

CIRUGIA PLASTICA

Volumen
Volume 12

Número
Number 1

Enero-Abril
January-April 2002

Artículo:

Colgajo en isla del conducto de Stenon en pacientes con xialorrea

Derechos reservados, Copyright © 2002:
Asociación Mexicana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva, AC

**Otras secciones de
este sitio:**

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

***Others sections in
this web site:***

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



www.medigraphic.com

Colgajo en isla del conducto de Stenon en pacientes con xialorrea (Transcripción exacta del original)

Dr. Agustín Granado Tiagonce*

INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES

El tratamiento de la salivación constante e incontrolable en pacientes con parálisis cerebral infantil, ha sido descrito por Wilkie desde 1967.¹⁻⁴ Su técnica consiste en la fabricación de un tubo de mucosa oral fabricado a continuación de la desembocadura del conducto de Stenon llevando la salida de la saliva a la región amigdalina. Este método presenta varios problemas referentes a la fabricación propia del colgajo, desde la retracción cicatricial hasta la posible obstrucción, además de que el nuevo orificio de salida no es un verdadero meato con acción de apertura y cierre, lo que acarrea introducción de restos alimenticios en el mismo, con infecciones subsecuentes.

El objetivo de este trabajo es la presentación de una variante a la técnica quirúrgica para la transposición del conducto de Stenon a la región amigdalina, utilizando el concepto del colgajo en isla que conserva la longitud original del conducto, así como la presencia del meato de desembocadura para responder activamente a la acción muscular y provocar la eyección de la saliva durante la alimentación.

Para aplicar esta idea, se seleccionaron 5 pacientes con PCI en edades comprendidas entre 9 y 13 años de edad, sin retraso mental, que presentaban salivación incontrolable con una producción entre 2 y 3 litros al día.

TÉCNICA QUIRÚRGICA PROPUESTA

Localización del meato. Marcaje de un colgajo en isla de forma ovalada con diámetros de 8 x 5 mm alrededor

del meato. Infiltración con vasoconstrictor. Levantamiento del colgajo en isla respetando las fibras del buccinador. Canalización del conducto con tubo de Silastic de 1 mm de diámetro y perfusión mínima de violeta de genciana diluida. Disección del trayecto del conducto conservando el tejido circunvecino para preservar su inervación autónoma así como su irrigación. Esta disección debe extenderse hasta 5 mm antes de la parótida obteniendo una longitud de hasta 5 cm. Disección de un túnel submucoso por abajo del buccinador cuyo orificio de salida lo posicionamos posterior al pilar amigdalino anterior. En su desembocadura, el neo-canal atraviesa el músculo buccinador y parte del palatogloso. Utilizando suturas de conducción, se desplaza por el túnel el conducto disecado hasta el nuevo sitio de salida donde se sutura con vicryl 4-5 ceros. El sitio original de la desembocadura transpuesta se repara con sutura directa. El cuidado posoperatorio es con antibióticos y aseo local intraoral y control del posible edema local con compresas frías.

Para valorar los resultados se dio seguimiento a tres y seis meses de posoperatorio considerando cantidad de salivación externa en reposo, cantidad de salivación externa con estímulo alimenticio y cantidad de salivación externa durante el sueño. Los resultados demostraron disminución importante de la salivación externa en todos los casos en forma total, dándole a los pacientes la oportunidad de vivir sin el uso de baberos y evitando la humedad en la región anterior del tórax con menores irritaciones cutáneas e infecciones respiratorias.

[Para ilustrar la presentación se exhibió un video de pacientes en el pre y posoperatorio mostrando la confirmación de los resultados descritos. En el trabajo original se presenta una discusión de la

* Hospital General "Dr. Manuel Gea González".

técnica de Wilkie y se compara con la nueva técnica presentada].

CONCLUSIONES

La transposición del conducto de Stenon utilizando el colgajo en isla resuelve la salivación externa en pacientes con PCI.

La reproducción del funcionamiento del meato responde a la contracción muscular con eyección fisiológica de la saliva.

Se evita la imagen y cuidados requeridos causados por el babeo constante de estos pacientes.

[El trabajo fue ilustrado con transparencias y con video comparativo de resultados obtenidos con la técnica].

BIBLIOGRAFÍA

1. Wilkie TF. The problem of drooling in cerebral palsy: A surgical approach. *Can J Sur* 1967; 10: 60.
2. Wilkie TF. The surgical treatment of drooling. A follow up report of five years of experience. *Plast Reconst Surg* 1970; 45: 549.
3. Wilkie TF, Brodie GS. The surgical treatment of drooling. A ten Years review. *Plast Reconst Surg* 1977; 59: 791.
4. Kaplan I. Results of the Wilkie operation to stop drooling in cerebral palsy. *Plast Reconst Surg* 1977; 59: 646.
5. Adam P, Billet J, Bennani F, Schmidt J. Treatment of salivary incompetence. A proposal of a new surgical technique and preliminary results. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 1994; 95: 213.
6. Cohen IK, Holmes EC, Edgerton MT. Parotid duct transplantation for correction of drooling in patients with cancer of head and neck. *Surg Gynecol Obst* 1971; 133: 663.
7. Garber NB. Operant procedure to eliminate drooling behaviour in cerebral palsied adolescent.
8. Plate S, Thomsen J, Ugeskr L. *Excessive drooling in patients with cerebral palsy*. Results of surgical treatment by Enfor's method. 1977; 139, 759.
9. Robson MC, Hagstrom WJ, Landa SJ, Edstrom LE. A simple technique to treat drooling: Lip resection and muscle flaps. *Br J Plast Surg* 1976; 29: 304.
10. Toremalm NG, Bjerre I. Surgical elimination of drooling. *Laryngoscope* 1976; 86: 102.
11. Guyton AC. *Progresión alimenticia en el tubo digestivo*. Tratado de Fisiología Médica. México: Interamericana 1971; pp. 786.

