERIENCIA

N. Vieira Sebe, C. Cárdenas Serres, B. Ginés García, P. de Leyva Moreno, F. Almeida Parra, J.J. Acero Sanz  
Hospital Universitario Ramón Y Cajal. Madrid, Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid

## BREVE INTRODUCCIÓN

La evolución de la tecnología CAD/CAM (Computer-aided design/computer-aided manufacturing) en los últimos años ha supuesto un avance en el campo de la reconstrucción defectos órbito-craneales complejos, mejorando la precisión quirúrgica y consiguiendo unos resultados más precisos y predecibles. Aunque la reconstrucción de defectos con tejido autólogo sigue siendo de elección, gracias a la evolución de materiales sintéticos biocompatibles podemos obtener un buen resultado funcional y estético. Los implantes de poliéter éter cetona (PEEK) son una excelente alternativa al tejido autólogo, ya que presentan cualidades como resistencia y elasticidad similares a las del hueso, baja conductividad térmica y menor tasa de infección en comparación con otros biomateriales.

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se realizó un estudio observacional retrospectivo en nuestro centro, incluyendo pacientes con defectos órbito-craneales complejos que requieren una reconstrucción mediante una prótesis PEEK customizada (PSI) en los últimos 5 años. Basándose en una tomografía computarizada (TC) multicorte preoperatoria, se realizó una cirugía virtual incluyendo abordaje, resección y diseño de la prótesis PEEK customizada para el tamaño del defecto. Las intervenciones se llevaron a cabo según la planificación prequirúrgica empleando navegación intraoperatoria o guías de corte, realizando la inserción inmediata del implante a medida. Las complicaciones intra y postoperatorias, como la malposición, infección o reacción alérgica fueron recogidas para su análisis.

## RESULTADOS

15 pacientes han sido incluidos en este estudio. Las prótesis customizadas PEEK se han empleado para reconstrucción primaria en el 80 % de los pacientes. La cirugía más frecuente ha sido la reconstrucción inmediata tras resección de meningioma (46 %). El tiempo quirúrgico medio fue 369 min. La estancia hospitalaria media fue de 4,9 días. Sólo se describieron complicaciones menores, principalmente edema, equimosis, diplopía. Sólo en un caso (6 %) la prótesis customizada estaba mal posicionada, necesitando una segunda cirugía con resultado favorable. El tiempo medio de seguimiento fue de 2,5 años.

## CONCLUSIONES

La tecnología CAD/CAM ha contribuido a una mejor planificación quirúrgica para la reconstrucción de defectos craneofaciales complejos, consiguiendo resultados precisos y predecibles estética y funcionalmente. El diseño de implantes PEEK customizados permite la reconstrucción inmediata de grandes defectos órbito-craneales con baja tasa de complicaciones y evitando la morbilidad de la zona donante.

## RECONSTRUCCIÓN

### [0274] TÉCNICA DE YU APLICADA EN LA RECONSTRUCCIÓN DE UN DEFECTO DE COMISURA LABIAL CONTRALATERAL PARA CORREGIR LA MICROSTOMÍA RESULTANTE MANTENIENDO LA COMPETENCIA LABIAL

F. Iglesias Martín<sup>1,2</sup>, A. García-Perla García<sup>1</sup>, R. Belmonte Caro<sup>1</sup>, J.L. Gutiérrez Pérez<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla, <sup>2</sup>Hospital QuirónSalud Huelva. Huelva

## BREVE INTRODUCCIÓN

La reconstrucción de los defectos de comisura labial supone un reto quirúrgico. Existen múltiples técnicas descritas en la literatura médica. El objetivo quirúrgico se fundamenta en restaurar la competencia y función labial consiguiendo, al mismo tiempo, un resultado estético satisfactorio para los pacientes.

## MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un paciente varón de 84 años edad con un carcinoma epidermoide de un año de evolución que afectaba a la comisura labial derecha. Se realizó resección oncológica y reconstrucción inmediata. Durante la toma de decisión reconstructiva, se optó por realizar un cierre directo del defecto de la comisura labial extirpada y una comisuroplastia contralateral. Se decidió aplicar en dicha comisura labial contralateral la técnica descrita por J.M. Yu en el año 1989, a la que aplicamos una pequeña modificación en el diseño en la línea AB, con la finalidad de tratar la microstomía resultante tras la exéresis del tumor. Se optó por esta opción quirúrgica con el objetivo de respetar la continuidad del músculo orbicular y mantener la competencia labial.

## RESULTADOS

Durante el postoperatorio no se produjeron complicaciones. A los 3 meses de cirugía, el paciente conserva buena apertura oral y competencia labial. El paciente refiere estar muy satisfecho con el resultado funcional y estético obtenido.

