

""Decenio de las Personas con Discapacidad en el Perú""
""Año de la consolidación del Mar de Grau""



RESOLUCION DIRECTORAL

Lima, 21 SET. 2016

VISTO:

Los expedientes N° 16-017726-001-INSN-SB; sobre la aprobación de las Guías de Práctica Clínica del Servicio de Cirugía de Cabeza Cuello y Maxilofacial; y,

CONSIDERANDO:

Que, los Artículos I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establecen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, el Segundo párrafo del Artículo 5° del Decreto Supremo N° 013-2006-SA, Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, establece que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo deben contar, en cada área, unidad o servicio, con manuales de procedimientos, guías de práctica clínica referidos a la atención de los pacientes, personal, suministros, mantenimiento, seguridad, y otros que sean necesarios, según sea el caso;

Que, el inciso s) del Artículo 37° del Decreto Supremo N° 013-2006-SA, Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, establece que al Director Médico le corresponde disponer la elaboración del Reglamento interno, de las guías de práctica clínica y de los manuales de procedimientos referidos a la atención de los pacientes, personal, suministros, mantenimiento, seguridad, y otros que sean necesarios;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA fue aprobada la Norma Técnica N° 117-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud", la cual establece el marco normativo para la elaboración de las Guías de Práctica Clínica en el Sector Salud;

Que, en el inciso b) del literal II.4.5 del Manual de Operaciones del Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja, aprobado con Resolución Ministerial N° 512-2014/MINSA, establece que es función de la Unidad de Donación y Trasplante el

implementar, conforme a las normas de la Autoridad Nacional de Salud, los principios y normas éticas y de las normas técnicas del proceso de obtención, donación, distribución y trasplante de órganos y tejidos;

Que, mediante el Anexo 2 y el Anexo 3 de la Ficha de Descripción de Procedimiento: "Elaboración, Aprobación y Cumplimiento de Adherencia de las Guías de Práctica Clínica y/o Guía de Procedimiento", del Manual de Procesos y Procedimientos de la Unidad de Gestión de la Calidad, aprobado por Resolución Directoral N° 155/2015/INSN-SB/T se establece la estructura de la Guía de Práctica Clínica y de la Guía de Procedimiento, respectivamente;

Que, mediante Nota Informativa N° 00533-2016-UGC-INSN-SB, la Jefa de Oficina de la Unidad de Gestión de la Calidad, solicitó a la Dirección General la aprobación de las Guías de Práctica Clínica presentadas por la Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas (Guía de Práctica Clínica de Displasia Fibrosa, Guía de Práctica Clínica de Malformaciones de los Conductos Linfáticos – Linfagioma Quístico, Guía de Práctica Clínica de Osteomielitis del Macizo Facial, Guía de Práctica Clínica de Nasoangiofibroma Juvenil); las mismas que cuentan con la opinión favorable del Director Ejecutivo de la Unidad de Atención Integral Especializada, mediante la Nota Informativa N° 325-2016-UAIE-INSN-SB; y, de la Jefa de Oficina de la Unidad de Gestión de la Calidad, mediante la Nota Informativa N° 00533-2016-UGC-INSN-SB;

Con el visto bueno del Director Adjunto, del Director Ejecutivo de la Unidad de Atención Integral Especializada, de la Jefa de Oficina de la Unidad de Gestión de la Calidad; y, del Jefe de Oficina de la Unidad de Asesoría Jurídica;

Por los fundamentos expuestos y de conformidad con la Ley N° 26842, Ley General de Salud, con el Decreto Supremo N° 013-2006-SA, Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, con la Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA, con la Resolución Ministerial N° 090-2013/MINSA, con la Resolución Ministerial N° 512-2014/MINSA; y, con la Resolución Jefatural N° 340-2015/IGSS;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1°.- Aprobar las Guías de Práctica Clínica del Servicio de Cirugía de Cabeza Cuello y Maxilofacial de la Sub Unidad de Atención Integral Especializada de Especialidades Quirúrgicas; las que forman parte de la presente Resolución y se detallan a continuación:

- Guía de Práctica Clínica de Displasia Fibrosa-GPC-001/INSN-SB/SUAIEPEQ-CCCYMF-V.01-12 folios.
- Guía de Práctica Clínica de Malformaciones de los Conductos Linfáticos – Linfagioma Quístico-GPC-002/INSN-SB/SUAIEPEQ-CCCYMF-V.01-12 folios.
- Guía de Práctica Clínica de Osteomielitis del Macizo Facial. GPC-003/INSN-SB/SUAIEPEQ-CCCYMF-V.01-14 folios.
- Guía de Práctica Clínica de Nasoangiofibroma Juvenil – GPC-004/INSN-SB/SUAIEPEQ-CCCYMF-V.01-14 folios.

ARTÍCULO 2°.- Encárguese a la Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas la implementación de las Guías de Práctica Clínica aprobadas con la presente resolución.

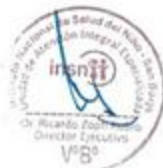
ARTÍCULO 3°.- Encárguese a la Unidad de Gestión de la Calidad, la evaluación del cumplimiento de las presentes Guías.

ARTÍCULO 4°.- Disponer la publicación de la presente Resolución en la página Web de la Institución, conforme las normas de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE

insn  Instituto Nacional de Salud del Niño
San Borja

Dra. Zulma Tamar González
DIRECTORA GENERAL



EZTG/JCRG/kfb
Distribución
() Dirección Adjunta
() Unidad de Atención Integral Especializada
() Unidad de Gestión de la Calidad
() Unidad de Asesoría Jurídica
() Archivo
() Comunicaciones





PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto de Gestión
de Servicios de Salud

Instituto Nacional de Salud del
Niño – San Borja



Guía de Práctica Clínica de Displasia Fibrosa

GUÍA DE PRACTICA CLINICA DE DISPLASIA FIBROSA

SERVICIO DE CIRUGÍA DE CABEZA, CUELLO Y MÁXILO FACIAL



Elaborado por: Equipo Técnico del Servicio de Cirugía Cabeza- Cuello y Maxilo Facial	Revisado por: <ul style="list-style-type: none">• Unidad de Atención Integral Especializada• Sub Unidad de Atención Integral Especializada de Especialidades Quirúrgicas• Unidad de Gestión de la Calidad	Aprobado por: Dra. Zulema Tomas Gonzales Directora de Instituto Especializado del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja
--	--	---

Fecha : Agosto 2016	Código : GPC-001/INSN- SB/SUAIEPEQ-CCCYMF -V.01	Página 1 de 12
----------------------------	--	-----------------------



Dr. JUAN FRANCISCO ORE ACEVEDO
CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO
Y MÁXILO FACIAL
COORDINADOR





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud del
Niño – San Borja

Guía de Práctica Clínica de Displasia Fibrosa

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Displasia Fibrosa Cráneo Facial

Índice

I	Finalidad	4
II	Objetivo	4
III	Ámbito de Aplicación	4
IV	Diagnóstico y Tratamiento de	4
4.1.-	Nombre y Código	4
V	Consideraciones Generales	4
5.1	Definición	4
5.2	Etiología	4
5.3	Fisiopatología	5
5.4	Aspectos Epidemiológicos	6
5.5	Factores de Riesgo Asociado	6
5.5.1	Medio Ambiente	6
5.5.2	Estilos de Vida	6
5.5.3	Factores hereditarios	6
VI	Consideraciones Específicas	6
6.1	Cuadro Clínico	6
6.1.1	Signos y Síntomas	6
6.1.2	Interacción cronológica	7
6.1.3	Gráficos diagramas o fotografías	7
6.2	Diagnóstico	7
6.2.1	Criterios de diagnóstico	7
6.2.2	Diagnóstico diferencial	7
6.3	Exámenes Auxiliares	7
6.3.1	De Patología clínica	7
6.3.2	De imágenes	7
6.3.3	De exámenes especiales complementarios	7
6.4	Manejo según nivel de Complejidad y Capacidad Resolutiva	7
6.4.1	Medidas Generales y Preventivas	7

Fecha : Agosto 2016

Código : GPC-001/INSN-
SB/SUAIEPEQ-CCCYMF -V.01

Página 2 de 12



Dr. FRANCISCO DRE ACEVEDO
CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO
Y CARAS FACIALES
C.M. - San Borja - Tarma - Perú



Guía de Práctica Clínica de Displasia Fibrosa

6.4.2 Terapuetica.....	8
6.4.3 Efectos adversos o colaterales del tratamiento.....	8
6.4.4 Signos de alarma.....	8
6.4.5 Criterios de Alta.....	8
6.4.6 Pronosticos.....	8
6.5 Complicaciones	8
6.6 Criterios de Referencia y Contrarreferencia.....	8
6.7 Fluxograma.....	9
<u>VII Anexos</u>	10
<u>VIII Referencias Bibliográficas o Bibliografía</u>	12

Fecha : Agosto 2016	Código : GPC-001/INSN-SB/SUAIEPEQ-CCCYMF -V.01	Página 3 de 12
---------------------	--	----------------



JUAN FRANCISCO ORTE ACEVEDO
CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO
Y MAXILO FACIAL
C.N.M. - 10058 - H. 10058





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja

I.-Finalidad

Establecer los parámetros para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes con patología de displasia fibrosa en la especialidad de cirugía de cabeza, cuello y máxilo facial

II.-Objetivo

- Establecer los estudios diagnósticos para pacientes con displasia fibrosa.
- Establecer el tratamiento ideal para las diferentes presentaciones de displasia fibrosa.
- Establecer el seguimiento y pronóstico para pacientes con displasia fibrosa.

III.-Ámbito de Aplicación

Todos los pacientes con displasia fibrosa que se presentan en la especialidad de cirugía de cabeza, cuello y máxilo facial.

IV.-Diagnóstico y Tratamiento de...

Displasia Fibrosa CIE-10 : K10.8 - M85.0 – Q78.1

V.-Consideraciones Generales

5.1 DEFINICION

Enfermedad ósea caracterizada por el reemplazo de tejido fibroso a nivel de la médula ósea. ¹⁻⁵

5.2 ETIOLOGÍA

No está bien definida su etiología. Suele ser una enfermedad del desarrollo. ⁷⁻⁹

La etiología de la DF es, muy probablemente, una mutación en el gen Gsa (GNAS1) del cromosoma 20q11. Esta mutación puede ocurrir durante el desarrollo embrionario, o la vida posnatal. La mutación del gen Gsa produce un aumento de la adenilato ciclasa, que aumenta el AMPc intracelular. La alta concentración del AMPc intracelular genera un aumento en la proliferación y diferenciación inapropiada de las células mutadas, causando la formación de una matriz fibrosa inmadura y desorganizada, generando el tejido fibroso de la displasia. ⁶⁻¹¹

Fecha : Agosto 2016

Código : GPC-001/INSN-
SB/SUAIEPEQ-CCCYMF -V.01

Página 4 de 12



JUAN FRANCISCO ORE ACEVEDO
CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO
MÁXILLO FACIAL
2016-08-01





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja

5.3 FISIOPATOLOGÍA Y CUADRO CLÍNICO

A nivel de óseo, el tejido fibroso reemplaza la medula ósea, la cual aumenta de tamaño y ocasiona un engrosamiento de la medular de forma lenta e indolora, esto produce debilidad de la densidad ósea.¹²

EL aumento de volumen es el signo predominante, el cual se manifiesta con una deformidad facial o craneal.^{1-8,13}

Tiene dos presentaciones: Monostótica afectación de un solo hueso, indoloro y Poliostótica afectación de más de 2 huesos no contiguos, generalmente asociada a dolor.¹⁴

De predominio a nivel del tercio medio facial de toda la región de la cabeza, en vista de que son huesos sin cavidad articular entre ellos, las uniones óseas son suturas sin movimiento, no existe un límite físico para la extensión de la displasia fibrosa; otros autores postulan que en los huesos craneales y los faciales son afectados en igual medida sin tener en consideración las uniones óseas como límite. Debido a eso a nivel del tercio medio facial la displasia inicia aparentemente en los huesos maxilar y malar, siendo éstos los que ocasionan la principal deformidad facial, pero al estudio tomográfico, los demás huesos suelen estar afectados en menor grado sin producir una deformidad llamativa.¹⁵⁻¹⁸

