

Cirugía reconstructiva facial

La cirugía reconstructiva facial abarca múltiples técnicas que van asociadas a los bloques de patologías congénita y adquirida.

Dentro del primer grupo existen numerosas alteraciones como el Síndrome de Parry-Romberg (atrofia progresiva hemifacial), de Moebius (es una compleja anomalía congénita caracterizada por una falta de expresión facial), de Binder (caracterizado por una hipoplasia de tercio medio), etc. En el segundo grupo destacan las enfermedades tumorales, traumáticas y aquellas secuelas derivadas de tratamientos médicos previos.

Dada la complejidad a nivel funcional y espacial de la cara, las técnicas reconstructivas aplicadas a este territorio anatómico son, posiblemente, las más complejas y sofisticadas dentro de la cirugía plástica reconstructiva.

Los trasplantes de tejido cobran gran relevancia en este campo, ya sea para sustituir regiones faciales afectadas o bien para recuperar la función de una estructura tan compleja como el sistema muscular mímico, responsable tanto de la apertura/cierre de los esfínteres bucal y ocular, como de la expresión facial.

El proceso de reconstrucción en los pacientes con parálisis facial es claramente individualizado ya que el nivel de lesión del nervio, el mecanismo que provocó la lesión y el tiempo de evolución, condicionan el plan terapéutico y la evolución.

Es posible que una parálisis facial de instauración aguda y sin causa aparente (parálisis de Bell o "a frigore") se solucione con un tratamiento médico. Pero en casos crónicos serán necesarias cirugías reconstructivas muy protocolizadas, y en las que intervendrán procedimientos microquirúrgicos (injertos nerviosos, trasplantes de nervios microvascularizados, trasplantes de músculos microvascularizados) y no microquirúrgicos, pero donde intervienen también colgajos musculares y estáticos (suspensiones, fijaciones, "liftings").

El paciente tiene que ser muy consciente de la complejidad de estos procedimientos, así como del "timing" o tiempos quirúrgicos necesarios y ajustados a cada caso en función del tipo de desorden, como de la respuesta médica y quirúrgica.

Cirugía de la parálisis facial

La parálisis facial consiste en la parálisis motora parcial o total de la musculatura de la mímica de una hemiface, que es enervada por el nervio facial.

La cirugía reconstructiva en la parálisis facial instalada usa técnicas tanto estáticas como dinámicas. Las técnicas estáticas no comportan movimiento del lado paralizado y consisten en suspensiones de las partes blandas que cuelgan por la ausencia del tono muscular para simetrizar con el lado no afectado. Las técnicas dinámicas intentan restaurar el movimiento, la función perdida, requiriendo trasplantes de tejidos como el colgajo del músculo gracilis.

Las prótesis faciales

Cuando ocurren pérdidas o deformidades del revestimiento facial, algunas veces asociadas a pérdida ósea, casi siempre son un gran problema estético y funcional. Éstas pueden originarse por cirugía de erradicación de un tumor, por un traumatismo o una anomalía congénita.

La reparación plástica del defecto produce resultados satisfactorios en la mayoría de casos y será de elección. Pero existen condiciones que dificultan o imposibilitan estas técnicas, indicándose las prótesis para la reconstrucción del defecto. Se hacen con silicona vulcanizada por la flexibilidad y, en algunos casos, pueden ser incluso osteointegradas para mejor retención y resultado.

La cirugía auricular

Las deficiencias auriculares pueden ir desde la anotia, ausencia total de la oreja, hasta una oreja normal pero pequeña. Como patología más frecuente encontramos las orejas en asa.

El inicio de la reconstrucción debe oscilar entre los seis y nueve años, puesto que los injertos de cartílagos necesarios para la reconstrucción ya han madurado y crecido lo suficiente.

Se pueden emplear múltiples técnicas para la reparación, como el uso de expansores, injertos de cartílago para tallar el molde auricular y colgajos locales, con el fin de obtener los mejores resultados de simetría.

La cirugía facial ósea

El tratamiento de los traumatismos faciales se inicia en la fase aguda. La recuperación funcional y estética depende de un buen diagnóstico clínico, de las pruebas de imagen en 3D ya disponibles y de la elección de la técnica quirúrgica adecuada.

Hay que prevenir las secuelas, enfatizando la anatomía cráneo facial, la fisiopatología de las fracturas, la investigación clínica y los principios de la reconstrucción ósea y de partes blandas.

La reconstrucción nasal

La reconstrucción nasal fue de las primeras cirugías reconstructivas conocidas, existen referencias en los papiros egipcios (2200 a.C.).

Por tratarse de una estructura tridimensional compleja, de difícil reconstrucción, existen numerosas técnicas quirúrgicas que, combinadas con sensibilidad y habilidad, aportan los recursos para la elaborada tarea de recrear la estructura perdida.

Valorado el defecto a reconstruir, se optará por un colgajo local de cobertura, o en caso de grandes pérdidas, colgajos pediculados como el frontal, asociado a injertos de cartílago. El cartílago nos aporta la estructura, manteniendo la forma nasal.

Incluso en casos más complejos, necesitaremos las técnicas de microcirugía para aportar tejidos a distancia y obtener cobertura interna para las fosas nasales cuando ésta también está afectada.