## CONCLUSIONES

La técnica descrita por Yu para la reconstrucción del labio inferior puede emplearse para realizar comisuroplastias con resultados funcionales y estéticos satisfactorios para los pacientes.



## TRAUMATOLOGÍA Y TRATAMIENTO DE SECUELAS

### [0041] COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS DE LAS FRACTURAS DE SUELO DE ÓRBITA: COMPARACIÓN DEL USO DE MALLA REABSORBIBLE VS MALLA DE TITANIO

S. Herrero Álvarez, R. Camacho Leone, C. Mazo Amorós, J. Forigua Duque, M. Alonso Juarranz, M. de Pedro Marina  
Hospital Clínico San Carlos. Madrid

#### BREVE INTRODUCCIÓN

En la reparación quirúrgica de fracturas de suelo de órbita existen diferentes materiales de osteosíntesis, reabsorbibles y permanentes, que cuentan con diversas ventajas e inconvenientes. El objetivo principal es describir y analizar las complicaciones postquirúrgicas derivadas del uso de malla reabsorbible frente a la de titanio, así como comparar los resultados clínicos de ambos tipos de materiales de osteosíntesis.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se realizó un estudio transversal, retrospectivo de serie de casos con los sujetos intervenidos para reparación de fractura de suelo de órbita por el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Clínico San Carlos entre 2011 y 2021. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, clínica prequirúrgica del paciente (enoftalmos, diplopia, hipoestesia, alteración de la motilidad ocular), tipo de fractura (suelo orbitario, suelo más otra pared, órbitomalar que asocia suelo) y existencia de atrapamiento muscular en TC, abordaje quirúrgico (subciliar vs transconjuntival), material de osteosíntesis empleado (malla reabsorbible vs de titanio) y complicaciones postquirúrgicas (enoftalmos, diplopia, ectropion, pérdida de agudeza visual, hipoestesia, alteración en la motilidad ocular y desplazamiento de material quirúrgico). Se comparó la aparición de complicaciones postquirúrgicas según el material de osteosíntesis analizado y la resolución de la clínica derivada de la fractura a los 6 meses postquirúrgicos.

#### RESULTADOS

Se incluyeron 48 pacientes (79.2 % varones, 20.8 % mujeres) con un rango de edad de entre 15 y 89 años (media 44 años) que presentaron fractura aislada de suelo de órbita en 18 casos (37.5 %), fractura de suelo más otra pared en 12 casos (25 %) y fractura órbitomalar asociada a suelo orbitario en 18 casos (37.5 %). 12 pacientes (25 %) presentaron atrapamiento de músculo recto inferior en TC. En 27 pacientes (56,25 %) se empleó una malla reabsorbible de ácido láctico D y L, y carbonato de trimetileno, mientras que en 21 (43,75 %) se colocó malla de titanio. El empleo de malla reabsorbible fue más frecuente de manera significativa ( $p=0,042$ ) en la reparación de las fracturas aisladas de suelo (44.4 %) y de suelo más otra pared (33.3 %), mientras que la malla de titanio se empleó más frecuentemente para la reconstrucción de fracturas órbitomales con suelo asociado (57 %). El abordaje empleado con mayor frecuencia para la colocación de malla reabsorbible fue el transconjuntival (66.7 % transconjuntival vs 33.3 % subciliar), mientras que la reconstrucción con malla de titanio se realizó más frecuentemente mediante abordaje subciliar (52.4 % subciliar vs 47.6 % transconjuntival); sin encontrar una asociación estadísticamente significativa. Entre nuestros pacientes, las complicaciones postquirúrgicas globales en orden de frecuencia fueron: hipoestesia infraorbitaria (60.4 %), diplopía (22.9 %), pérdida de la agudeza visual (22.9 %), ectropion (16.7 %), enoftalmos (14.6 %), desplazamiento del material quirúrgico (8.3 %). Ningún paciente sufrió alteración de motilidad ocular. Analizando las complicaciones según el tipo de material de osteosíntesis empleado (malla reabsorbible vs titanio), la hipoestesia infraorbitaria fue la complicación que más frecuentemente se observó en ambos grupos (66.7 % reabsorbible vs 52.4 % titanio). El enoftalmos fue similar con malla reabsorbible frente a la malla de titanio (14.8 % vs 14.3 %). La diplopía, el ectropion y la pérdida de agudeza visual fueron más habituales en casos de osteosíntesis con malla de titanio (33.3 %, 19 % y 33.3 % respectivamente) frente a la malla reabsorbible (14.8 %, 14.8 % y 14.8 % respectivamente). El desplazamiento del material quirúrgico fue más frecuente en el caso de la malla reabsorbible (14.8 %) frente a la malla de titanio (0 %). No hubo diferencias estadísticamente significativas en la aparición de complicaciones postquirúrgicas en función del tipo de malla empleado. Respecto a la comparación de la clínica pre y postquirúrgica, se observó una disminución significativa ( $p=0.039$ ) de la diplopia junto a un aumento de hipoestesia ( $p = 0.022$ ) con el empleo de malla reabsorbible.