Las estructuras faciales suelen verse comprometidas en casos severos debido al compromiso de los pares II, III, IV y VI en displasia que compromete el cono orbitario, mala oclusión dental en compromiso dentoalveolar del maxilar superior, obstrucción nasal del compromiso de los cornetes nasales.^{2-5,19}

En el hueso mandibular el compromiso suele ser a nivel del cuerpo y ángulo mandibular, también compromete el reborde dentoalveolar ocasionando una alteración en la mordida. En casos severos, la deformidad mandibular puede llegar a producir pérdida de las piezas dentales, limitación en la deglución, habla e incluso la respiración por el crecimiento de la displasia fibrosa hacia la región cervical submandibular.³⁻¹¹

También puede llegar a producirse fracturas patológicas. Se presenta en huesos largos predominantemente.¹¹⁻¹⁶

Fecha : Agosto 2016

Código : GPC-001/INSN-
SB/SUAIEPEQ-CCCYMF -V.01

Página 5 de 12



Dr. JUAN FRANCISCO ORE ACEVEDO
CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO
Y CERVICAL REGIONAL
UNIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL (UAI) - SAN BORJA







- Mala oclusión dental
- Telecanto o hipertelorismo
- Tumoración facial o cervical

6.1.1 Interacción cronológica ²⁻¹⁵

De aparición durante el periodo preescolar o escolar
Crecimiento lento

6.1.2 Gráficos diagramas o fotografías

- Ninguno

6.2 DIAGNOSTICO ²⁻¹⁷

6.2.1 Criterios de diagnóstico

- Sospecha clínica
- Imágenes radiológicas o tomográficas

6.2.2 Diagnóstico diferencial

- Fibroma osificante
- Quiste óseo aneurismático
- Osteoma osteoide

6.3 EXAMENES AUXILIARES²⁻¹⁷

6.3.1 De Patología clínica

- Calcio
- Fósforo
- Fosfatasa alcalina

6.3.2 De imágenes

- Radiografías de senos paranasales
- Radiografía panorámica
- Tomografía de macizo facial sin contraste, con ventana ósea

6.3.3 De exámenes especiales complementarios

- Gammagrafía ósea Tc^{99m}

6.4 MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.4.1 Medidas generales y preventivas

- Generalmente es hallazgo radiográfico al inicio de la enfermedad
- El paciente acude a consulta con un tumor moderado a grande de tamaño facial o cervical

Fecha : Agosto 2016

Código : GPC-001/INSN-
SB/SUAIEPEQ-CCCYMF -V.01

Página 7 de 12

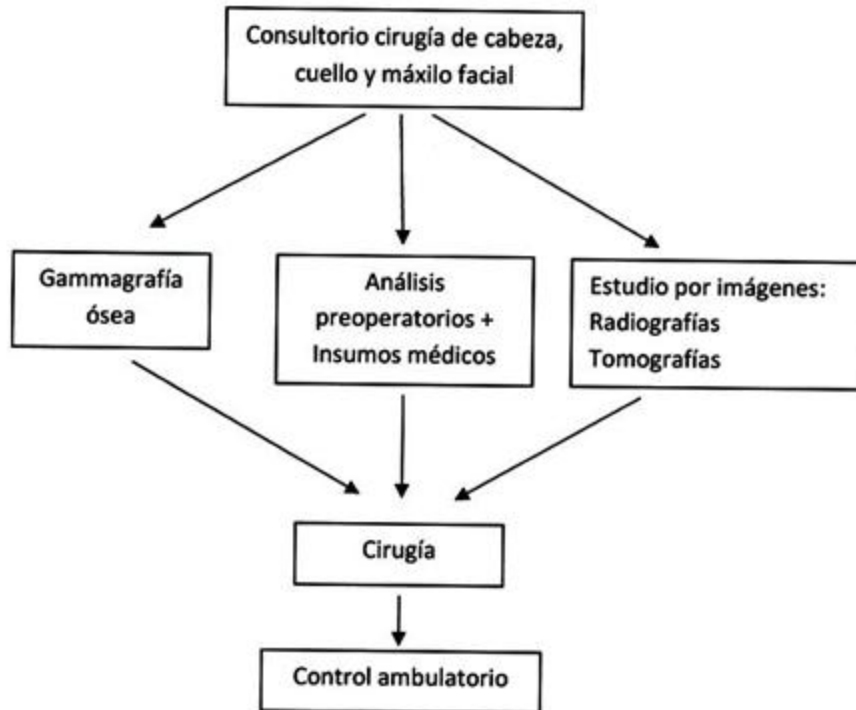


Dr. JUAN FRANCISCO ORE ACEVEDO
CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO
Y MAXILO FACIAL
10.08.2016 10:00



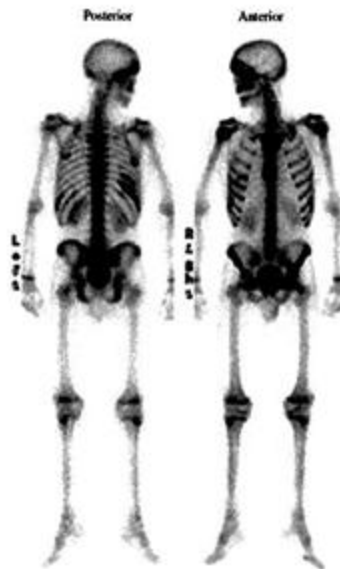
Logo of the Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN). The logo is circular with the text "Instituto Nacional de Salud del Niño" around the top and "Unidad de Atención Integral Especializada" around the bottom. In the center, there is a stylized graphic of a child's head and shoulders, with the word "insn" written below it. Below the logo, the text "Dr. Ricardo González" and "Director Ejecutivo" are visible, along with the number "Vº8º".

6.7 FLUXOGRAMA





VII-Anexos



Gammagrafía ósea con Tc ^{99m} mostrando focos de hiperactividad en displasia fibrosa



Tomografía de macizo facial corte axial de Displasia Fibrosa

Fecha : Agosto 2016

Código : GPC-001/INSN-SB/SUAIEPEQ-CCCYMF-V.01

Página 10 de 12



Dr. JUAN FRANCISCO ORE ACEVEDO
CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO
Y MAXILO FACIAL
CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO Y MAXILO FACIAL





PERÚ

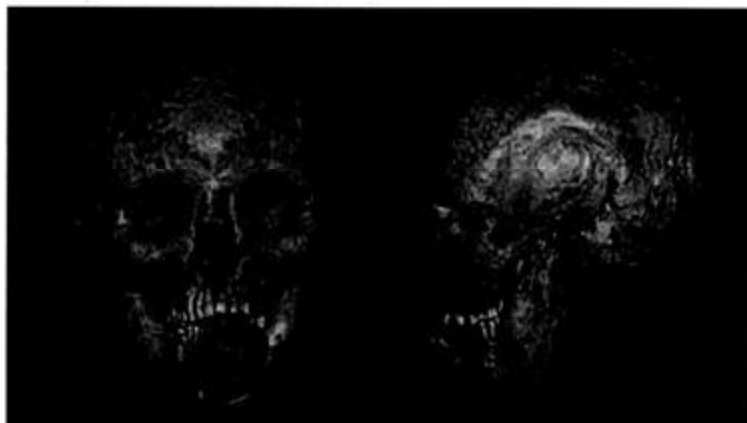
Ministerio
de Salud

Instituto de Gestión
de Servicios de Salud

Instituto Nacional de Salud
del Niño - San Borja



Tomografía de macizo facial corte coronal de Displasia Fibrosa



Tomografía reconstrucción macizo facial en displasia fibrosa

Fecha : Agosto 2016

Código : GPC-001/INSN-
SB/SUAIEPEQ-CCCYMF-V.01

Página 11 de 12



Dr. JUAN CARLOS OZÉ ACEVEDO
CIRUJANO DE CABEZA Y CUELLO
MAXILO FACIAL
10/08/2016





PERU

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja**VIII- Referencias Bibliográficas o Bibliografía**

1. Sávio de Souza E, Cristina da Costa M, Bezerra L, Pereira L, Batista de Souza L. Displasia Fibrosa: Relato de Caso Clínico. Revista Brasileira de Patología Oral 2006.
2. Saueressig F, Gerhardt de Oliveira M. Displasia Fibrosa Poliostótica asociada a Síndrome de McCune – Albright: Relato de caso. Revista Brasileira de Patología Oral 2004.
3. Robert E Marx, Stern D. A rationale for Diagnosis and treatment. Oral and Maxillofacial Pathology; 2003. Pag 747-754.
4. Reed RJ. Observations of bone maturation and fibrous dysplasia of bone. Bull Tulane Med Fac. 1959;19:45-53.
5. Martin Etchart. Capítulo 12. Anatomía Patológica Osteoarticular. Pontificia Universidad Católica de Chile. Escuela de Medicina. Último acceso 25 de junio, 2008.
6. Sunday O. Akintoye, Alison M. Boyce, Michael T. Collins. Dental perspectives in fibrous dysplasia and McCune-Albright syndrome. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology 2013;116:e149-e155.
7. Pinsolle V, Rivel J, Michelet V, Majoufre C, Pinsolle J. Treatment of fibrous dysplasia of the cranio-facial bones. Report of 25 cases. Ann Chir Plast Esthet. 1998; 43:234-239.
8. Regezi JA, Sciubba JJ. Patologia bucal: correlações clinicopatológicas. 3 ed. Philadelphia, Guanabara-Koogan; 2000. p.324-326.
9. Ricalde P, Horswell B. Craniofacial fibrous dysplasia of the fronto-orbital region: A case series and literature review. J Oral Maxillofac Surg 2001; 59:157-168.
10. Crawford LB. An unusual case of fibrous dysplasia of the maxillary sinus. Am J Orthodontics Dentofac Orthoped 2003; 124-126.
11. Michael CP, Lee AG, Patrinely JR, Stal S, Blacklock JB. Visual loss associated with fibrous dysplasia of the anterior skull base. J Neurosurg 2000; 92: 350-354.
12. Ventura-Martínez N, et al. Displasia Fibrosa craneofacial avanzada: a propósito de un caso. Rev Esp Cir Oral Maxilofacial 2012; 04: 002.
13. Perdigao PF, Pimenta FJ, Castro WH, De Marco L, Gomez RS. Investigation of the GSA gen in the diagnostic of fibrous dysplasia. Int J Oral Maxillofac Surg. 2004; 33:498-501.
14. Kim D, Ghali GE, Wright JM. Surgical treatment of giant fibrous dysplasia of the mandible with concomitant craniofacial involvement. J Oral Maxillofac Surg. 2012; 70:102-118.
15. Park BY, Cheon YW, Kim YO. Prognosis for craniofacial dysplasia after incomplete resection: age and serum alkaline phosphatase. Int J Oral Maxillofac Surg. 2010; 39:221-226.
16. Chapurlat RD. Medical therapy in adults with fibrous dysplasia of bone. J Bone Miner Res. 2007;21:114-119.
17. Plotkin H, Rauch F, Zeitlin L. Effect of pamidronate treatment in children with polyostotic fibrous dysplasia of bone. J Clin Endocrinol Metab. 2003; 88:4569-4575.
18. Chen YR, Noordhoff MS. Treatment of craniomaxillofacial fibrous dysplasia: how early and how extensive? Plast Reconstr Surg. 1990; 86:835-págs.
19. Ventura-Martínez Natalia, Guijarro-Martínez Raquel, Morales-Navarro Juan Diego, Solís-García Ignacio, Puche-Torres Miguel, Pérez-Herrezuelo Hermosa Gonzalo. Displasia fibrosa craneofacial avanzada: a propósito de un caso. Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac 2014; 36(1): 32-37. (revista en la Internet).
20. Hidalgo D. Fibular free flap: a new method of mandible reconstruction. Plast Reconstr Surg. 1989;84:71-págs.

