

Reparación quirúrgica de una estenosis anastomótica en reconstrucciones faríngeas con colgajos libres antebraquiales

F. García -Purriños, J. L. Llorente, V. Suárez Fente, R. Cabanillas, C. Suárez

Servicio de ORL. Hospital Central Universitario de Asturias. Oviedo.

Resumen: El colgajo libre antebraquial es una alternativa cada vez más utilizada en la reconstrucción hipofaríngea. Una posible complicación es la estenosis de la neofaringe, lo que produce una alteración o imposibilidad en la alimentación oral. Siempre debe descartarse la posibilidad de una recidiva tumoral. Presentamos dos casos de estenosis hipofaríngea tras una reconstrucción con un colgajo libre antebraquial, proponiendo realizar una reanastomosis extirmando el tejido fibroso y colocando un by-pass salival.

Palabras clave: Colgajo libre antebraquial. Complicaciones. By-pass salival.

Surgical repair of an anastomotic stenosis in pharyngeal reconstructions using antebrachial free flaps

Abstract: To obtain suitable deglutoria function and less morbidity after hipopharyngeal surgery, antebrachial free flaps is a very useful option. A possible complication is oral feeding impossibility due to neopharyngeal stenosis. Tumor recurrence must be excluded. We described two cases of hipopharyngeal stenosis after antebrachial free flap reconstruction, proposing surgical reanastomosis with fibrous ring resection and salivary by-pass stent.

Key words: Antebrachial free-flap. Complications. Salivary by-pass.

CASOS CLÍNICOS

Paciente 1

Varón de 57 años de edad, operado de un carcinoma epidermoide de seno piriforme izquierdo T1N3M0 mediante una faringectomía lateral con vaciamiento cervical radi-

cal izquierdo y funcional derecho seguido de radioterapia. En abril de 1998 se detecta una recidiva que es tratada mediante una laringectomía total. En el postoperatorio se produce una fistula que cierra espontáneamente al colocar una sonda nasogástrica y hacer compresión local. En noviembre de 2002 se produce otra recidiva faríngea. En este caso se realiza una faringectomía total y reconstrucción faríngea con un colgajo libre antebraquial, completando la reconstrucción paraestomal con un colgajo deltopectoral. El postoperatorio se complica con una fistula, que cierra en 30 días tras la colocación de un by-pass tipo Montgomery. Dado de alta en enero de 2003, comienza con síntomas de estenosis digestiva (figura 1). La TC muestra una zona estenótica concéntrica en el borde distal del colgajo antebraquial, de una longitud de un centímetro y buen calibre superior e inferior. En abril de 2003 se interviene realizando una incisión supraesternal horizontal de 3 cm, identificación de la estenosis, apertura de la luz faríngea, resección de la estenosis en sus dos tercios anteriores, colocación de un by-pass salival y sutura por planos. El paciente tras 6 meses de la cirugía deglute líquido y purés. A pesar de un paso faríngeo

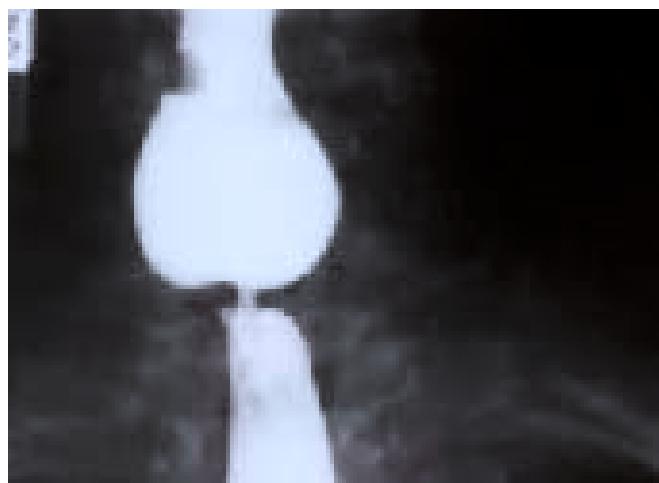


Figura 1. Faringoesofagograma baritado en el que se aprecia una zona estenótica a nivel distal, en un paciente con la neofaringe reconstruida con colgajo libre antebraquial.

