

---

## Abordaje "Degloving" del tercio medio de la cara en el tratamiento de tumores

---

Juan G. Vargas Díaz, MD Juan Alva Espinoza, MD Wilinton Romero Visurraga

### RESUMEN

"Degloving" es un abordaje quirúrgico endobucal y endonasal del tercio medio de la cara, que permite una exposición amplia, simétrica y bilateral de, cavidad nasal, senos paranasales, sin producir cicatrices en piel. Complementando con osteotomías -desarme óseo- se puede acceder a la base del cráneo y reseca tumores de esa localización.

Describimos la técnica quirúrgica que fue utilizada en 56 pacientes del Hospital E. Rebagliati, portadores de tumores benignos y malignos. La endoscopia, TAC helicoidal y/o resonancia magnética, nos precisaron la localización exacta de los tumores que se distribuyeron en, cavidad nasal, senos paranasales, rinofaringe y base de cráneo.

Los buenos resultados obtenidos tanto funcional como cosmético, evaluados por los cirujanos y por los pacientes, la incidencia baja de complicaciones y secuelas, nos permiten recomendar esta técnica quirúrgica como una opción terapéutica importante en el manejo de patología de localización en el tercio medio y base de cráneo.

### SUMMARY

"Degloving" is an "endobucal" an "endonasal" surgical technique of the middle third of the face which allows an ample, asymmetrical and bilateral exposure of the nasal cavity, paranasal sinuses.

Without making skinscars.

This is complemented with osteotomies (bone rearrangement) so we can to reach the base of the skull and to resect tumours located in this region.

We describe the surgical technic used in 56 patients admitted to the E.R hospital, because benign and malignant tumours of the head and neck.

Endoscopy, helical ET and for MRI gave us the precise and exact location of these group of tumours distributed in the nasal cavity, paranasal sinuses, rhinopharinx and the

skull base. The good results obtained functionally as well as cosmetically, were assessed by the attending surgeons and for the patients and their relatives involved The low incidence of sequelae and complications allow us to recommend this surgical technique as an important therapeutic option in the management of middle third and of the skull pathology.

### INTRODUCCIÓN

La exéresis completa de tumores localizados en cavidad nasal, senos paranasales, base de cráneo y en general patología del tercio medio de la cara requiere conciliar, una amplia exposición con un mínimo perjuicio estético. Los abordajes endonasales no facilitan la escisión de tumores grandes y/o potencialmente sangrantes.

La vía de abordaje tipo Caldwell-Luc, permite una buena exposición unilateral del seno maxilar y celdas etmoidales anteriores, pero dificulta llegar al seno esfenoidal y celdas etmoidales posteriores. Los abordajes externos -Rinotomía lateronasal y Weber-Ferguson- son antiestéticos y dejan en muchos casos cicatrices retráctiles visibles.

"Degloving" (despegamiento, desplegamiento) es un abordaje quirúrgico endobucal y endonasal, que consiste en la separación de la piel y tejidos blandos del tercio medio de la cara de las estructuras óseas: pirámide nasal, maxilar, malar, etc.

Este abordaje permite una exposición suficientemente amplia para la resección de tumores que se originan en esta región, sin producir cicatrices visibles. Combinando "degloving y desarme óseo" podemos acceder y reseca tumores de base de cráneo.

El primer reporte de una operación de los senos paranasales mediante el abordaje degloving fue hecha en 1927 por PORTMANN y RETROUVEY. Posteriormente CAS-SON, BONNANO Y CONVERSE en 1974 (2), publicaron una descripción detallada de la técnica que es utilizada hasta la actualidad. CONLEY en 1979 (3) reporta un abordaje sublabial para la resección de extensos tumores de nariz y senos paranasales. KROSE en 1999 (5) y SEAYUONG JEON en 2003 (9) reportan modificaciones a la

técnica descrita por CASSON et. al. En nuestro medio no esta muy difundido este procedimiento y no hay reportes publicados en la literatura nacional. Hace 16 años, en Octubre de 1993, en el hospital E. Rebagliati de EsSalud, operamos el primer caso utilizando este abordaje, a una paciente de profesión médica, portadora de un Adenoma pleomórfico de fosa nasal posterior.

## MATERIAL Y MÉTODOS

56 pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente en el Servicio de Cirugía Cabeza y Cuello del Hospital Rebagliati, entre Octubre de 1993 y Diciembre del 2007, 35 pacientes (62.5 %) fueron hombres, y 21 (37.5 %) mujeres. La edad estuvo comprendida en el rango de 11 a 65 años, con una media de 32 años. La localización de los tumores tubo una correlación clínica, endoscópica y de extensión con TAC helicoidal y/o RM, y fue la siguiente: 12 pacientes en fosa nasal, 25 región naso-maxilar, 11 pacientes -los más jóvenes- en rinofaringe con extensión a base de cráneo. 3 caso en rinofaringe fue extensión de un tumor intracerebral. Finalmente 5 casos, de localización en hipófisis, fueron abordados y resecados conjuntamente con Neurocirugía.