Fecha : Agosto 2016

Código : GPC-001/INSN-
SB/SUAIEPEQ-CCCYMF –V.01

Página 12 de 12

Dr. JUAN FRANCISCO ORE ACEVEDO
CIRUJO DE CABEZA Y CUELLO
MAXILO FACIAL
C.M.P. 40318 2008



PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud del
Niño – San Borja

Guía de Práctica Clínica de Malformaciones de los Conductos Linfáticos - Linfangiomas Quísticos

GUÍA DE PRACTICA CLINICA DE MALFORMACIONES DE LOS CONDUCTOS LINFATICOS - LINFANGIOMA QUISTICO

SERVICIO DE CIRUGÍA DE CABEZA, CUELLO Y MÁXILO FACIAL



Elaborado por: Equipo Técnico del Servicio de Cirugía de Cabeza- Cuello y Maxilo Facial	Revisado por: <ul style="list-style-type: none">• Unidad de Atención Integral Especializada• Sub Unidad de Atención Integral Especializada de Especialidades Quirúrgicas• Unidad de Gestión de la Calidad	Aprobado por: Dra. Zulema Tomas Gonzales Directora de Instituto Especializado del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja
---	--	--

Fecha : Agosto 2016	Código : GPC-002/INSN- SB/SUAIEPEQ-CCCYMF -V.01	Página 1 de 12
---------------------	--	----------------



DR. JOUAN FRANCISCO ORE ACEVEDO
CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO
Y MAXILO FACIAL
C.M.P. 40373 R.N.E. 18558





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud del
Niño – San Borja

Guía de Práctica Clínica de Malformaciones de los Conductos Linfáticos - Linfangiomas Quísticos

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Malformaciones de los Conductos Linfáticos - Linfangiomas Quísticos

Índice

I	Finalidad	4
II	Objetivo	4
III	Ámbito de Aplicación	4
IV	Diagnóstico y Tratamiento de	4
4.1.-	Nombre y Código	4
V	Consideraciones Generales	4
5.1	Definición	4
5.2	Etiología	4
5.3	Fisiopatología	5
5.4	Aspectos Epidemiológicos	5
5.5	Factores de Riesgo Asociado	5
5.5.1	Medio Ambiente	5
5.5.2	Estilos de Vida	5
5.5.3	Factores hereditarios	5
VI	Consideraciones Específicas	5
6.1	Cuadro Clínico	5
6.1.1	Signos y Síntomas	6
6.1.2	Interacción cronológica	6
6.1.3	Gráficos diagramas o fotografías	5
6.2	Diagnóstico	7
6.2.1	Criterios de diagnóstico	7
6.2.2	Diagnóstico diferencial	7
6.3	Exámenes Auxiliares	7
6.3.1	De Patología clínica	7
6.3.2	De imágenes	7
6.3.3	De exámenes especiales complementarios	8
6.4	Manejo según nivel de Complejidad y Capacidad Resolutiva	8
6.4.1	Medidas Generales y Preventivas	8
6.4.2	Terapéutica	8
6.4.3	Efectos adversos o colaterales del tratamiento	8

Fecha : Agosto 2016

Código : GPC-002/INSN-
SB/SUAIEPEQ-CCCYMF-V.01

Página 2 de 12



Dr. JUAN FRANCISCO ORE ACEVEDO
CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO
Y MAXILO FACIAL
C.M.P. 70373 R.N.E. 18558





Guía de Práctica Clínica de Malformaciones de los Conductos Linfáticos - Linfangiomas Quísticos

6.4.4 Signos de alarma.....	9
6.4.5 Criterios de Alta.....	9
6.4.6 Pronosticos.....	9
6.5 Complicaciones	9
6.6 Criterios de Referencia y Contrarreferencia.....	9
6.7 Fluxograma.....	10
VII Anexos	11
VIII Referencias Bibliográficas o Bibliografía	12

Fecha : Agosto 2016

Código : GPC-002/INSN-SB/SUAEIPEQ-CCCYMF-V.01

Página 3 de 12



Dr. JUAN FRANCISCO ORE ACEVEDO
CIRUJIA DE CABEZA Y CUELLO
Y MAXILO FACIAL
C.M. 10373 N.N. 16358





I.-Finalidad

Establecer los parámetros para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes con malformaciones vasculares de los conductos linfáticos como linfangioma quístico en la especialidad de cirugía de cabeza, cuello y máxilo facial

II.-Objetivo

- Establecer los estudios diagnósticos para pacientes con linfangioma quístico.
- Establecer el tratamiento ideal para las diferentes presentaciones de linfangioma quístico.
- Establecer el seguimiento y pronóstico para pacientes con linfangioma quístico.

III.-Ámbito de Aplicación

Todos los pacientes con linfangioma quístico que se presentan en la especialidad de cirugía de cabeza, cuello y máxilo facial.

IV.-Diagnóstico y Tratamiento de....

Linfangioma Quístico CIE-10 : D18.1

V.-Consideraciones Generales

5.1 DEFINICION

Los linfangiomas corresponden a malformaciones del sistema linfático, caracterizados por cavidades llenas de linfa con paredes de endotelio linfático de tamaño variable, desde espacios microscópicos a grandes quistes de varios centímetros de diámetro. 1-4

5.2 ETIOLOGÍA

Estos espacios son dilataciones de vasos linfáticos sin una comunicación normal con el sistema venoso. 3-4

Pueden clasificarse en cavernosos, quísticos o mixtos de acuerdo a su aspecto en estudios de imágenes, sin embargo, esta clasificación es subjetiva, sin límites claramente establecidos; también suele incluirse en las clasificaciones el linfangioma simple que corresponde a dilataciones tipo varicosas de los vasos linfáticos localizados en la piel y ocasionalmente en el celular subcutáneo. 2-6

Fecha : Agosto 2016

Código : GPC-002/INSN-
SB/SUAIEPEQ-CCCYMF -V.01

Página 4 de 12



Dr. JUAN FRANCISCO ORE ACEVEDO
CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO
Y MÁXILO FACIAL
C.M. 40373 R.N. 18358





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja

Aparecen en cualquier parte donde existan linfáticos, cerca del 50% se ubica en la cabeza y cuello, 40% en tronco y extremidades y un 10% en órganos internos. Su origen en los vasos linfáticos hace que su cercanía a vasos venosos, arteriales y nervios dificulte su extirpación, describiéndose una recidiva de un 15- 33% con una morbilidad variable 12-33% y mortalidad 2-6%, aún descrita en algunas series. ⁵⁻⁷

5.3 FISIOPATOLOGÍA

Los linfangiomas son tumoraciones de origen linfangiomatoso; que pueden ser pequeños, medianos, grandes y gigantes quistes o tumores benignos frecuentes en la edad pediátrica. Se originan del sistema linfático a nivel de la cabeza, cuello, axila, mediastino y retroperitoneo. Presentándose el 75% de los casos en el cuello. ⁶⁻⁸

Tienden a aumentar de tamaño después del nacimiento y pueden invadir las estructuras periféricas de la región anatómica donde se presenten. ⁶⁻⁹

5.4 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

Es una patología principalmente pediátrica, aunque existen casos descritos en adultos, la gran mayoría aparece en los primeros años de vida, 60% en el período prenatal-nacimiento y 80% antes de los primeros 2 años de vida. ³⁻⁸

5.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADO ²⁻⁸

5.5.1 Medio ambiente

Sin relevancia.

5.5.2 Estilos de vida

Sin relevancia.

5.5.3 Factores hereditarios

Existe predisposición genética y hereditaria; existiendo así presentaciones familiares.

VI.-Consideraciones Específicas

6.1 CUADRO CLINICO ¹⁻¹⁰

Signos y síntomas

- Tumor.- debido al aumento de tamaño de los vasos linfáticos, es la causa principal de la consulta. Puede localizarse en cualquier región anatómica de la cabeza y del cuello, con predominio de éste último. Ver anexo N°01.
Es posible su compromiso al tórax, requiriendo cirugía en conjunto con ésta especialidad.
- Disfagia.- debido al crecimiento excesivo tumoral con compromiso de hipofaringe y esofágico.

Fecha : Agosto 2016

Código : GPC-002/INSN-
SB/SUAEIPEQ-CCCYMF -V.01

Página 5 de 12



Dr. JUAN FRANCISCO ORE ACEVEDO
CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO
Y MAXILO FACIAL
C.M.R. 2023 N.N. 16358





PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto de Gestión
de Servicios de Salud

Instituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja



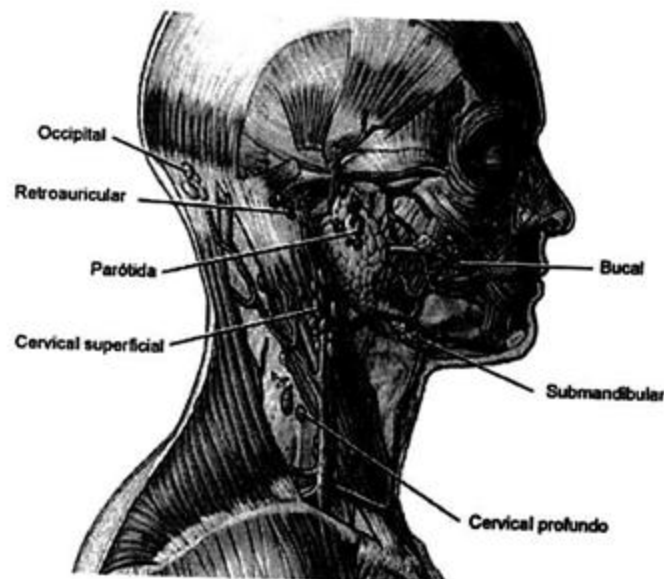
- Disfonía.- debido al crecimiento excesivo tumoral con compromiso del nervio recurrente laríngeo.
- Disnea.- debido al crecimiento excesivo tumoral con compromiso de laringe y tráquea cervical o torácica.

6.1.1 Interacción cronológica ¹⁻¹⁰

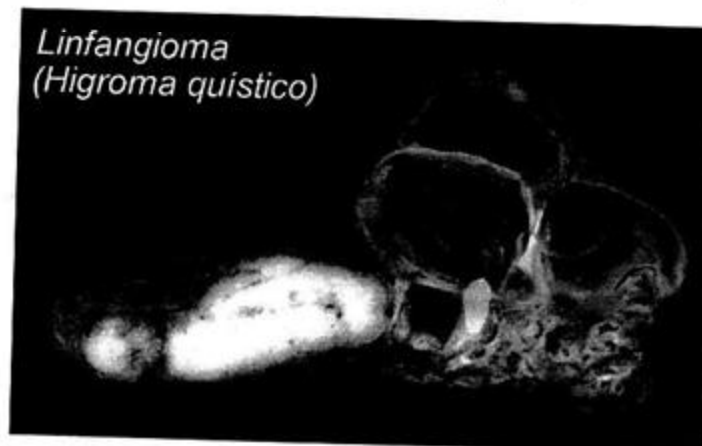
De aparición durante el periodo preescolar o escolar.

Crecimiento lento.

6.1.2 Gráficos diagramas o fotografías



Grupos Ganglionares de Cabeza y Cuello



Vista Macroscópica del Linfangioma Quístico

Fecha : Agosto 2016

Código : GPC-002/INSN/
SB/SUAIEPEQ-CCCYMF-V.01

Página 6 de 12



CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO
Y MAXILO FACIAL
Dr. JUAN FRANCISCO ORE ACEVEDO
CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO
Y MAXILO FACIAL





6.2 DIAGNOSTICO ¹⁻¹⁰

6.2.1 Criterios de diagnóstico

- Sospecha clínica
- Imágenes ecográficas, tomográficas o de resonancia

6.2.2 Diagnóstico diferencial

- Hemangioma
- Lipoma
- Neurofiroma
- Malformación Arterio Venosa

6.3 EXAMENES AUXILIARES ¹⁻¹⁰

6.3.1 De Patología clínica

- Hemograma
- Proteína C Reactiva
- Velocidad de Sedimentación

6.3.2 De imágenes

- Ecografía doppler cervical o facial.
- Tomografía espiral multicorte (TEM) de macizo facial, cervical ó torácica (según su localización), con contraste, cortes axiales, coronales y sagitales y reconstrucción en 3dimensiones.
- Resonancia magnética nuclear con contraste macizo facial, cervical ó torácica (según su localización), con contraste, cortes axiales, coronales y sagitales.

