

Faringoesofogostoma. Cierre con el colgajo tubular acromiotorácico de Filatow. Presentación de un caso.

Autores: Dr. Vladimir T. Pérez B. (1), Dr. José Ramón Díaz M. (2), Dra. Teresa Cruz R. (2), Dr. Rodolfo Arozarena F. (1), Dra. Maritza Iglesias M. (1).

(1) Especialista de 1er Grado en Otorrinolaringología, Cirujano de Cabeza y Cuello.

(2) Especialista de II Grado en Oncología, Cirujano de Cabeza y Cuello. Instituto Nacional de Oncología

Abstracto

Presentamos una paciente femenina de la raza blanca, de 50 años de edad, fumadora desde hace 30 años, que desde hacia 2 años presentaba disfonía y disnea laríngea, que fueron incrementando de intensidad y acude con cuadro clínico de gran disnea laríngea, disfonía, gran aumento de volumen de la región anterior del cuello, anorexia y pérdida de peso. Al examen físico en la laringoscopia indirecta, se constata tumoración exofítica, que deforma la laringe y ocupa sus tres pisos, con extensión a la base de lengua, región postcricoidea y senos piriformes, con gran disminución del espacio glótico y parálisis cordal bilateral por infiltración tumoral, en el cuello presentaba aumento de volumen de 7 cm. que ocupa la región anterior del cuello desde el hueso hioides hasta la región supraesternal y lateralmente entre ambos músculos esternocleidomastoideos, que infiltra la piel circundante a nivel del cartílago tiroideos, con un orificio fistuloso de 2.5 cm de diámetro.

Se decidió realizar tratamiento quirúrgico: Faringolaringectomía total circular ampliada a piel + Disección Radical de Cuello Izquierda, Disección Funcional Derecha, Tiroidectomía total y cierre con colgajo de Bakanjian en Marzo del año 2000, quedando tres estomas: un faringostoma, un esofagostoma y un traqueostoma.

Para el cierre del Faringoesofogostoma, se utilizó un colgajo de músculo dorsal ancho, el cual falló parcialmente dejando una fístula de 3.5cm. que cerró con el colgajo tubular bipediculado de Filatow.

Desde el punto de vista oncológico, la paciente está controlada, e ingiere sus alimentos por la boca.

Palabras claves: Tumor de laringe
Tratamiento quirúrgico
Complicaciones quirúrgicas
Colgajo pediculado.

Abstract

This is the case of a 50 years old, white female, smoker for 30 years. Two years prior to consultation she has had laryngeal dyspnea and dysphonia which are increasing in severity at the moment of consultation.

She also had a big enlargement of the neck, anorexia and weight loss.

At the physical examination an exophytic tumour with deformity of the larynx in its three floors was seen, and the lesion was invading the base of the tongue, the post cricoid area and the sinus piriform with a big diminution of the glottic space and bilateral cord paralysis due to tumour infiltrate.

The neck showed a 7cm. enlargement invading the anterior portion of it, from the hyoid bone through the supraesternal region and laterally to the sternocleidomastoid muscles infiltrating the skin at the level of the thyroid cartilage with a fistulous hole of 2.5 cm. in diameter.

A surgical treatment was decided: total circular pharyngolaryngectomy extensive to skin plus left radical dissection of the neck, right functional dissection, total thyroidectomy and closure with Bakanjian flap. This was done in March 2000, and three stomas were left: Pharyngostoma, oesophagostoma and tracheostoma. A flap of muscle dorsalis was used for the closure of the pharyngostoma, that partially failed to close, and the fistula of 3.5 cm. was closed with a tubular Filatow flap.

From the oncologic point of view the patient is under control and can take her meals by mouth.

Key words: Tumour of larynx
Surgical Treatment
Surgical Complication
Pediculated flap.

