

especialmente trombosis esplénica, derrame pleural y eventraciones, y una cierta disminución de la estancia hospitalaria<sup>1,2</sup>.

En conclusión, la EPL es una técnica demandante pero válida y factible en el tratamiento de lesiones esplénicas, especialmente las localizadas en los polos del bazo, que disminuye ciertas complicaciones postoperatorias y mantiene la función inmunológica esplénica.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Balaphas A, Buchs NC, Meyer J, Hagen ME, Morel P. Partial splenectomy in the era of minimally invasive surgery: The current laparoscopic and robotic experience. *Surg Endosc.* 2015;29:3618-27.
2. Lee SH, Lee JS, Lee SH, Yoon YH, Hong TH. Role of laparoscopic partial splenectomy for tumorous lesions of the spleen. *J Gastrointest Surg.* 2015;19:1052-8.
3. Wang X, Wang M, Zhang H, Peng B. Laparoscopic partial splenectomy is safe and effective in patients with focal benign splenic lesion. *Surg Endosc.* 2014;28:3273-8.
4. Ingle SB, Hinge CR, Patrike S. Epithelial cysts of the spleen. *World J Gastroenterol.* 2014;20:13899-903.
5. Szczepanik AB, Meissner AJ. Partial splenectomy in the management of non parasitic splenic cysts. *World J Surg.* 2009;33:852-6.
6. Hery G, Becmeur F, Mefat L, Kalfa D, Lutz P, Lutz L, et al. Laparoscopic partial splenectomy: Indications and results of a multicenter retrospective study. *Surg Endosc.* 2008;22:45-9.

7. Uranues S, Grossman D, Ludwig L, Bergamaschi R. Laparoscopic partial splenectomy. *Surg Endosc.* 2007;21:57-60.
8. Cai YQ, Li CL, Zhang H, Wang X, Peng B. Emergency laparoscopic partial splenectomy for ruptured spleen: A case report. *World J Gastroenterol.* 2014;20:17670-3.
9. Han XL, Zhao YP, Chen G, Wu WM, Dai MH. Laparoscopic partial splenectomy for splenic hemangioma: Experience of a single center in six cases. *Chin Med J.* 2015;128:694-7.
10. Ran B, Shao Y, Yimiti Y, Aji T, Sayding P, Jiang T, et al. Spleen-preserving surgery is effective for the treatment of spleen cystic echinococcosis. *Int J Infect Dis.* 2014;29:181-3.

José M. Ramia\*, Roberto de la Plaza Llamas, Aylhin Joana López-Marcano, José del Carmen Valenzuela Torres y José Manuel García Gil

Unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática, Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [jose\\_ramia@hotmail.com](mailto:jose_ramia@hotmail.com) (J.M. Ramia).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2017.03.004>  
0009-739X/

© 2017 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Reparación de fístula traqueoesofágica recurrente con colgajo gastro-omental libre en un paciente irradiado



### Recurrent tracheoesophageal fistula repair with gastro-omental free flap in an irradiated patient

La punción traqueoesofágica (TEP) y la inserción de prótesis se han convertido en las técnicas de elección para el restablecimiento de las funciones de voz y habla en pacientes sometidos a laringectomía.

El aumento del calibre de la fístula traqueoesofágica (TEF) puede originar una fuga y aspiración de líquidos que cause complicaciones graves tales como neumonía por aspiración, lesión vascular e incluso la muerte<sup>1,2</sup>.

Describimos un caso de reconstrucción de rescate empleando un colgajo gastro-omental en una gran TEF persistente en un varón de 71 años, donde habían fallado el tratamiento conservador y la interposición de un colgajo muscular, limitando además su estado general la resolución de la fístula. Hasta la fecha no se ha descrito la aplicación de este colgajo libre en el contexto de una TEF.

El paciente había sido tratado 8 años atrás de carcinoma escamoso supraglótico con laringectomía total y disección de cuello modificada bilateral radical, con inserción intraopera-

toria, a través de la TEP, de una prótesis (Provox<sup>®</sup>) que permitió una rehabilitación exitosa del habla. Se llevó a cabo terapia postoperatoria de radiación.

Durante el seguimiento del paciente se produjeron al menos 2 episodios de hospitalización debidos a un ensanchamiento de la TEP. Tras diversos intentos fallidos de resolver el problema, extrayendo temporalmente la prótesis, o colocando una lámina Silastic<sup>®</sup> para ocluir las zonas de fuga entre el Provox<sup>®</sup> y la fístula se colocó un botón de silicona en esta última con un broncoscopio rígido. Sin embargo, el botón de silicona volvió a desprenderse 2 veces durante los años siguientes.

