







COMUNICACIÓN ORAL EN CONGRESO

RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTO MAXILAR CON COLGAJO TEMPORAL MIOFASCIAL, UN REPORTE DE CASO

Maxillary Defect Reconstruction with Temporalis Myofascial Flap, a Case Report

Laura Manuela BAYONA-ROMERO ¹; Mariana GONZÁLEZ-SOSTO ²; Jaime PIEDRAS-CASTRO³;
Jaime SANTOS-PÉREZ ²; Luis Miguel REDONDO-GONZÁLEZ ³; Carmen VALLÉS-RODRÍGUEZ ¹;
Isidora Paz RETTIG-INFANTE ¹; Claudia LLORENTE-ÁLVAREZ¹

¹Hospital Universitario Río Hortega, Servicio de Otorrinolaringología.

²Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Servicio de Otorrinolaringología.

³Hospital Universitario Río Hortega, Servicio de Cirugía maxilofacial.

Correspondencia: manu_bayona@hotmail.com

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de intereses

Imágenes: Los autores declaran haber obtenido las imágenes con el permiso de los pacientes

Política de derechos y autoarchivo: se permite el autoarchivo de la versión post-print (SHERPA/RoMEO)

Licencia CC BY-NC-ND. Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivar 4.0 Internacional

Universidad de Salamanca. Su comercialización está sujeta al permiso del editor

RESUMEN: Introducción: El tratamiento quirúrgico de los tumores de cavidad oral y el seno maxilar puede dejar grandes defectos que tienen consecuencias tanto estéticas como funcionales. La masticación, la deglución y la fonación son las principales funciones comprometidas con este tipo de defectos. El colgajo temporal miofascial constituye una gran opción para la reconstrucción con colgajos regionales debido a gran vascularización y fácil transferencia. Presentamos el caso de un paciente que requirió cirugía reconstructiva con un colgajo regional miofascial tras una hemimaxilectomía por un carcinoma epidermoide en fosa nasal derecha y seno maxilar ipsilateral.

Método: Paciente de 79 años sin antecedentes de importancia es valorado en hospital comarcal por una masa en fosa nasal derecha de meses de evolución, en dicho evidencian una masa que ocupa toda la fosa nasal y toman biopsia de la lesión con un TC de senos paranasales. La biopsia reporta un papiloma invertido y en el TC se observa una masa que ocupa toda la fosa nasal derecha, el seno maxilar y etmoides anterior ipsilateral con importante destrucción ósea y áreas de calcificación intralesional. Es remitido al hospital de referencia donde se realiza maxilectomía media derecha vía endoscópica con previa embolización

del tumor por parte de cirugía vascular. La pieza reseada reporta una anatomía patológica de carcinoma escamoso infiltrante sobre papiloma invertido con amplia infiltración ósea. Posteriormente el paciente es llevado a una hemimaxilectomía media en conjunto con cirugía maxilofacial, durante la intervención se decide que es una lesión irreseccable debido a la extensión de la misma. Se decide manejo con quimiorradioterapia y un obturador con adaptación adecuada por el paciente. 2 años después el paciente presenta como secuela una comunicación orosinusal derecha importante con limitación en su calidad de vida, se realiza la reconstrucción por cirugía maxilofacial con un colgajo temporal miofascial derecho. Se cubre el defecto del temporal con una prótesis porosa de polietileno.

Discusión: El colgajo temporal miofascial consiste en un colgajo tipo III según la clasificación de Mathes y Nahai. Debido a su localización y gran vascularización constituye una excelente opción para la reconstrucción de defectos en cavidad oral, órbita y senos maxilares. Es de vital importancia reconocer la fascia superficial temporal para evitar la lesión de la rama frontal de nervio facial, que constituye uno de los pocos riesgos de utilizar este colgajo. Un aspecto favorable de este colgajo en la reconstrucción de cavidad oral es su rápida epitelización debido a la protección que confiere la fascia de la saliva, esto permite el inicio temprano de la radioterapia si es necesario en el paciente oncológico.

Conclusiones: El colgajo temporal tiene unas indicaciones precisas que le confieren una ventaja en la reconstrucción en el paciente oncológico. Su principal ventaja constituye que se puede reconstruir de forma inmediata el defecto. La seguridad del pedículo vascular y la proximidad a cavidad oral, órbita y tercio medio de la cara, así como la rápida obtención del colgajo, lo convierten en una excelente opción para la reconstrucción en estas áreas.

PALABRAS CLAVE: colgajo temporal miofascial; reconstrucción oncológica; defecto cavidad oral; papiloma invertido.

SUMMARY: Introduction: Surgical treatment of tumours in oral cavity y maxillary sinus can leave the patient with large defects that may carry with functional and esthetic consequences. Chewing, swallowing y phonation are the main functions compromised with this type of defects. Myofascial temporal flap constitutes a great option for reconstruction with regional flaps because of its vascularization and easy transfer. We present the case of a patient that required reconstructive surgery with a myofascial temporal flap due to an hemimaxillectomy secondary to a squamous cell carcinoma in the right nostril and ipsilateral maxillary sinus.

Method: A 79-year-old patient with no relevant medical history is evaluated in a regional hospital for a mass in the right nostril of months of evolution, the mass occupies the entire nostril and a biopsy of the lesion is taken with a CT scan of the paranasal sinuses. . The biopsy reports an inverted papilloma and the CT shows a mass that occupies the entire right nostril, maxillary sinus and ipsilateral anterior ethmoid with significant bone destruction and areas of intralesional calcification. He was referred to the reference hospital where a right medial maxillectomy was performed endoscopically with prior embolization of the tumor by vascular surgery. The resected piece reports a pathological anatomy of "infiltrating squamous cell carcinoma on inverted papilloma with extensive bone infiltration". Subsequently, the patient is taken to a median hemimaxillectomy in conjunction with the maxillofacial surgery service, during the intervention it is decided that it is an unresectable lesion due to its large extension. Management with chemo and radiotherapy and an obturator is decided, with adequate adaptation by the patient. Two years later, the patient presented as a sequela an important right orosinusal communication with limitation in his quality of life, reconstruction was performed by maxillofacial surgery with a right temporal myofascial flap. The temporal bone defect is covered with a porous polyethylene prosthesis.

Discussion: The temporal myofascial flap consists of a type III flap according to the Mathes and Nahai classification. Due to its location and great vascularization, it is an excellent option for the reconstruction of defects in the oral cavity, orbit and maxillary sinuses. It is of great importance to recognize the temporal superficial fascia during the surgery to avoid injury to the frontal branch of the facial nerve, which is one of the few risks of using this flap. A favorable aspect of this flap in the reconstruction of the oral cavity is its rapid epithelialization due to the protection against the saliva conferred by the fascia, this allows the early start of radiotherapy if necessary in cancer patients.

Conclusions: The myofascial temporal flap has actual indications that gives it an advantage in reconstruction in cancer patients. Its main advantage is that the defect can be immediately reconstructed. The safety of the vascular pedicle and its proximity to the oral cavity, orbit and middle third of the face, as well as the rapid availability of the flap, make it an excellent option for reconstruction in these areas.

KEYWORDS: temporal myofascial flap; oncological reconstruction; oral cavity defect; inverted papilloma.