

REPORTE DE CASO

Reconstrucción microquirúrgica palatina con colgajo radial en paciente con hiperplasia fibrosa bimaxilar: un reporte de caso

Juan Francisco Oré Acevedo¹, Wieslawa de Pawlikowski Amiel¹, Rosmery Urteaga Quiroga¹, Abraham Zavala de Pawlikowski¹

¹ Sub Unidad de Atención Integral Especializada de Especialidades Quirúrgicas, Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja, Lima, Perú.





Citar como:

Oré Acevedo JF, de Pawlikowski Amiel W, Urteaga Quiroga E, Zavala de Pawlikowski A. Reconstrucción microquirúrgica palatina con colgajo radial en paciente con hiperplasia fibrosa bimaxilar: un reporte de caso. *Investig Innov Clin Quir Pediatr.* 2023;1(1):62-5. doi:10.59594/iicqp.2023.v1n1.12

Autor correspondiente:

Juan Francisco Oré Acevedo
Dirección: Calle 24 N°188 Dpto. 303, San Borja, Lima, Perú
Teléfono: +51993464995
Correo electrónico: juanfcoore@yahoo.com

ORCID iDs

Juan Francisco Oré Acevedo
 <https://orcid.org/0000-0002-5823-8316>
Wieslawa de Pawlikowski Amiel
 <https://orcid.org/0000-0003-3331-1166>
Rosmery Urteaga Quiroga
 <https://orcid.org/0000-0001-5741-7331>
Abraham Zavala de Pawlikowski
 <https://orcid.org/0000-0003-3503-0106>

Recibido : 20/02/2023

Aprobado : 26/04/2023

Publicado : 23/06/2023



Esta es una publicación con licencia de Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.

Copyright © 2023, Los autores

RESUMEN

La hiperplasia fibrosa es una entidad benigna, la cual consiste en una proliferación del tejido fibroso y mucoso del revestimiento de la cavidad oral. El crecimiento incontrolado puede llegar a producir una alteración en la función del habla o de la alimentación, además de la deformidad estética. La extirpación de las lesiones suele hacerse con el cierre primario o anatómico de ser posible. En lesiones extensas, la extirpación de la cobertura mucosa requiere de tejido con su propia vascularidad. Presentamos el caso de un varón de 17 años con tiempo de enfermedad de 4 años, caracterizado por múltiples tumoraciones que son dependientes del reborde mucoso dentoalveolar de ambos maxilares, con pérdida de piezas dentarias y movilidad severa del resto de piezas remanentes. Sin dolor, ni sangrado, con alimentación líquida o blanda debido a la limitación para la masticación. Es así que mostramos un caso en donde se requirió para la reconstrucción del reborde dentoalveolar de ambos maxilares superiores y el paladar, de un colgajo libre fasciocutáneo dependiente de la arteria y vena radial, debido al área del tejido a retirar en la cirugía. Con excelente resultado estético y funcional, este colgajo es el recomendado para lograr una adecuada cobertura para defectos amplios en la cavidad oral.

Palabras clave: Reconstrucción Mandibular; Maxilar; Paladar; Microcirugía (Fuente: DeCS)

Microsurgical palatal reconstruction with radial flap in a patient with bimaxillary fibrous hyperplasia: a case report

ABSTRACT

Fibrous hyperplasia is a benign condition characterized by the proliferation of fibrous and mucosal tissue in the lining of the oral cavity. Uncontrolled growth can lead to alterations in speech or feeding function, as well as aesthetic deformities. Lesions are typically removed with primary or anatomical closure if possible. In extensive cases, removal of the mucosal coverage requires tissue with its own vascularity. Here, we present the case of a 17-year-old male with a four-year history of multiple tumor formations dependent on the dentoalveolar mucosal ridge of both maxillae, resulting in tooth loss and severe mobility of the remaining teeth. The patient experienced no pain or bleeding, and consumed only liquid or soft foods due to chewing limitations. The reconstruction of the dentoalveolar ridge of both maxillae and the palate required a free fasciocutaneous flap dependent on the radial artery and vein due to the size of the tissue to be removed during surgery. With excellent aesthetic and functional results, this flap is recommended for achieving adequate coverage for extensive defects in the oral cavity.

