

# CIRUGÍA EN TUMORES NASSO-MAXILARES

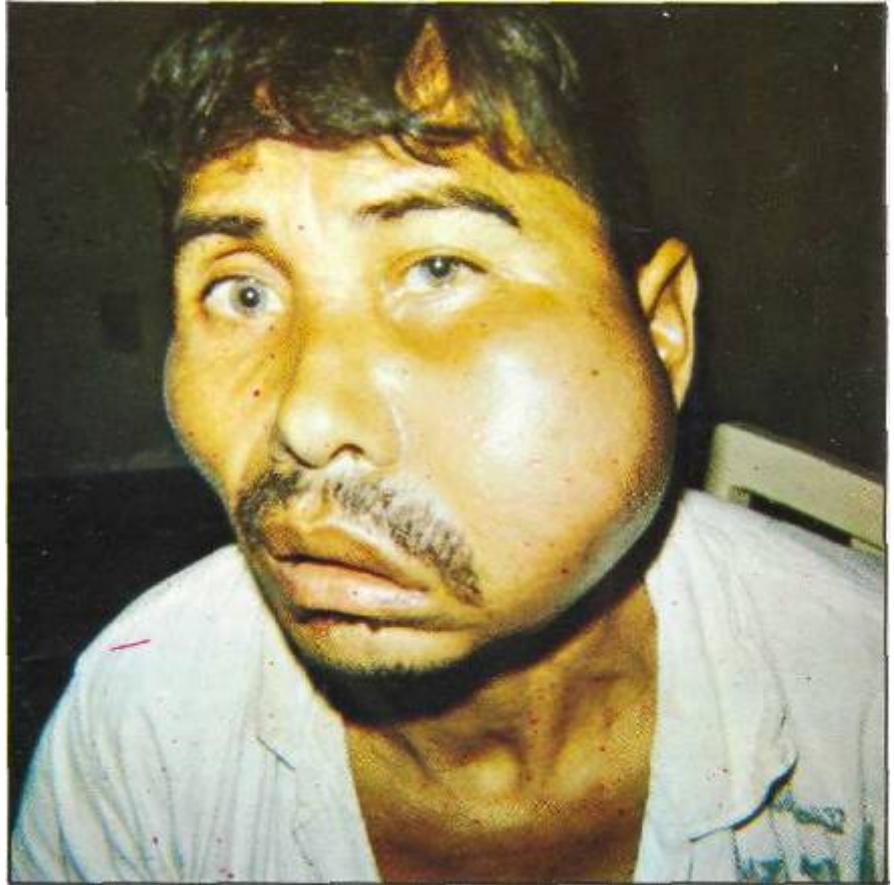
*Dr. Ángel E. Argueta*

## TUMOR NASALES

El cáncer basocelular y el epidermoide en las fosas nasales son los tumores más frecuentes seguidos por el de células transicionales, el anaplásico, el adenocarcinoma y el esteno-neuroblastoma.

La rinorrea, la epistaxis y la obstrucción nasal suelen ser síntomas precoces del cáncer, algunos de estos tumores alcanzan gran tamaño dando lugar a deformidades, la mayoría de estos tumores alcanzan gran tamaño dando lugar a deformidades, la mayoría se extienden infiltrando las regiones vecinas o producen extensas destrucciones de los tejidos como el C.A. basocelular.- Al examen físico con rinoscopia y nasofaringoscopia debe agregarse los tomogramas para determinar la extensión del tumor y grado de destrucción ósea.

Las resecciones tímidas por temor al defecto cosmético es la causa más frecuente de recurrencia del cáncer nasal, por ello, las resecciones deben ser amplias, tratando por todos los medios de hacer una reconstrucción plástica inmediata, y asegurándose me-



diante la biopsia por congelación que las márgenes del espécimen están libres de tumor.

Pequeñas lesiones del ala de la nariz pueden ser reseadas en todo su espesor y el defecto reconstruido con injerto compues-

to, tomado del Elix de la oreja.- El injerto libre de piel o el deslizamiento de un pequeño colgajo estarán indicados si el defecto es superficial en la cara lateral de la nariz.- En caso de resecciones más amplias que afecten todo el espesor de una pared nasal, éstas,

podrán ser reconstruidas con un colgajo frontal.

Lesiones del Septum, cara lateral o suelo de las fosas nasales pueden ser ampliamente expuestas mediante una rinotomía lateral, en las lesiones de la cara lateral es necesario además, abrir el seno maxilar para extirpar el tumor en todo su espesor.- Las lesiones localizadas en el techo de las fosas nasales podrán ser abordadas a lo largo de una incisión en el pliegue nasofacial, resecaando el hueso nasal y exponiendo la cara interna de la órbita; de esta forma si el tumor no ha invadido la lámina cribiforme, este podrá ser resecaado ampliamente junto con la cara lateral de la fosa nasal.- En los casos en que la lámina cribiforme o la órbita están infiltradas por el proceso, se expondrá previamente la fosa cerebral anterior para la resección completa de la lámina cribiforme o se hará exanteración de la órbita.



Cuando existe una casi total destrucción de la pirámide nasal ésta puede ser reconstruida con un colcajo parieto-frontal.