6.3.3 De exámenes especiales complementarios

- Laringoscopia

6.4 MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.4.1 Medidas generales y preventivas

- El paciente acude a consulta con un tumor de tamaño facial o cervical
- No hay prevención primaria para ésta patología

6.4.2 Terapéutica ¹⁻¹⁰

- Observación.- Algunos autores sostienen que su tratamiento depende de su tamaño y localización. La pubertad tiende a reducir los tumores e incluso a hacerlos desaparecer hasta

Fecha : Agosto 2016	Código : GPC-002/INSN-SB/SUAEIPEQ-CCCYMF-V.01	Página 7 de 12
---------------------	---	----------------



Dr. JUAN FRANCISCO ORE ACEVEDO
CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO
Y MAXILO FACIAL
C.M.P. 40373 N.º de Lic. 14058





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud
del Niño - San Borja

en un 70% de los casos. Por lo tanto, lesiones pequeñas, sin crecimiento y que no comprometen la función de algún órgano, se dejan en observación.

- Tratamiento farmacológico esclerosante.- Otras opciones no quirúrgicas han incluido soluciones esclerosantes y agentes embolizantes, con resultados más bien pobres. En Japón se ha desarrollado un medicamento denominado OK432 que se aplica intralesionalmente; donde se describe disminución de tamaño de forma importante estas tumoraciones, pero no funciona en todos los casos. Actualmente es de uso corriente en Japón, Taiwán y Corea del Sur. Se considera experimental en el resto del mundo.
- Tratamiento quirúrgico.

6.4.3 Efectos adversos o colaterales del tratamiento ¹⁻¹⁰

- Edema facial o cervical
- Hematoma facial o cervical
- Lesión vascular arterial o venoso
- Lesión de estructuras neurales - nervios periféricos y pares craneales
- Lesión de vías aérea superiores
- Lesión de vía digestiva superior
- Lesión del conducto torácico

6.4.4 Signos de alarma ¹⁻¹⁰

- Fiebre
- Sangrado
- Disnea y tiraje
- Disfagia

6.4.5 Criterios de Alta ¹⁻¹⁰

- Ausencia de fiebre
- Disminución de edema facial o cervical

6.4.6 Pronóstico ¹⁻¹⁰

Según cada paciente dependiendo de su localización, tamaño y edad puede ser: Favorable, estacionaria o reservado.

Fecha : Agosto 2016	Código : GPC-002/INSN- SB/SUAIEPEQ-CCCYMF -V.01	Página 8 de 12
---------------------	--	----------------



Dr. JUAN FRANCISCO ORE ACEVEDO
CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO
Y MAXILO FACIAL
C.M.F. 16373 R.N.N. 16358





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja**6.5 COMPLICACIONES** ¹⁻¹⁰

- Hemorragia
- Hematoma,
- Infección

6.6 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

- Una vez dado de alta es contra referido a su institución de origen.
- Debe ser referido una vez al año para control ambulatorio.

Fecha : Agosto 2016

Código : GPC-002/INSN-
SB/SUAEIPEQ-CCCYMF -V.01

Página 9 de 12

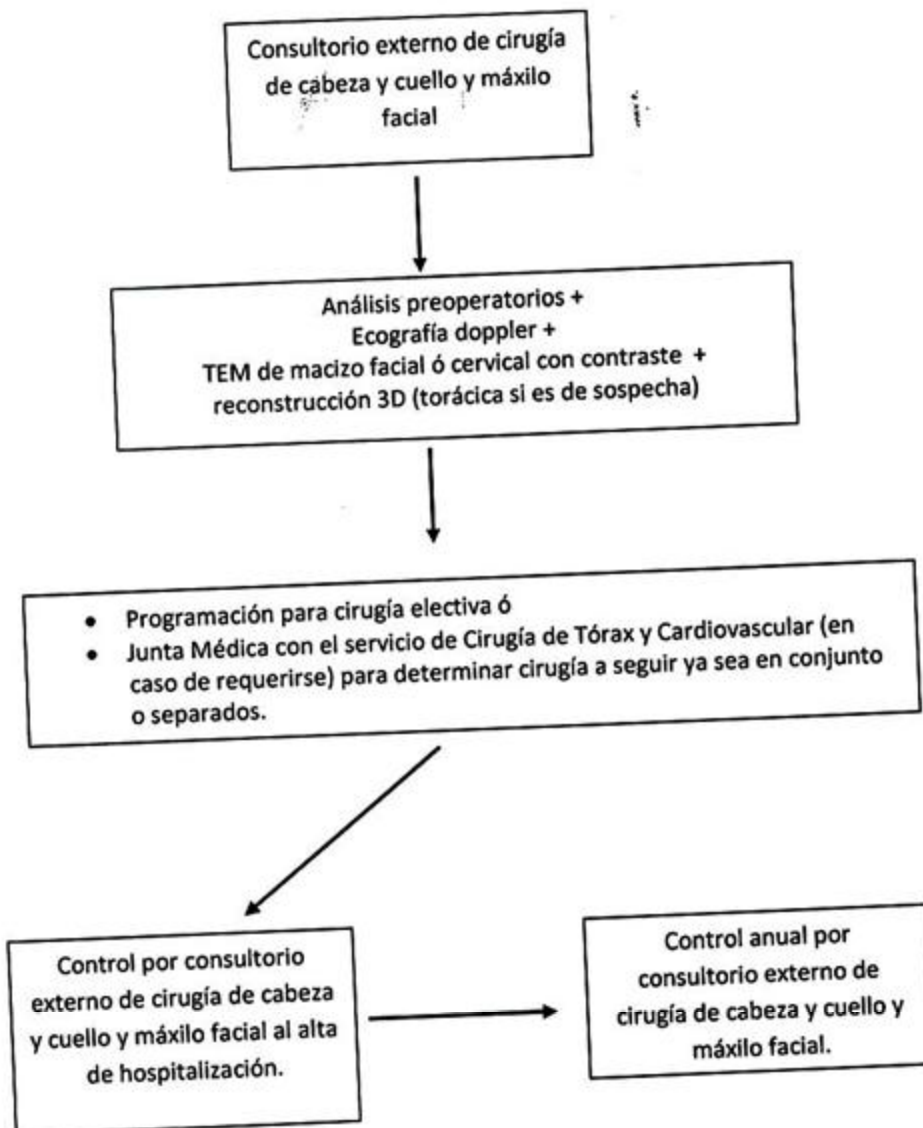


Dr. JUAN FRANCISCO ORE ACEVEDO
CIRUJIA DE CABEZA Y CUELLO
Y MAXILO FACIAL
C.M.P. 16373 R.N. 16358





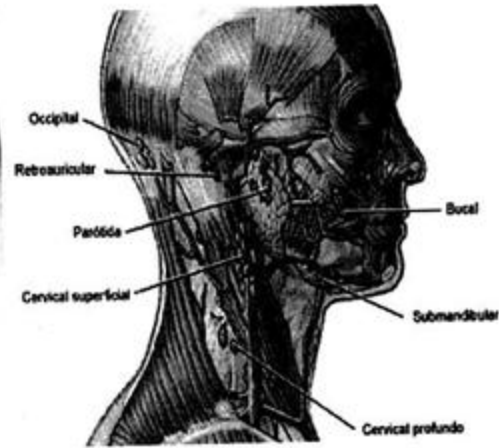
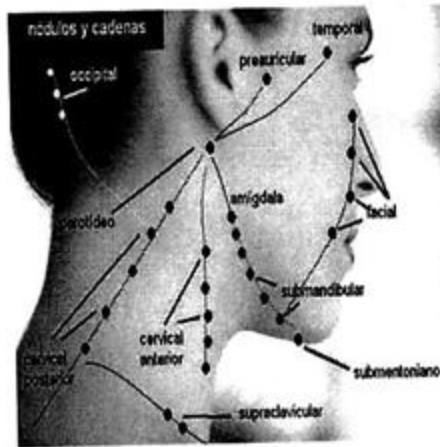
6.7 FLUXOGRAMA



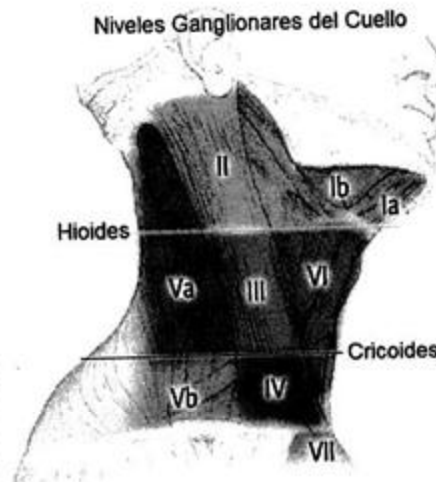
Dr. JUAN FRANCISCO ORE ACEVEDO
CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO
Y MÁXILO FACIAL
C.M.P. 40573 R.N.E. 16358



VII.-Anexos



Grupos ganglionares de la región de la cabeza y cuello



Grupos ganglionares de la región del cuello

- I Submentoniano y submaxilar
- II Yugular Superior
- III Yugular Medio
- IV Yugular Inferior
- V Triángulo Posterior
- VI Central
- VII Mediastínico

Fecha : Agosto 2016

Código : GPC-002/INSN-SB/SUAEIPEQ-CCCYME-V 01

Página 11 de 12



Dr. JUAN FRANCISCO ORE ACEVEDO
CIRUJIA DE CABEZA Y CUELLO
Y MAXILO FACIAL
C.M.P. 14273 Fecha: 16/08





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud
del Niño - San Borja

VIII.-Referencias Bibliográficas o Bibliografía

1. Riechelmann H, Muehlhays G, Keck T, Mattfeldt T, Rettinger G. Total, subtotal, and partial surgical removal of cervicofacial lymphangiomas. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1999;125:643-8.
2. Alonso J, Barbier L, Alvarez J, Romo Laura, et al. Eficacia del OK432 (picibanil) en un linfangioma cervical quístico del adulto: Caso clínico y revisión de la bibliografía. Med. oral patol. oral cir. bucal. 2005 Oct; 10(4): 362-366.
3. A Zavala B, A Maira E, P Montes C, S Zuñiga R, A Navarrete H, S Ogita. Linfangiomas cérvico faciales pediátricos tratamiento con OK-432. Rev otorrinolaringol cir cab-cuello. 2001; 61: 37-42
4. Hancock B, Dickens F, Di Lorenzo M. Complications of lymphangiomas in children. J Ped Surg 1992; 27 (2): 220-26.
5. Lille St, Rand Rp, Tapper D. The surgical management of giant cervicofacial lymphatic malformations. J Ped Surg 1996; 31 (12): 1648-50.
6. Kennedy TL, Whitaker M, Pellitteri P, Wood WE. Cystic Hygroma/Lymphangioma: a rational approach to management. Laryngoscope 2001;111:1929-37.
7. Castanon M, Margarit J, Carrasco R, Vancells M, Albert A, Morales L. Long term follow-up of nineteen cystic lymphangiomas treated with fibrin sealant. J Pediatr Surg 1999;48:1276-9.
8. Farmand M, Kuttemberg J. A new therapeutic concept for the treatment of cystic hygroma. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1996;81:389-95.
9. Zhong PQ, Zhi FX, Li R, Xue JL, Shu GY. Long-term results of intratumorous bleomycin-A5 injection for head and neck lymphangioma. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1995;82:139-44.
10. Katsuno S, Ezawa S, Minemura T. Excision of cervical cystic lymphangioma using injection of hydrocolloid dental impression material. J Oral Maxillofac Surg 1999;28:295-6.
11. Anónimo. Cystic hygroma (editorial). Editorial. The Lancet 1990; 335: 511-12.