Correspondencia: José L. Llorente Pendás

C/JM Caso, 14

33006 Oviedo

Fecha de recepción: 8-10-2003

Fecha de aceptación: 2-2-2004

aceptable se le realizan dilataciones periódicas debido a una importante fibrosis cervical.

Paciente 2

Varón de 63 años, operado de un adenocarcinoma nasal en 1993 y tratado con radioterapia postoperatoria. En septiembre de 1997 es diagnosticado de un carcinoma epidermoide retrocricoideo T3N1M0 y operado realizándose una faringolaringectomía total con vaciamiento funcional bilateral y reconstrucción faríngea mediante colgajo libre antebraquial izquierdo, cursando el postoperatorio inmediato sin incidentes y siendo dado de alta el día 21 post-cirugía. En octubre de 1997 el paciente presenta disfagia, por lo que se solicita un faringoesofagograma en el que se aprecia un buen paso del contraste, aunque con una zona filiforme a nivel de la sutura distal. En la esofagoscopia se observa un fondo de saco con una estenosis puntiforme a 18 cm de la arcada dentaria, sin signos de recidiva y con un orificio mínimo que impide el paso del endoscopio pediátrico, siendo el aspecto del colgajo normal, sin evidencia de recidiva. Se realiza gastrostomía de alimentación y el 24 de noviembre se hace una reanastomosis, con colocación de sonda nasogástrica y bypass salival. El 6 de diciembre se hace una esofagoscopia en la que se comprueba una anastomosis permeable (figura 2) y con buen paso, por lo que se inicia la



Figura 2. Faringoesofagograma baritado postquirúrgico del paciente 2, donde se aprecia un buen paso del contraste.

tolerancia oral. El 2 de enero de 1998 se cierra la gastrostomía. El paciente permanece asintomático y con buenas degluciones hasta la fecha.

DISCUSIÓN

La reconstrucción de la hipofaringe es una de las más difíciles con la que nos encontramos en el territorio de cabeza y cuello, debido a que debe restaurarse una funcionalidad compleja en un medio séptico, donde pequeñas complicaciones provocan importantes déficits funcionales. Cuando la resección tumoral es amplia se deberá recurrir a la reconstrucción con un colgajo libre para lograr los mejores resultados funcionales¹. Los colgajos libres más utilizados son el antebraquial radial, yeyuno o lateral de muslo y en menor medida el dorsal ancho o el recto abdominal². La elección de un colgajo u otro depende de características que deben ser individualizadas y de la experiencia del cirujano. Para nosotros, actualmente, el colgajo libre de elección en la reconstrucción de la hipofaringe es el colgajo antebraquial, debido a su versatilidad en la sutura faríngea (sobre todo en la superior), en la sutura del pedículo (por su tamaño e independencia) y en la no necesidad de abrir el abdomen. Se presentan dos casos de estenosis de boca anastomótica en un total de 30 reconstrucciones de hipofaringe con colgajos libres antebraquiales realizados desde 1994 a 2002.

La incidencia de disfagia después de la cirugía faringo-laringea es elevada. Cuando se produce una disfagia postoperatoria debemos descartar la existencia de una estenosis o una recidiva tumoral. Una forma de diagnosticar y objetivar la estenosis es el faringoesofagograma baritado³, aunque la TC es imprescindible, sobre todo para descartar recidivas.

Más de un noventa por ciento de los pacientes tienen algún grado de disfagia en el momento del alta tras realización de una faringo-laringectomía total o subtotal³. Otros estudios concluyen que en reconstrucción hipofaringea con colgajos libres un 12% de los pacientes no pueden prescindir de la sonda nasogástrica, mientras que un 78% toleran una dieta normal o blanda⁵.

