

Reconstrucción primaria con implantes personalizados después de resección de gran tumoración craneofacial

Primary reconstruction with customized implants after resection of a large craniofacial tumor

José Nuñez¹, Gustavo Saenz², Roberto Chávez-Asmat³, Paul Jesús Tejada-Llacsa³

¹ Servicio de Cirugía de Cabeza, Cuello y Maxilo Facial, Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima, Perú.

² Hospital Regional Daniel Alcides Carrión. Huancayo, Perú.

³ Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

An Fac med. 2019; 80(1):64-7. / DOI: <https://doi.org/10.15381/anales.v80i1.15872>

Correspondencia:

Paul Tejada Llacsa

paultejada24@gmail.com

Recibido: 20 de enero 2019

Aprobado: 17 de febrero 2019

Publicación en línea: 27 de marzo 2019

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

Fuente de financiamiento:

Autofinanciado

Consideraciones Éticas: Para la publicación del caso se obtuvo el consentimiento informado de la paciente, además de eliminar información de su identidad en la redacción.

Contribuciones de autoría: JN., GS y RCA han participado en la concepción del artículo, recolección de datos, en la redacción y aprobación de la versión final. PTL en la redacción y aprobación de la versión final.

Citar como: Nuñez J, Saenz G, Chávez-Asmat R, Tejada-Llacsa P. Reconstrucción primaria con implantes personalizados después de resección de gran tumoración craneofacial. An Fac med. 2019;80(1): 64-7. DOI: <https://doi.org/10.15381/anales.v80i1.15872>

Resumen

Reportamos la reconstrucción inmediata con implantes personalizados en la región craneofacial en una paciente mujer de 22 años con tumoración craneofacial de 12x15 cm en la región fronto orbito cigomático izquierdo que correspondió a fibroma oscificante. Se realizó la reconstrucción con un implante hecho a medida basado en imágenes tomográficas. El implante de polietileno (PEEK) fue seleccionado para reemplazar la pérdida ósea y para restaurar la anatomía facial. No hubo necesidad de ajuste quirúrgico del implante; ni se presentaron reacciones de rechazo, infección o exposición del implante en el periodo posoperatorio. Aunque el hueso autólogo es preferido para implantes, resulta difícil adecuarlos en situaciones de un compromiso extenso como en el caso presentado; por ello los implantes de PEEK son actualmente una opción en términos de biocompatibilidad, resistencia, duración, conductividad térmica y translucencia radiográfica.

Palabras clave: Reconstrucción; Prótesis e Implantes; Prueba de Biocompatibilidad; Neoplasias Craneales; Fibroma

Abstract

We report the immediate reconstruction with personalized implants in the craniofacial region in a 22-year-old female patient with a craniofacial tumor of 12x15 cm in the left zygomatic orbital frontal region that corresponded to an ossifying fibroma. The reconstruction was performed with a custom-made implant based on tomographic images. The polyetheretherketone (PEEK) implant was selected to replace bone loss and restore facial anatomy. There was no need for transsurgical adjustment of the implant, no rejection, infection or implant exposure in the postoperative period. Although autologous bone is preferred for implants, it is often limited in the morbidity of the donor site, the difficulty of giving shape mainly to the borders and the limitation of the area to be donated; therefore the PEEK implants are currently an option in terms of biocompatibility resistance, duration, thermal conductivity and radiographic translucency.

Keywords: Reconstruction; Prostheses and Implants; Materials Testing; Skull Neoplasms; Fibroma

INTRODUCCIÓN

El PSI (Patient Specific Implants) de polietileno tereftalato (PEEK) se utilizó como implante en cadera y columna a partir de 1998; el primer caso reportado a nivel craneofacial fue el año 2007. Posteriormente se evidenció una serie de características favorables que han convertido a este material en uno de los más prometedores para el reemplazo a nivel craneal¹.

Nuestro objetivo es mostrar la planificación y ejecución del procedimiento de exéresis de una gran tumoración craneofacial y la reconstrucción inmediata con implantes personalizados con uso de la tecnología actual, en base a datos tomográficos.