Fecha : Agosto 2016

Código : GPC-002/INSN-
SB/SUAIEPEQ-CCCYM/V.01

Página 12 de 12



Dr. JUAN FRANCISCO ORE ACEVEDO
CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO
Y MAXILO FACIAL
C.M.P. 110373 Fecha: 16/08



GUIA DE PRACTICA CLINICA DE OSTEOMIELITIS DEL MACIZO FACIAL

SERVICIO DE CIRUGÍA DE CABEZA, CUELLO Y MÁXILO FACIAL



<p>Elaborado por: Equipo Técnico del Servicio de Cirugía de Cabeza- Cuello y Maxilo Facial</p>	<p>Revisado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unidad de Atención Integral Especializada • Sub Unidad de Atención Integral Especializada de Especialidades Quirúrgicas • Unidad de Gestión de la Calidad 	<p>Aprobado por: Dra. Zulema Tomas Gonzales Directora de Instituto Especializado del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja</p>
---	---	---

Fecha : Agosto 2016	Código : GPC-003/INSN-SB/SUAIEPEQ-CCCYMF -V.01	Página 1 de 14
---------------------	--	----------------



Dr. JUAN FRANCISCO GÓMEZ ACEVEDO
CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO
Y MAXILO FACIAL
C.M.P. 12345 - México 1999





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud del
Niño – San Borja

Guía de Práctica Clínica de Osteomielitis del Macizo Facial

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Osteomielitis del Macizo Facial

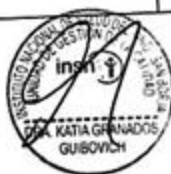
Índice

I	Finalidad	4
II	Objetivo	4
III	Ámbito de Aplicación	4
IV	Diagnóstico y Tratamiento de	4
4.1.-	Nombre y Código	4
V	Consideraciones Generales	4
5.1	Definición	5
5.2	Etiología	5
5.3	Fisiopatología	6
5.4	Aspectos Epidemiológicos	6
5.5	Factores de Riesgo Asociado	6
5.5.1	Medio Ambiente	6
5.5.2	Estilos de Vida	6
5.5.3	Factores hereditarios	6
VI	Consideraciones Específicas	6
6.1	Cuadro Clínico	7
6.1.1	Signos y Síntomas	7
6.1.2	Interacción cronológica	7
6.1.3	Gráficos diagramas o fotografías	7
6.2	Diagnóstico	7
6.2.1	Criterios de diagnóstico	7
6.2.2	Diagnóstico diferencial	7
6.3	Exámenes Auxiliares	7
6.3.1	De Patología clínica	8
6.3.2	De imágenes	8
6.3.3	De exámenes especiales complementarios	9
6.4	Manejo según nivel de Complejidad y Capacidad Resolutiva	9
6.4.1	Medidas Generales y Preventivas	9
6.4.2	Terapéutica	9

Fecha : Agosto 2016

Código : GPC-003/INSN-
SB/SUAIEPEQ-CCCYMF -V.01

Página 2 de 14



Dr. JUAN FRANCISCO ORE ACEVEDO
CIRUGIA DE CARA Y CUELLO
Código: 003-001-001-001





PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto de Gestión
de Servicios de Salud

Instituto Nacional de Salud del
Niño – San Borja



Guía de Práctica Clínica de Osteomielitis del Macizo Facial

6.4.3 Efectos adversos o colaterales del tratamiento.....	10
6.4.4 Signos de alarma.....	10
6.4.5 Criterios de Alta.....	10
6.4.6 Pronosticos.....	10
6.5 Complicaciones	11
6.6 Criterios de Referencia y Contrarreferencia.....	12
6.7 Fluxograma.....	13
VII Anexos	14
VIII Referencias Bibliográficas o Bibliografía	14

Fecha : Agosto 2016

Código : GPC-003/INSN-
SB/SUAIEPEQ-CCCYMF -V.01

Página 3 de 14



Dr. JUAN FRANCISCO ORE ACEVEDO
CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO
Y CERVICAL
Código: GPC-003-2016-08-01





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud
del Niño - San Borja

Guía de Práctica Clínica de Osteomielitis del Macizo Facial

I.-Finalidad

Establecer los parámetros para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes con osteomielitis de los huesos que conforman el macizo óseo facial.

II.-Objetivo

- Establecer los estudios diagnósticos para pacientes con osteomielitis del macizo óseo facial.
- Establecer el tratamiento ideal para las diferentes presentaciones de osteomielitis del macizo óseo facial.
- Establecer el seguimiento y pronóstico para pacientes con displasia fibrosa.

III.-Ámbito de Aplicación

Todos los pacientes con osteomielitis del macizo óseo facial que se presentan en la especialidad de cirugía de cabeza, cuello y maxilo facial.

IV.-Diagnóstico y Tratamiento de....

Nombre y Código CIE-10: M86.1 Osteomielitis aguda del macizo facial.
M86.2 Osteomielitis subaguda del macizo facial.
M86.4 Osteomielitis crónica con drenaje al seno.
M86.6 Osteomielitis crónica
M86.8 Otras osteomielitis

V.-Consideraciones Generales

5.1 DEFINICION 1-4

Definida como osteítis como el proceso inflamatorio y generalmente de etiología infecciosa de la cortical ósea y osteomielitis con el compromiso extendido a la medular ósea.

La osteomielitis es una infección de la cortical y medular del hueso, generalmente de origen bacteriano, aunque puede estar producida por cualquier microorganismo. Se sustenta en base a diagnóstico clínico, imagenológico y con apoyo microbiológico.

Fecha : Agosto 2016

Código : GPC-003/INSN-
SB/SUAIEPEQ-CCCYMF -V.01

Página 4 de 14



Dr. JUAN FRANCISCO ORE ACEVEDO
CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO
Y MAXILO FACIAL
C.R.N. 10073 Fecha: 16/08/16





PLN

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja

Guía de Práctica Clínica de Osteomielitis del Macizo Facial

5.2 ETIOLOGÍA¹⁻⁴

La causa más frecuente es la bacteriana, aunque también pueden ser de origen vírico y producido por hongos (generalmente en el contexto de una infección sistémica).

Los organismos varían según la edad, según se describe en la literatura:

Staphylococcus aureus es el principal patógeno en todas las edades, ocasiona el 90% de las osteomielitis agudas.

El segundo en orden de frecuencia es *Streptococcus beta*hemolítico del grupo A (SBHGA) (menos de un 10% de casos). *Haemophilus influenzae* puede ser responsable de osteomielitis aguda en niños no vacunados.

En neonatos juegan un papel importante *Streptococcus* del grupo B y los bacilos gramnegativos (*E. Coli*).

En niños con anemia de células falciformes deberá investigarse la presencia de *Salmonella*.

Deben sospecharse otros microorganismos según la patología de base y la puerta de entrada. Además de los neonatos y de los pacientes con drepanocitosis, existen otros grupos de riesgo: hemodializados, con fracturas cerradas o con osteomielitis multifocal crónica recurrente.

Suele ser de etiología infecciosa bacteriana, pero existen otras como las producidas por radiación o por bifosfonatos las cuales terminan en osteonecrosis.

5.3 FISIOPATOLOGÍA¹⁻⁴

Según la clínica se clasifican en:

- Osteomielitis aguda hematógena, secundaria a bacteriemia: Forma más frecuente.
- Osteomielitis no hematógena, por inoculación directa: Ocurre tras un traumatismo o cirugía o por diseminación a partir de un foco contiguo, generalmente celulitis.
- Osteomielitis crónica: Se produce de forma secundaria a un traumatismo importante, a cirugía o a un tratamiento inadecuado de osteomielitis aguda. Se caracteriza por drenaje crónico, dolor y limitación funcional. El principal agente es *S. aureus*.

Fecha : Agosto 2016

Código : GPC-003/INSN-
SB/SUAIEPEQ-CCCYMF -V.01

Página 5 de 14



Dr. JUAN FRANCISCO ORE ACEVEDO
CABEZA DE CABEZA Y CUELLO
Y MAXILO FACIAL
C.M.S. 10313 I.N.S. 10358





5.4 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS¹⁻⁴

Se presenta con mayor frecuencia en pacientes preescolares o escolares que no tienen acceso a una red de salud de primera instancia para evaluación, tratamiento y seguimiento de diversas patologías.

No siendo frecuente en infantes ni en lactantes, salvo etiología congénita.

5.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADO¹⁻⁴

5.5.1 Medio ambiente

Sin relevancia

5.5.2 Estilos de vida

- Procesos infecciosos orales, dentales u óticos.
- Traumatismos cráneo máxilo faciales con exposición ósea expuestos.
- Bacteriemia, septicemia.
- Fármacos: bifosfonatos.
- Radioterapia.

5.5.3 Factores hereditarios

Salvo el cuadro clínico de osteopetrosis, el cual presenta osteomielitis, no tiene predisposición hereditaria.

VI.-Consideraciones Específicas

6.1 CUADRO CLINICO

Signos y síntomas¹⁻⁴

Los pacientes presentan durante el interrogatorio y al examen clínico en el cuadro agudo:

- Fiebre.- por el proceso infeccioso.
- Calor.- en el área afectada.
- Dolor.- en el área afectada.
- Secreción purulenta.- por el proceso infeccioso.

Fecha : Agosto 2016

Código : GPC-003/INSN-SB/SUAIEPEQ-CCCYMF -V.01

Página 6 de 14



Dr. FRANCISCO GARCÍA ACEVEDO
QUIRURGA DE CABEZA Y CUELLO
Y MÁXILO FACIAL
C.M.P. 10312 I.N.E. 10558





- Compromiso dentoalveolar.- en diferentes grados de compromiso.
- Asimetría facial si es unilateral.- por el aumento de volumen del área afectada.
- Limitación total o parcial para la apertura oral (menor a 3 cm).- por la limitación de la movilidad mandibular por el trismus como respuesta al cuadro infeccioso.

Los pacientes presentan durante el interrogatorio y al examen clínico en el cuadro crónico:

- Deformidad facial.- como secuela del proceso infeccioso.
- Secreción.- por el proceso infeccioso.
- Limitación total o parcial para la apertura oral (menor a 3 cm).- como secuela ósea y por la limitación de la movilidad mandibular por el trismus como respuesta al cuadro infeccioso.
- Exposición ósea.- como secuela del proceso infeccioso.

6.1.1 Interacción cronológica ¹⁻⁴

De aparición progresiva después de la presencia del agente causal.

6.1.2 Gráficos diagramas o fotografías ¹⁻⁴

- Ninguno

6.2 DIAGNOSTICO

6.2.1 Criterios de diagnóstico ¹⁻⁴

- Sospecha clínica
- Imágenes radiológicas o tomográficas

6.2.2 Diagnóstico diferencial ¹⁻⁴

- Fibroma osificante
- Osteopetrosis
- Tumor odontogénico de los maxilares
- Tumor no odontogénico de los maxilares

6.3 EXAMENES AUXILIARES

6.3.1 De Patología clínica ¹⁻⁴

- Hemograma.- evidencia del proceso infeccioso reflejada en el conteo de glóbulos blancos.

Fecha : Agosto 2016	Código : GPC-003/INSN-SB/SUAIEPEQ-CCCYMF -V.01	Página 7 de 14
---------------------	--	----------------



Dr. JUAN FRANCISCO DRE ACEVEDO
CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO
Y MAXILO FACIAL
C.M.P. 40310 R.N.N. 10398





- Velocidad de sedimentación globular (VSG).- muy sensible pero poco específica.
- Proteína C reactiva (PCR).- se eleva en las primeras 8 horas, alcanza el valor máximo a los 2 días y se normaliza a la semana de haber iniciado el tratamiento. Muy útil para el seguimiento y para diferenciar formas complicadas.
- Cultivo de tejido óseo.- En el diagnóstico microbiológico, las únicas muestras fiables para el aislamiento del agente causal son el tejido óseo obtenido por biopsia o en el acto quirúrgico, el material extraído por punción de abscesos cerrados y los hemocultivos. Las tomas de úlceras o fistulas son a menudo engañosas, ya que pueden corresponder a una infección superficial o a una contaminación. El valor predictivo positivo del exudado de la fistula es aproximadamente del 50% y algo superior para *S. aureus*. La determinación del verdadero agente causal y su sensibilidad es esencial para hacer un correcto tratamiento antimicrobiano.
- Hemocultivo.- cuando hay fiebre persistente.