Todos los pacientes presentaron resolución de la alteración de la motilidad ocular independientemente del tipo de material de osteosíntesis seleccionado.

### CONCLUSIONES

En nuestro estudio y en relación con el tamaño de la malla, la reabsorbible fue colocada principalmente mediante abordaje transconjuntival; mientras que para la de la de titanio se utilizó en mayor porcentaje el subciliar. La malla más utilizada fue la reabsorbible, presentando como principal complicación y de manera significativa la hipoestesia del nervio infraorbitario. En el caso de la malla de titanio, la hipoestesia también fue la complicación más frecuente, seguida de diplopía y alteración de la agudeza visual, sufridas por un mayor porcentaje de pacientes que en los que se colocó material reabsorbible. Se halló una mejora significativa de la diplopía en aquellos pacientes intervenidos para reparación con malla reabsorbible. En todos los sujetos que presentaban alteración de la movilidad ocular prequirúrgica se resolvió la clínica independientemente del material de osteosíntesis empleado. Teniendo en cuenta que en la literatura no hay una orientación clara en la selección de un tipo de malla frente a otro, y que en nuestro estudio no se han obtenido resultados significativos en todos los campos, sería útil la realización de estudios adicionales que permitiesen establecer un protocolo para la reparación de la fractura de suelo de órbita.

## TRAUMATOLOGÍA Y TRATAMIENTO DE SECUELAS

### [0045] CÓMO TRATAR LA IMPACTACIÓN DE CÓNDILO A FOSA MEDIA CRANEAL. NUESTRA EXPERIENCIA

I. Zubiate Illarramendi, M. Román Ramos, M.J. Sánchez Cadenas, J.E. Agustín Cordovilla  
Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

#### BREVE INTRODUCCIÓN

Dingman y Grabb fueron los primeros en describir la dislocación del cóndilo mandibular hacia la fosa craneal media (DMCCF) en 1963 como algo muy inusual. La última revisión sistemática y metaanálisis sobre este tipo de fracturas, realizada por Diez-Suarez et al y publicada en 2021, describe 72 casos reportados en la literatura inglesa de la DMCCF. La mayoría de los eventos ocurrieron en población joven y femenina, y esta se asoció con mayor frecuencia a accidentes de automóviles (>50 %) o caídas en bicicleta. Clínicamente, la DMCCF incluye mordida abierta anterior con contacto prematuro posterior, apertura bucal limitada normalmente con menos de 20 mm y restricción de movimientos mandibulares. Las tomografías axiales computarizadas (TAC) poseen la mayor sensibilidad y especificidad para su diagnóstico. La resonancia magnética podría ser útil para diagnosticar tejidos blandos lesionados. El tratamiento de estas lesiones requiere un abordaje interdisciplinario para evaluar las posibles lesiones neurológicas provocadas por la reducción del cóndilo intruído de la fosa craneal media. Esta reducción se puede realizar mediante reducción abierta con abordaje preauricular, o reducción cerrada. Aunque hay informes de casos y revisiones en la literatura, ninguno ha documentado una evaluación clínica definitiva y un algoritmo de tratamiento.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente de 17 años que acude a urgencias por dolor en ambas articulaciones temporomandibulares, mordida abierta anterior con contacto prematuro posterior bilateral e imposibilidad de apertura bucal tras sufrir un accidente de tráfico. Tras realizar un TAC se describe fractura de cavidad glenoidea mandibular derecha con desplazamiento intracraneal del cóndilo mandibular derecho ubicado en fosa craneal media. Debido a la clínica de la paciente, decidimos realizar una cirugía urgente en las primeras 24 horas. Bajo anestesia general e intubación nasotraqueal. Primero se realizó un abordaje preauricular derecho para llegar al espacio articular superior, observándose el cóndilo impactado en fosa craneal media con fractura de cavidad glenoidea. Mediante presión intraoral en molares inferiores derechos se logró la desimpactación condilar de la fosa temporal, observándose la integridad de la duramadre y la ausencia de salida de líquido cefalorraquídeo. Como el defecto óseo en fosa glenoidea era de 12 a 15mm, se realizó la reconstrucción con prótesis de fosa glenoidea stock Christensen TARMA nº 11 de stock y fijación con seis tornillos de 5mm, con correcta reconstrucción y reducción del cóndilo a una neofosa. Posteriormente, se realizó abordaje preauricular y transparotídeo izquierdo para la fractura de cóndilo izquierdo, con reducción y fijación con placa en forma de delta y se colocaron cuatro tornillos de 5mm.