El tamaño de la TEF que presentaba este paciente 8 años después de la cirugía primaria era de 5 × 2 cm, extendiéndose desde el nivel del traqueostoma hacia abajo, y afectando también a la tráquea subestomática (figs. 1A y B). Debido al gran tamaño de la fístula, el intercambio del botón de silicona era imposible, no pudiéndose ocluir mediante broncoscopia rígida ni esofagoscopia. Se intentó sin éxito la corrección

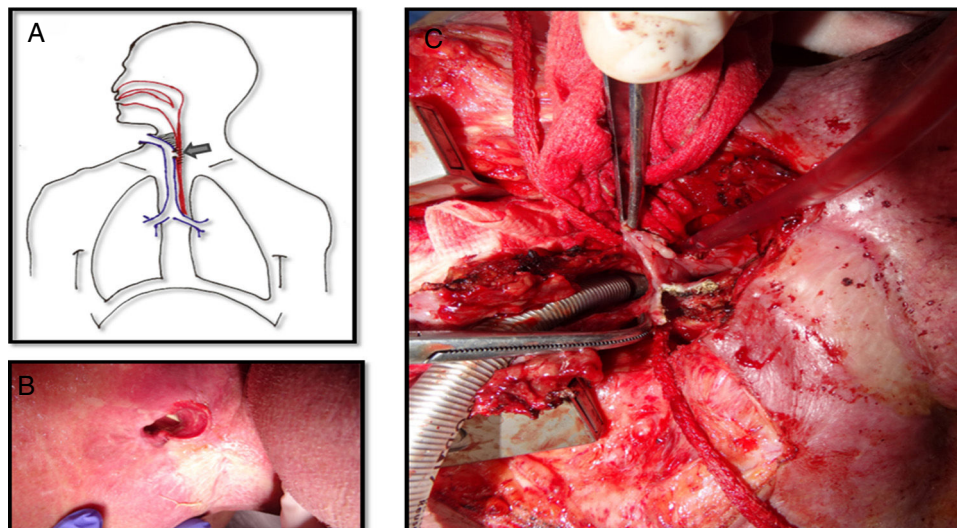


Figura 1 – A) Fotografía que muestra la TEF con mucha cantidad de fibrosis alrededor. B) El tubo nasogástrico se visualiza a través del traqueostoma, que confirma una gran fístula a este nivel. C) La tráquea se desprende del esófago. La pared posterior de la tráquea ya ha sido extraída porque el tejido estaba necrosado. Se visualiza el defecto en la pared anterior del esófago.