6.3.2 De imágenes¹⁻⁴

- Radiografía de senos paranasales.- Waters, y Caldwell.
- Radiografía panorámica.
- Tomografía espiral multicorte (TEM) de macizo facial sin contraste, con ventana ósea, con cortes axiales, coronales y sagitales y con reconstrucción en tres dimensiones.

6.3.3 De exámenes especiales complementarios¹⁻⁴

- Gammagrafía ósea con tecnecio 99m.- detectan en los primeros días la infección con una elevada sensibilidad (90%), pero sólo una aceptable especificidad (73%) por la posibilidad de falsos positivos y negativos. El Tc99m es el radiotrazador más empleado y en las fases avanzadas permite diferenciar las lesiones óseas de las de partes blandas.
- Gammagrafía ósea con ciprofloxacina.- Debe existir entre el 30 % y el 50 % de descalcificación, para que aparezcan diferencias radiológicas de densidad ósea -signo de daño tisular- que permiten hacer la detección correcta de una osteomielitis.
- Actualmente la gammagrafía con Tc99m es un reflejo de la actividad metabólica ósea del área en estudio en un momento dado. Su valor radica en la elevada sensibilidad para localizar lesiones óseas. En las osteomielitis la gammagrafía ósea con Tc 99m permanece constantemente positiva por años, debido a la remodelación y reparación ósea; mientras que la gammagrafía con Tc99m-Ciprofloxacina marcada es positiva mientras existan bacterias vivas y se convierte a negativa cuando la infección es eliminada.

Fecha : Agosto 2016

Código : GPC-003/INSN-SB/SUAIEPEQ-CCCYMF -V.01

Página 8 de 14



Dr. JUAN FRANCISCO DE ACEVEDO
CIRUGIA DE CABELLO Y CUELLO
Y MAXILO FACIAL
C.N.P. 12345678901234567890





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja

Guía de Práctica Clínica de Osteomielitis del Macizo Facial

6.4 MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.4.1 Medidas generales y preventivas¹⁻⁴

- Prevención.- adecuado diagnóstico y tratamiento de focos infecciosos a nivel cervical y facial.
- La osteomielitis es una complicación de una infección resistente o mal tratada

6.4.2 Terapéutica¹⁻⁴

El tratamiento de la osteomielitis del macizo facial es mixto:

- Quirúrgico.- cuyo objetivo es retirar el tejido infectado y desvitalizado además de obliterar los espacios muertos por medio de una limpieza quirúrgica y drenajes de colecciones purulentas.

Se emplean actualmente diferentes abordajes y técnicas quirúrgicas para conseguir dicho objetivo ya sean intraorales, extraorales o una combinación de ambas.

Si bien no es una emergencia, debe ser realizado lo más urgente posible debido a la posibilidad de diseminación ósea local o a distancia y por el compromiso de los tejidos blando adyacentes.

En caso de osteomielitis severas que durante la limpieza quirúrgica sea retirado abundante tejido óseo, debe tratar de respetarse el periostio ya que para la reconstrucción posterior, éste es el tejido que dará irrigación y tiene la propiedad de osteoinducción sobre el tejido de un injerto o colgajo óseo.

- Médico.- se requiere de una cobertura antibiótica amplia, la cual suele ser:

- Preoperatoria en casos agudos.
- Postoperatoria en casos crónicos.

En el tratamiento antimicrobiano, es conocido que la osteomielitis aguda requiere una actuación inmediata, previa recogida de muestras adecuadas, mientras que en la crónica es preferible aguardar a conocer el diagnóstico etiológico.

Se utilizan para cobertura antibiótica:

- Endovenosa: durante mínimo 15 días y teniendo como antibióticos a elegir: Oxacilina, Clindamicina, Ciprofloxacina, Cefalotina, Cefazolina, Ceftriaxona, Ampicilina-Sulbactam, Rifampicina, Vancomicina, Teicoplanina.

Fecha : Agosto 2016

Código : GPC-003/INSN-
SB/SUAIEPEQ-CCCYMF -V.01

Página 9 de 14



Dr. JUAN FRANCISCO ORE ACEVEDO
CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO
Y MAXILO FACIAL
2016-08-10 10:00





PERU

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja

Guía de Práctica Clínica de Osteomielitis del Macizo Facial

- Vía oral: que completa 2 meses de tratamiento, con antibióticos como: Dicloxacilina, Clíndamicina, Cefalexina, Cefaclor, Amoxicilina-Ácido Clavulánico, Ampicilina-Sulbactam, Ciprofloxacina, Levofloxacina, Moxifloxacina.
- Vía tópica: Rifampicina, ácido fusídico.

Es requerido como mínimo dos antibióticos, teniendo como base las penicilinas resistentes a betalactamasa.

6.4.3 Efectos adversos o colaterales del tratamiento¹⁻⁴

- Pérdida de piezas dentarias.
- Cicatrices hipertróficas o queloides.
- Asimetría facial.
- Anquilosis mandibular

6.4.4 Signos de alarma¹⁻⁴

- Fiebre
- Sangrado
- Trismus

6.4.5 Criterios de Alta¹⁻⁴

- Ausencia de fiebre
- Disminución de edema facial
- Mejoría de apertura oral y deglución
- Retiro de sistemas de drenaje

6.4.6 Pronóstico¹⁻⁴

Según cada paciente dependiendo de su localización, tamaño y edad puede ser: Favorable, estacionaria o reservado.

6.5 COMPLICACIONES

- Hemorragia
- Hematoma,
- Sobreinfección

Fecha : Agosto 2016	Código : GPC-003/INSN-SB/SUAIEPEQ-CCCYMF -V.01	Página 10 de 14
---------------------	--	-----------------



Dr. JUAN FRANCISCO ORE ACEVEDO
CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO
Y OTO-RIN-LAR
Calle: ...





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja

Guía de Práctica Clínica de Osteomielitis del Macizo Facial

6.6 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

- Una vez dado de alta es contra referido a su institución de origen.
- Debe ser referido una vez al año para control ambulatorio.

Fecha : Agosto 2016

Código : GPC-003/INSN-
SB/SUAIEPEQ-CCCYMF-V.01

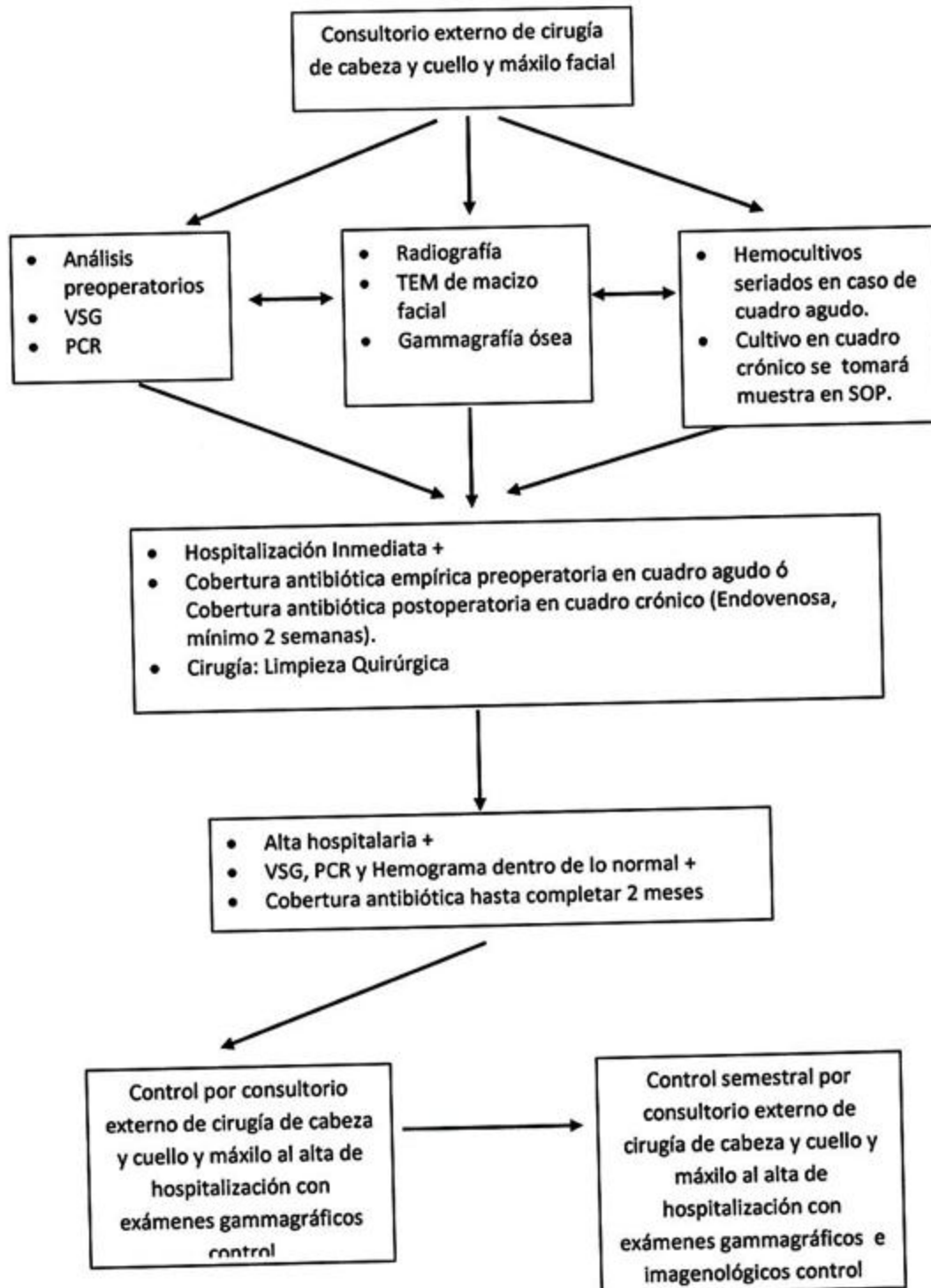
Página 11 de 14



DR. JUAN FRANCISCO ORE ACEVEDO
CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO
Y MACIZO FACIAL
MACIZO FACIAL



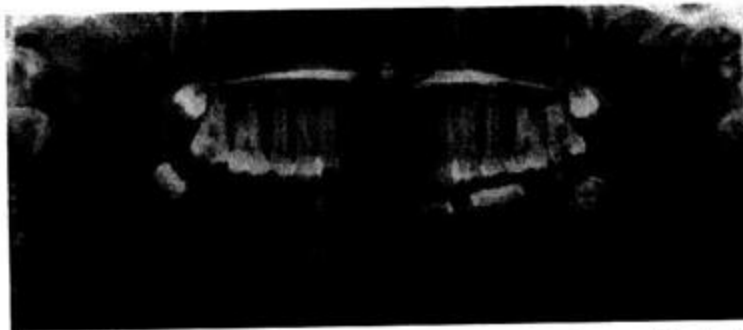
6.7 FLUXOGRAMA



VII.-Anexos



Anatomía ósea – hueso largo y reborde dentoalveolar



Radiografía panorámica con osteomielitis que tiene compromiso mandibular derecho



Imagen de tomográfica de reconstrucción con compromiso mandibular y maxilar por osteomielitis

Fecha : Agosto 2016	Código : GPC-003/INSN-SB/SUAIEPEQ-CCCYMF -V.01	Página 13 de 14
---------------------	--	-----------------



PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto de Gestión
de Servicios de Salud

Instituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja



Guía de Práctica Clínica de Osteomielitis del Macizo Facial

VIII.-Referencias Bibliográficas o Bibliografía

1. Coiffman Cirugía Estética y Reconstructiva de la cara y del Cuello. Coiffman F. Tomo II. Tercera Edición. Editorial Amolca. Colombia. 2007
2. Coiffman Cirugía Estética y Reconstructiva de la cara y del Cuello. Coiffman F. Tomo III. Cirugía bucal, maxilar y cráneo - órbitofacial. Tercera Edición. Editorial Amolca. Colombia. 2007
3. Tratado de Cirugía Oral y Maxilofacial. Sandner Montilla O. Editorial Amolca. Colombia. 2007
4. Tratado de Cirugía Pediátrica. Jaramillo Sanchez. Editorial Concytec. Perú. 2006