REPORTE DE CASO

Paciente mujer de 22 años procedente de Pariacoto, Ancash, de ocupación ama de casa, raza mestiza, con un tiempo de enfermedad de 15 años de crecimiento progresivo de tumoración en cabeza, sin antecedente médico quirúrgico familiares ni personales de importancia. Sus principales síntomas fueron tumor gigante en rostro y encéfalo, cefaleas intensas e intermitentes, amaurosis izquierda, ánimo decaído y retraimiento social por tumor deformante. Al examen clínico se observó asimetría facial por gran tumoración de aproximadamente 12 x 15 cm en región frontal, orbitaria, temporal y malar izquierda; se encontró anosmia, proptosis y amaurosis izquierda así como erosión corneal y quemosis del ojo comprometido, no se encontraron alteraciones motoras ni alteraciones hormonales. Se realizaron exámenes pre quirúrgicos (hematométricos y bioquímicos) de rutina donde no se encontraron alteraciones de importancia.

Se realizó estudio por imágenes y una biopsia pre operatoria. Las imágenes de tomografía de alta resolución (512 x 512-pixel matrix, con cortes de 1.0 mm) mostraron compromiso craneofacial y en base de cráneo, la resonancia magnética evidenció el desplazamiento del encéfalo tal como se aprecia en la figura 1. Se realizó una biopsia por punción con aguja cuyo resultado citopatológico fue un quiste óseo.

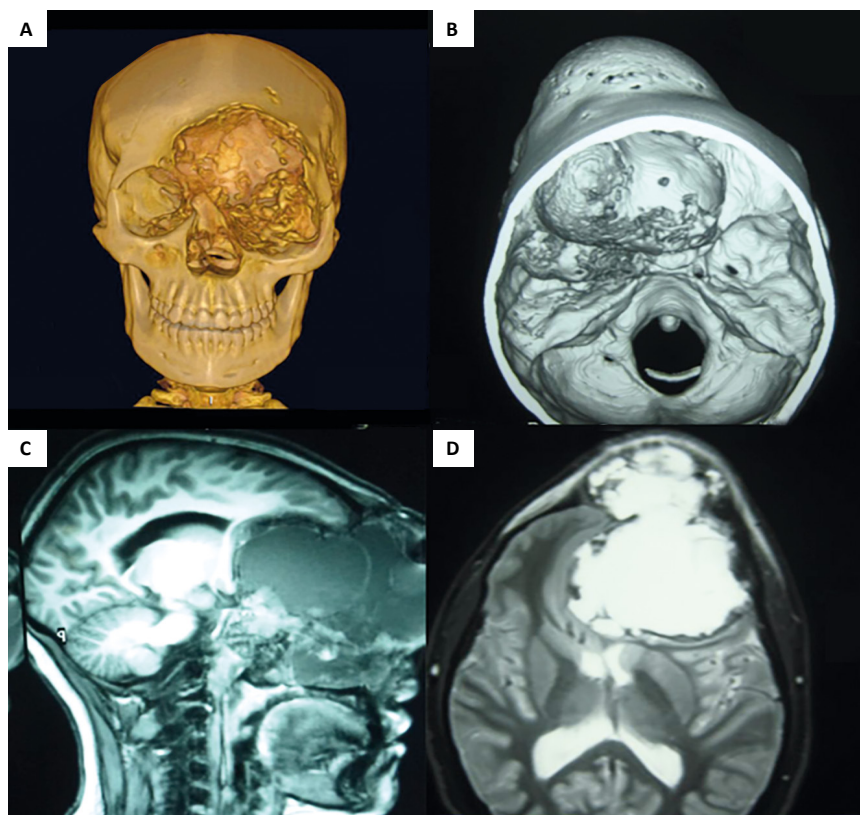


Figura 1. A) Tomografía espiral multicorte (TEM) de macizo facial y cráneo con reconstrucción en 3D. B) Forado a nivel de base de cráneo en una toma de la TEM de cráneo. C y D) Resonancia magnética nuclear con gran compromiso intracraneal con desplazamiento del encéfalo.