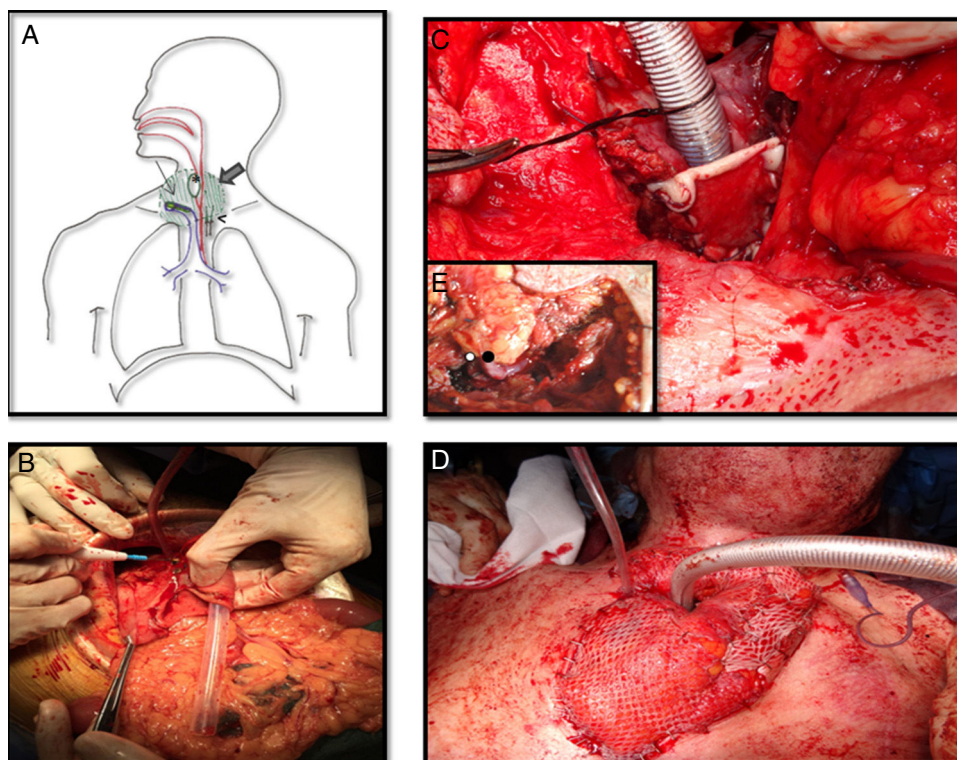


Figura 2 – A) Vista esquemática de la reconstrucción. La flecha ancha apunta al epiplón que rodea el traqueostoma y el esófago. La flecha estrecha se sitúa en el injerto de piel que cubre el lado posterior de la tráquea. La cabeza de la flecha muestra la anastomosis microvascular, y por último, el asterisco se halla en el parche estomacal que constituye el esófago anterior. B) Colgajo gastro-omental con su porción de omento debajo y la conformación del parche estomacal. C) Al nivel del traqueostoma, la pared posterior de la tráquea está formada por un injerto de piel. El omento se situará alrededor del traqueostoma y por detrás del injerto de piel que lo nutre. D) Se extrajo la tráquea cervical situándose el nuevo estoma traqueal justo a 2 cm por debajo del lugar donde se situaba anteriormente. Alrededor de este, el omento cubierto por injertos de piel. E) Anastomosis vascular mediante microscopio entre los vasos gastroepiploicos derechos y los vasos internos mamarios en el tercer espacio intercostal. El punto blanco se halla en la anastomosis arterial y el punto negro en la anastomosis venosa.

quirúrgica con interposición de un colgajo pectoral entre la tráquea y el esófago, ya que la fístula volvió a manifestarse a las pocas semanas.

Finalmente se realizó un colgajo gastro-omental para tratar de resolver el problema. La intervención fue realizada por un equipo multidisciplinar compuesto de otorrinolaringólogos, y cirujanos torácicos y plásticos.

La obesidad del paciente dificultó la obtención de una buena visualización de la fístula con un enfoque cervical, por lo que se realizó una esternotomía superior parcial con extensión unilateral en forma de J hacia la derecha a través del tercer espacio intercostal. A continuación se desprendió la tráquea del esófago, desbridándose la pared esofágica anterior y la porción posterior de la tráquea (fig. 1C).

En el intermedio, un segundo equipo elevó el colgajo gastro-omental que incluía una porción de la curvatura mayor del estómago, extraído con forma elíptica con un tamaño ligeramente superior al del esófago y el segmento correspondiente de omento mayor con los vasos gastroepiploicos derechos (fig. 2B).

La inserción del colgajo en el cuello se realizó con anterioridad a la anastomosis de los vasos. Se elaboró un parche estomacal para reconstruir la pared del esófago anterior, situándose el omento alrededor del traqueostoma, entre la tráquea y el esófago. A fin de evitar una traqueotomía mediastínica inferior, con elevado riesgo de complicaciones posteriores debido a la compresión de los grandes vasos se preservó la longitud traqueal. Ello se logró conservando todos los anillos cartilagosos, y desbridando únicamente la tráquea membranosa posterior que estaba en contacto con el esófago. A continuación se utilizó un injerto de piel de grosor parcial procedente del muslo, para revitalizar la pared posterior de la tráquea al nivel del traqueostoma, e impedir la obstrucción de la vía aérea producida por el omento. La parte epidérmica se suturó a los bordes posteriores de la tráquea, y la parte dérmica se colocó en contacto con el omento circundante, para poder nutrirlo (fig. 2C). Por último se realizó anastomosis mediante microcirugía entre los vasos mamarios internos y los gastroepiploicos, sin necesidad de colgajo venoso. El omento situado entre el traqueostoma se cubrió con injertos de piel, dejándose abierta la esternotomía para evitar la compresión del colgajo (figs. 2D y E).

Durante los primeros 3 días del periodo postoperatorio se utilizó sonda nasogástrica (SNG) para realizar la aspiración estomacal, y proteger la sutura del estómago. Posteriormente, al cuarto día postoperatorio se utilizó para alimentar al paciente. La evaluación postoperatoria mediante tránsito baritado y TC a los 10 días de la intervención descartó la presencia de fístulas. El alta del paciente se produjo a los 25 días de la intervención, extrayéndose la SNG al tolerarse bien la ingesta oral transcurridos 45 días desde la cirugía. Durante el seguimiento a los 16 meses el omento se había atrofiado considerablemente, mejorando el aspecto del cuello, y el paciente seguía tolerando la dieta oral sin necesidad de dilatación mediante balón endoscópico.