Fecha : Agosto 2016

Código : GPC-003/INSN-
SB/SUAIEPEQ-CCCYMF -V.01

Página 14 de 14



Dr. FRANCISCO ORE ACEVEDO
CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO
Y MAXILOFACIAL
C.O.P. 1234567890





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud del
Niño – San Borja

Guía de Práctica Clínica de Nasoangiofibroma Juvenil

GUÍA DE PRACTICA CLINICA DE NASOANGIOFIBROMA JUVENIL

SERVICIO DE CIRUGÍA DE CABEZA, CUELLO Y MÁXILO FACIAL



Elaborado por: Equipo Técnico del Servicio de Cirugía de Cabeza- Cuello y Maxilo Facial	Revisado por: <ul style="list-style-type: none"> • Unidad de Atención Integral Especializada • Sub Unidad de Atención Integral Especializada de Especialidades Quirúrgicas • Unidad de Gestión de la Calidad 	Aprobado por: Dra. Zulema Tomas Gonzales Directora de Instituto Especializado del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja
---	--	---

Fecha : Agosto 2016

Código : GPC-004/INSN-
SB/SUAIEPEQ-CCCYMF -V.01

Página 1 de 14



Dr. J. J. GONZALEZ DE ACEVEDO
CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO
Y MAXILO FACIAL
C.M.F. 100.2 100.2 100.2





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud del
Niño – San Borja

Guía de Práctica Clínica de Nasoangiofibroma Juvenil

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Nasoangiofibroma Juvenil

Índice

I	Finalidad	4
II	Objetivo	4
III	Ámbito de Aplicación	4
IV	Diagnóstico y Tratamiento de	4
4.1.-	Nombre y Código	4
V	Consideraciones Generales	4
5.1	Definición	4
5.2	Etiología	5
5.3	Fisiopatología	5
5.4	Aspectos Epidemiológicos	6
5.5	Factores de Riesgo Asociado	6
5.5.1	Medio Ambiente	6
5.5.2	Estilos de Vida	6
5.5.3	Factores hereditarios	6
VI	Consideraciones Específicas	6
6.1	Cuadro Clínico	7
6.1.1	Signos y Síntomas	7
6.1.2	Interacción cronológica	7
6.1.3	Gráficos diagramas o fotografías	7
6.2	Diagnóstico	7
6.2.1	Criterios de diagnóstico	8
6.2.2	Diagnóstico diferencial	8
6.3	Exámenes Auxiliares	8
6.3.1	De Patología clínica	8
6.3.2	De imágenes	8
6.3.3	De exámenes especiales complementarios	8
6.4	Manejo según nivel de Complejidad y Capacidad Resolutiva	8
6.4.1	Medidas Generales y Preventivas	8
6.4.2	Terapéutica	8
6.4.3	Efectos adversos o colaterales del tratamiento	9

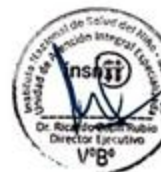
Fecha : Agosto 2016

Código : GPC-004/INSN-
SB/SUAIEPQ-CCCYMF -V.01

Página 2 de 14



Dr. JUAN CARLOS DEL ROSARIO
CIRUJO DE CEBEZA Y CUELLO
Y MAXILO FACIAL
C.M.F. 10510 - 10518





PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto de Gestión
de Servicios de Salud

Instituto Nacional de Salud del
Niño – San Borja



Guía de Práctica Clínica de Nasoangiofibroma Juvenil

6.4.4 Signos de alarma.....	9
6.4.5 Criterios de Alta.....	9
6.4.6 Pronosticos.....	9
6.5 Complicaciones	9
6.6 Criterios de Referencia y Contrarreferencia.....	11
6.7 Fluxograma.....	12
VII Anexos	13
VIII Referencias Bibliográficas o Bibliografía	13

Fecha : Agosto 2016

Código : GPC-004/INSN-
SB/SUAIEPEQ-CCCYMF -V.01

Página 3 de 14



Dr. JUAN ANTONIO DE ACEVEDO
CLÍNICA DE CABEZA Y CUELLO
Y MAXILO FACIAL
C.M.F. 15.000 15.000 15.000





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud del Niño –
San Borja

Guía de Práctica Clínica de Nasoangiofibroma Juvenil

I.-Finalidad

Establecer los parámetros para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes con tumor nasofaríngeo sugerente de nasoangiofibroma juvenil en la especialidad de cirugía de cabeza, cuello y máxilo facial

II.-Objetivo

- Establecer los estudios diagnósticos para pacientes con nasoangiofibroma juvenil.
- Establecer el tratamiento ideal para las diferentes etapas de nasoangiofibroma juvenil.
- Establecer el seguimiento para pacientes con nasoangiofibroma juvenil.

III.-Ámbito de Aplicación

Todos los pacientes con nasoangiofibroma juvenil que se presentan en la especialidad de cirugía de cabeza, cuello y máxilo facial.

IV.-Diagnóstico y Tratamiento de....

Nombre : Nasoangiofibroma Juvenil
Código CIE-10 : D10.6 Tumor benigno de la nasofaringe
D18.0 Hemangioma de cualquier sitio

V.-Consideraciones Generales**5.1 DEFINICION 1-6**

El nasoangiofibroma juvenil es un tumor benigno vascular que se origina a nivel de los vasos arteriales esfenopalatinos y se localiza a nivel de la nasofaringe.

A pesar de su comportamiento benigno, el tumor tiende a crecer a través de los orificios y fisuras naturales de la cabeza, invadiendo así estructuras vecinas (unilateral o bilateralmente) como los senos paranasales, fosas nasales, orofaringe, fosa pterigomaxilar, fosa zigomática, órbitas y piso medio y anterior de la base de cráneo.

Fecha : Agosto 2016

Código : GPC-004/INSN-
SB/SUAIEPEQ-CCCYMF -V.01

Página 4 de 14



Dr. JUAN FRANCISCO GARCÍA ACEVEDO
CIRUJANO DE CABEZA Y CUELLO
Y MÁXILO FACIAL
CÓDIGO 10008



5.2 ETIOLOGÍA

Histopatológicamente está formado por una cubierta de epitelio cilíndrico y escamoso, con las características del epitelio de la nasofaringe. Debajo de la misma se identifica un tejido celular laxo, vestigio de la antigua submucosa y la neoformación propiamente dicha constituida por células conectivas jóvenes, tejido fibroso y numerosos vasos. La proporción entre las fibras colágenas y las células es variable. Cuando las fibras son escasas se califica al tumor como fibroma; si las células conectivas abundan se lo distingue de los fibrosarcomas porque no se observa anarquía celular. El tumor es muy vascularizado, extraordinariamente rico en vasos arteriales y venosos, semejando una red vascular que se ramifica y anastomosa en todos los sentidos, separado por los tabiques conectivos. 2-7

Los vasos son anormales y la vascularización es mayor en los pacientes más jóvenes y en los tumores más agresivos. Se distinguen tres clases de vasos: capilares angiomatosos de paredes muy delgadas, vasos similares a los de los angiomas cavernosos y vasos eréctiles. La fragilidad de estos vasos es característica, de ahí que estos tumores, sangran a la inspección, sangran en la intervención, sangran espontáneamente y justifican considerablemente el nombre de angiomas sangrantes.¹⁻⁸

Tomando en cuenta su tendencia de presentación sobre individuos jóvenes de sexo masculino, se han hecho estudios tratando de identificar receptores hormonales, encontrando receptores androgénicos en la mayoría de los casos, pero no estrogénicos.²⁻⁷

5.3 FISIOPATOLOGÍA 4-7

Se origina en la nasofaringe, en donde se une la apófisis esfenoidal del hueso palatino con el ala horizontal del vómer y el techo de la apófisis pterigoides del hueso esfenoidal. Tiende a crecer a lo largo de los agujeros y fisuras naturales relacionadas con su sitio de origen.

Es así que pueden invadir:

- Fosa Nasal,
- Senos paranasales: frontal, esfenoidal, etmoidal y maxilar bilateral,
- Orofaringe,
- Órbita,
- Fosa pterigomaxilar
- Fosa cigomática o infratemporal,
- Región geniana
- Seno cavernoso y base craneal media o anterior.

Fecha : Agosto 2016	Código : GPC-004/INSN-SB/SUAIEPEQ-CCCYMF -V.01	Página 5 de 14
---------------------	--	----------------



Dr. JUAN FRANCISCO DÍAZ ACEVEDO
CIRUJIA DE CABEZA Y CUELLO
Y MAXILO FACIAL





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud del Niño –
San Borja

Guía de Práctica Clínica de Nasoangiofibroma Juvenil

Es un tumor muy vascularizado y su riesgo depende de la arteria maxilar interna. Usualmente, no infiltra hueso, pero puede erosionarlo por presión.

5.4 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS ¹⁻⁷

Es el tumor benigno más común de la nasofaringe. Representa 0,5% de todas las tumoraciones de cabeza y cuello.

Se presenta con mayor frecuencia en pacientes de preferencia adolescentes y escolares. El tumor esta descrito exclusivamente en el sexo masculino aunque se reportan casos excepcionales a nivel mundial en el sexo femenino.

Una neoplasia relativamente rara, más frecuente en países como India, Egipto y México.

En la institución, representa cerca del 4% de la patología quirúrgica del servicio de cirugía de cabeza y cuello y máxilofacial.

5.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADO ¹⁻⁷

5.5.1 Medio ambiente

Lugar de procedencia con gran altura sobre el nivel del mar.- se describe según la literatura su asociación aún desconocida.

5.5.2 Estilos de vida

Sin relevancia

5.5.3 Factores hereditarios

Sexo masculino.- es predominante en varones.

Antecedente familiar.- no es hereditario, pero si es frecuente la presentación familiar.

Poliposis familiar adenomatosa.- que es propensa a evolucionar en ésta patología.

VI.-Consideraciones Específicas

6.1 CUADRO CLINICO

Signos y síntomas ¹⁻⁷

- Historia de obstrucción nasal progresiva.- debido al compromiso tumoral.
- Epistaxis (antecedente o en actividad).- debido al compromiso tumoral.
- Obstrucción nasal.- debido al compromiso tumoral.
- Rinolalia.- debido al compromiso tumoral.
- Diplopia.- debido a la extensión a la cavidad orbitaria.
- Exoftalmos.- debido a la extensión a la cavidad orbitaria.

Fecha : Agosto 2016	Código : GPC-004/INSN-SB/SUAIEPEQ-CCCYMF -V.01	Página 6 de 14
---------------------	--	----------------



- Deformidad facial.- debido a extensión a la cavidad orbitaria, fosa zigomática y/o pterigomaxilar.
- Tumor Nasal y/o orofaríngeo.- debido a la extensión a la fosa nasal y a la orofaringe.

6.1.1 Interacción cronológica ¹⁻⁷

De aparición durante el periodo escolar sobretodo en la adoslescencia.

6.1.2 Gráficos diagramas o fotografías

CLASIFICACIÓN DE FISH	
Grado I	Tumor limitado a la nasofaringe y a la cavidad nasal sin invasión ósea.
Grado II	Tumor que invade la fosa pterigomaxilar o el seno maxilar o el etmoides con invasión ósea.
Grado IIIa	Tumor que invade la fosa infratemporal o la órbita sin compromiso endocraneano.
Grado IIIb	Tumor con invasión intracraneana extradural.
Grado IVa	Tumor con invasión intracraneana extradural e intradural sin invasión del nervio óptico, la silla turca o el seno cavernoso.
Grado IVb	Tumor con invasión intracraneana extradural e intradural con invasión del nervio óptico, la silla turca o el seno cavernoso.