Se realizó la elaboración de implantes personalizados y planificación operatoria. Las imágenes obtenidas en formato DICOM (Digital Imagen and Communication in Medicine) fueron enviadas al laboratorio de Synthes Maxilofacial® quien se encargó de elaborar los modelos de cráneo e implantes, los cuales fueron enviados al equipo quirúrgico para su aprobación. Posterior a ello, se envió los implantes de PEEK no estériles (Figura 2).

En la intervención quirúrgica participó un equipo multidisciplinario conformado por los servicios de neurocirugía, oftalmología, bajo la dirección del Servicio de Cirugía de Cabeza, Cuello y Maxilofacial del Hospital Nacional Dos de Mayo. La primera parte de la cirugía fue realizada por neurocirugía quienes realizaron la exéresis del tumor a nivel frontal e intracraneal a través de un abordaje coronal; posterior a la exéresis, se realizó una plastia de seno frontal con periostio y un adhesivo quirúrgico (Bio Glue®). Pos-

teriormente intervino cirugía de cabeza, cuello y maxilofacial, realizando la exéresis del tumor a nivel de malar, región nasal y orbitaria a través de un abordaje de degloving mediofacial y la colocación de los implantes personalizados de PEEK, tal como se muestra en la figura 3. Finalmente, intervino oftalmología llevando a cabo la enucleación izquierda y colocación de implante de hidroxapatita que posteriormente sería reemplazado por un implante ocular; además, se realizó una cantopexia bilateral medial para mejorar su nivel teniendo como guía la órbita menos afectada (derecha). No hubo necesidad de ajuste transquirúrgico del implante. La resección de la tumoración tomó alrededor de 12 horas, debido a que se realizó con extremo cuidado, sobre todo al considerar que el desplazamiento del cerebro comprometía estructuras nobles como los pedículos vasculares presentes en una deformada base de cráneo. El resultado del estudio anatomopatológico

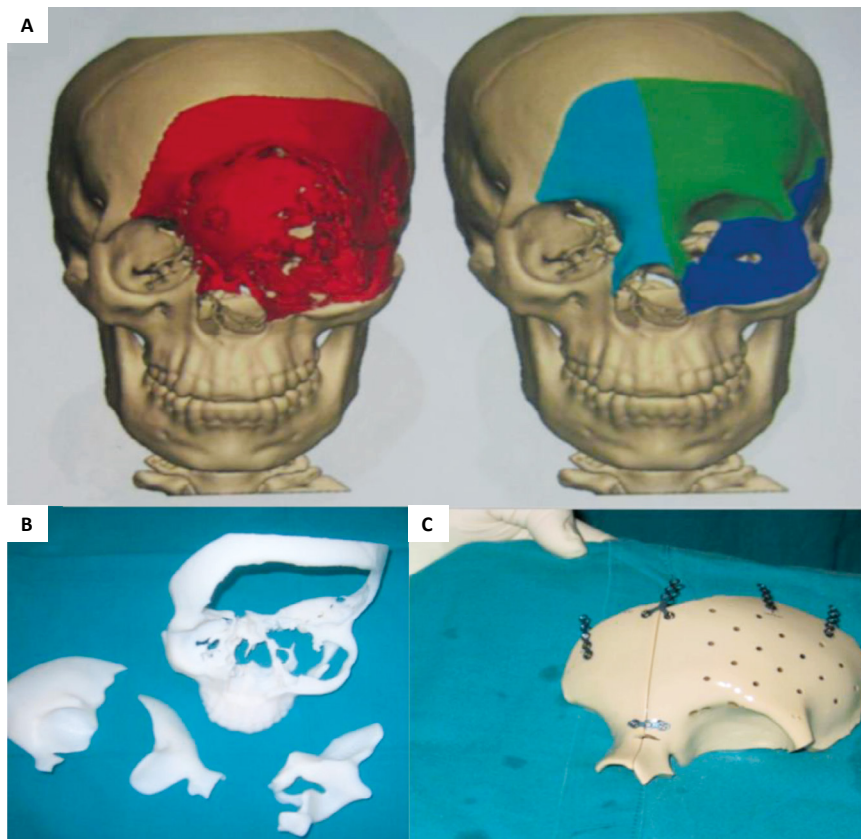


Figura 2. A) La resección sugerida por los estudios de imágenes (en rojo) y los tres implantes considerados para la reconstrucción (en celeste, verde y azul). B) El modelo estereolitográfico con los tres implantes sugeridos para la corrección del defecto, fuera del cráneo. C) Colocación del material de osteosíntesis realizada en una mesa quirúrgica para evitar que los residuos del implante se comporten como cuerpo extraño y produzca la formación de granulomas.

