

1120^c



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN MÉDICA
 DIVISIÓN DE FORMACIÓN DE PERSONAL
 PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD
 COORDINACIÓN NORMATIVA DE ESPECIALIDADES
 MÉDICAS

161

ABORDAJE TRANSMANDIBULAR MEDIO
 Estudio Descriptivo de Casos en el Servicio de Cirugía de
 Cabeza y Cuello del Hospital de Especialidades del Centro
 Médico Nacional "La Raza", en el período comprendido
 del 1º. de Enero de 1990 al 31 de Agosto del 2000.

T E S I S

Que para obtener el Diploma en la Especialidad de:

CIRUGÍA GENERAL

presenta:

DR. JESÚS NIETO CID DEL PRADO

Asesores:

Dr. Marco A. Pizarro Castillo
 Cirujano Oncólogo, adscrito al Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello
 H. E. C. M. N. "La Raza"

Dr. Jesús Arenas Osuna
 Jefe de Educación e Investigación Médica de Posgrado
 H. E. C. M. N. "La Raza"

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN



IMSS

México, D.F.

Abril 2002



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIAS

A mi MADRE

Eje de todas mis aspiraciones

Piedra angular

GRACIAS.

A mi ESPOSA

Apoyo y fortaleza

Reflejo idóneo

SOLO CONMIGO.

A mis HIJOS

Esencia del ser

Proyectos de mi futuro

ÉXITO.

A mis HERMANAS

Socorro, Patricia, Gabriela, Laura, Angélica,

AGRADECIMIENTOS

DR. MARCO A. PIZARRO CASTILLO

Por confiar en mi, ser parte de sus proyectos

Esperando no sea el último.

DR. JESÚS ARENAS OSUNA

Por mantener siempre abiertas las opciones de

Superación a los egresados.

GRACIAS

DR. JESÚS ARENAS OSUNA

Jefe de Educación e Investigación Médica.



DR. JOSE FENIG RODRÍGUEZ

Titular Del Curso de Posgrado Cirugía General.

DR. MARCO A. PIZARRO CASTILLO

Investigador Principal.

Cirujano Oncólogo, Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello.

DR. JESÚS NIETO CID DEL PRADO

Investigador Adjunto.

Residente de Cirugía General.



NUMERO DEFINITIVO DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN: 2001-690-0039.

INDICE TEMÁTICO

| | | |
|-------|----------------------------------|-----|
| I. | RESUMEN | 1. |
| II. | ANTECEDENTES CIENTÍFICOS | 3. |
| III. | METODOLOGÍA | 6. |
| IV. | RESULTADOS | 7. |
| V. | DISCUSIÓN | 12. |
| VI. | CONCLUSIONES | 14. |
| VII. | BIBLIOGRAFÍA | 15. |
| VIII. | ANEXO (técnica quirúrgica) | 16. |

RESUMEN

Título: ABORDAJE TRANSMANDIBULAR

Estudio Descriptivo de casos en el Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital de Especialidades del Centro Medico Nacional "La Raza" en el período comprendido del 1.º de Enero de 1990 al 31 de agosto del 2000.

Objetivo: Determinar si el Abordaje Transmandibular Medio es el tratamiento quirúrgico ideal, considerando sus indicaciones, con resultados estéticos y funcionales excelentes.

Material y Métodos: El presente trabajo de investigación se llevará a cabo en el Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital de Especialidades del Centro Medico Nacional "La Raza" a través del Archivo Clínico, desde Enero de 1990 hasta Agosto del 2000, fueron intervenidos OCHO pacientes: Tiroides lingual (dos pacientes), Absceso de primeras cervicales (drenaje en un paciente), Tumor de epiglotis (un paciente), Tumor de Vallecula (un paciente), Tumor de pared posterior de faringe (un paciente), Hemangioma de base de lengua (dos pacientes). La edad de los pacientes se estableció entre los 16 y 75 años. De estos cuatro de sexo masculino y cuatro de sexo femenino. Todos atendidos a través de la consulta externa de Cirugía de Cabeza y Cuello, a excepción del absceso de primeras cervicales, el cual se intervino junto con el servicio de Neurocirugía. No requirió de muestreo. Criterios de Exclusión: Carcinoma escamoso que requiere de resección radical de cuello; pacientes que requieren de laringectomía; Tumor maligno primario de epiglotis;

Lesiones de alta malignidad de la base de la lengua; lesiones de faringe en las que se considera más ventajoso el abordaje transhioides o suprahioides. Criterios de Inclusión: Lesiones Benignas o de bajo grado de malignidad de la base de la lengua, de la pared posterior de faringe, extremo de epiglotis, Vallecula, cara anterior de primeras cervicales y base de cráneo porción media y/o lateral. El análisis de datos se logrará al recabarlos a través de formatos establecidos.

Resultados: El Abordaje Transmandibular Medio es sin duda alguna el procedimiento ideal en lesiones histológicamente benignas, de base de lengua, de epiglotis, de senos piriformes (Vallecula), de pared posterior de faringe y cara anterior de primeras cervicales, ofrece definitivamente ventajas para evitar lesiones en órganos vecinos, sin encontrar dificultades en la técnica operatoria. Los resultados estéticos y funcionales son excelentes. La selección adecuada del procedimiento depende de la localización y extensión de la lesión, así como de la experiencia del Cirujano.