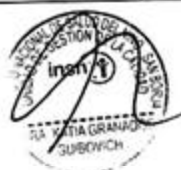
ESTADIAJE SEGÚN CHANDLER	
Grado I	Tumor confinado a la nasofaringe.
Grado II	Tumor que se extiende hacia cavidad nasal y/o seno esfenoidal.
Grado III	Tumor se extiende al menos a una de las estructuras siguientes: seno maxilar, seno etmoidal, fosa pterigomaxilar, fosa infratemporal, órbita, cuello.
Grado IV	Tumor con extensión intracraneal.

6.2 DIAGNOSTICO

6.2.1 Criterios de diagnóstico¹⁻⁷

- Sospecha clínica: paciente adolescente, sexo masculino, obstrucción nasal, epistaxis.
- Imágenes tomográficas o de resonancia.

Fecha : Agosto 2016	Código : GPC-004/INSN-SB/SUAIEPEQ-CCCYMF -V.01	Página 7 de 14
---------------------	--	----------------



Dr. JUAN FRANCISCO OZE ACEVEDO
CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO
Y MAXILO FACIAL





PERU

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud del Niño –
San Borja

Guía de Práctica Clínica de Nasoangiofibroma Juvenil

6.2.2 Diagnóstico diferencial ¹⁻⁷

- Estesioneuroblastoma
- Linfoma
- Sarcoma

6.3 EXAMENES AUXILIARES**6.3.1 De Patología clínica ¹⁻⁷**

- Hemograma

6.3.2 De imágenes ¹⁻⁷

- Tomografía espiral multicorte (TEM) de macizo facial, con contraste, cortes axiales, coronales y sagitales y reconstrucción en 3dimensiones.
- Resonancia magnética nuclear con contraste de macizo facial, con contraste, cortes axiales, coronales y sagitales.

6.3.3 De exámenes especiales complementarios ¹⁻⁷

- Nasofibroscopía.

6.4 MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA**6.4.1 Medidas generales y preventivas**

- El paciente acude a consulta con obstrucción nasal progresivo o con referencia de tumor nasal, deformidad facial o historia de moderado a gran volumen de sangrado nasal o por cavidad oral.
- El paciente acude a emergencia con moderado o gran volumen sangrado nasal o por cavidad oral.
- No hay prevención primaria para ésta patología

6.4.2 Terapéutica ¹⁻⁷

- Tratamiento quirúrgico.- El tratamiento del nasosangiofibroma juvenil es eminentemente quirúrgico, incluso con o sin tratamientos neoadyuvantes y coadyuvantes, según el grado o estadio que presenta el paciente.

El médico tratante puede optar por solicitar la realización de una junta médica según su experiencia y el grado o estadio del nasosangiofibroma para cada caso en particular, con la participación de médicos de los servicios:

Fecha : Agosto 2016	Código : GPC-004/INSN-SB/SUAIEPEQ-CCCYMF -V.01	Página 8 de 14
---------------------	--	----------------





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud del Niño –
San Borja

Guía de Práctica Clínica de Nasoangiofibroma Juvenil

- Cirugía de Cabeza y Cuello y Máxilo Facial
- Radiología Intervencionista.
- Oftalmología (se ser requerido según el compromiso orbitario).
- Neurocirugía (se ser requerido según el compromiso intracraneal).

En la junta médica se discutirá el caso clínico y se determinará:

- El estadio o grado del tumor.
- Servicio a cargo del paciente (Cirugía de Cabeza y Cuello y Máxilo Facial).
- La fecha de la arteriografía y embolización (de ser requerida).
- Cantidad de unidades o paquetes globulares para la cirugía.
- La fecha de la intervención quirúrgica (3 a 7 días posterior a la embolización).
- Requerimiento de cama en UCI.
- Posibilidad de tratamiento coadyuvante (radioterapia).

Los pacientes requieren de una arteriografía y embolización preoperatoria par disminuir la vascularidad e irrigación tumoral y así proceder en la intervención quirúrgica con el menor volumen de sangrado posible. ¹⁻⁷

En caso de estadios avanzados, evaluados en junta médica previa, en los cuales quede enfermedad macroscópica a nivel intracraneal extradural o intradural, requerirán radioterapia postoperatoria coadyuvante en otra institución. ¹⁻⁷

Se describen diferentes abordajes según grado del tumor y a decidir en la junta médica:

- Abordaje transpalatino (Grado I,II).
 - Abordaje vía Le Fort I (Grado I, II, III y IV).
 - Abordaje por craneotomía (de ser propuesto por el servicio de neurocirugía).
- Hormonoterapia.- debido a que la patología es de predominio en varones, se ha postulado la existencia de receptores hormonales. Existen estudios que administran así hormonas femeninas y/o antiandrógenos para su tratamiento. Como efectos secundarios se describe ginecomastia, aparición de vello de fenotipo femenino. ¹⁻⁷
 - Radioterapia.- A pesar de no ser patología maligna, ya sea porque existe enfermedad macroscópica residual no resecable o por su compromiso muy avanzado inoperable está descrito la administración de radioterapia.
Como efectos secundarios y secuelas se describen alteraciones dérmicas, alteraciones mucosas hasta ceguera. ¹⁻⁷

Fecha : Agosto 2016	Código : GPC-004/INSN-SB/SUAIEPEQ-CCCYMF -V.01	Página 9 de 14
---------------------	--	----------------



**6.4.3 Efectos adversos o colaterales del tratamiento ¹⁻⁷**

- Edema facial o cervical
- Hematoma facial o cervical
- Infección facial o cervical
- Lesión vascular arterial o venoso
- Lesión de estructuras neurales – nervios periféricos y pares craneales
- Lesión de vías aérea superiores – sinequias nasales
- Lesión del globo ocular
- Exposición o rechazo del material de osteosíntesis

6.4.4 Signos de alarma ¹⁻⁷

- Fiebre
- Sangrado
- Disnea
- Pérdida del conocimiento

6.4.5 Criterios de Alta ¹⁻⁷

- Ausencia de fiebre
- Retiro del taponamiento nasal anterior y posterior

6.4.6 Pronóstico ¹⁻⁷

Según cada paciente dependiendo de su localización, tamaño y edad puede ser: Favorable, estacionaria o reservado.

6.5 COMPLICACIONES ¹⁻⁷

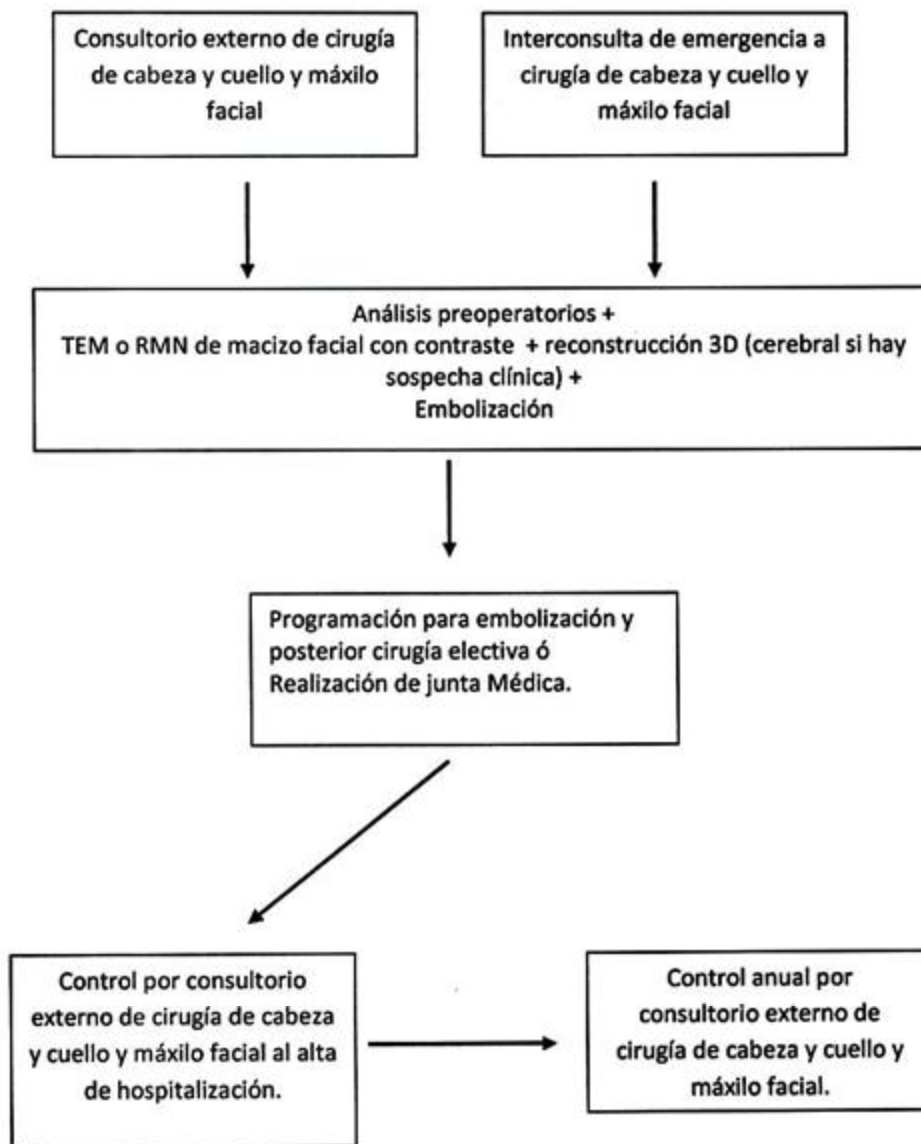
- Hemorragia
- Infección

6.6 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

- Una vez dado de alta es contra referido a su institución de origen.
- Debe ser referido una o dos vez al año para control ambulatorio.

Fecha : Agosto 2016	Código : GPC-004/INSN-SB/SUAIEPEQ-CCCYMF –V.01	Página 10 de 14
---------------------	--	-----------------



**6.7 FLUXOGRAMA**

[Signature]
Dr. JUAN FRANCISCO ORE ACEVEDO
CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO
Y MÁXILO FACIAL
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - SAN BORJA





PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto de Gestión
de Servicios de Salud

Instituto Nacional de Salud del Niño –
San Borja



Guía de Práctica Clínica de Nasoangiofibroma Juvenil

VII.-Anexos



Abordaje por medio de una Osteotomía Le Fort I

Fecha : Agosto 2016

Código : GPC-004/INSN-
SB/SUAIEPEQ-CCCYMF -V.01

Página 12 de 14



Dr. FRANCISCO ORE ACEVEDO
CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO
Y MAXILO FACIAL
C.M.F. 10013 R.M.F. 10013





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud del Niño –
San Borja

Guía de Práctica Clínica de Nasoangiofibroma Juvenil

VIII.-Referencias Bibliográficas o Bibliografía

1. Atlas de Cirugía Craneofacial y de Hendiduras. Volumen I. Cirugía Craneofacial. Salyer K. Editorial Amolca. Colombia. 2004
2. Atlas de Cirugía Craneofacial y de Hendiduras. Volumen II. Cirugía de Hendiduras Labial y Palatina. Bardach J. Editorial Amolca. Colombia. 2004
3. Coiffman Cirugía Estética y Reconstructiva de la cara y del Cuello. Coiffman F. Tomo II. Tercera Edición. Editorial Amolca. Colombia. 2007
4. Coiffman Cirugía Estética y Reconstructiva de la cara y del Cuello. Coiffman F. Tomo III. Cirugía bucal, maxilar y cráneo - orbitofacial. Tercera Edición. Editorial Amolca. Colombia. 2007
5. Atlas of Craniomaxillofacial Osteosynthesis: Microplates, Miniplates, and Screws. Franz Härtle, Maxime Champy, Bill C. Terry.
6. Fracturas de Cavidades Orbitarias Tácticas y Técnicas de Tratamiento. Guerrissi J. Editorial Amolca. Colombia. 2006
7. Tratado de Cirugía Oral y Maxilofacial. Sandner Montilla O. Editorial Amolca. Colombia.1990; 335:511-12.

Fecha : Agosto 2016

Código : GPC-004/INSN-
SB/SUAIEPEQ-CCCYMF -V.01

Página 13 de 14



Dr. JUAN FRANCISCO DRE ACEVEDO
CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO
Y MAXILO FACIAL
C.M.P. 40572 Licencia 10558