de la tumoración fue de fibroma osificante, contrario al resultado obtenido por la biopsia por aspiración (quiste óseo simple). Después de 3 semanas se procedió a realizar el recambio de la prótesis ocular de hidroxiapatita con una prótesis ocular definitiva. No se presentaron reacciones de rechazo, infección o exposición del implante en el periodo posoperatorio y hasta un año de seguimiento, tal como se aprecia en la figura 4.

DISCUSIÓN

Se presenta la exéresis de una gran tumoración craneofacial que histopatológicamente correspondió a un fibroma osificante. Este resultado no reprodujo el obtenido por la biopsia por aspiración (quiste óseo sin atipia) que finalmente se acercaría más a la clínica del caso, ya que no existen reportes sobre fibromas osificantes quísticos^{2,3}.

Normalmente la reconstrucción de defectos tan extensos se realiza en un segundo tiempo operatorio; sin embargo,

se realizó la reconstrucción primaria del defecto para evitar la fibrosis y resultados estéticos pobres, obtenidos cuando se retrasa el tratamiento definitivo¹. El gold standard en la reconstrucción craneofacial es el injerto óseo autólogo; sin embargo, en este caso, no se presentaba como opción considerando que la zona dadora hubiera sido demasiado extensa, con una alta morbilidad^{4,5}. Asimismo, era muy complicado darle una forma adecuada a los injertos óseos considerando que el defecto abarcaba la región orbitaria izquierda y tenía zonas anguladas correspondientes a los rebordes orbitarios. Debido a ello, decidimos la reconstrucción con PSI (Patient Specific Implant) de polietereetercetona (PEEK), con un diseño previo, como señalamos anteriormente, y que tiene la ventaja de que al tolerar altas temperaturas (300°C) puede ser reesterilizado en caso de infecciones y reutilizarse, así como una gran resistencia al impacto físico^{6,7}.

Existía otra posibilidad mediante un implante personalizado de titanio, el cual presentaba dos inconvenientes: la dificultad de remodelar sin alterar la forma original con una alta posibilidad de extrusión, y este material se ha relacionado a cefaleas intensas en caso de cambios climáticos que enfrían los implantes⁸. También hubo la posibilidad de implantes personalizados de PMMA (Polimetilmetacrilato)⁹ que presentan un riesgo de extrusión menor que el del titanio, pero

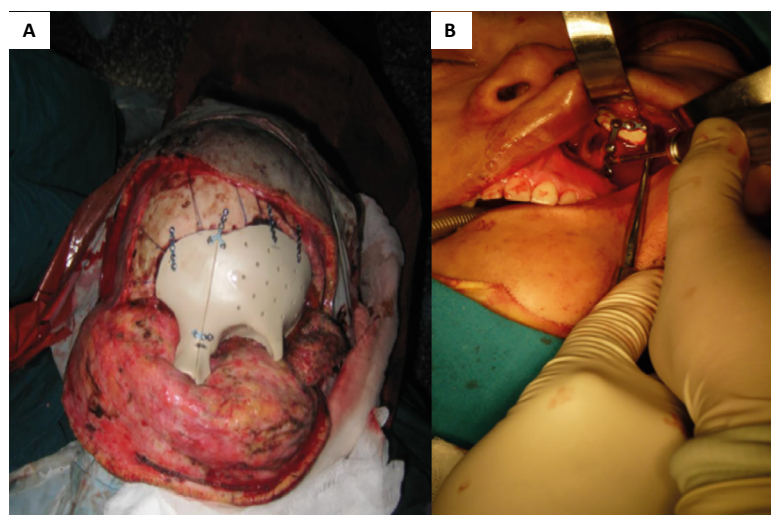


Figura 3. A) Colocación de los dos implantes a nivel de tercio superior de zona de compromiso de tumoración craneofacial. B) Colocación del tercer implante vía oral.