#### RESULTADOS

Después de un seguimiento de 12 meses, la paciente presenta una apertura oral de 35 mm con una oclusión correcta como la previa a la fractura. El contacto prematuro posterior y la mordida abierta anterior se resolvieron después de la reducción de ambas fracturas. No ha presentado clínica infecciosa en ninguna fractura. Presentó paresia de la rama frontal del nervio facial izquierdo por el abordaje quirúrgico, resuelta a los 4 meses con ejercicios y corticoides. La paciente actualmente se alimenta con dieta blanda sin ningún problema

#### CONCLUSIONES

La elección de una prótesis de fosa glenoidea para tratar una fractura de fosa glenoidea con luxación del cóndilo a fosa craneal media y así evitar su recidiva es una opción válida, con resultados satisfactorios y sin complicaciones en un seguimiento de 12 meses. No obstante, deberían realizarse nuevos estudios con un mayor número de pacientes.

## TRAUMATOLOGÍA Y TRATAMIENTO DE SECUELAS

### [0053] RECONSTRUCCIÓN DEL TERCIO MEDIO FACIAL EN HERIDAS POR ARMA DE FUEGO. A PROPÓSITO DE UN CASO

V. Chávez Bonilla, R. Luaces Rey, B. Patiño Seijas, Í. Colina Astigarraga, A. Alzueta, J.L. López-Cedrún  
Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. A Coruña

#### BREVE INTRODUCCIÓN

A pesar de todos los avances en técnicas reconstructivas el manejo de los traumatismos causado por heridas por arma de fuego sigue siendo un reto para el cirujano maxilofacial.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

A continuación, comentaremos el caso de un paciente que sufre un traumatismo por arma de fuego durante un accidente de caza que afecta el tercio medio facial.

#### RESULTADOS

En este caso se decidió manejar el caso con dos etapas quirúrgicas. Una fase inmediata de desbridamiento sin estabilización y una segunda fase de reconstrucción tardía con un implante a medida híbrido de peek y titanio.

#### CONCLUSIONES

El mecanismo fisiopatológico altamente destructivo de este tipo de traumatismos genera fracturas muy conminutas y un compromiso de la vascularización. El cirujano muchas veces se enfrenta a importantes limitaciones a la hora de estabilizar este tipo de fracturas puesto que desperiostizar estos tejidos comprometidos puede resultar en morbilidad añadida.

## TRAUMATOLOGÍA Y TRATAMIENTO DE SECUELAS

### [0071] FÍSTULA CARÓTIDO CAVERNOSA TARDÍA TRAS FRACTURA LEFORT II-III

J. Rodríguez Cobo<sup>1,2</sup>, E. Ibaseta Fidalgo<sup>1</sup>, J. Medina del Valle<sup>1</sup>, P. Criado Villalón<sup>1</sup>, I. Caubet Sáez-Torre<sup>1</sup>, B. M. García-Montesinos Perea<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander, <sup>2</sup>IDIVAL. Santander

#### BREVE INTRODUCCIÓN

Una fístula del seno carótido-cavernoso es una comunicación anormal entre las arterias y las venas dentro del seno cavernoso. Las causas incluyen traumatismo penetrante o contuso, ruptura de un aneurisma ICA dentro del seno cavernoso, o como iatrogenia en relación con intervenciones quirúrgicas. Su clínica es muy variable y depende de si la fístula es de alto o bajo flujo. Se incluyen signos clínicos como proptosis, que puede ser pulsátil, ojo rojo con dilatación de la vasculatura conjuntival “en medusa”, estrabismo por disfunción del nervio motor ocular común y presencia de retinopatía por oclusión de la vena central de la retina. El tratamiento es diverso y puede implicar desde opciones conservadoras con resolución espontánea hasta requerir tratamientos por cateterismo para embolizar la comunicación y conseguir el cierre completo de la fístula.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente de 49 años que sufre precipitación desde 5 metros por accidente laboral con politraumatismo. Presentaba enoftalmos izquierdo y limitación a la supraducción derecha. En TC se observaban múltiples fracturas faciales, incluyendo techo, pared lateral y medial de órbita derecha e izquierda, apófisis pterigoides y huesos propios nasales. Se decidió intervención quirúrgica diferida 5 días después del traumatismo para osteosíntesis. A los 4 meses post intervención quirúrgica el paciente acudió de forma urgente por proptosis ocular izquierda, con vasos “en medusa” en ojo izquierdo, con agudeza visual conservada, sin diplopía, ni restricciones musculares. Se solicitó un TC de control que confirmó la presencia de una fístula carótido-cavernosa izquierda.