Conclusiones: El abordaje Transmandibular Medio se realizó en OCHO pacientes del H.E. C.M.N. "LA RAZA" con resultados obtenidos semejantes a otras investigaciones (Tollefsen, Martín, Persik); los resultados estéticos y funcionales inmediatos son gratificantes, siempre y cuando la selección de los pacientes halla sido adecuada. Los detalles en la técnica quirúrgica para cada uno de los pacientes, son de considerarse, para poder tomar los cuidados postoperatorios pertinentes. Debe en todo momento tener bien establecido el bajo grado de malignidad de las lesiones, y junto con ello, la profundidad del abordaje.

Palabras Clave: Transmandibular, Trotter, Glosotomía.



ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

El antecedente quirúrgico que evolucionó hasta el concepto actual de una operación similar a la descrita aquí, fue propuesta según Butlen y Spencer por Roux en 1839 (1), quien dividió el labio inferior y directamente la mandíbula en la línea media, abordaje para tumores de la porción anterior de la lengua. A partir de entonces, el procedimiento se realiza por Sedillot en 1844 (variando la incisión media de la mandíbula en oblicua, ofreciendo mejores prospectos para la unión) circunstancia avalada por Syme en 1857 (1).

En 1929 Trotter reportó el término Faringotomía Translingual (media) anterior (4), en la cual extendió la sección media de Roux del labio y la mandíbula hasta la división sagital de la lengua, en el rafe medio, para la exposición de la base de la lengua y porción media de la laringe. El sugirió que la operación sería provechosa para los tumores no solo de la base de la lengua, sino también de la orofaringe y de la hipofaringe, la vallecula e incluso la cara anterior de cuerpos vertebrales cervicales superiores y base del cráneo (4).

Trotter propuso la incisión media del hueso hioides y en profundidad cruzando la porción media de la epiglotis y de los cartílagos ariepiglóticos. No reporto casos después de la descripción del procedimiento, en embargo, el conocimiento pleno de la técnica, no pone en duda que dio uso del procedimiento en instancias difíciles y/o severas (2).

La operación de Trotter ha recibido poco o ningún merito, sin embargo, Perzik y Colaboradores reportan el uso de este abordaje en 1954, en situaciones de urgencia y electivas, con resultados que fueron muy discutidos en sus limitaciones y ventajas (3).

Martín y Col. En 1961, consideraron además que el término empleado por Trotter, tuvo fundamento para su aplicación de tumores de la base de lengua, por lo tanto, seria más adecuado denominarle Glosotomía Labiomandibular Media. Este autor también establece que la profundidad de la disección se puede limitar según sea el caso, y en la mayoría evitando la sección de hueso hioides (3).

Los tumores malignos de la cavidad oral, así como de la encrucijada aerodigestiva, la mayoría son de tipo escamoso (epidermoide), partiendo de este aforismo, se sabe que las metastasis ganglionares y a distancia son tardías, y que la mayoría de los malos resultados en el manejo quirúrgico es su identificación en estadios avanzados (5). White en un estudio multidisciplinario, concluye que tumores de la cavidad oral y de la encrucijada aerodigestiva en fases tempranas, la resección local de la lesión en su totalidad es curativa. Considerando que el abordaje transmandibular es el idóneo en los tumores de tercio posterior de lengua, de la Vallecula, epiglotis, pared posterior de faringe y de tonsila con invasión locorregional es el procedimiento de elección (5).

Ammirati en 1997, realiza estudios sobre cadáveres y concluye que es un abordaje con excelente exposición de la base del cráneo, sobre todo establece su utilidad en compartimento medio y lateral. Observa que el abordaje tiene diferentes grados de complejidad y que la morbimortalidad del procedimiento en manos expertas tendrá pocas repercusiones (6).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

METODOLOGÍA

Con el objeto de valorar la utilidad del Abordaje Transmandibular Medio para corrección de lesiones benignas de base de la lengua, epiglotis, vallecule, pared posterior de faringe, cara anterior primeras cervicales, base de cráneo, se decidió realizar un estudio con diseño Observacional, Retrospectivo, Transversal, Descriptivo, abierto, es decir, ESTUDIO DESCRIPTIVO DE CASOS (Revisión de casos), el cual se llevó a cabo en el servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital de Especialidades del Centro Medico Nacional "La Raza", en el periodo comprendido entre Enero de 1990 hasta Agosto del 2000.

RESULTADOS

El Abordaje Transmandibular Medio se realizó en 8 pacientes desde Enero de 1990 hasta Agosto del 2000, recabados del Archivo Clínico del Hospital de Especialidades del Centro Medico Nacional "La Raza", cuatro de sexo masculino y cuatro de sexo femenino: Tiroides lingual (dos pacientes), Absceso de primeras cervicales (un paciente), Tumor de epiglotis (un paciente), Tumor de Vallecula (un paciente), Tumor de pared posterior de faringe (un paciente), Hemangiona de base de lengua (dos pacientes). Todos los resultados histopatológicos se reportaron benignos. La única defunción que se presentó se produjo como consecuencia del padecimiento de fondo (TB meníngea absceso colicuativo cervical) sin tener relación evidente con el abordaje. Las complicaciones evidenciadas secundarias al procedimiento fueron: artrosis temporo-mandibular, fistula muco-cutánea, hipotrofia e hipoestesia lingual, disartria, fiebre en un paciente por atelectasias; requirieron de fisioterapia, pero ninguna dejo secuelas mayores. Se requirió de tiempo de hospitalización entre 8 y 26 días (promedio 17 días), con seguimiento posterior a su egreso de 8 semanas hasta 5 años. Cuatro pacientes requirieron de Traqueostomia, con adecuado manejo, posteriormente se retiro sin complicación alguna, con tiempo promedio de 1 a 3 semanas. Los otros cuatro pacientes se realizo intubación nasotraqueal y retiro de la misma hasta 3 días posteriores, en espera de disminución de edema lingual. El paciente que presento fistula muco-cutánea, tuvo evolución favorable con cierre absoluto a los 12 días posteriores al procedimiento. Dos pacientes presentaron artrosis temporo-mandibular por luxación, que