#### TUMORES DE SENOS PARANASALES

El carcinoma epidermoide es el más frecuente seguido por el anaplásico, el de las células transicionales y el adenocarcinoma.- Suelen originarse en el seno maxilar o etmoidal y raramente en los senos frontales o esfenoidales. Por estar localizados en cavidades cerradas, son inicialmente asintomáticas o pueden dar lugar a un cuadro de sinusitis crónica.- En fase avanzada y según su locali-

zación pueden presentarse síntomas de obstrucción nasal, parálisis de los nervios craneales, o diplopía por invasión de la órbita; la destrucción de la pared anterior o suelo del seno maxilar provocará la infiltración tumoral de la mejilla o la caída de las piezas dentarias respectivamente. Según su origen los tumores paranasales se les clasifica en tres grupos:

- a) Los de la supraestructura que son los localizados en la órbita, techo de las fosas nasales, y en los senos etmoidales, esfenoidal o maxilar;
- b) Los de la infraestructura que son los situados en el

suelo del seno maxilar y fosa nasal.

- c) Los de la Mesoestructura que son los localizados propiamente en la parte media del seno maxilar.

Olmgren estableció la línea de la malignidad y que hoy se conoce como la línea Olmgren que va del ángulo interno del ojo al ángulo de la mandíbula, esta línea imaginaria puede ser trasada en cualquier radiografía simple lateral de cara.- Todos aquellos tumores localizados por encima y detrás de esta línea tienen peor pronóstico que los situados por debajo y delante de ella. Al examen físico, debe agregarse una

cuidadosa evaluación del grado de extensión del tumor mediante rinoscopia, nasofaringoscopia, Tomogramas de los huesos faciales y placas simples en posición Hirtz, con estas últimas se podrá determinar: a) Si la pared posterior del seno maxilar está destruida, ellos supondrán la invasión de la fosa zigomática; b) Si existe destrucción de la pared lateral de la órbita; c) Si el borde anterior del ala menor del esfenoides está destruido, lo que indicaría posible invasión de la base del cráneo.

La cirugía está contraindicada si hay clínica o radiológica evidencia de invasión de la base del cráneo, de la nasofaringe, del lado contrario excepto si es solo a nivel del paladar duro, o si hay metástasis a distancia.

En la preparación y como parte de la evaluación debe hacerse un Cadwell Luc con la finalidad de hacer biopsia, determinar la extensión y el tipo de tumor, a la vez que se drena la cavidad, con-

trolando de esta forma, la infección secundaria que casi siempre existe o puede desarrollarse al necrosarse el tumor por la administración preoperatoria de cobalto-terapia.

La maxilectomía parcial está indicada en tumores localizados en la infraestructura.- Para aquellos situados en la meso o supraestructura la maxilectomía radical con exanteriorización de la órbita es la operación más apropiada.

La siguiente técnica modificada por el Doctor Jorge Fairbanks Barbosa es la que he utilizado en enfermos del Departamento de Oncología del Hospital San Felipe con extensos tumores Etmoido-Orbita-Maxilar, esta técnica tiene la ventaja que al ligar precozmente la arteria maxilar interna evita el profuso sangrado de las últimas fases de la operación, da una buena exposición de la parte posterior del maxilar pudiendo removerlo en bloque con márgenes adecuados y dando acceso a reseca si fuese

necesario, parte del piso de la fosa cerebral anterior.

Para facilitar la operación y la anestesia se hace primero una traqueostomía, luego mediante la incisión de Weber-Ferguson se delimitan tres colgajos que dan acceso a la fosa temporal, fosa zigomática, y al masetero resecaando el bloque el seno maxilar con su correspondiente velo del paladar duro, el contenido orbital y etmoidal, mitad superior del masetero, rama vertical de la mandíbula, porción inferior del músculo temporal y pterigoideo interno. Junto con el contenido de la fosa zigomática; si es necesario se incluyen las apófisis pterigoideas y el contenido de la fosa pterigomaxilar.- Al final se aplica un injerto de piel al área desnuda del colgajo lateral y se cierra por planos.

Al quinto día se coloca una prótesis oclusiva que separa la fosa oral de la nasal con lo cual el paciente podrá hablar claro y tomar perfectamente sus alimentos.

BRUCE W. PEARSON, MD	SURGICAL ANATOMY OF MAXILECTOMY	SURGICAL ANATOMY CLINICS OF NORTH AMERICA VOL. 57, No. 4, AUGUST 1977
WALTER LAWRENCE Jr. MD	CÁNCER MANAGEMENT	— GRUÑE & STRATTAN N.Y. 1977
LAUREN V. ACKERMAN JUAN A. DEL REGATO	- CÁNCER DIAGNOSIS, TREATMENT AND PROGNOSIS	-MOSBY Co. St. LUIS 1970
UNIVERSITY OF ROCHESTER SCHOOL OF MEDICINE	- CLINICAL ONCOLOGY	- AMERICAN CÁNCER SOCIETY 1974
CHARLES E. HARTÓN	- TUMORS OF THE MAXILLA AND ORBIT	- SIMPOSIUM ON CÁNCER OF HEAD AND NECK MOSBY Fio. 1969
JOHN M. LO RE	AN ATLAS OF HEAD AND NECK SURGERY	- SAUNDERS Co. PHILADELPHIA 1973
JORGE FAIRBANKS BARBOSA	SURGICAL TREATMENT OF HEAD AND NECK TUMORS	- GRUÑE & STRATTAN 1974