El manejo inicial de la TEF implica normalmente una combinación de diversas medidas conservadoras, tales como los cambios del tamaño de la prótesis, la retirada temporal de la misma, la inyección en la localización de la TEP, y la colocación de suturas alrededor de la punción, o de prótesis de botón de silicona, con el fin de ocluir la fístula<sup>3</sup>.

Sin embargo, en los pacientes con elevado riesgo de dehiscencia de la herida, toxicidad debida a radioterapia, altos niveles de contaminación a nivel local, y colgajos previos fallidos, así como en pacientes obesos en los que la respiración y la tos pueden incrementar la inestabilidad, pensamos que la inserción de un colgajo gastro-omental libre constituye una buena alternativa<sup>4-7</sup>.

La mucosa gástrica puede adaptarse fácilmente al defecto sin adición de peso considerable (que es la principal desventaja de los colgajos musculares, que presentan excesivo volumen). Además, el largo pedículo omental permite la creación de anastomosis a los vasos extracervicales, fuera del área contaminada y radiada. El omento puede rellenar todos los espacios muertos, aportando también tejido altamente vascular, rico en factores de crecimiento y células progenitoras que ayudan a sanar al tejido lesionado y a proteger la anastomosis del defecto y de los vasos expuestos. Aunque existe cierta preocupación acerca de la ulceración péptica de la localización receptora, la producción de moco de la mucosa estomacal transferida y la atrofia de las glándulas gástricas desernadas hacen que esta complicación sea bastante inusual. Además, se utiliza la terapia intensiva con inhibidores de la bomba de protones durante los 3 primeros meses, antes de que se produzca la atrofia glandular. Y además, el antro mayor, que es la porción extraída del estómago, está escasamente poblado por células parietales gástricas<sup>8-10</sup>.

#### BIBLIOGRAFÍA

- Hutcheson KA, Lewin JS, Sturgis EM, Kapadia A, Risser J. Enlarged tracheoesophageal puncture after total laryngectomy: A systematic review and meta-analysis. *Head Neck*. 2011;33:20-30.
- Andrews JC, Mickel RA, Hanson DG, Monahan GP, Ward PH. Major complications following tracheoesophageal puncture for voice rehabilitation. *Laryngoscope*. 1987;97:562-7.
- Mirza S, Head M, Robson AK. Silicone septal button in the management of a large tracheo-oesophageal fistula following primary puncture in a laryngectomee. *ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec*. 2003;65:129-30.
- Yu P. One-stage reconstruction of complex pharyngoesophageal, tracheal, and anterior neck defects. *Plast Reconstr Surg*. 2005;116:949-56.
- Gehrking E, Raap M, Sommer KD. Classification and management of tracheoesophageal and tracheopharyngeal fistulas after laryngectomy. *Laryngoscope*. 2007;117:1943-51.
- Dewey EH, Castro JR, Mojica J, Lazarus CL, Su HK, Alpert EH, et al. Reconstruction of expanding tracheoesophageal fistulae in post-radiation therapy patients who undergo total laryngectomy with a bipaddled radial forearm free flap: Report of 8 cases. *Head Neck*. 2016;38 Suppl 1:E172-8.
- Weber RS, Berkey BA, Forastiere A, Cooper J, Maor M, Goepfert H, et al. Outcome of salvage total laryngectomy following organ preservation therapy: The Radiation Therapy Oncology Group trial 91-11. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2003;129:44-9.
- Viñals JM, Rodrigues TA, Lopez CC, Payro JM, Porté JA, Sildenikova DP, et al. Outcomes of gastro-omental free flap reconstruction for salvage laryngopharyngectomy for pharyngeal and laryngeal cancer after concurrent chemoradiotherapy. *Ann Plast Surg*. 2014; [Epub ahead of print]



9. Patel RS, Gilbert RW. Utility of the gastro-omental free flap in head and neck reconstruction. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.* 2009;17:258-62.
10. Vernik J, Singh AK. Omentum: Power to heal and regenerate. *Int J Artif Organs.* 2007;30:95-9.