identificada, se procedió a su correspondiente fisioterapia, con recuperación hasta en un 80% de su movilidad, después de cuatro sesiones supervisadas. La disartria se produjo posterior a la presencia de Hipotrofia e hipoestesia de la mitad izquierda de la lengua, secundario a la ligadura de la arteria carótida externa izquierda. No se presentó lesión del glosofaríngeo, pero sí del nervio lingual, requirió de fisioterapia, y no se presentaron alteraciones de la deglución. No se presentaron recurrencias aparentes. En los casos de Tiroides lingual se añadió manejo sustitutivo hormona tiroidea, con controles posteriores, y uno de ellos requirió manejo permanente. En un solo paciente se tuvo sospecha de malignidad, sin embargo, el resultado histopatológico reportó Proceso inflamatorio crónico inespecífico de neoformación de seno piriforme del lado izquierdo, de 2.0 cm de diámetro.

DISCUSIÓN

Justamente es esencial, que la selección de los candidatos de Abordaje Transmandibular Medio sea adecuada para obtener los mejores resultados. Al recabar los datos obtenidos, se pudo tener factibilidad de que pocos son los pacientes, con solo un 0.133%, en padecimientos benignos, y que las lesiones malignas por lo general acuden ya en estadios donde el abordaje deja de ser útil. Los buenos resultados anticipados para lesiones malignas, es la posibilidad de no haber datos de alto grado de malignidad, sea tumor primario de piso de boca, de base de lengua, y la no presencia de nódulos linfáticos cervicales metastásicos. Las lesiones de pared posterior de faringe, sobre todo en su porción retrolaringea, pueden tener una mejor oportunidad de ser abordadas por una incisión suprahioidea o transhioidea.

La ventaja del Abordaje Transmandibular Medio es que ofrece más oportunidad en la línea media de la lengua, en su base inaccesible para otros abordajes, así como para la faringe, lesiones supraglóticas (epiglotis, senos piriformes), cara anterior de cervicales y base de cráneo; sin riesgos de lesión a estructuras anatómicas (N. Lingual, N. Glosofaríngeo, Conducto de Warton, A. Lingual, N. Laringeo superior, A. Raninas, Glándulas sublinguales, N. Mentoniano, etc.) menos sangrado; no se encontraron dificultades operatorias en la técnica, y los resultados estéticos y funcionales son excelentes. Solo un paciente requirió de transfusión, pero como consecuencia de su padecimiento de fondo, para poder prepararle para su intervención definitiva (hemangioma lingual). En caso de

requerir de mejor visibilidad, la incisión puede ser ampliada, inferiormente hacia el hueso hioides y hacia arriba el paladar blando. En caso de recidivas, las posibilidades de otro abordaje son más aceptables por no haber modificado la anatomía del cuello en el resto de sus estructuras.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIONES

1. Los resultados estéticos y funcionales inmediatos del Abordaje Transmandibular Medio son Excelentes en lesiones benignas de base de lengua, epiglotis, senos piriformes, pared posterior de faringe, cara anterior de primeras cervicales y base de cráneo.
2. Los detalles en la técnica quirúrgica ofrecen pocas dificultades, y más aún en manos experimentadas.
3. El curso postoperatorio descrito en lesiones benignas, con atención oportuna, electiva o urgente, se ve favorecido si se tiene conocimiento de las circunstancias del procedimiento y se le da los cuidados específicos que así lo exija.
4. El Abordaje es versátil, ofrece la posibilidad de ampliar la incisión en caso de que las lesiones sean extensas, así como, de incisiones menos amplias (que no involucran el hueso hioides ni el paladar blando) en tumores de base de lengua, y hasta de no requerir de traqueostomía, y tan solo de intubación nasotraqueal cuando no se compromete la laringe (epiglotis, seno piriforme).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFÍA

1. ABSOLON, K.B., Rogers, W., Aust, B. Some historical developments of surgical therapy of tongue cancer from the seventeenth to the nineteenth century. *Am J Surg* Nov 1992. 104, 686-691.
2. MARTÍN, H., Tollefsen, H.R., Gerold, P.G. Median Labiomandibular Glossectomy. Trotter's median (anterior) Translingual Pharyngotomy. *Am J Surg* Dec 1961. 102, 753-759.
3. TOLLEFSEN, H.R., Spiro, R.H. Median Labiomandibular Glossectomy. *Ann Surg* March 1971. 173:3, 415-420.
4. TROTTER, W. Operations for malignant diseases of the pharynx. *Br J Surg* 1929. 16, 485-492.
5. WHITE, D., Byers, R.M., GAT is the preferred initial method of treatment of squamous carcinoma of the tongue ? *Am J Surg* Oct 1980. 140, 553-555.
6. HARROLD, C.C. Jr., Management of Cancer of the Floor of the Mouth. *Am J Surg* Oct. 1971. 122, 487-493.
7. AMMIRATI, M., Bernardo, A., Analytical evaluation of Complex Anterior Approaches to the cranial base: An anatomic study. (Anatomic Report). *Neurosurgery* Dec 1998. 43(6) 1398-1407.
8. TESTUT, L. Jacob, O. Tratado de Anatomía Topográfica con aplicaciones medicoquirúrgicas. Tomo Primero. 8.a edición. 1983. Salvat Ed. 889 pp.



