

# Caso Clínico # 1

## Transporte oseo bifocal en resección por mixoma

**Autores:** Dr. María Antonieta Durand.  
Dr. Mario Avila  
Hospital María Auxiliadora

### Anamnesis:

Paciente niña de 12 años, que consulta por presentar secuela post quirúrgica por resección de mandíbula (hemimandibulectomía) 3 años antes, por mixoma mandibular, colocándose placa de reconstrucción mandibular, que le deforma el rostro en ese lado por aumento de volumen.

### Examen Físico:

Paciente con apertura bucal adecuada, no evidencia de recurrencia tumoral, pérdida ósea amplia de rama ascendente derecha, hasta sínfisis mandibular.

Reconstruida con placa de reconstrucción mandibular, oclusión normal.

Asimetría facial por aumento de volumen en hemicara derecha.

### Impresión Diagnóstica:

Secuela quirúrgica con pérdida ósea mandibular.

### Exámenes Auxiliares:

Radiografía panorámica pre operatoria.

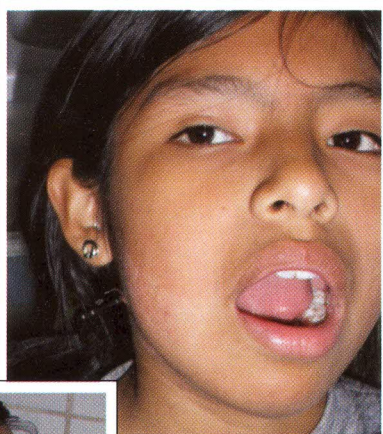
### Tratamiento Quirúrgico:

Cambio de placa de reconstrucción sistema 2.4, por placa del sistema 2.0, y colocación de distractor, con pin activador extraoral, para realizar transporte óseo de segmento óseo anterior.

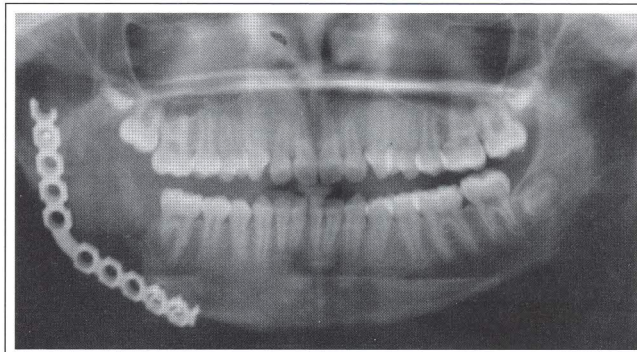
Posterior al transporte óseo concluido, se deja por 2 meses el distractor, el cual se

retira, junto con la placa del sistema 2.0, lográndose mantener una oclusión y apertura bucal, adecuada, y una simetría, del rostro, en relación a ambos lados.

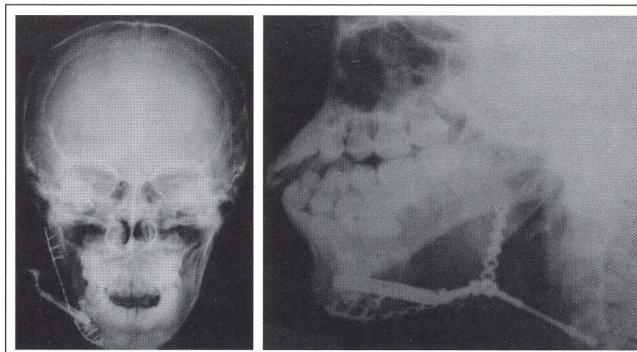
La paciente es evaluada, a los 2 meses, siendo dada de alta.



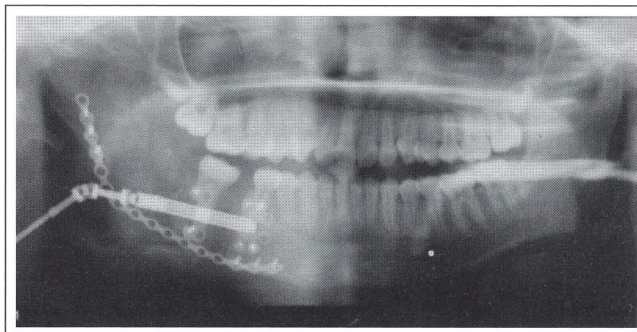
Paciente con distractor colocado



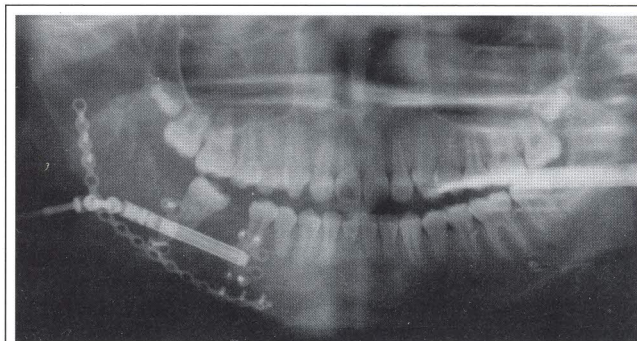
Placa de reconstrucción previa



Visión de frente y perfil con la placa y el distractor recién colocados



Transporte óseo en etapa inicial



Transporte óseo en etapa más tardía

**Definición:**

Transporte óseo es una técnica que produce la creación de hueso y tejidos blandos para rellenar un defecto a través del movimiento de un disco de hueso, formando nuevos tejidos por detrás de su avance hasta que el disco se acopla con el hueso propio del paciente.