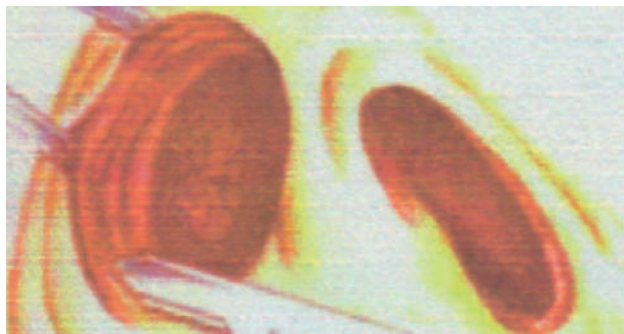
La vía de abordaje "degloving" fue utilizada en todos los casos, complementariamente se hicieron algunas modificaciones, que dependieron del tipo y localización del tumor. La técnica quirúrgica es la que a continuación describimos.

### Técnica quirúrgica:

1. Anestesia general con intubación buco-traqueal.



2. Infiltración con Xilocaína con epinefrina al 1 % en tejido subcutáneo de pirámide nasal, surco gingivobucal superior, y fosas caninas.



3. Incisión endonasal circular a 5 mm. del borde vestibular, interseptocolumnelar, transfixiante e intercartilaginosa.



4. Incisión gingivobucal superior de molar a molar, 1 cm. por encima del borde de la encía. Se profundiza hasta el hueso y subperióticamente se libera el complejo músculo-aponeurótico del labio superior, hasta llegar a los orificios piriformes, espina nasal y pared anterior de los maxilares.



5. Las 2 incisiones nasal y bucal se conectan, continuándose la liberación con la piel de la pirámide nasal, hasta las suturas frontonasales, rebordes orbitarios inferiores, y regiones máxilomalares. La emergencia del nervio infraorbitario limita en muchos casos esta liberación, si es necesario se debe seccionar.
6. Las osteotomías complementarias -desarme óseo- se realizan teniendo en cuenta la particularidad de cada caso, estas permiten la exposición de regiones de difícil acceso: celdas etmoidales, seno esfenoidal, rinofaringe base de cráneo, etc. y la extirpación total de tumores de regiones cercanas.



## RESULTADOS

El abordaje "degloving" fue realizado en 56 pacientes. Los diagnósticos y localización se muestran en la Tabla N° 1.

**Tabla N° 1**

DIAGNOSTICO	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
Papiloma invertido	4	7
Adenoma pleomórfico fosa nasal	4	7

Nasoangiofibroma juvenil	11	20
Melanoma nasomaxilar	4	7
Cáncer epidermoide nasomaxilar	15	27
Cilindroma nasomaxilar	8	14
Tumores de Hipófisis	5	9
Meningioma extensión a rinofaringe	5	9
Total	56	100

El procedimiento quirúrgico complementario al abordaje "degloving" se describe en la tabla N° 2.

**Tabla N° 2**

OPERACIÓN COMPLEMENTARIA	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
Maxilectomía central	23	41
Desarme óseo nasomaxilar central	19	34
Desarme óseo nasomaxilomalar	12	21
Maxilectomía parcial+excenteración	2	4
Total	56	100

El resultado funcional fue valorado teniendo en cuenta el compromiso tumoral y el defecto generado en el área operada o estructuras relacionadas y fue calificado por el cirujano. Excelente se considero cuando no hubo secuelas ni compromiso funcional, bueno cuando hubo algún defecto pero no compromiso funcional, y malo cuando se presentó algún defecto y compromiso funcional importante. Los resultados se muestran en la tabla N° 3.

**Tabla N° 3**

RESULTADO FUNCIONAL	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
Excelente	41	73
Bueno	10	18
Regular	5	9
Total	56	100

Se presentaron complicaciones menores en 5 pacientes (9 %), 3 casos con estenosis del vestíbulo nasal y 2 casos con fístula bucosinusal. Todos fueron solucionados quirúrgicamente.



## DISCUSIÓN

Las técnicas tradicionales con abordaje externo -Rinotomía lateral y Weber-Ferguson- permiten una buena exposición quirúrgica, pero tienen la desventaja de producir cicatriz externa en la piel de la cara. Con el abordaje Caldwell-Luc la exposición es limitada y unilateral. Con la vía propuesta por Rouge-Dencker se obtiene una exposición bilateral aceptable del seno maxilar y fosas nasales, pero el abordaje de estructuras más profundas es muy difícil.

La técnica del degloving mediofacial propuesto por Casson et. al en 1974 (2), consideramos es una técnica con muchas ventajas sobre los anteriores procedimientos, porque evita las incisiones faciales externas y formación de cicatrices, importante en todo paciente sobre todo si se trata de, jóvenes, mujeres y pacientes con patología benigna (4).