Correspondencia y separatas:

Dr. Vladimir T. Pérez Báez
Servicio de Oncología,
Instituto Nacional de Onco-Radiología
La Habana - Cuba

© Los derechos de autor de los artículos de la revista Oncología pertenecen a la Sociedad de Lucha contra el Cáncer SOLCA. Sede Nacional, Guayaquil - Ecuador

Introducción

La abertura de la faringe a la piel que resulta del fallo de las suturas o necrosis de los tejidos, con los que se reconstruye la pared anterior de la hipofaringe y del esófago cervical, es una de las complicaciones más temidas en el postoperatorio inmediato. La incidencia de la fístula faringocutánea o faringostoma, es variable y según diferentes autores se encuentra entre el 7,6 y el 50%.²



El Faringostoma hace imposible la alimentación por vía oral, teniendo que recurrir a la sonda nasoesofágica para nutrir al paciente, pero este no es el único problema para el paciente, sino también el constante flujo de saliva por la anormal abertura, les dificulta enfrentar su vida laboral y social lo más rápido posible. (1)

Es la larga historia de los métodos empleados para el cierre del faringostoma, este problema arranca desde el mismo momento en que Teodoro Billroth, practicó la primera Laringectomía en 1874, pero no fue hasta 1892 que Gluck agrega un nuevo término en cirugía oncológica de cabeza y cuello, la reconstrucción, la cual da una vía aérea segura y restaura el tracto alimentario.

Estos métodos plásticos fueron evolucionando, desde plastias locales a los injertos libres, pasando por los colgajos tubulares hasta los colgajos miocutáneos. (3)

En nuestro caso se utilizó el colgajo tubular bipediculado de Filatow, introducido por Filatow en 1916 en Rusia y casi simultáneamente por Guillies en Inglaterra, en 1917, el cual constituyó un gran paso de avance para la cirugía reparadora, obteniendo una difusión enorme en la postguerra de los años 20. Este colgajo vino a resolver casi todos los problemas en su época, en cuanto a reparación se refiere, en todas las partes del cuerpo humano, especialmente a los paciente agobiados por las consecuencias del Faringostoma. Muchos seguidores y divulgadores del mismo como Ganzae y Wasrund en Alemania, León Dufourmentel y Noure en Francia, Ginested y otros enriquecieron con múltiples variantes y detalles técnicos el arsenal quirúrgico de estos injertos bipediculados tubulares. (4,5,6)

Aspectos de la técnica quirúrgica.

- Incisiones paralelas en la piel de la región axilotorácica izquierda de 8x 4cm. de diámetro, delimitando un colgajo bipediculado que en profundidad llega hasta la fascia del pectoral mayor, se realiza la disección por encima de la misma. Se sutura el colgajo en su sitio. (7)
 - Se retiran los puntos de sutura, reabriéndose la herida quirúrgica, elevándose el colgajo en toda su extensión, exceptuando los cabos con la cual queda formado el tubo.
 - Dos semanas después se procede a elevar un extremo del tubo, el cual se sutura al área de la fistula.
 - Dos semanas más tarde puede desinsertarse el otro extremo del tubo.
- Requisitos a tener en cuenta para mantener la vitalidad del colgajo bipediculado. (4,5,6).
- Que la relación grosor-anchura del colgajo debe ser teóricamente 2,5 a 1cm.
 - Es indispensable el diámetro asimétrico del cilindro
 - No extirpar la grasa subcutánea en exceso por debajo del colgajo, puesto que se corre el riesgo de eliminar la trama vascular subcutánea y por lo tanto comprometer la utilidad del colgajo.
 - Estos colgajos indirectos no se transfieren directamente a la zona receptora.
 - La espera entre dos intervenciones intermedias, oscilará entre 10 días y 3 semanas, tras considerar todos los factores: vasculares, diseño, localización, edad y estado general.
 - Los retoques quirúrgicos finales de tipo cosmético, deberán efectuarse tras esperar como mínimo 2 meses, una vez empleado el colgajo en su ubicación final.

Ventajas:

- Es un colgajo seguro en los defectos pequeños y medianos y se pueden utilizar todos sus componentes.
- Se pueden llevar a cualquier parte de la economía a través de estaciones intermedias.
- Se realiza bajo anestesia local, con un mínimo de tiempo quirúrgico, por lo que puede ser una intervención quirúrgica ambulatoria.