#### RESULTADOS

La presencia de fracturas faciales en pacientes politraumatizados supone siempre un desafío a la hora de realizar una adecuada reposición de los tejidos óseos. Sin embargo, algunas veces pueden aparecer complicaciones asociadas a las fracturas o a la propia cirugía que hacen necesaria una adecuada evaluación para conseguir unos resultados finales adecuados. En este caso, el paciente comenzó 4 meses después del traumatismo con una clínica sugestiva de fístula carótido cavernosa que fue rápidamente identificada y diagnosticada mediante pruebas radiológicas. El servicio de radiología intervencionista consiguió realizar un exitoso tratamiento mediante cateterismo a través de la arteria femoral común derecha mediante coils hasta conseguir el cierre completo de la fístula y una recuperación completa del drenaje venoso de la región oftálmico-orbitaria. El paciente permanece asintomático desde hace 24 meses.

#### CONCLUSIONES

Los traumatismos faciales con fracturas complejas en ocasiones pueden presentar complicaciones pre, intra o postoperatorias poco frecuentes. No sólo es importante realizar un adecuado tratamiento mediante osteosíntesis de estas fracturas, sino que es importante llevar a cabo una adecuada evaluación pre y post quirúrgica del paciente de cara a prevenir, detectar y/o solucionar lo antes posible sus efectos adversos.

## TRAUMATOLOGÍA Y TRATAMIENTO DE SECUELAS

### [0074] PRESENCIA DE UN CRISTAL INTRAORBITARIO TRAS TRAUMATISMO FACIAL. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

P. Martínez Artal, C. Moreno García, M. Moreno Sánchez, L. Villanueva Alcojol, S. Contreras Pérez, E. Larios Barandiarán  
Hospital Universitario de Badajoz. Badajoz

#### BREVE INTRODUCCIÓN

Los traumatismos orbitarios representan aproximadamente el 3 % del total de las urgencias maxilofaciales. Las causas más frecuentes del trauma oculofacial y las heridas penetrantes de órbita suelen ser los accidentes de tráfico, seguidos por las agresiones, los accidentes laborales, las caídas y las heridas por arma de fuego. Sin embargo, la presencia de cuerpos extraños intraorbitarios es poco frecuente. Ocurre en un 2.9 % del total de heridas oculares y, en muchas ocasiones, existe una alta tasa de infradiagnóstico en la valoración inicial. La presencia del cuerpo extraño puede ocasionar al paciente alteración funcional, diplopía e, incluso, deterioro de la agudeza visual en los peores casos por compresión del nervio óptico. Además, supone un elevado riesgo de infección local o sistémica que puede amenazar la vida del paciente. Es fundamental conocer la composición del cuerpo extraño y su localización en el plano tridimensional de la órbita, para decidir la mejor actitud terapéutica y definir la estrategia quirúrgica en función del riesgo/beneficio para el paciente. Los cuerpos extraños de composición metálica son de fácil detección mediante Tomografía Computerizada (TC) (94,4 %), mientras que los cuerpos radiolúcidos (cristal, madera, piedra y plástico) se convierten en un desafío para el mismo. La prueba de imagen por excelencia es el TC, reservando la Resonancia Magnética para la detección de los cuerpos compuestos por material plástico. El tratamiento de elección va a depender de la clínica del paciente, así como el mecanismo de producción del traumatismo y el material de composición del cuerpo extraño. La literatura revisada, indica la extracción de cuerpos extraños inorgánicos ya que pueden ocasionar irritación y tienen mayor riesgo de desarrollo de infección. En caso de pacientes que estén asintomáticos y cuya composición del cuerpo extraño sea de vidrio o metal, puede mantenerse una actitud expectante.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un varón de 58 años de edad, que consulta en Urgencias de otro área de salud tras caída y traumatismo directo a nivel facial, con varias heridas faciales. Como antecedentes, destaca una fibrilación auricular anticoagulada con Xarelto. Fue valorado en primer momento por el Servicio de Urgencias, quienes realizaron sutura de heridas faciales. Al realizar el estudio mediante TAC, se visualizaron dos cuerpos extraños de aparente densidad metálica a nivel intraorbitario derecho, uno de ellos atravesando el suelo de la órbita ipsilateral y el otro en el ápex orbitario alcanzando la nasofaringe, por lo que fue derivado al Hospital Universitario de Badajoz para valoración por el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. El paciente refería diplopía a la supra e infraversión con restricción para la motilidad. La agudeza visual por el ojo derecho era de 0.3 en midriasis farmacológica, con una presión intraocular de 18/16mmHg.