Keywords: Mandibular Reconstruction Maxilla; Maxilla; Palate; Microsurgery (Source: MeSH)

INTRODUCCIÓN

La hiperplasia fibrosa de la mucosa oral corresponde a una patología benigna que puede llegar a presentarse como múltiples tumoraciones a nivel de la cavidad oral. Pueden presentarse de diferentes tamaños y, por su volumen, limitan la alimentación y el habla,

producen movilización e incluso pérdida de piezas dentarias, erosionan y deforman el hueso mandibular o maxilar, además de producir una deformidad estética marcada (1).

La intervención quirúrgica está indicada en casos moderados a severos, llegando incluso a no solo ser suficiente su resección, sino requiriendo de técnicas de reconstrucción que pueden incluir colgajos microvascularizados debido al defecto que se creará por la extirpación de las lesiones presentes. Esto es debido a que el uso de injertos o colgajos adiposos de Bichat sufren de la contracción cicatricial (2,3).

El uso del colgajo radial microvascularizado está ampliamente indicado en reconstrucciones a nivel de cabeza y cuello. Toma como área donante los tejidos fasciocutáneos del antebrazo, con su pedículo vascular correspondiente a la arteria y vena radial. Además, está descrito y probado como alternativa confiable en la reconstrucción de la cavidad bucal (2-9). Por su parte, el colgajo antero-lateral del muslo tiene la particularidad del grosor excesivo de la región donante, el cual ocupa más espacio en la cavidad bucal que el radial, además que es de difícil inserción y trabajo en la boca por su tamaño (2).

A diferencia de las resecciones palatinas y maxilares, en las cuales se retira el soporte óseo, estas áreas comprometidas pueden ser reconstruidas por medio de prótesis somáticas o colgajos libres osteocutáneos como peroné, escápula o cresta iliaca (5-8). Sin embargo, no está exento de complicaciones, como pérdida del colgajo, necrosis parcial, fistulas, infecciones o hematomas (8-9).

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un paciente varón de 17 años, con tiempo de enfermedad de 4 años, sin acceso a medios de salud periféricos a su domicilio, aun estando con cobertura en el seguro integral de salud. En el 2017, acudió con múltiples tumoraciones a nivel de la cavidad bucal, indoloras, sin secreción purulenta ni sangrado como antecedente, con pérdida de piezas dentarias en los años previos y con movilidad de piezas dentarias remanentes. Las múltiples tumoraciones protruían por la cavidad bucal y, debido a su tamaño, causaban dificultad para el habla, así como para el ingreso de los alimentos y su masticación; motivo por el cual su dieta era en base a líquidos y alimentos de consistencia blanda.

Seis de las tumoraciones se localizaban en los maxilares superiores y paladar duro con tamaños entre 2 y 5 cm como diámetro mayor. En el maxilar inferior, se encontraron cuatro tumoraciones, entre 2 y 3 cm de diámetro mayor. En ambas localizaciones, las tumoraciones dependían principalmente del reborde dentoalveolar, tenían consistencia firme, límites bien definidos, multinodulares y con cubierta de mucosa. Además, presentaban desplazamiento de las piezas dentarias y movilidad de éstas en ambas arcadas, sin comprometer la lengua ni el paladar blando (Figura 1).

En la tomografía de macizo facial con contraste se evidenció el macizo óseo facial dentro de lo normal, sin signos de osteomielitis o neoplasias. Ambas tumoraciones correspondían a neoplasias no vascularizadas dependientes de las partes blandas, tanto del reborde dentoalveolar del maxilar superior e inferior como de la mucosa del paladar duro (Figura 2).



Figura 1. Fotografías frontal, lateral y de la cavidad oral. Arriba, antes de la cirugía y abajo, a los 6 meses postcirugía. Nótese el colgajo radial a nivel del paladar.