Nota. Este trabajo fue la tesis presentada a la UNAM como complemento del fin del entrenamiento del doctor Granado, dirigida por el doctor Fernando Molina Montalva.

COMENTARIOS

Comité Editorial. Nos parece un artículo interesante, que muestra una forma práctica para corregir el babeo constante; es una variante técnica digna de tenerse en cuenta, ya que preserva la inervación autónoma y la función del meato original.

Como el doctor Granado se encuentra en España, contactamos al Profesor Fernando Ortiz Monasterio para que comentara el trabajo.

Profesor Fernando Ortiz Monasterio.

Agradezco la invitación del doctor Ignacio Trigos, para hacer un comentario del trabajo del doctor Agustín Granado, presentado en el Concurso de Residentes en la ciudad de Zacatecas en 1997.

Aprovecho la oportunidad para hacer algunos comentarios sobre el origen y desarrollo de este certamen. El primer Concurso de Trabajos Científicos de los Residentes de Cirugía Plástica, tuvo lugar en Puerto Vallarta, Jalisco. Mi idea de iniciar este evento era la de promover la educación de los residentes en las técnicas formales de la presentación de un trabajo científico, poniendo énfasis a claridad del texto, la calidad del material audiovisual empleado, la capacidad de sintetizar las ideas manteniendo la exposición dentro del tiempo establecido, etc. Evidentemente se calificaba la originalidad del estudio, el desarrollo del protocolo, la metodología y sus posibles aplicaciones a la práctica de la Cirugía Plástica.

No pretendo decir que ésta fuera una idea original, puesto que solamente reproduce el formato del Concurso de Residentes patrocinado por la Asociación Americana de Cirugía Plástica, en el cual habían participado en varias ocasiones y ganado en algunas de ellas los residentes de aquella época del Hospital General de México.

Se pensó que al tener una sección en nuestro Congreso de la AMCP en la que los cirujanos jóvenes hicieran presentaciones impecables, establecería un precedente obligando a la membresía a mantener niveles similares de calidad. Creo que ambos objetivos se cumplieron y el Concurso, más tarde extendido a nivel Latinoamericano, ha estimulado la inteligencia, la capacidad creativa y el entusiasmo de las jóvenes generaciones de cirujanos plásticos. También nos dio, a todos los demás, la oportunidad de actualizarnos con los trabajos producidos en los diferentes servicios de enseñanza a nivel nacional e internacional. Creo también que con el Concurso de Residentes se ha logrado producir a través del tiempo, un sano espíritu de competición. Competir no implica hostilidad; la competencia es una manera elegante, respetuosa y amigable de mostrar lo mejor de cada participante.

Permítanme ahora unas breves reflexiones sobre este trabajo: la idea del doctor Granado tuvo un antecedente, como lo tienen todos los trabajos científicos, en las publicaciones de Wilkie y Brodie para corregir la salivación excesiva y la salida de la saliva a través

de los labios de los pacientes con problemas musculares, particularmente con parálisis cerebral. La experiencia acumulada hasta ese momento en el Hospital General "Manuel Gea González" mostraba resultados satisfactorios en lo general con ese procedimiento, pero con un nivel de morbilidad relativamente alto a largo plazo. Los dos problemas principales eran la obstrucción del neo-conducto y la formación de cálculos a nivel de la angulación localizada en la unión del colgajo de mucosa bucal con el conducto de Stenon.

La disección amplia propuesta por el autor permite elongar el conducto y alterar su dirección implantando su orificio de salida hacia la fosa amigdalina. Esta técnica se ha seguido empleando con éxito sin presentar los problemas del concepto original de Wilkie y encuentra su principal indicación en los pacientes con alteraciones motoras del área bucal y faríngea. Conviene señalar que estos pacientes presentan problemas de la deglución y tendencia a la broncoaspiración. La asociación del procedimiento presentado por el doctor Granado con la resección de las glándulas submaxilares elimina en parte el problema al disminuir el volumen de la saliva. Pienso, sin embargo, que

en los casos muy severos de problemas de deglución y broncoaspiraciones repetidas, que afortunadamente son los menos, pudiera estar contraindicada esta operación.

Dr. Fernando Ortiz Monasterio.

Con el objetivo de ampliar la discusión sobre este tema, abrimos la oportunidad a los lectores para enviarnos sus comentarios, mismos que se publicarán en el siguiente número de nuestra revista *Cirugía Plástica*.

[Nota: enviar comentarios al Editor especificando la sección y el tema de discusión, para ser reproducidos y a su vez comentados por el Comité Editorial, el autor o el comentarista oficial.]

El Comité Editorial

Trabajo presentado en el Concurso de Residentes en el Congreso Nacional de la AMCPER. Zacatecas, 1997.