

Abordajes laterofaciales, presentación de dos casos y revisión de la literatura

*Hernández-Palestina Mario, **Cárdenas-Maldonado Nuria Cristina

Resumen

Se presenta la experiencia obtenida por los autores con dos pacientes que presentaron lesión neoplásica de implantación en la nasofaringe, con extensión hacia la fosa infratemporal. Los dos fueron resueltos utilizando abordajes laterofaciales; para el primer paciente se realizó un acceso preauricular tipo D2 de Fisch, y en el segundo una vía transzigomática. En ambos casos se obtuvo la erradicación de las neoplasias con un mínimo de secuelas en la piel y sin trastornos de la movilidad facial o la masticación.

Palabras clave: lesión neoplásica, fosa infratemporal, abordaje laterofacial.

Abstract

We present the experience obtained by the authors with two patients with nasopharyngeal neoplastic injuries involving the infratemporal fossa. Both cases were managed using laterofacial approaches. On the first patient, we used the Fisch D2 preauricular technique, and on the second case a transzygomatic route. Tumours in both patients were completely removed with minimal facial scars, and without any facial paralysis or mastication disturbances.

Key words: neoplastic injury, infratemporal fossa, laterofacial approach.

Introducción

La patología neoplásica benigna, que tiene su origen de implantación en la región nasofaríngea, históricamente se ha resuelto a través de las vías de abordaje transpalatina, rinotomía lateral, sublabial ampliado, o la combinación de éstas. Sin embargo, en ocasiones su crecimiento se extiende hacia la región lateral, lo que dificulta su extirpación utilizando las vías de acceso señaladas, ya que el cirujano no obtiene la exposición que le permita tener control de la resección completa de la lesión, ni la visualización adecuada que impida daño accidental a estructuras vitales de la región.

Ante esto, desde hace muchos años se han planteado diversas formas de abordar las lesiones con extensión laterofacial, entre ellas: a) translocación facial, b) transpalatina, transfacial o sublabial ampliado combinados con una exposición transzigomática, c) abordajes laterales preauriculares que pueden ser combinados con una craneotomía frontotemporal en caso de extensión intracraneal, d) abordajes retroauriculares para la fosa infratemporal con sacrificio del oído medio, y e) abordajes a la fosa infratemporal que preservan el oído medio.

Las consideraciones específicas para determinar cuál abordaje debe utilizarse son la extensión del tumor y la

*Profesor y Jefe del Servicio de Otorrinolaringología, Audiología, Foniatría, Rehabilitación de Voz y Lenguaje del Hospital Central Sur de Alta Especialidad de PEMEX.

**Servicio de Otorrinolaringología, Audiología, Foniatría, Rehabilitación de Voz y Lenguaje del Hospital Central Sur de Alta Especialidad de PEMEX.

relación de la neoplasia con las estructuras adyacentes, entre las que destacan las estructuras vasculares, nerviosas e intracraneales.¹

El profesor Ugo Fisch fue el innovador de los abordajes para la fosa infratemporal, al diseñar cuatro técnicas que fueron etiquetadas con las letras A, B, C y D, cada una con indicaciones precisas, pero todas caracterizadas por un acceso directo a la lesión sin necesidad de entrar en áreas contaminadas, y por la visualización directa que permiten de las estructuras vasculares de la región; además, con el uso del microscopio se obtienen iluminación adecuada, magnificación y visión binocular.

Existen algunas particularidades para cada una de las propuestas del Dr. Fisch. Por ejemplo, los abordajes tipo A, B y C son retroauriculares y requieren la realización de una petrosectomía subtotal, con la desventaja de ocasionar una pérdida irreversible de la audición y daño probable al nervio facial. El abordaje tipo D presenta dos variantes, señaladas como D1 para describir una incisión preauricular, y como D2 cuando la incisión se modifica a una hemicoronar; sin embargo, los beneficios de este acceso son compartidos en cuanto al ingreso directo al tumor en la fosa infratemporal sin ocasionar hipoacusia conductiva y porque evita cicatrices faciales visibles, manteniendo el contorno facial normal, además de que existe la posibilidad de convertirlo en un abordaje tipo C si fuese necesario.^{1,2}

Se han descrito otras técnicas, como la vía transfacial-transmaxilar, la cual al combinarse con los procedimientos descritos por Fisch permite una mejor visualización de la fosa infratemporal; no obstante, ese abordaje presenta la desventaja de involucrar áreas contaminadas por penetrar a la vía aéreo-digestiva superior.² En general, las técnicas antes descritas permiten un alto índice de resección total del tumor, como lo reporta Zhang, quien obtuvo 80% y un índice de recurrencia de 6%.^{3,4}

Presentación de casos

Caso no. 1

Paciente masculino de 13 años de edad, visto en la consulta de nuestro Servicio en agosto de 1988 con padecimiento de cinco meses de evolución caracterizado por epistaxis derecha recurrente, egofonía y aumento de volumen de la mejilla derecha (**Figura 1**).