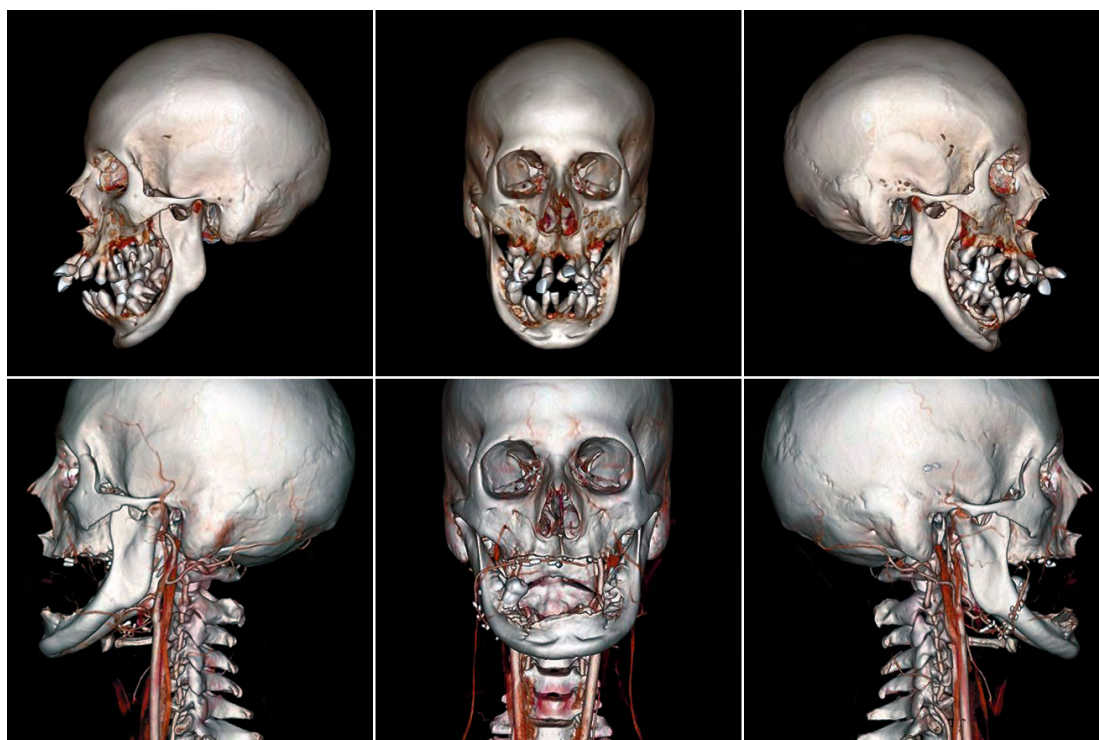


Figura 2. Tomografía del macizo facial: Arriba, reconstrucción tomográfica preoperatoria. Abajo, reconstrucción tomográfica los 6 meses postcirugía. Se visualiza anastomosis arterial a nivel mandibular derecho con la arteria facial y radial.

Al paciente se le realizó previo a la cirugía una biopsia de ambas lesiones maxilar y mandibular, con resultado de anatomía patológica de hiperplasia fibrosa, siendo negativo para neoplasia maligna. Se decidió realizar la resección de las tumoraciones en dos cirugías separadas. En la primera intervención quirúrgica se realizó la resección de las lesiones mandibulares, exodoncias de las piezas dentarias comprometidas, remodelación del borde óseo dentoalveolar con fresa quirúrgica y cierre primario de la mucosa del piso de la boca con la mucosa vestibular con material absorbible.

A los 7 días de la primera cirugía, se le realizó la segunda intervención quirúrgica, en conjunto con la especialidad de cirugía plástica. Se había determinado la resección de las tumoraciones de partes blandas junto con las piezas dentarias existentes hasta el borde óseo posterior palatino, luego con una fresa quirúrgica se realizó la remodelación del reborde dentoalveolar de ambos maxilares. Mientras se realizaron estos procedimientos, el equipo de cirugía plástica delimitó el área cutánea para el pedículo y realizó el levantamiento del colgajo libre con un pedículo que contenía tanto la arteria como la vena radial, en una longitud hasta 8 cm fuera de borde de sección del colgajo.

Adicionalmente, se realizó una incisión en la mucosa vestibular derecha por delante del conducto de Stenon, para la tunelización en forma roma del pedículo del colgajo libre hasta los vasos faciales, los cuales fueron expuestos por una incisión submaxilar ipsilateral. Para la anastomosis se utilizaron suturas no absorbibles, verificando posteriormente

el flujo vascular arterial y venoso bajo visión directa, así como la ausencia de sangrado en la unión y comprobación de la vascularidad a nivel del colgajo radial en la cavidad oral. Luego, se procedió a la fijación y adaptación del colgajo por puntos de sostén hacia las regiones laterales, posterior y anterior. Seguidamente, se realizó la sutura por planos para cubrir el paladar y rebordes por medio de suturas absorbibles desde los bordes posteriores hasta el borde anterior. Finalmente, se suturaron por planos con material absorbible los bordes del epitelio del colgajo y de la mucosa vestibular superior y del paladar blando.