Dependiendo del número de segmentos este puede ser clasificado como bifocal, trifocal, tetrafocal, etc.

Bifocal (dos zonas presentes, área de regeneración y área del sitio de llegada)

**Indicaciones para uso:**

- Pacientes médicamente comprometidos que requieren cirugía reconstructiva mayor.
- Como alternativa después de injerto óseo fallido.
- En la escisión y reconstrucción de tumores benignos.
- Defectos óseos por arma de fuego.
- Secuelas de osteomielitis.
- Tratamiento de falta de consolidación ósea (pseudo artrosis).

**Preparación Quirúrgica:**

- Modelo estereolitográfico es útil pero lo usamos en ciertos casos.
- Radiografía panorámica.
- Tomografía cone bean.

El principio biológico principal preservar el periostio en el disco.

**1) Primera etapa quirúrgica:**

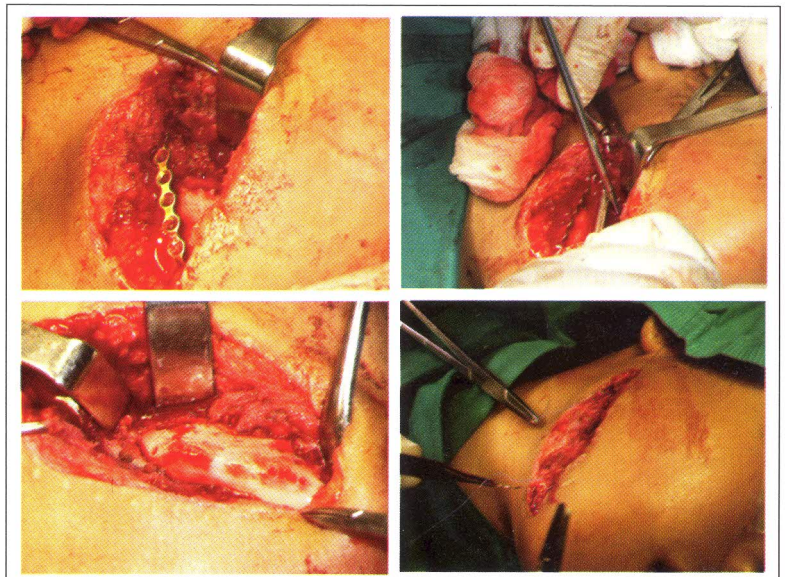
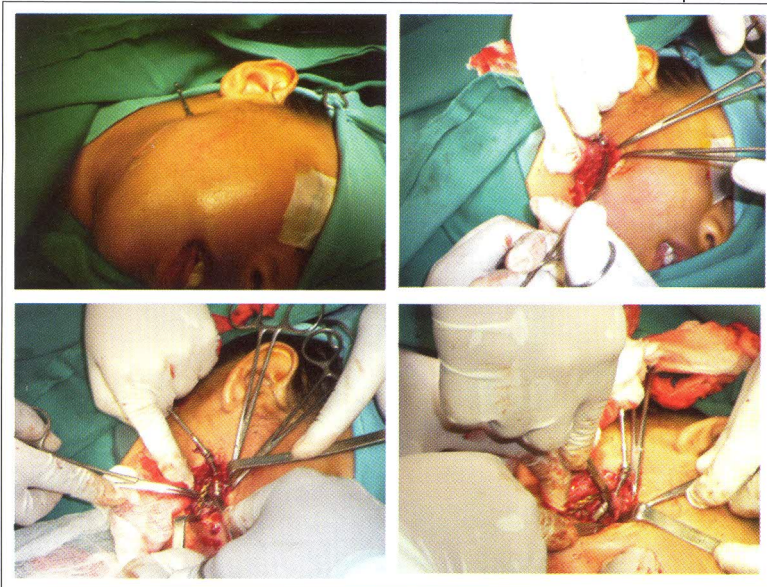
- Colocación placa de reconstrucción, en este caso se realizo cambio de la placa de reconstrucción por un sistema 2.0, mas delgada que permita la colocación del distractor, la placa se fija con 3 tornillos bicorticales a cada lado.
- Remoción área afectada.
- Colocación del distractor.
- Osteotomía del disco de transporte elegido.
- Activación intraoperatoria de prueba (2 ó 3 cm).
- Sutura de la musculatura de piso de boca a la placa de reconstrucción.

**2) Fase de latencia 3 a 5 días (considerando la edad).**

**3) Fase de distracción 1 mm por dia hasta completar la formación ósea necesaria.**

**4) Fase de cirugía del sitio acoplamiento (promover la cicatrización ósea entre los dos segmentos óseos), consolidación de 2 a 3 meses, radiografía panorámica son muy útiles para visualizar formación de hueso y avance del distractor.**

**5) Segunda etapa quirúrgica, retiro de la placa de reconstrucción (si los segmentos óseos tienen buena consolidación), fijación y osteosíntesis en algunos casos con miniplacas convencionales, entre el hueso transportado y el hueso normal.**



Cirugía de retiro del distractor de transporte óseo y de la placa 2.0