#### RESULTADOS

Bajo anestesia general, a través de la herida palpebral inferior, se realizó extracción de unos de los cuerpos extraños intraoculares, que se trataba de un vidrio. Se realizó exploración del suelo de la órbita, que estaba íntegro, al comprobar la ausencia de restricción de motilidad a la ducción forzada y no visualizarse el otro cuerpo extraño, se decidió finalizar la intervención dado el riesgo-beneficio que suponía la búsqueda del otro cuerpo extraño a nivel de nasofaringe. En el seguimiento a 18 meses, el paciente permanece asintomático, sin limitación funcional ni estética. En el TC control, se comprueba la persistencia del cuerpo extraño en el ápex orbitario alcanzando la nasofaringe, que no ha migrado. Dado su buen estado clínico, el paciente ha rechazado reintervención quirúrgica para extracción de este.

#### CONCLUSIONES

Los traumatismos oculares suponen una urgencia relativamente frecuente en nuestra especialidad. A pesar de ello, es poco habitual que se vea acompañado de la presencia de un cuerpo extraño intraorbitario. Debemos tener un elevado grado de sospecha para que no pase desapercibido, pues se podría asociar a complicaciones severas que pueden suponer un riesgo vital para el paciente. Por ello, es fundamental un diagnóstico precoz que permita proporcionar un tratamiento temprano para disminuir el riesgo de aparición de estas.

## TRAUMATOLOGÍA Y TRATAMIENTO DE SECUELAS

### [0077] LESIONES DE PARTES BLANDAS FACIALES EN DEPORTES DE INVIERNO. REVISIÓN Y ESTUDIO DE CASO

J.A. Fernández Martínez, C. Voltas Moreno, M. Reyes Raya, J.J. Maldonado Ostios, C. España Fuentes, A. Fernández Larrañaga  
Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

#### BREVE INTRODUCCIÓN

Los traumatismos faciales acompañados o no de lesiones de partes blandas faciales (con posible pérdida de sustancia o no), es una parte importante de la casuística y de la patología a la que los cirujanos Maxilofaciales dedican su actividad clínica y quirúrgica. Si los clasificamos por frecuencia, la principal causa se puede considerar las agresiones, seguida de los accidentes de tráfico, golpes/caídas accidentales y de accidentes deportivos. Es curioso, que en función de la época del año y de la zona geográfica, lo presentado anteriormente cómo lo más frecuente, pueda cambiar la frecuencia. En zonas donde se realizan deportes de riesgo o donde aumenta el número de personas que practican una actividad, aumenta el número de accidentes. Un ejemplo de esto, puede ser el aumento de traumatismos faciales en la época donde se puede realizar deportes de inviernos, en la zona de montaña o el aumento del número de agresiones cuando acontece en una zona, una festividad que aglomera un gran conjunto de personas. Trataremos en el siguiente poster sobre un traumatismo facial, donde a pesar de no presentar fracturas, las lesiones de partes blandas fueron bastante importantes, sobre todo por la afectación lingual.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente de 30 años que es trasladado en helicóptero a nuestro Hospital desde unas pistas de esquí. El paciente realizando saltos esquiando, sufre una caída en uno de estos saltos, recibiendo un traumatismo facial. Cuando lo valoran los servicios de urgencias de las pistas, aprecian abundante sangrado procedente de la cavidad oral y en la primera valoración, paciente inconsciente, con Glasgow de 3. Se vuelve a revalorar y consigue puntuación de 8. Se realiza intubación antes del traslado al hospital. Exploración física: apreciamos abundantes restos hemáticos a nivel perioral. A la exploración apreciamos heridas en ambas comisuras orales, herida tipo “degloving” a nivel de mucosa de fondo de vestíbulo, extendiéndose desde pieza 35 a 46 e importante lesión lingual, apreciamos sección transversal de la mitad de la zona móvil de la lengua, presentando en dos vientres separados la zona dorsal, de la zona lingual y visualizando haces musculares y las ramificaciones nerviosas que se distribuían en el espesor de la muscular lingual. Ambos fragmentos presentaban buen color, no signos de pérdida de vitalidad Tratamiento: Paciente se interviene en quirófano bajo anestesia general. Se realiza cambio de posición de tubo de intubación, en un primer tiempo estaba en cavidad oral pero no permitía trabajar de manera adecuada, realizándose un cambio a intubación nasal. Se realizó sutura por planos de fragmentos linguales, intentando replicar la anatomía previa al traumatismo, se suturó también heridas de comisuras y “degloving”.

#### RESULTADOS

Paciente ingresado en UCI, durante la valoración semanas posteriores, apreciamos borde lateral de hemilengua derecha, con zona necrótica. Se realizó de la manera más conservadora posible resección en cuña de la zona y cierre por primera intención, presentando lengua posteriormente a esto, una correcta evolución.