Juan Maria Viñals Viñals<sup>a</sup>, Pau Tarrús Bozal<sup>a\*</sup>, Jose Maria Serra-Mestre<sup>b</sup>, Oriol Bermejo Segú<sup>a</sup> y Julio Nogués Orpí<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Departamento de Cirugía Plástica y Reconstructiva, Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

<sup>b</sup>Plastic and Reconstructive Surgery Department, Second University of Naples, Nápoles, Italia

<sup>c</sup>Departamento de Otorrinolaringología, Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [pau.tarrus@bellvitgehospital.cat](mailto:pau.tarrus@bellvitgehospital.cat) (P. Tarrús Bozal).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2017.01.009>  
0009-739X/

© 2017 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## «Hernia transilíaca». Una original modalidad de eventración probablemente no tan infrecuente

### «Iliac hernia», an original form of ventral hernia that is probably not so uncommon



El ala ilíaca es frecuentemente utilizada como área donante de tejido óseo autógeno para injertos en cirugía ortopédica por la calidad y cantidad de hueso disponible y por su fácil accesibilidad. La herniación de las vísceras intraabdominales a través del defecto óseo creado es una complicación potencialmente grave.

Presentamos el caso de una paciente de 76 años con síndrome metabólico (índice de masa corporal 36), intervenida de coxartrosis bilateral secundaria a luxación congénita de cadera izquierda mediante endoprótesis bilateral de tipo Müller a los 36 años, que precisó un repuesto del cótilo protésico izquierdo por descementación y un recambio de la prótesis izquierda con injerto óseo autógeno de ala ilíaca en el fondo acetabular a los 48 y 53 años, respectivamente. La enferma padecía episodios de dolor abdominal cólico hacía varios meses y el examen corporal descubría una tumefacción irreductible en la región glútea izquierda. La tomografía abdominal mostraba una hernia transilíaca y una hernia umbilical (figs. 1 y 2). La intervención quirúrgica consistió en realizar una laparotomía media infraumbilical, incidir el peritoneo parietal izquierdo para movilizar y reducir a la cavidad abdominal el segmento de colon descendente y sigma herniado por deslizamiento e incarcerated, acceder al espacio retroperitoneal e implantar una malla de polipropileno de 20 × 20 cm, extendida en posición retroperitoneal que recubría ampliamente el orificio herniario y las estructuras osteomusculares adyacentes sin contactar con el peritoneo visceral y que fue fijada con varios puntos irreabsorbibles cardinales y mantenida en su posición correcta por la propia presión intraabdominal. La laparotomía fue cerrada con una doble sutura continua de material reabsorbible lento con reparación de la hernia umbilical. No hubo complicaciones

postoperatorias. Al año de seguimiento, la exploración física no ha objetivado recidiva de las hernias.

La obtención de ala del ilion para injerto autógeno tiene una morbilidad entre el 12 y el 20%, mayor si la zona donante es la parte anterior de la cresta ilíaca y no la posterior (23 vs. 2%, respectivamente). Entre las diversas complicaciones postoperatorias<sup>1</sup> sobresale la hernia transilíaca, término utilizado en la literatura para denominar la eventración transilíaca y, ocasionalmente, clasificada como hernia lumbar. Esta dolencia, descrita por Oldfield en 1945, es una entidad poco documentada y probablemente subestimada porque se han informado menos de 40 casos desde su primera publicación<sup>2,3</sup>; sin embargo, su incidencia se estima del 5 al 9%<sup>1,4</sup>.

Su etiopatogenia es consecuencia del defecto quirúrgico en el hueso coxal, casi siempre relacionado con la obtención del injerto óseo y, con menos frecuencia, tras fracturas<sup>5</sup>, desbridamiento por osteomielitis y rara vez por defecto óseo congénito.

Su aparición ha sido referida entre los primeros días siguientes a la operación y los 15 años del defecto óseo<sup>6</sup>. Esta complicación parece ser más frecuente en mujeres. El intestino delgado es el órgano más comúnmente herniado, del que se ha informado su estrangulación y torsión. Otros órganos como el hígado han sido también reseñados<sup>7</sup>.

El diagnóstico se sospecha al confirmarse una tumoración de la cicatriz glútea, de difícil valoración en caso de obesidad y cuanto más posterior sea su localización. Debe realizarse diagnóstico diferencial con hematoma<sup>2</sup> o absceso y con otras dolencias menos probables como neoplasias intraabdominales, cáncer renal, hernia muscular, tumores de partes blandas y paniculitis lumbosacra. Se confirma con la tomografía