Formato I. RESULTADOS EN OCHO PACIENTES TRATADOS CON ABORDAJE
TRANSMANDIBULAR MEDIO.

| CASO | EDAD | SEXO | LOCALIZACIÓN / TAMAÑO | DX. HISTOLOGICO | DX. CLINICO | RESULTADO |
|------|------|------|--|---------------------|--------------------|--------------------------|
| M.G. | 47 A | F | 2 cm. Base de la lengua. | Tiroides ectópico. | Idem | Vive, no recidivas |
| B.L. | 26 A | F | 1,5 cm. Base de la lengua. | Tiroides ectópico. | Granuloma lingual. | Vive. Baja de estatura. |
| L.L. | 28 A | M | 2,5 cm. Base de la lengua y Seno piriforme. | Hemangioma lingual. | Idem | Vive, no recidivas. |
| M.O. | 65 A | M | 2,0 cm. Pared anterior de primeras cervicales. | Absceso Colicuativo | TB meningea. | Finado por P.F.** |
| R.A. | 48 A | F | 1 cm, Seno piriforme izquierdo (Vallecula) | P.I.C.I. +* | Neoplasia. | Vive, no recidivas. |
| J.T. | 53 A | M | 2.5 cm. Pared posterior de faringe. | P.I.C.I. +* | Neoplasia. | Vive, no recidivas. |
| F.T. | 35 A | F | 2.0 cm. Base de la lengua. | Hemangioma lingual. | Cuerpo extraño. | Vive, no recidivas. |
| C.N. | 65 A | M | 0.5 cm. Epiglottis. | P.I.C.I. +* | Neoplasia. | Sobrevida a 5 años 100%. |

+* Proceso inflamatorio crónico inespecífico. ** Padecimiento de fondo.

Formato II RESULTADOS EN OCHO PACIENTES TRATADOS CON ABORDAJE
TRANSMANDIBULAR MEDIO

| CASO | EDAD | SEXO | LOCALIZACIÓN / TAMAÑO | E.I.H./ALTA DEFINITIVA | TX. SUBSECUENTE | COMENTARIO |
|------|------|------|---------------------------------------|---------------------------|--|---------------------------------|
| M.G. | 47 A | F | 2.0 cm. Base de la lengua. | 6 días. / 4 semanas. | Sustitutivo con hormona tiroidea. | Diabética.No rehabilitación. |
| B.L. | 26 A | F | 1,5 cm. Base de la lengua. | 8 días. / 6 semanas. | Sustitutivo con Hormona tiroidea. | Rehabilitación. |
| L.L. | 28 A | M | 2.5 cm Base de lengua / Vallecula. | 16 días. / 24 semanas. | Transfusiones múltiples. | Control Hepatitis C |
| M.O. | 65 A | M | 2.0 cm. Pared anterior cervicales | 24 días. / | Antifímicos, Neurocirugía. | Egreso por defunción. |
| R.A. | 48 A | F | 1.0 cm. Seno piriforme izquierdo. | 12 días. / 36 semanas. | Antiinflamatorios esteroides | Rehabilitación. |
| J.T. | 53 A | M | 2.5 cm. Pared posterior faringe. | 8 días. / 8 semanas. | Manejo P.O. general | Rehabilitación. |
| F.T. | 35 A | F | 2.0 cm. Base de lengua. | 12 días. / 10 semanas. | Ligadura arteria lingual izquierda. | Rehabilitación. |
| C.N. | 65 A | M | 0.5 cm. Epiglotis. | 17 días. / 8 semanas. | Antiinflamatorios esteroides. | Rehabilitación. |

Formato III. RESULTADOS EN OCHO PACIENTES TRATADOS CON ABORDAJE
TRANSMANDIBULAR MEDIO.

| CASO | EDAD | SEXO | DX. LABORATORIO / GABINETE | RADIOTERAPIA SUBCECUENTE | SECUELAS | DEFUNCION | CAUSA DE MUERTE |
|------|------|------|-----------------------------------|-----------------------------|------------|-----------|--------------------|
| M.G. | 47 A | F | Eutiroides. | Ninguna. | Ninguna. | --- | --- |
| B.L. | 26 A | F | Eutiroides. | Ninguna. | Artrosis. | --- | --- |
| L.L. | 28 A | M | Hepatitis C. | Ninguna. | Disartria. | --- | --- |
| M.O. | 65 A | M | Baciloscopia + (lcr) ^o | Ninguna. | S.O.C.+ | S.P.F.* | TB meningea |
| R.A. | 48 A | F | Limites normales. | Ninguna. | Artrosis. | --- | --- |
| J.T. | 53 A | M | Limites normales. | Ninguna. | Disfonia. | --- | --- |
| F.T. | 35 A | F | Limites normales. | Ninguna. | Ninguna. | --- | --- |
| C.N. | 65 A | M | Limites normales. | Ninguna. | Disfonia. | --- | --- |

^o liquido cefalorraquideo. + Síndrome orgánico cerebral. * Secundaria padecimiento de fondo.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

SINONIMIA: Abordaje Transmandibular medio, Glosotomía Labiomandibular media, Abordaje de Trotter, Faringotomía Translingual anterior media, Faringotomía media suprahiodea.