A la exploración física presentaba un tumor en áreas IV y V de fosa nasal derecha, color rosado, muy vascu-



Figura 1. Paciente con asimetría facial por aumento de volumen en la mejilla derecha.

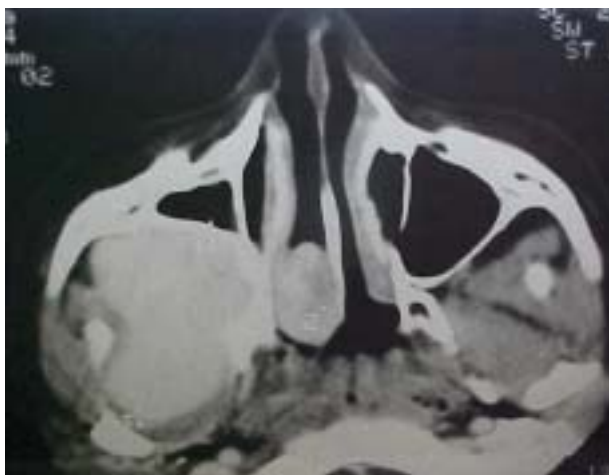


Figura 2. Tomografía en corte axial con lesión hipercaptante en fosas nasal e infratemporal derecha.

larizado, de superficie lisa y consistencia blanda. A la rinoscopia posterior se observó compromiso de la porción superior de la coana derecha. La otoscopia derecha mostró una membrana timpánica retraída y microhemorragias a lo largo del mango del martillo. Se solicitó tomografía computarizada con medio de contraste de nariz y senos paranasales, observándose una opacidad hipercaptante en las áreas IV y V de la fosa nasal derecha, con extensión a la fosa infratemporal, desplazando hacia adelante a la pared posterior del seno maxilar y destruyendo la apófisis pterigoides ipsolateral sin invadir la base del cráneo (**Figura 2**).

Con la presunción de un diagnóstico de nasofibroma juvenil, se realizó biopsia incisional de la lesión nasal, confirmándose el diagnóstico por estudio histopatológico. Tanto por lo extenso de la lesión como



Figura 3. Secuela de la incisión hemicoronal que muestra conservación del nervio facial.



Figura 4. Tomografía coronal de control sin evidencia de lesión.

por su riqueza vascular, detectada en la tomografía contrastada, se practicó una angiografía carotídea y se identificó que la nutrición vascular del tumor provenía fundamentalmente de ramas de ambas carótidas ipsolaterales; se procedió entonces a la embolización selectiva de los troncos vasculares externos terminales. Un día después se realizó un abordaje laterofacial tipo D2 de Fisch con incisión hemicoronal y preauricular, lográndose la resección completa de la lesión.

En el postoperatorio inmediato se descartó lesión al nervio facial y se ratificó el diagnóstico definitivo; durante

el seguimiento a dos años se descartaron persistencia y recidiva del tumor (**Figuras 3 y 4**).

Caso no. 2

Paciente masculino de 11 años de edad, valorado en 2001, con padecimiento de seis meses de evolución caracterizado obstrucción nasal derecha y episodio único de epistaxis anterior que cedió espontáneamente. A la rinoscopia anterior derecha se encontró un tumor blanquecino, liso, desde el área IV a la V, dependiente de pared lateral nasal, de aproximadamente 4 cm de diámetro. Se practicó tomografía computarizada simple y con medio de contraste de nariz y senos paranasales que mostró la lesión descrita con extensión hacia la fosa pterigomaxilar y una pequeña porción de la fosa infratemporal, desplazamiento hacia adelante de la pared posterior del antro maxilar e invasión parcial del seno esfenoidal, moderada captación del medio de contraste y aparente destrucción parcial de la apófisis pterigoides ipsolateral sin invasión de la base del cráneo.

Se tomó biopsia incisional de la lesión, basada en el antecedente de moderada captación, y se reportó diagnóstico de nasofibrofibroma. Se realizaron angiografía y embolización sin accidentes; un día después se practicó abordaje quirúrgico intranasal y transpalatino, auxiliado por visión microscópica, con los siguientes datos: tumor blanquecino en fosa nasal y nasofaringe del lado derecho, firmemente adherido a pared lateral de la nasofaringe y a la apófisis pterigoides, con extensión a la fosa infratemporal y esfenoides, y escaso sangrado.

