



V-054 - RECONSTRUCCIÓN CON COLGAJO ALT TRAS ESOFAGUECTOMÍA + LARINGUECTOMÍA TOTAL + HEMITIROIDECTOMÍA IZQUIERDA EN PACIENTE CON RECIDIVA DE CARCINOMA PARATIROIDEO

Avelino González, Lourdes; Abelló Audí, David; Cholewa, Hanna; Navasquillo Tamarit, Mireia; Menéndez Jiménez de Zadava Lissón, Miriam; Bruna Esteban, Marcos; Mingol Navarro, Fernando; Vaqué Urbaneja, Javier

Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Resumen

Introducción: Los tumores de cabeza y cuello localmente avanzados o recidivados suponen un reto quirúrgico a la hora de mantener la integridad de la vía aérea y digestiva. Existen múltiples técnicas reconstructivas con el fin de preservar la vía aérea, la función fonatoria y la deglución del paciente, así como para intentar cubrir los defectos de piel del cuello. En este vídeo presentamos el colgajo ALT libre de muslo derecho para la reconstrucción traqueoesofágica tras la recidiva de un carcinoma de paratiroides.

Caso clínico: Paciente de 51 años derivado por recidiva de carcinoma paratiroideo. Historia oncológica: 2015: Diagnóstico de carcinoma de paratiroides en el estudio de disfonía. Se interviene realizándose resección del carcinoma y hemitiroidectomía derecha. 2016: Recidiva de hiperparatiroidismo con diagnóstico y exéresis de adenoma paratiroideo izquierdo con normalización posoperatoria de la PTH y la calcemia. 2017: Recidiva de la hipercalcemia, confirmándose recidiva local de carcinoma de paratiroides. Se reinterviene realizándose resección tumoración de 4×3 cm que infiltra pared esofágica anterolateral derecha y contacta con sello cricoideo y 3 primeros anillos traqueales. Resección de la tumoración englobando pared esofágica infiltrada con cierre primario. Cierre de la vía aérea con sutura directa y plastia de ambas suturas con la musculatura pretiroidea. Se realiza linfadenectomía de niveles III y IV yugular derecho. 2019: ingresa por hipercalcemia de 14,5 mg/dl y se objetiva recidiva tumoral retrofaríngea con posible infiltración de tráquea (primeros anillos), dudosa afectación esofágica, de la fascia prevertebral. Vasos yugulocarotídeos respetados. Se deriva a nuestro hospital y se presenta el caso en el Comité multidisciplinar formado por Cirugía Endocrina, Cirugía esofagogástrica, Otorrinolaringología, Radiología de Cabeza y Cuello, Broncoscopia y Cirugía Plástica decidiéndose: dada la edad del paciente y que no existe infiltración de estructuras vitales o no resecables: esofagectomía + laringuectomía total con traqueostomía definitiva + colgajo ALT muslo derecho para reconstrucción esofágica + hemitiroidectomía izquierda + vaciamiento laterocervical bilateral. Técnica quirúrgica: incisión cervical bimastoidea con colgajo dermoplatismal. Vaciamiento cervical funcional bilateral, con exéresis de nervios auriculares mayores. Se conserva yugular interna, ECM y nervio espinal de forma bilateral. Laringuectomía y esofagectomía cervical con exéresis de la tumoración. Hemitiroidectomía izquierda. Exéresis de 4 anillos traqueales y colocación de cánula nº 9 con balón. Disección de colgajo ALT derecho basado en arteria perforante de la rama transversa de la arteria circunfleja femoral lateral, con diseño de isla cutánea de 9×12 cm para reconstrucción de esófago cervical. Insetting del colgajo con monofilamento reabsorbible de 3/0 a nivel proximal y distal. Anastomosis TT a la arteria tiroidea superior derecha con sutura irreabsorbible de 8/0 y anastomosis de vena del pedículo a vena del tronco tirolinguofacial con *coupler* de 2 mm. Anastomosis distal de colgajo a esófago con puntos sueltos

de sutura irreabsorbible 3/0 (cara anterior y cara posterior). Colocación de redón cervical. Posoperatorio: sin complicaciones salvo hipocalcemia corregida con calcio oral y necesidad de desbridamiento de pastilla muscular por Cirugía Plástica.