El paciente evolucionó adecuadamente, y fue dado de alta a las 2 semanas, sin dolor, mejora importante en el habla, con alimentación sin restricciones y sin recidiva de la tumoración en sus controles a los seis meses y al año del control postoperatorio. A la fecha, se encuentra en proceso de rehabilitación oral por la especialidad de odontología.

DISCUSIÓN

La hiperplasia fibrosa corresponde a un sobrecrecimiento benigno de la mucosa palatina, la cual requiere tratamiento quirúrgico cuando ocasiona una deformidad estética y funcional importante tanto como para el lenguaje y alimentación (4). En la literatura se describen tumoraciones aisladas, ya sean en el maxilar superior o a nivel mandibular, las cuales son extirpadas y con un cierre primario tratadas

(4). Sin embargo, con tumoraciones múltiples bimaxilares, que al ser retiradas tengan exposición ósea sin posibilidad de cubierta mucosa, se presenta un gran desafío para el cirujano.

Debido a ello, es necesario proveer tejidos blandos para tener una cubierta viable y amplia, la cual recubre las superficies óseas expuestas por la extirpación de las lesiones; motivo por el cual se hace necesario el uso de un colgajo microvascularizado para su reconstrucción. Este colgajo debe poseer un pedículo lo suficientemente largo para que describa un trayecto por dentro de las partes blandas de la mejilla hasta su anastomosis a nivel cervical. Además, el defecto del área donante se cubre inmediatamente con un injerto de piel con mínima contracción cicatricial y sin afectar la funcionalidad de la mano o antebrazo (4).

El colgajo radial es delgado y aporta un área de piel suficiente para cubrir la totalidad del paladar y reborde dentoalveolar, siendo con mucha certeza la primera y mejor opción para la reconstrucción como el caso descrito.

Contribuciones de autoría: JFOA y WPA contribuyeron en la formulación de la idea original. RUQ y AZP revisaron tanto la historia clínica como las imágenes. Todos los autores redactaron, revisaron y aprobaron la versión final del manuscrito.

Financiamiento: Autofinanciado

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Camacho A, Saura A, López P, Bermejo A. Tratamiento quirúrgico de una hiperplasia fibrosa localizada en la desembocadura del conducto de Estenon: Descripción de la técnica. *Av Odontostomatol.* 2004;20(5): 227-31.
2. Tsao CK, Wei FC, Chang YM, Cheng MH, Chwei-Chin Chuang D, Kao HK, et al. Reconstruction of the buccal mucosa following release for submucous fibrosis using two radial forearm flaps from a single donor site. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2010;63(7):1117-23. doi: 10.1016/j.bjps.2009.05.047
3. Chan RC, Wei FC, Tsao CK, Kao HK, Chang YM, Tsai CY, et al. Free flap reconstruction after surgical release of oral submucous fibrosis: long-term maintenance and its clinical implications. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2014;67(3):344-9. doi: 10.1016/j.bjps.2013.12.004
4. Médard de Chardon V, Balaguer T, Chignon-Sicard B, Riah Y, Ihrat T, Dannan E, et al. The radial forearm free flap: a review of microsurgical options. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2009;62(1):5-10. doi: 10.1016/j.bjps.2008.06.053
5. Duflo S, Lief F, Paris J, Giovanni A, Thibeault S, Zanaret M. Microvascular radial forearm fasciocutaneous free flap in hard palate reconstruction. *Eur J Surg Oncol.* 2005;31(7):784-91. doi: 10.1016/j.ejso.2005.05.008
6. Sun G, Yang X, Tang E, Wen J, Lu M, Hu Q. Palatomaxillary reconstruction with titanium mesh and radial forearm flap. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2009;108(4):514-9. doi: 10.1016/j.tripleo.2009.05.003
7. Avery CM. Review of the radial free flap: is it still evolving, or is it facing extinction? Part one: soft-tissue radial flap. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2010 Jun;48(4):245-52. doi: 10.1016/j.bjoms.2009.09.004
8. Avery CM. Review of the radial free flap: still evolving or facing extinction? Part two: osteocutaneous radial free flap. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2010;48(4):253-60. doi: 10.1016/j.bjoms.2009.09.017
9. Smith GI, O'Brien CJ, Choy ET, Andruchow JL, Gao K. Clinical outcome and technical aspects of 263 radial forearm free flaps used in reconstruction of the oral cavity. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2005;43(3):199-204. doi: 10.1016/j.bjoms.2004.11.024