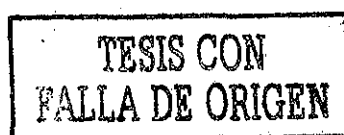
Consideraciones:

1. Es necesario practicar Traqueostomía cuando el abordaje es completo hasta tercio posterior de lengua, Vallecula y epiglotis, así como en cara posterior de faringe y cara anterior de cervicales y base de cráneo.
2. No es necesaria la traqueostomía en el caso de lesiones de tercio posterior de lengua, sin glosotomía, tan solo intubación nasotraqueal.
3. No se requiere de cuidados preoperatorios específicos, aunque cabe mencionar que es necesaria la valoración previa por servicio de odontología, para el adecuado manejo de los incisivos inferiores, así como, de las medidas generales de cualquier paciente de cirugía de cabeza y cuello.
4. Los cuidados específicos postoperatorios, están sobre todo en relación con el manejo de la vía aérea, tanto cuidados de sonda de intubación nasotraqueal, hasta la posible extubación, así como, de el manejo de traqueostomía.
5. Deformación estética y funcional mínima.
6. La incisión a través de todos los planos quirúrgicos es en la línea media.

7. La liberación mandibular en la línea media, previa perforación a los lados equidistante al agujero mentoniano y la sínfisis mentoniana.
8. No es factible el abordaje cuando esta indicada la disección radical de cuello.
9. Verificar en todo momento hemostasia, así como plena identificación de las estructuras disecadas.
10. Cierre de la incisión por planos, de preferencia no utilizar drenajes.
11. Verificar la simetría de los incisivos inferiores, así como de la no luxación maxilotemporal bilateral, o lesión del cóndilo del maxilar inferior.
12. De verificarse un cierre adecuado no existe la posibilidad de lesiones por el mismo, sobretodo en las estructuras que se acercan a la línea media en el piso de la boca (salida del conducto de Warton).
13. Los defectos en cierre se verificaran sobre todo al no tener plenamente identificadas las estructuras, o por destrucción de las mismas.
14. Si durante el procedimiento, se planeo únicamente intubación nasotraqueal, y se verificó que la lesión involucra la epiglotis, se procede en ese mismo momento, a realizar la traqueostomía.
15. Paciente en posición de Rousier, cuello en hiperextensión, con almohadilla por debajo de los hombros, fijación de la cabeza, con almohadilla occipital y cinto en la región frontal.
16. Antisepsia y colocación de campos en región de cara, cuello, y cintura escapular.



- A. Se traza la incisión en la línea media, labio inferior, mentón, deflexión hioidea. Incisión escalonada por planos, identificando plenamente semiorbicular inferior, cuadrado de la barba, platisma, hasta identificación de sínfisis mentoniana.
- B. Disección suprahioidea hasta identificar el milohioideo, y hacia la región alveolar cara lingual, para un mejor control, se procede a realizar agujeros a cada lado de la sínfisis mentoniana, (numero de dos a cuatro dependiendo del autor y experiencia), colocación de alambres de Kirschner en cada extremo de la sínfisis, paso de la sierra de Gigli bajo la sínfisis.
- C. Sección de la mandíbula a nivel de la sínfisis, en forma escalonada, oblicua, o directamente longitudinal dependiendo del autor o experiencia, evitando lesionar incisivos inferiores.
- D. Disección del milohioideo en su rafe medio hasta el cuerpo del hueso hioides, mismo que se disecciona en este sitio, y en la región infrahioidea el músculo esternocleidohioideo, llevándose a cabo la sección del hioides cuando así lo requiera la exposición en lesiones de la pared posterior de la faringe.
- E. Disección en la línea media de la mucosa del piso de la lengua y de la cara inferior de la porción libre de la lengua, continuándose la disección del músculo geniogloso, separando las estructuras del piso, sin perder referencia sobre los músculos, la mandíbula podrá entonces separarse más