El diagnóstico definitivo se rectificó por el de tumor fibroso solitario; su conducta biológica no modificaba nuestro tratamiento. Siete meses después se identificó persistencia de la enfermedad con menor extensión lateral; se realizó entonces nuevo abordaje combinado transnasal y transpalatino. Diez meses después de la última cirugía presentó nueva persistencia tumoral, con idéntica extensión a las intervenciones previas (**Figuras 5 y 6**). Se decidió la realización de un abordaje laterofacial, transzigomático; la neoplasia era multilobulada, firme y llegaba a la pared orbitaria –sin destruirla– y a la fosa pterigopalatina. El zigoma fue reposicionado y fijado con miniplacas (**Figura 7**). En el postoperatorio inmediato no mostró alteraciones faciales, y a un año y medio no hay evidencia de recidiva utilizando el control intranasal endoscópico y estudios tomográficos de imagen consecutivos (**Figura 8**).



Figura 5. Tomografía en corte coronal que muestra la extensión de la lesión de la nasofaringe hacia la región lateral.



Figura 6. Corte axial de la misma lesión.



Figura 7. Fijación del zigoma con miniplacas.



Figura 8. Cicatriz facial de abordaje transzigomático.

Resultados

Existe una gran variedad de abordajes laterofaciales a la fosa infratemporal; sin embargo, deben elegirse aquellos que, de acuerdo con el tamaño de la lesión, garanticen la resección completa y, desde luego, exposición y control más adecuados de las estructuras neurovasculares.

Para el primer caso elegimos la vía de acceso tipo D2 de Fisch, exponiéndonos al manejo del nervio facial, como se espera en este tipo de abordajes, y a la sección parcial y la reconstrucción tanto del músculo temporal como del arco cigomático. En el postoperatorio, el paciente no presentó alteraciones faciales y en el seguimiento periódico a dos años, utilizando el estudio endoscópico flexible y la tomografía computarizada de la región, se descartó recidiva tumoral.

En el segundo paciente se planteó realizar un abordaje transpalatino en dos ocasiones, ya que en casos anteriores se

habían resecado lesiones por esta vía obteniendo un resultado satisfactorio; sin embargo, en este paciente había una extensión lateral y no se logró tener un acceso directo a la fosa infratemporal, teniendo como resultado postoperatorio la persistencia del tumor en ambas ocasiones. Ante esto, realizamos el abordaje lateral transzigomático, en el cual nos expusimos a la translocación del zigoma, reinstalándolo con fijación de miniplacas. Debemos destacar que con este último procedimiento se evitan la manipulación y la exposición del músculo temporal y, por otro lado, la disección subperióstica del zigoma, lo que garantiza evitar daño a las ramas del nervio facial. Con esta vía de acceso se logró la resección completa, sin evidencia de recidiva a un año y medio, y el resultado cosmético fue excelente.

Es importante señalar que los pacientes con neoplasias ricamente vascularizadas deben ser evaluados mediante

angiografía para determinar el origen de la nutrición vascular de la lesión y seleccionar la embolización preoperatoria de los vasos responsables;⁵ en nuestros dos pacientes, la embolización preoperatoria permitió la resección con un bajo índice de sangrado.

Discusión

Nuestra experiencia en resolver con procedimientos quirúrgicos las lesiones neoplásicas de la nasofaringe se obtuvo inicialmente con los abordajes transpalatinos y con la rinotomía lateral; a partir de 1988 se incluyó el abordaje sublabial ampliado. Estos procedimientos en su conjunto nos permitieron dar cumplimiento a los dos objetivos más importantes que el cirujano debe tener en mente: la resección completa de la lesión, que impida la persistencia o la recidiva de la enfermedad, y evitar mayor daño a las estructuras anatómicas para así enfrentar menores trastornos funcionales y cosméticos de la región. Existen algunas lesiones que, aunque se originan en la nasofaringe, presentan un crecimiento que se extiende hacia la región lateral, situación que imposibilita o dificulta la resección quirúrgica por los abordajes antes mencionados. Nos referimos particularmente a casos en los que se afecta la fosa infratemporal, como corresponde a los dos aquí presentados.

Conclusiones

Los abordajes laterofaciales proveen un acceso óptimo para lesiones de la fosa infratemporal, permitiendo la resección completa así como un control de las estructuras neurovasculares adyacentes, por lo que se deben tomar en cuenta en lesiones neoplásicas de la nasofaringe con extensión lateral.

Referencias

1. Browne JD, Jacob SL. Temporal approach for resection of juvenile nasopharyngeal angiofibromas. *Laryngoscope* 2000;110:1287-93.
2. Shahinian H, Suh R, Jarrahy R. Combined infratemporal fossa and transfacial approach to excising massive tumors. *ENT* 1999;78:350-6.
3. Zhang M, Garvis W, Linder T, Fisch U. Update on the infratemporal fossa approaches to nasopharyngeal angiofibroma. *Laryngoscope* 1998;108:1717-23.
4. Branovan D, Schaefer S. Lateral craniofacial approaches to the skull base and infratemporal fossa. *Otolaryngol Clin North Am* 2001;34:1175-95.
5. Fisch U, Fagan P, Valvanis A. The infratemporal fossa approach for the lateral skull base. *Otolaryngol Clin North Am* 1984;17:513-52.