Porque permite una amplia exposición, bilateral y simétrica de fosas nasales, senos maxilares, celdas etmoidales, seno esfenoidal, complementando con osteotomías -desarme óseo- facilita el acceso del clivus, rinofaringe y base de cráneo (8).

El abordaje degloving consideramos y coincidimos con Buchwald (1) debe ser usado como la primera opción en maxilectomía medial, maxilectomía radical (algunos casos), cirugía craneofacial y base de cráneo. La radicalidad de la intervención quirúrgica no debe ni puede oponerse a un abordaje cosmético (6).

Además de la resección de los tumores de la región, con el degloving se facilita el tratamiento de las fracturas múltiples del tercio medio de la cara, y la corrección de las anomalías del desarrollo maxilo-malares y defectos óseos congénitos. En resumen el degloving es una vía de abordaje laboriosa, poco sangrante, accesible a todo cirujano de cabeza y cuello, cuyos resultados son evidentes.

Nuestra percepción respecto al resultado funcional, es similar al encontrado por otros autores (7), y fue catalogado como excelente y bueno en 91 % de los pacientes y regular en 9 %.

Este último resultado no depende exclusivamente del abordaje degloving, sino en gran medida a las secuelas producto de las resecciones tumorales, como es el caso del paciente con cáncer de seno maxilar con compromiso de órbita, en el que fue necesario realizar maxilectomía parcial con exenteración de órbita. El mismo argumento podríamos inferir respecto a la percepción cosmética de los pacientes sobre el resultado de otras intervenciones quirúrgicas. Las complica-

ciones presentadas en los primeros casos y que son de baja incidencia, guarda relación a lo encontrado por otros autores. La estenosis del vestíbulo nasal se evita modificando la incisión circular.

La patología tumoral del tercio medio de la cara requiere tratamientos radicales, lo cual no quiere decir un manejo agresivo del paciente, sino que cada caso debe ser evaluado teniendo en cuenta todas las variantes psíquicas, sociales, funcionales y cosméticas que van a repercutir en la calidad de vida. Hochman (13) considera que en la mayoría de los casos "los abordajes suelen ser excesivos e innecesariamente mutilantes", facilitan la labor del cirujano, pero dejan huellas imborrables en el paciente.

## CONCLUSIONES

La experiencia de estos años y los resultados obtenidos ponen de manifiesto ciertas ventajas estéticas y funcionales en los casos presentados. El número de casos es representativo y nos permiten proponer, que el abordaje degloving del tercio medio de la cara debe ser una opción terapéutica en :

- Tumores benignos de cavidad nasal y senos paranasales
- Tumores de Rinofaringe.
- Exposición cuando se planea cirugía de base de cráneo
- Abordaje, exposición y tratamiento de fracturas del tercio medio de la cara.
- Abordaje, exposición y corrección de anomalías del desarrollo nasomaxilomalares y otros defectos congénitos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BUCHWALD, C.; BOUNDIG, P. & FALLENTIN, E. (1995). Modified Midfacial Degloving: a practical approach to extensive bilateral benign of the nasal cavity and paranasal sinuses. *Rhinology*, 33:39-42.
2. CASSON, P.; BONNANO, P.& CONVERSE, J. (1974). The Midfacial Degloving Procedure. *Plástic Reconstructiva Surgery*, 53:102-103.
3. CONLEY, J. & PRICE, J. (1979). Sublabial approach to the nasal and nasopharyngeal cavities. *American Journal Surgery*, 138: 615-618.
4. ESTEBAN, F.; JURADO, A. & CANTILLO, E. (1997). Facial degloving as a versatile approach to paranasal sinus tumors. *Acta Otorrinolaringológica Española*; 48 (6): 457-460.
5. KROSE, G. & JAFEK, B. (1999). A modificación of the midface degloving technique. *Laryngoscope*; 109:1781-1784.

6. LYONS, B. & DÓNALO, P. (1991). Radical surgery for nasal cavity and paranasal sinus tumors. *Otolaryngologic Clinics of North America*, 24 (6): 1499-1523.
7. OJEDA, G. & OSORIO, L. (2000). Degloving mediofacial modificado: Alternativa estético-funcional en abordaje de tumores nasosinusales. Hospital San Juan de Dios. Bogota-Colombia.
8. PRICE, J.; HOLLIDAY, M. & KENNEDY, D. (1988). The versatile midface degloving approach. *Laryngoscope* 98:291-295.
9. SEA-YUONG, J.; JAE-HO J.; JUN-SOUNG, K. & SEONG-KI, AHN. (2003). Hemifacial Degloving Approach for Medial Maxillectomy: A modification of Midfacial Degloving Approach. *Laryncoscope*; 113(4):754-756.