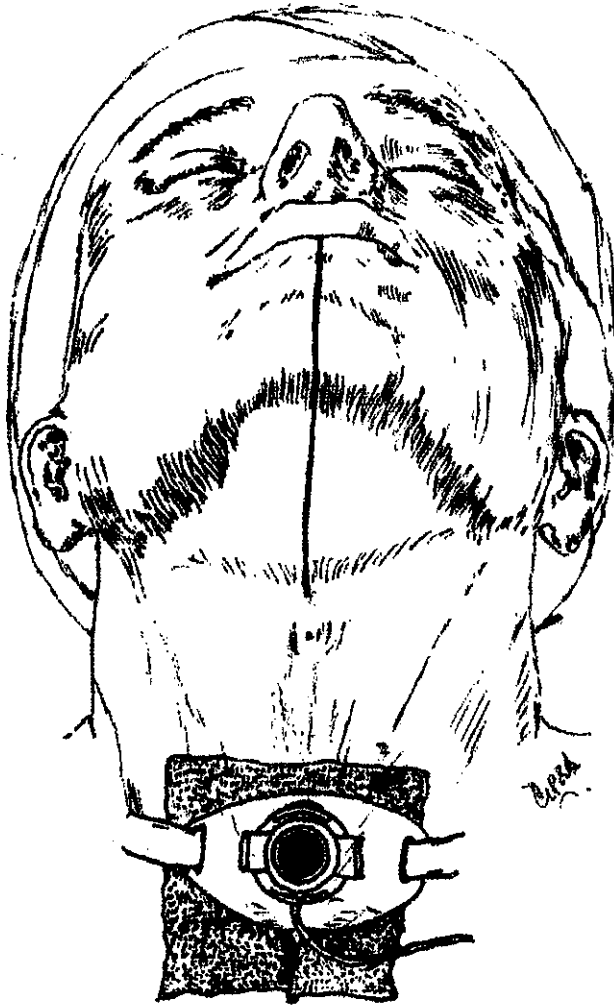
“liberación mandibular”, si durante la disección se identifica el N. Lingual, algunos autores recomiendan la sección y posterior anastomosis, nosotros preferimos preservarlo en lo posible, si se mantiene la incisión sobre la línea media difícilmente se encontrará. Con solo esta exposición es posible llegar a tercio posterior de lengua (base de la lengua), pero puede continuarse la incisión sobre la porción libre de la lengua, hasta la base, con exposición excelente de la Vallecula y la punta de la epiglotis. Hasta aquí la exposición de la pared posterior de la faringe es completa, basta solo retraer el paladar blando para lograrla, sobre todo en orofaringe y laringofaringe, incluso en la porción de la nasofaringe, con separadores Deaver a cada lado de la lengua dividida brinda una exposición excelente, puede obtenerse exposición adicional extendiéndose la incisión a un lado de la epiglotis.

F. En busca de una mejor exposición, se secciona el paladar blando, en la línea media, con retracción de la úvula a cada lado, retrayendo los pilares del istmo de las fauces. Esta incisión sobre todo en abordajes de primeras cervicales y base del cráneo.

G. El cierre debe ser por planos, de todas y cada una de las estructuras disecadas y plenamente identificadas, a nivel de úvula cierre primario en un solo plano catgut crómico 00, plano muscular de la lengua catgut crómico 00, algunos autores recomienda en mucosa de la lengua nylon 4-0, sin embargo, por la capacidad de la mucosa para su regeneración, el cierre

recomiendan para plano muscular lingual de vicryl 000. Para los músculos geniogloso y milohioideo, en ese orden, se afrontan por separado vicryl 000, afrontamiento de la sínfisis mentoniana con alambre de Kischner, insertado en los agujeros previamente perforados, tratando de ocultar los extremos anudados. Cierre de plano mucoso de base de la lengua y mucosa gingival con cagut crómico 00. Cierre de plano muscular superficial del cuello y mentón vicryl 000. Cierre de labio inferior con puntos totales, sobre todo por la disposición de la circulación arterial del labio inferior, con nylon 000. Cierre de piel región suprahioidea nylon 000.

A



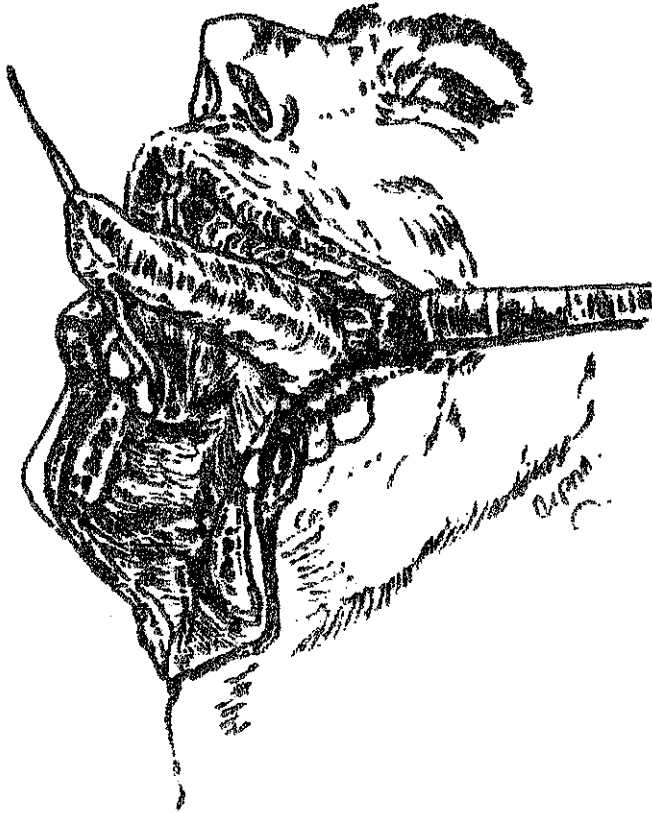
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

