

NOTA CLÍNICA- QUIRÚRGICA

FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA INCOMPETENTE TRAS PUNCIÓN FONATORIA. SOLUCIÓN QUIRÚRGICA

M. J. FERRER RAMÍREZ, E. ESTELLÉS FERRIOL, A. PLÁ MOCHOLÍ, J. DALMAU GALOFRE,
R. LÓPEZ MARTÍNEZ

SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. PESET. VALENCIA.

RESUMEN

Las fístulas traqueoesofágicas (FTE) son una complicación rara de la cirugía laríngea, los casos de presentación se deben generalmente a la creación de una fístula fonatoria. Presentamos la técnica quirúrgica empleada para el cierre de una

FTE en 3 pacientes a los que se les había realizado años atrás una laringectomía total con punción traqueoesofágica y colocación de prótesis fonatoria, seguida de radioterapia. Revisamos la literatura al respecto.

PALABRAS CLAVE: Colgajo pectoral mayor. Fístula traqueoesofágica.

ABSTRACT

INCOMPETENT TRACHEOESOPHAGEAL FISTULA FOLLOWING PHONATORY PUNCTURE SURGICAL RESOLUTION

Large tracheoesophageal fistulas (TEF) following a total laryngectomy are rare. Most often are associated with the creation of a surgical speech fistula or puncture. We describe the sur-

gical technique used in 3 patients with large TEF after a total laryngectomy and the creation of a speech fistula with a voice prosthesis, followed by radiation therapy. Pertinent literature is reviewed.

KEY WORDS: Pectoral major flap. Tracheoesophageal fistula.

Correspondencia: M^º José Ferrer Ramírez. Paseo Alameda 38, Torre II, Piso 11 Pta 22. 46023 Valencia.
E-mail: mferrerr@comv.es

Fecha de recepción: 15-3-2003

Fecha de aceptación: 9-7-2003

INTRODUCCIÓN

La fístula traqueoesofágica (FTE) con colocación de prótesis fonatoria se ha convertido en un método muy extendido de recuperación de la voz en el paciente laringuectomizado. Sin embargo, hasta un 20-30%¹⁻³ de los pacientes portadores de FTE requieren el cierre de la misma, siendo una de las causas más frecuentes el agrandamiento de la FTE y salida de líquido alrededor de la prótesis. Cuando esto sucede se retira la prótesis y se le coloca al paciente una sonda nasogástrica durante 1 ó 2 semanas, cerrando la fístula espontáneamente. Si por el contrario la FTE permanece abierta, se deberá recurrir al cierre quirúrgico.

La radioterapia posterior a la laringuectomía no parece influir en la aparición de mayor número de complicaciones^{4,5} si bien, se ha observado un aumento (aunque no significativo) de agrandamientos fistulares. En estos casos el cierre quirúrgico resulta mucho más dificultoso que en los pacientes no irradiados.

En el siguiente trabajo presentamos la técnica empleada para el cierre de la FTE ampliada en 3 pacientes a los que se les había realizado años atrás una laringuectomía total, con punción traqueoesofágica y colocación de prótesis fonatoria, seguida de radioterapia.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Se practica una incisión por encima del traqueostoma siguiendo la cicatriz de la laringuectomía previa, extendida lateralmente hacia los músculos esternocleidomastoideos. Se despegan los planos traqueales y esofágicos hasta llegar a la fístula y se continúa la separación hasta 1 cm por debajo del borde inferior de la misma. Una vez conseguido este aislamiento se sutura primeramente el defecto esofágico reavivando previamente los bordes mucosos.

Se diseña a continuación un colgajo miofascial de pectoral mayor. El colgajo es rotado 90° sobre su pedículo y se asciende al cuello. La porción distal del colgajo se divide en dos porciones de igual longitud. La porción superior se interpone entre el esófago y la pared posterior traqueal, con la fascia orientada hacia el defecto traqueal. El defecto traqueal se repara suturando la mucosa a la fascia del colgajo.

La porción inferior del colgajo miofascial se utiliza para recubrir la pared anterior traqueal. Por último se construye un nuevo estoma traqueal.



Figura 1. Porción superior del colgajo miofascial del pectoral mayor interpuesta entre el esófago y la pared posterior traqueal. El defecto traqueal se repara suturando la mucosa a la fascia del colgajo.

DISCUSIÓN

Una FTE amplia se acompaña frecuentemente de problemas nutricionales e infecciones pulmonares recurrentes, es por ello que la solución a este problema, cuando no se cierra espontáneamente, representa un reto para el otorrinolaringólogo.