#### CONCLUSIONES

La importancia de recordar las lesiones que se pueden llegar a sufrir realizando un deporte “inofensivo”, como es el esquí, cuando no lo realizamos con la precaución adecuada en función del nivel de cada uno, experiencia, forma física, zonas donde practicarlo y la necesidad de equipos de protección, que en caso de accidentes, disminuya la morbimortalidad de estos.



## TRAUMATOLOGÍA Y TRATAMIENTO DE SECUELAS

### [0172] CORRECCIÓN TARDÍA DE LAS DEFORMIDADES ÓRBITOMALARES TRAUMÁTICAS MEDIANTE MALLA Y PRÓTESIS CUSTOMIZADAS

M<sup>a</sup>.F. Rocha Serpa, C. García Pontigo, A.R. García Carricondo, M. Martín Juárez, F. Espín Galvéz, A.J. Montesinos Gibaja  
Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería

#### BREVE INTRODUCCIÓN

Las fracturas del suelo de la órbita (solos o en conjunto con otras del esqueleto facial), son las fracturas del tercio medio facial que se encuentran con mayor frecuencia. Modifican las dimensiones del hueso orbitario y el funcionamiento del contenido intraorbitario. Si no se tratan o se tratan inadecuadamente, pueden provocar una deformidad facial postraumática. Los avances tecnológicos en la impresión tridimensional (3D) permiten la creación de prototipos físicos de modelos 3D, por lo que se crea una representación de la anatomía específica del paciente, permitiendo a los cirujanos realizar reconstrucciones ordinarias más precisas. El material de polietileno tereftalato (PEEK) es un polímero termoplástico semicristalino lineal aromático, que posee propiedades biológicas, altamente biocompatibles y biomecánicas que permiten su aplicación clínica en la producción de implantes y prótesis. Por otra parte, la malla de titanio es usada de manera rutinaria en el soporte rígido de fracturas en suelo orbitario, demostrando buena tolerancia y éxito cuando se coloca apropiadamente.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de una paciente mujer de 21 años atendida en el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario Torrecárdenas con antecedente de politraumatismo debido a atropello en Ecuador en el año 2019. A nivel facial, presentaba una fractura órbitomalar izquierda no tratada. En la exploración clínica se evidenciaba enoftalmos, una cicatriz palpebral superior con ligera retracción, laterodesviación nasal, pérdida de proyección malar izquierda y se palpaba un escalón en reborde infraorbitario y en la sutura frontomalar izquierda. No refería diplopía y su motivo de atención se fundamentaba en un problema estético de asimetría y miedo a una secuela funcional.

#### RESULTADOS

En cuanto a la planificación quirúrgica de tratamiento se decidió realizar una reconstrucción customizada del suelo y reborde orbitario izquierdo con malla de titanio y prótesis PEEK en el hueso malar. Se realizó un abordaje transconjuntival retroseptal con cantotomía lateral para colocarlas y realizar una fijación con osteosíntesis. Para el cierre se realizó una sutura transpalpebral intraconjuntival con monofilamento de 5/0 que fue retirado a las 24 horas. Tras las sucesivas revisiones, se objetivó una mejoría estética y clínica significativa, respondiendo al motivo principal de atención de la paciente.

#### CONCLUSIONES

La reconstrucción orbitaria tardía es un desafío para los cirujanos. La tecnología informática 3D avanzada permite analizar mejor las deformidades faciales complejas, planificar con precisión la corrección quirúrgica con la opción de crear e imprimir prótesis óseas personalizadas y disminuir las secuelas a largo plazo. Los materiales utilizados son eficaces y permiten una apropiada adaptación con bajas tasas de complicaciones.

## TRAUMATOLOGÍA Y TRATAMIENTO DE SECUELAS

### [0184] ESTUDIO COMPARATIVO DE ABORDAJE SUBCILIAR VS ABORDAJE TRANSCONJUNTIVAL EN LAS FRACTURAS DE ÓRBITA

C. Mazo Amorós, Ó. de la Sen Concuera, S. Herrero Álvarez, R. Camacho Leone, M. Alonso Juarranz, M. de Pedro Marina  
Hospital Clínico San Carlos. Madrid