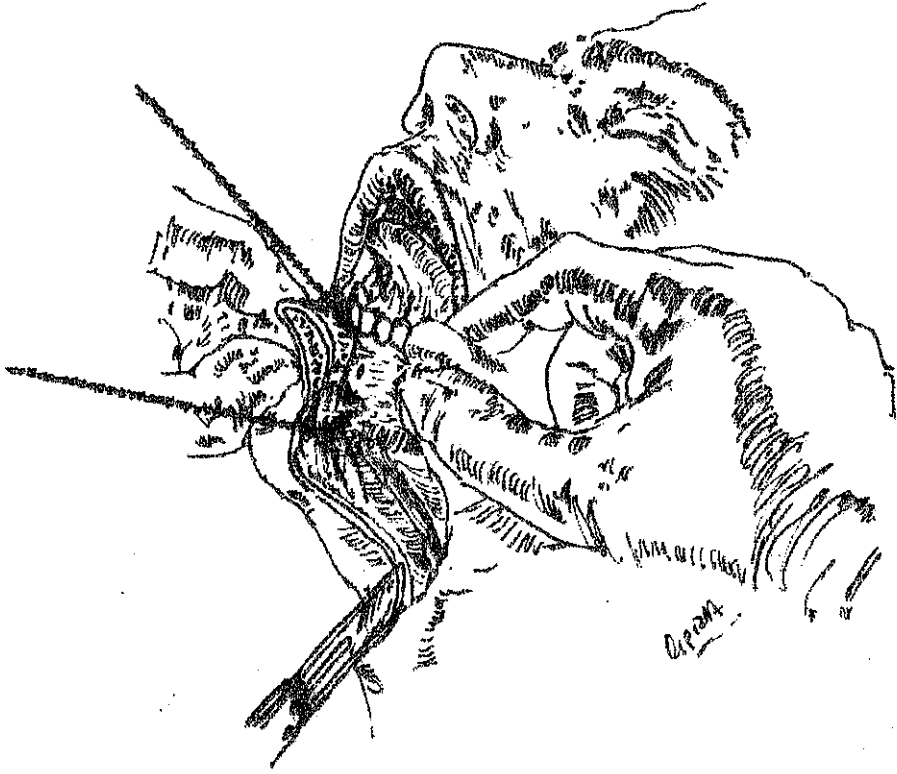
C



23

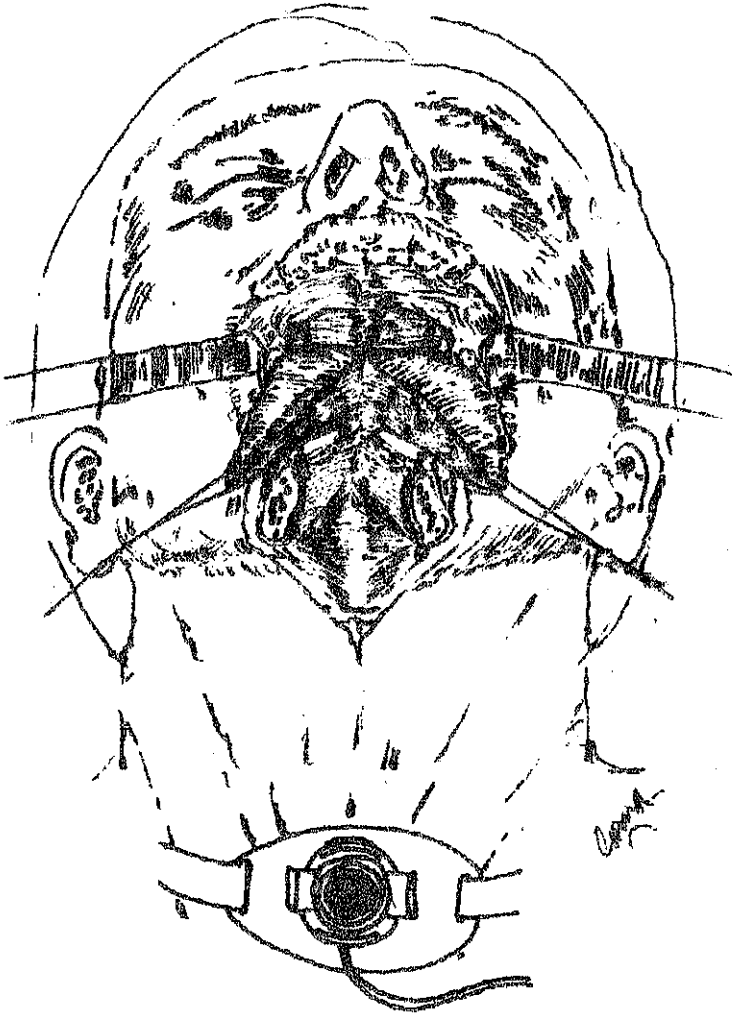
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

B



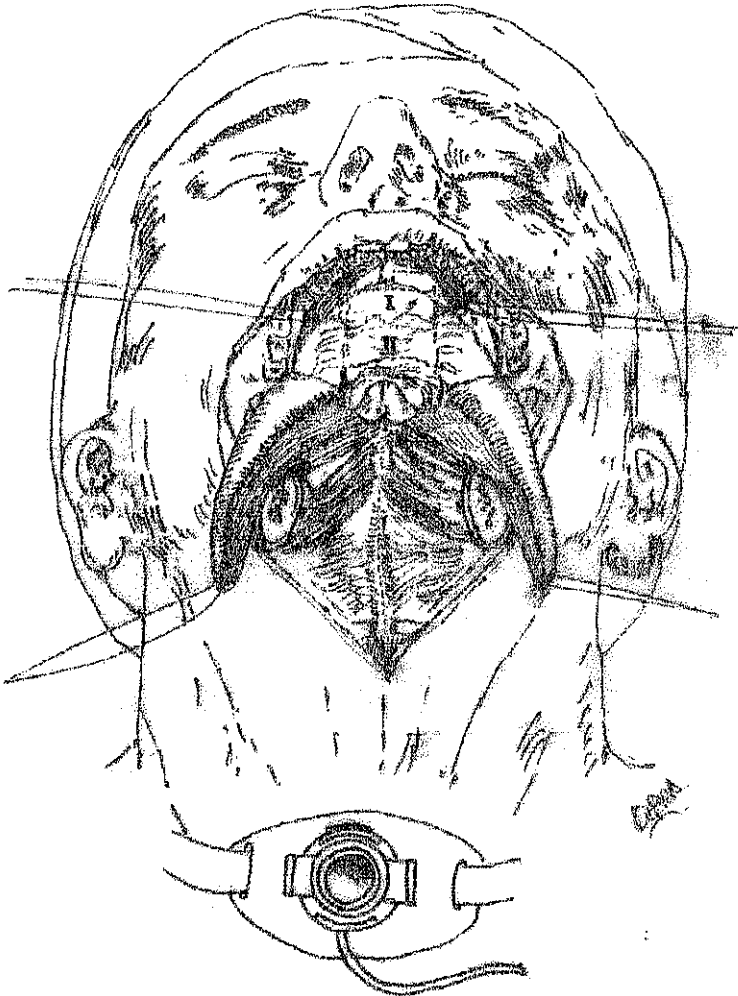
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