Figura 4. Izquierda: paciente con tumoración craneofacial izquierda en preoperatorio. Derecha: paciente con seguimiento después de un año, con asimetría facial sin disfunción alimentaria y funciones neurológicas conservadas.

que tiene el inconveniente de que en caso de infección no puede ser reutilizado al igual que los PSI de polietileno¹.

Una vez colocados los implantes de PEEK, se procedió a la enucleación ocular con reconstrucción con prótesis ocular de hidroxiapatita sin ningún inconveniente. En un segundo procedimiento se procedió a realizar el recambio con la prótesis ocular definitiva que lamentablemente quedó en una posición asimétrica con respecto al globo ocular del lado sano. Esto último tiene que ver con una falta de previsión del comportamiento de las partes blandas comprometidas con la lesión con una disminución del volumen del *sub orbicularis oculi fat* en relación a la compresión de todas las estructuras

orbitarias izquierdas hacia afuera y hacia abajo con amaurosis incluida.

Los implantes hechos a medida de polietileno (PEEK) permiten modelar la anatomía craneofacial con gran precisión en tamaño y forma. La técnica quirúrgica no requiere tejido donante y son actualmente una buena opción en términos de biocompatibilidad, resistencia, duración, conductividad térmica y traslucencia radiográfica. Tal como se muestra en la figura 4, el resultado final después de un año de seguimiento, la paciente presenta asimetría facial; en cuanto a la posición del globo ocular, ya ha sido expuesta la causa. Desde el punto de vista funcional no existen inconvenientes en cuanto a la masticación y alimentación (cavidad oral) la cual se realiza con normalidad,

la visión del ojo no afectado es normal y las funciones neurológicas son normales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Hanasono MM, Goel N, DeMonte F. Calvarial reconstruction with polyetheretherketone implants. *Ann Plast Surg.* 2009;62(6):653-5. DOI: 10.1097/SAP.0b013e318184abc7
- Koury ME, Regezi JA, Perrott DH, Leonard B. 'Atypical' fibro-osseous lesions: diagnostic challenges and treatment concepts. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 1995;24(2):162-169.
- Rosenberg A, Mokhtari H, Sloopweg PJ. The natural course of an ossifying fibroma. A case report. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 1999;28(6):454-6.
- Girod DA. Free tissue reconstruction of traumatic facial bony defects. *Oper Tech Otolaryngol Head Neck Surg.* 2008;19: 80-85.
- Cuesta M, Bucci T, Duarte B, Riba F. Reconstruction of the severely atrophic mandible using autologous calvarial bone graft: An 'inverted sandwich' graft technique and dental rehabilitation with fixed implant-supported prostheses. *J Craniomaxillofacial Surg.* 2010; 38(5):379-384. DOI: 10.1016/j.jcms.2009.10.016
- Voss PJ, Leow AM, Schulze D, Metzger MC, Liebehenschel N, Schmelzeisen R. Navigation-guided resection with immediate functional reconstruction for high-grade malignant parotid tumour at skull base. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2009;38(8):886-890. DOI: 10.1016/j.ijom.2009.04.007
- Vadapalli S, Sairyo K, Goel VK, Robon M, Biyani A, Khandha A, et al. Biomechanical rationale for using polyetheretherketone (PEEK) spacers for lumbar interbody fusion-A finite element study. *Spine.* 2006;31(26):E992-E998. DOI: 10.1097/01.brs.0000250177.84168.ba
- Heissler E, Fischer FS, Bolouri S, Lehmann T, Mathar W, Gebhardt A, et al. Custom-made cast titanium implants produced with CAD/CAM for the reconstruction of cranium defects. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 1998;27(5):334-338.
- Eppeley BL. Alloplastic cranioplasty. *Oper Tech Plast Reconstr Surg.* 2003;9:16-22.