Desventajas:

- No se debe utilizar en los grandes defectos.
- Se necesita de mucho tiempo, para llegar a la zona receptora y esto puede producir inconvenientes en la psiquis del paciente.

Actualmente este proceder ha ido en desuso, debido a que han aparecido otras técnicas, que reportan mayores ventajas como los colgajos miocutáneos. En nuestra Institución, los colgajos tubulares bipediculados los hemos dejado para reparar medianos defectos, en los que realización de un colgajo miocutáneo sería una operación exagerada, o por el contrario, cuando falta parcialmente un miocutáneo quedando un defecto mediano, siendo nuestro caso un ejemplo de ello.

Presentación de un caso.

Paciente femenina de la raza blanca, de 50 años de edad, fumadora desde hace 30 años, 2 ó 3 cajas diarias, con antecedentes de asma bronquial que no lleva tratamiento regular. Acudió al hospital en el mes de marzo del año 2000, porque desde hacia 2 años comenzó a presentar disfonía y disnea laringea, que poco a poco fueron incrementando su intensidad y se presentó con el siguiente cuadro clínico: gran disnea laringea, disfonía, gran aumento de volumen de la región anterior del cuello con todos los signos inflamatorios agudos, difícil de examinar, además de anorexia y pérdida de peso poco significativo.

Examen físico: Datos positivos:

Laringoscopia Indirecta. Tumoración exoftálica muy extensa, infiltrado vegetante que deforma toda la laringe, ocupando sus tres pisos, transglótica, con extensión a la base de lengua, región postcricóidea y senos piriformes, con gran disminución del espacio glótico y parálisis cordal bilateral por infiltración tumoral.

Cuello. Aumento de volumen de 7cm. que ocupa la región anterior del cuello desde el hueso hioides hasta la región supraesternal y lateralmente entre ambos músculos esternocleidomastoideos, muy doloroso, que infiltra la piel circundante a nivel del cartilago tiroideos, con un orificio fistuloso por donde sale pus de 2.5cm de diámetro.

La palpación del cuello era muy dolorosa y no fue satisfactoria para diagnosticar alguna metástasis cervical, por eso se prescribió tratamiento médico con antibiótico, Rocephyn durante una semana, resolviendo el proceso inflamatorio, pero el cuello estaba muy empastado y el examen no fue confiable, decidiéndose clasificar como N0.

Exámenes de Laboratorios,

Eritrosedimentación que arrojó una cifra por encima de 100, resto de los complementarios realizados dentro de límites normales.

Imagenología. Rx de Tórax. Normal



Examen Histológico.

Ponche para biopsia por laringoscopia indirecta. Carcinoma Epidermoide Moderadamente Diferenciado.

Ubicación topográfica. Laringofaríngeo.

Clasificación: T4 No Mo E-IVA

Tratamiento:

Cirugía. Faringolaringectomía total circular ampliada a piel + Disección Radical de Cuello Izquierda, Disección Funcional Derecha, Tiroidectomía total y cierre con colgajo de Bakanjian. Marzo del año 2000.

Durante el acto quirúrgico se detecta ganglios en ambas cadenas yugulares internas de 2 cm. en niveles de II y III bilaterales, en el lado izquierdo estaban íntimamente en contacto a la vena yugular. Clasificación TNM T4 N2bMo.

Seis meses después se realizó cierre del faringoesofagostoma por el método de Nakayama y cierre del defecto con el colgajo miocutáneo del dorsal ancho. (Latissimus Dorsis), este intento falló parcialmente, persistiendo una fístula de 3.5 cm.

En el tercer tiempo quirúrgico, se decidió realizar el cierre del Faringoesofagostoma, con el uso del colgajo tubular bipédicular acromiotorácico o tubo de Filatow, método este que tuvo gran auge hasta la década del 60 y que en nuestros días no se está realizando con mucha frecuencia, como antes, pero no es un método para olvidar, puesto que sirve perfectamente para resolver cualquier problema, cuando fallan otros tipos de métodos reparadores, porque es muy seguro.

Otros tipos de métodos usados para el cierre del Faringoesofagostoma.