La tasa de estenosis tras la reconstrucción con un colgajo libre antebraquial varía, según los autores, entre un 3%⁶ y un 36%⁷. El lugar donde se suelen producir es la anastomosis distal, ya que en ella existen dos suturas superpuestas (colgajo antebraquial-esófago y piel-tráquea), además de ser donde con mayor frecuencia se forman las fistulas (con la consiguiente retracción de la sutura en la cicatrización por segunda intención). Para evitarlo se pueden realizar técnicas antiestenosis como evitar la superposición de suturas o la elaboración de un pico de flauta en la mucosa que evitaría retracción cicatricial circular.

Para restablecer la permeabilidad de la vía digestiva se han propuesto numerosas técnicas: stents metálicos⁸ (que en nuestra experiencia no se deberían de usar a no ser en pacientes terminales), by-pass salivares, utilización de sondas de dilatación, que pueden ser útiles en casos iniciales o no muy graves y sobre todo, reintervención extirmando el tejido

do hipertrófico que provoca la estenosis y reanastomosis adecuada.

El objetivo último de la cirugía es la extirpación del tejido cicatricial (faríngeo y cervical) y reanastomosis para lograr el cierre primario de la sutura. El by pass salivar temporal ayuda para mantener el calibre de la neofaringe y sobre todo para derivar la saliva hacia el esófago minimizando el riesgo de fistula y favoreciendo así el cierre primario.

Presentamos dos pacientes con estenosis postquirúrgica en la unión del colgajo libre con el esófago que fueron resueltos con una reanastomosis y by pass salivar temporal. Pensamos que, por su poca agresividad y la facilidad de realización, la citada técnica debe ser valorada como una primera opción en casos de estenosis post-quirúrgica localizada, antes de usar técnicas reconstructivas más complicadas o técnicas menos resolutivas y molestas (dilataciones, stents...). En casos de estenosis no puntual deberían valorarse otras técnicas reparativas.

Referencias

1. Llorente Pendás JL, Suárez Nieto C. Colgajos libres en las reconstrucciones de cabeza y cuello. Ponencia oficial del XVII Congreso Nacional de la SEORL-PCF 1997. Ed Garsi, Madrid.

2. Bizeau A, Guelucci B, Giovanni A, Gras R, Casanova D, Zanaret M. 15 years experience with microvascular free tissue transfer repair of head and neck cancer defects. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 2002;119:31-8.
3. Gupta S, Levine MS, Rubesin SE, Katzka DA, Laufer I. Usefulness of barium studies for differentiating benign and malignant strictures of the esophagus. *AJR Am J Roentgenol* 2003;180:737-44.
4. Ward EC, Bishop B, Frisby J, Stevens M. Swallowing outcomes following laryngectomy and pharyngolaryngectomy. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2002;128:181-6.
5. Disa JJ, Pusic AL, Hidalgo DA, Cordeiro PG. Microvascular reconstruction of the hypopharynx: defect classification, treatment algorithm and functional outcome on 165 consecutive cases. *Plast Reconstr Surg* 2003;111:652-60.
6. Hagen R. Functional long-term results following hemipharyngohemilaryngectomy and microvascular reconstruction using radial forearm flap. *Laryngorhinootologie* 2002;8:233-42.
7. Bootz F, Weber A, Oeken J, Keiner S. Reconstruction of hypopharynx after pharyngolaryngectomy with shaped radial forearm flap. *Laryngorhinootologie* 2002;81:17-21.
8. Profili S, Meloni GB, Feo CF, Pischedda A, Bozzo C, Ginescu GC. Self-expandable metal stents in the management of cervical oesophageal and/or hypopharyngeal strictures. *Clin Radiol* 2002;57:1028-33.