#### BREVE INTRODUCCIÓN

El área que comprende las fracturas orbitarias es considerada de las más difíciles y controvertidas de la traumatología facial debido a la variedad de abordajes quirúrgicos y de materiales de reconstrucción disponibles. La mayoría se producen en hombres en su segunda década de la vida, siendo las agresiones y los accidentes de tráfico las causas más frecuentes del traumatismo facial. Su manejo inicial requiere de un examen clínico completo y del tratamiento de las lesiones oculares concomitantes. Se han descrito diversos abordajes, siendo los más populares el transconjuntival y el subciliar por motivos estéticos, por la amplitud de campo ofrecida y por la baja tasa de complicaciones presentada. El objetivo del presente trabajo es realizar una comparación entre abordaje subciliar y el abordaje transconjuntival en el tratamiento de las fracturas orbitarias para establecer el mejor criterio de elección según las características de las fracturas.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se realiza un estudio descriptivo y transversal de los pacientes intervenidos de fractura de órbita mediante abordaje subciliar o transconjuntival en el servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Clínico San Carlos, entre los meses de enero del 2011 y diciembre de 2021. Inicialmente se incluyeron 101 pacientes de los que se recogen datos de su historia clínica. De ellos, 48 cumplen los criterios de inclusión.

#### RESULTADOS

La proporción hombre:mujer fue 7:2 y el rango de edad más afectado fue entre los 26 y los 58 años. Las caídas fueron la causa más frecuente y la mayoría de los pacientes fueron operados a los  $4,35 \pm 4,65$  días después del trauma. La fractura orbitaria más frecuente fue la del suelo de órbita y el abordaje más usado el transconjuntival. El material de osteosíntesis más empleado en nuestro Hospital fue la malla reabsorbible.

#### CONCLUSIONES

Las fracturas de órbita ocurren mayoritariamente en hombres de mediana edad. Los principales factores etiológicos de las fracturas de órbita de nuestra muestra son las caídas (55 %) y los las agresiones (33 %). El tipo de fractura orbitaria más frecuente es la de suelo de órbita aislada. El tiempo de espera más frecuente de los pacientes desde el día del traumatismo a la cirugía es de 4 días. En nuestro caso la vía de abordaje más utilizada ha sido la transconjuntival.

## TRAUMATOLOGÍA Y TRATAMIENTO DE SECUELAS

### [0191] TRAUMATISMOS FACIAL COMPLEJO POR COZ DE CABALLO

M. Rodríguez Talero, L. Fernández-Figares Conde, M. González Cámara, J.D. González Padilla, P. Infante Cossio, J.L. Gutiérrez Pérez  
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

#### BREVE INTRODUCCIÓN

Los traumatismos de alta carga cinética conllevan una gran repercusión en la vida del paciente debido a la posibilidad de compromiso de la vía aérea y de patología intracraneal de mal pronóstico, sin dejar de mencionar la posibilidad de lesiones faciales con carga estética y funcional. Por esta razón, es importante el manejo inmediato de los mismos y su planificación terapéutica a posteriori, motivo por el cual se expone este caso clínico.

#### MATERIAL Y MÉTODO O DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente varón de 43 años trasladado al Servicio de Urgencias del Hospital Virgen del Rocío debido a un trauma facial de alta energía producido por una coz de caballo. A su llegada se estabilizó la vía aérea mediante una mascarilla laríngea y se llevaron a cabo medidas para la estabilización hemodinámica del paciente, para su posterior traslado a sala de TC. En TC se objetivó la presencia de fractura conminuta del tercio medio facial, con hundimiento centrofacial y disyunción craneofacial que afectaba a las paredes laterales, mediales e inferiores de ambas órbitas, invadidas por fragmentos óseos, asociando estallido de ambos globos oculares. Tras los resultados de las pruebas de imagen y el compromiso de la vía aérea, se decidió realizar una traqueostomía de urgencia, estabilización del sangrado con taponamiento nasal anterior y posterior, limpieza y sutura de heridas faciales. Posteriormente se reintervino para reducción y osteosíntesis de los defectos óseos, logrando la reestabilización estética y funcional del paciente.

#### RESULTADOS

Se presenta, mediante un caso clínico, el manejo inmediato y tratamiento diferido de los traumatismos faciales de alta energía con compromiso en la vía aérea. Siguiendo un abordaje multidisciplinar y protocolario se consigue el manejo apropiado y seguro de este tipo de traumatismos. Finalmente, se alcanzaron resultados idóneos con una primera cirugía de control de daños asegurando la vía aérea y, en segundo tiempo, se consiguió la reposición estético-funcional facial.

#### CONCLUSIONES

El manejo correcto de un traumatismo facial de alta energía necesita de una valoración urgente y multidisciplinar siguiendo las normas básicas del ABCDE. Una vez resuelta el manejo urgente se deberá planificar minuciosamente el tratamiento quirúrgico para la reducción y osteosíntesis de las fracturas faciales con el objetivo de reconstituir funcionalidad y estética del esqueleto craneofacial.



**26** CONGRESO  
NACIONAL  
**SECOMCYC**  
CARTAGENA 15-17 junio 2023