- Colgajos abiertos: Charretera: Unilateral
Bilateral (Villar Sancho)
Deltopectoral: Comby (1953)
Bakanjian (1965)
- Colgajos Miocutáneos: Tansini, 1906. Latissimus Dorsi
Ariyan, 1977. Pectoral Mayor
- Cierre Directo de piel: es posible

Discusión

La extirpación total de la laringe esta indicada, en los casos en que se dude poder circunscribir el tumor por tejidos sanos con una laringectomía parcial, cáncer limitado a una cuerda o no, con fijación, han sido propuestas numerosas técnicas y diferentes variedades de colgajos cutáneos, aunque todos los procedimientos actuales se apoyan en la operación de Gluck, con sutura de la traquea por delante y oclusión de la faringe, actualmente se trata de obtener mejores porcentajes de curaciones abarcando en un solo bloque el tumor con sus vías de diseminación linfáticas. Es esencial la confección del traqueostoma, suturando la piel al borde del mismo, a fin de evitar superficies cruentas; el cierre primario de la faringe no presenta dificultades después de reseco del hioides, la conservación del cual no representa ventajas para el

cirujano ni para el paciente generalmente la sutura puede realizarse en línea recta, en sentido longitudinal o transversal, aunque en ocasiones no pueden ser evitadas suturas en Y, T o V, el constrictor de la faringe constituye la segunda capa que se une por encima mediante puntos entrecortados. Se han obtenido magníficos resultados en el cierre inmediato de la faringe, mediante sutura metálica con la pinza UKL-60, con la cual se ha logrado disminución importante en el porcentaje de fístulas faringocutáneas. Como complicaciones pueden presentarse hemorragias, las que suelen manifestarse en el posoperatorio inmediato, por flujo continuo de sangre por los drenajes de la herida o abombamiento de los colgajos cutáneos debido al acumulo de coágulos, también puede fluir sangre por el traqueostoma o por la faringe, lo cual puede ser el resultado de un vaso sin ligar o del fallo de una ligadura; la sepsis de la herida, es una complicación importante que puede o no acompañarse de fístula faringocutánea y/o necrosis del colgajo.(8,9).

Conclusiones

El colgajo tubular bipédicular acromiotorácico o tubo de Filatow, es un método muy seguro en los defectos pequeños y medianos, que se realiza bajo anestesia local, con un mínimo de tiempo quirúrgico, siendo una opción cuando fallan otros tipos de métodos reparadores.

Bibliografía

1. Virtaniemi J A, Kumpulainen E J, Hirvikoski PP, Johansson R T, Kosma V. The incidence and etiology of postlaryngectomy pharyngocutaneous fistulae. *Head & Neck* 2001; 23: 29-33.
2. Soylu L, Kiroglu M, Aydogar B et al. Pharyngocutaneous fistula following laryngectomy. *Head & Neck* 1998; 20: 22-25.
3. Redaelli de Zinis L O, Ferrari L, Tomenzoli D et al. Postlaryngectomy pharyngocutaneous fistula: incidence, predisposing factors and therapy. *Head & Neck* 1999; 21: 131-138.
4. Gabarro P. New designs for raising tubed pedicle flap. *Surgery* 1945; 18(6): 732-741.
5. Pick J F. *Cirugía Reparadora*. Barcelona: Salvat Editores S A. 1955, 345-410.
6. Reinisch J F. Pathophysiology of skin flap circulation. *Plast Reconstr Surg* 1974; 54-58.
7. Mir y Mir L. Injertos pediculados o mediatos. En: Coifman F, ed, texto de cirugía Plástica Reconstructiva y Estética. Cuba: Editorial Científico Técnica 1987, 131-146.
8. Mues I, Felipe G. Complicaciones de la Cirugía Laringea Radical. *Rev Cub Oncol* 1985; 1: 257-262.
9. Diaz Martínez J R, Rodríguez Saldañas C, Guaraluse Brooks R. Complicaciones de la Cirugía Radical Laringea. *Oncología SOLCA* 1997, 7(4): 247-249.