E



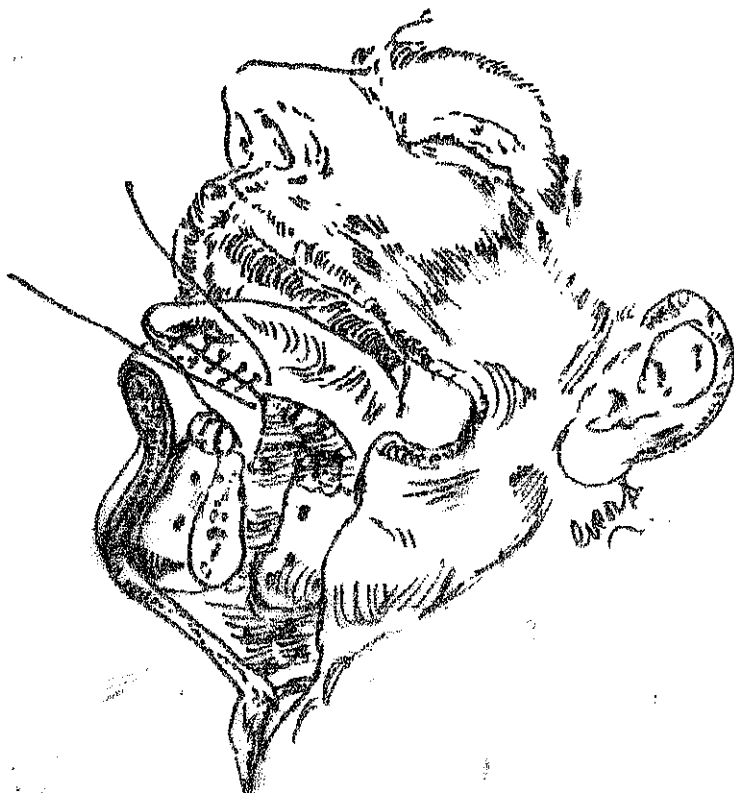
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

F



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

G



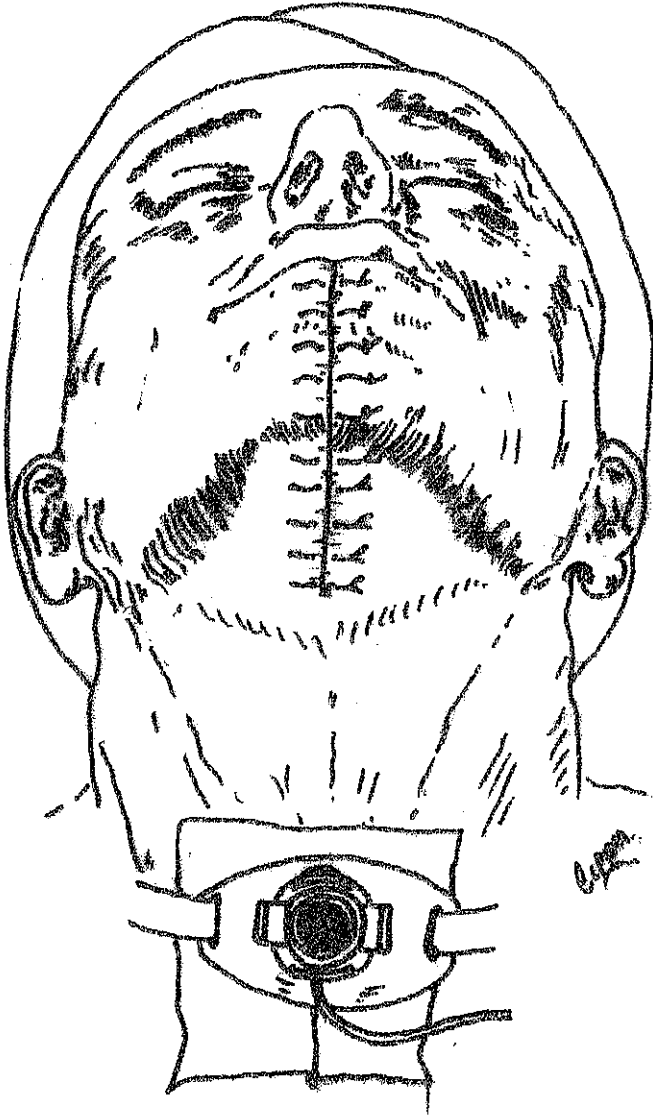
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

G



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

G



TESIS CON
FALLA DE COPIEN