Son muchos los métodos descritos para reparar este defecto. Todos ellos comparten un principio básico que es separar la traquea y el esófago

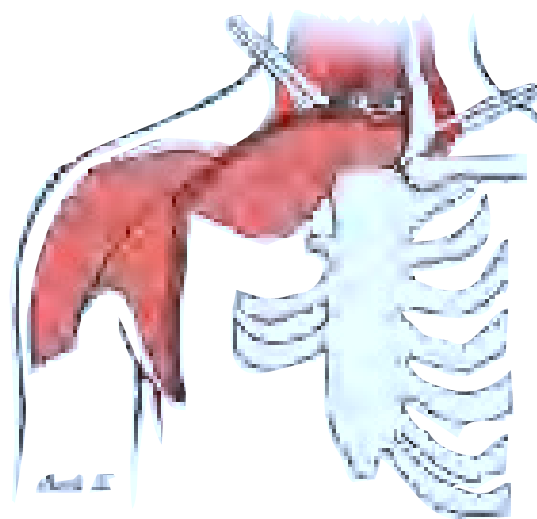


Figura 2. Porción inferior del colgajo miofascial del pectoral mayor recubriendo la pared anterior traqueal.

alrededor de la fístula y cierre de ambos defectos con suturas. Sin embargo, son frecuentes las estenosis y las fístulas recurrentes⁶.

Muchos cirujanos han intentado reforzar el cierre de la FTE interponiendo tejido bien vascularizado y se han descrito una gran variedad de colgajos musculares con este propósito incluyendo el músculo esternohioideo, esternocleidomastoideo, intercostal, latissimus dorsi, pectoral mayor, colgajo libre radial⁷⁻⁹.

La primera utilización del músculo pectoral mayor para el cierre de una fístula traqueoesofágica fue descrito por SIU y cols⁷ en un paciente afecto de un carcinoma de esófago al que se le había realizado una esofagectomía de Lewis-Tanner. Desde entonces se ha utilizado con buenos resultados.

El colgajo miocutáneo pectoral mayor descrito por Ariyan¹⁰, es un colgajo muy versátil para la reconstrucción de defectos en la región de cabeza y cuello. Es fácil de obtener y es lo suficientemente

largo para rodear completamente a la tráquea. Aunque en ciertas ocasiones el volumen del colgajo puede ser una desventaja, eliminando la isla de piel (colgajo miofascial) y denervando el colgajo se consigue reducir significativamente su volumen.

La utilización del colgajo miofascial del pectoral mayor para el cierre de una fístula traqueoesofágica amplia, presenta grandes ventajas: a) la porción distal del colgajo dividido en dos porciones permite reforzar el cierre esofágico y envolver la tráquea mejorando la vascularización, b) la fascia del colgajo es utilizada para cerrar el defecto traqueal consiguiendo su cierre sin que existan problemas de estenosis, frecuentes cuando se realizan suturas directas, c) la utilización de este colgajo no requiere habilidades en suturas microvasculares.

En nuestro centro hemos realizado esta técnica en tres pacientes, consiguiendo una completa epitelización y cierre de la FTE.

REFERENCIAS

- 1.- Ferrer Ramírez MJ, Guallart Domenech F, Brotons Durbán S, Carrasco Llatas M, Estellés Ferriol E, López Martínez R. Surgical voice restoration after total laryngectomy: long-term results. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2001; 258:463-466.
- 2.- Hilgers FJM, Schouwenburg PF. A new low-resistance, self-retaining prosthesis (Provox) for voice rehabilitation after total laryngectomy. *Laryngoscope* 1990; 100:1202-1207.
- 3.- Manni, JJ, Van Den Broek, P. Surgical and prosthesis-related complications using the Groningen button voice prosthesis. *Clin Otolaryngol* 1990; 15:515-523.
- 4.- Artazkoz JJ, López R. Rehabilitación quirúrgica de la voz. Influencia de la radioterapia postoperatoria en las fístulas traqueoesofágicas. Seguimiento a largo plazo. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1997; 48:299-304.
- 5.- Garth R, McRae A, Rhys P. Tracheoesophageal puncture: a review of problems and complications. *J Laryngol Otol* 1991; 105:750-754.
- 6.- Montgomery WW. Tracheo-esophageal fistula: surgical repair. *Arch Otolaryngol* 1965; 4:64-68.
- 7.- Siu KF, Wei WI, Lam KH, Wong J. Use of the pectoralis major muscle flap for repair of a tracheoesophageal fistula. *Am J Surg* 1985; 150:617-619.
- 8.- Alemar GO, Anand VK. Split pectoralis major flap for massive tracheoesophageal fistula. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1997; 117:105-108.
- 9.- Delaere PR, Delsupepe KG. Closure of persistent tracheoesophageal fistulas after removal of the voice prosthesis. *Laryngoscope* 1994; 104:494-496.
- 10.- Ariyan S. The pectoralis major myocutaneous flap. A versatile flap for reconstruction in the head and neck. *Plast Reconstr Surg* 1979; 63:73-81.