



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-140 - A PROPÓSITO DE UN CASO: COLOFARINGOPLASTIA, CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DE ESTENOSIS FARINGO-LARINGO-ESOFÁGICA TRAS INGESTA INTENCIONADA DE CÁUSTICOS

Guerreiro Caamaño, Aloia; Blanco Rodríguez, Angélica; García Brao, María Jesús; Sotelo Goyanes, Ángel; López Domínguez, Carlota; Rodríguez Rojo, Sergio; Santos Vieitez, Lucía; Robla Álvarez, David

CHUAC, A Coruña.

Resumen

Introducción: El tratamiento quirúrgico de las estenosis cáusticas del tracto digestivo superior (TDS) supone un desafío. Esto se debe a que la reconstrucción por encima de la unión cricofaríngea interfiere con los mecanismos de deglución y respiración; es decir, el restablecimiento de la continuidad del TDS requiere una reconstrucción esofágica (RE) y faríngea (RF) concomitante. La coloplastia retroesternal es el *gold estándar* para la RE después de una lesión cáustica del TDS. Además, la evaluación otorrinolaringológica preoperatoria completa, el tratamiento de las lesiones faríngeas y laríngeas asociadas en el momento de la reconstrucción, así como el control de la enfermedad psiquiátrica son factores clave para el éxito. La elección entre el injerto de colon derecho e izquierdo depende de la anatomía de la vascularización y de la preferencia individual del cirujano. En manos experimentadas, las tasas de mortalidad son inferiores al 5%, pero las complicaciones posoperatorias específicas (necrosis, fuga, estenosis...) son altas.

Caso clínico: Mujer, 28 años, intento autolítico mediante ingesta de cáusticos, con manejo conservador inicialmente. Al mes del suceso, se evidencia estenosis circunferencial orofaríngea, con destrucción de supraglotis, cierre completo de hipofaringe y esófago cervical, y presencia de una fístula esófago-traqueal que requiere la realización de traqueotomía y yeyunostomía de alimentación. Dieciséis meses más tarde, tras estabilización de la paciente, se realiza laringuectomía supraglótica asociada a faringocoloplastia retroesternal de sustitución, logrando el restablecimiento de la vía aérea y digestiva sin conseguir decanulación. Después de una mejoría inicial, se produce una posterior estenosis de la plastia colónica y reestenosis de orofaringe y supraglotis. Con el objetivo de restablecer la vía digestiva se realiza una reconstrucción en dos tiempos. En primer lugar, se extirpa el segmento esofágico fibrótico y se extrae la coloplastia retroesternal con posterior recolocación a través del mediastino posterior, abocándolo a nivel cervical. En un segundo tiempo se reconstruye el TDS realizando una anastomosis laringocolónica interponiendo un colgajo laringotraqueal. Funcionalmente, se consigue recuperar la tolerancia oral para líquidos y semisólidos, retirando la yeyunostomía, además de realizar rehabilitación fonatoria mediante laringófono.

Discusión: La colofaringoplastia es un recurso eficaz para restaurar la continuidad del TDS en pacientes con estenosis faringoesofágicas cáusticas graves. La pregunta sigue siendo si se debería realizar una esofagectomía de rutina en todos los pacientes. Según la literatura, la incidencia de desarrollo de carcinoma en un esófago afectado por la corrosión después de un período de 40 a 50 años desde la ingestión de cáusticos es alrededor del 4%; y si la reconstrucción se realiza entre 6 y 12 meses después de la ingestión de cáustico y

se excluye el esófago del paso de los alimentos, el riesgo de desarrollar malignidad se vuelve irrelevante.

Conclusiones: La colofaringoplastia se considera un procedimiento complicado pero fiable para restaurar la continuidad del tracto gastrointestinal después de una lesión corrosiva grave. Es innegable que la afectación laríngea afecta negativamente al resultado funcional, que el curso posoperatorio suele ser prolongado y conlleva varios problemas, lo que exige un enfoque multidisciplinario para manejarla.