



ARTÍCULO ORIGINAL

Reconstrucción de orofaringe e hipofaringe. ¿Qué hemos aprendido?

Jesús Herranz González-Botas*, Mercedes Álvarez Buylla y Carlos Vázquez Barro

Servicio de Otorrinolaringología, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña, España

Recibido el 21 de noviembre de 2009; aceptado el 18 de febrero de 2010

PALABRAS CLAVE

Reconstrucción;
Miocutáneo;
Microvascular;
Orofaringe;
Hipofaringe

KEYWORDS

Reconstruction;
Free flaps;
Myocutaneous;

Resumen

Introducción y objetivos: La reconstrucción de orofaringe e hipofaringe demanda importante recursos técnicos y humanos. El objetivo es analizar nuestro programa de reconstrucción durante los últimos 13 años.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de 43 procedimientos reconstructivos de orofaringe e hipofaringe realizados entre 1993–2008.

Resultado: El 67,4 % (29/43) fueron microvasculares (fasciocutáneo radial 17, recto anterior del abdomen 10, escapular 1, yeyuno 1) y el 42,6% (14/43) miocutaneos (pectoral mayor 13, dorsal ancho 1). El 83% (37/43) eran tumores de orofaringe y el 17% (6/43) de hipofaringe, siendo estadio IV el 70% (30/43), 26% (11/43) estadio III y 4% (2/43) estadio II. La estancia media fue de 54 días. El 74,4% (32/43) presentó algún tipo de complicación postoperatoria, siendo la más frecuente la fístula salivar, 62,5% (20/32). El fracaso por necrosis de los colgajos microvasculares fue del 20% (6/29). Se realizó un microvascular cada 5,5 meses, y un miocutáneo cada 11,1 meses. La radioterapia previa y la cirugía de rescate no influyeron de forma significativa en la incidencia de complicaciones.

Conclusiones: La reconstrucción es un reto apasionante y agradecido cuando todo va bien, pero cuando fracasa, es frustrante para el médico, pero mucho más lo es para el paciente. Por ello, la colaboración entre equipos implicados en la reconstrucción de cabeza y cuello es importante sobre todo en centros en los que el volumen de pacientes no permite adquirir, de forma rápida, la destreza y experiencia que este tipo de cirugía requiere.

© 2009 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Oropharynx and hypopharynx reconstruction. What have we learnt?

Abstract

Introduction and objectives: Oropharyngeal and hypopharyngeal reconstructions require significant human and technical resources. This study analysed our reconstruction program over the last 13 years.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jesus.herranz.gonzalez.botas@sergas.es (J. Herranz González-Botas).

Oropharynx;
Hypopharynx

Material and Methods: Retrospective study in a tertiary reference centre.

Results: Forty-three reconstruction procedures, of which 67.4 % (29/43) were microvascular (radial forearm 17, rectus abdominis 10, scapular 1, jejunum 1) and 42.6% (14/43) myocutaneous (pectoralis major 13, latissimus dorsi 1). Of these reconstructions, 83% (37/43) were for oropharyngeal defects and 17% (6/43) for hypopharyngeal defects, with 70% Stage IV (30/43), 26% Stage III (11/43) and 4% (2/43) Stage II. Mean Hospital stay was 54 days. Complications were present in 74.4% (32/43), salivary fistula being the most frequent (62.5%; 20/32). Ischemic necrosis was present in 20% (6/29) of the microvascular flaps. One microvascular flap was performed every 5.5 months, and one myocutaneous every 11.1 months. Previous radiotherapy and salvage surgery did not significantly increase the rate of complications.

Conclusions: Reconstruction of pharyngeal defects is a challenging and demanding task, one that is great when everything runs perfectly and disastrous when failure takes place, mainly for the patient. Disciplines related with head and neck reconstruction should create multidisciplinary teams to increase experience, particularly in centres where the number of patients available makes it difficult to get the expertise and confidence this surgery demands for accomplishing the objectives of patient satisfaction and functional restoration.
© 2009 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La reconstrucción de defectos de orofaringe y/o hipofaringe tras cirugía oncológica supone un desafío constante debido a las características de los pacientes, la morbilidad asociada y los defectos funcionales y estéticos que se intentan corregir. Es una cirugía que demanda importantes recursos técnicos, humanos y económicos, con una adecuada organización logística, tanto en su fase quirúrgica como postoperatoria. Su utilización se ha ido extendiendo progresivamente tanto por los buenos resultados reflejados en la literatura^{1,2} como por la necesidad de reconstrucción en la cirugía de rescate tras fracasos de terapéuticas no quirúrgicas. Se han descrito multitud de colgajos, miocutáneos o microvasculares cuya selección depende del tipo de defecto, las características del paciente y la experiencia del equipo quirúrgico.

Para el empleo de estas técnicas reconstructivas cada paciente debe ser evaluado adecuadamente y considerar tanto las posibilidades de curación como las opciones destinadas a reducir al mínimo las secuelas asociadas al tratamiento.

El objetivo de este artículo es la revisión crítica de los procedimientos reconstructivos empleados en los últimos 13 años, analizando estancia, tipo de intervención, colgajo, complicaciones y evolución con el fin de extraer conclusiones que nos permitan saber si estamos consiguiendo los objetivos buscados, adecuando su empleo a nuestro medio así como establecer las modificaciones que se deberían tomar para su mejora.

Material y método

Hemos revisado los colgajos realizados entre octubre de 1995 y octubre de 2008 en un servicio de otorrinolaringología de nivel terciario de referencia de nuestra comunidad autónoma con una población en el área sanitaria de 560.000 personas. Se han revisado todas las historias clínicas recogiendo localización del tumor, abordaje quirúrgico, tipo de colgajo, complicaciones y estancia. El seguimiento medio ha sido de 26 meses con un mínimo 6 meses.

Resultados

Se trataron un total de 43 pacientes, con una edad media de 54 años (rango 37–69), 95% (42/43) varones. El 67,4% (29/43) de las reconstrucciones se realizaron mediante colgajos microvasculares y el 42,6% (14/43) restante con colgajos miocutáneos (tabla 1), todas ellas en el mismo acto quirúrgico que la resección del primario. En el 79% (34/43) la reconstrucción se realizó como parte del tratamiento inicial y en el 21% (9/43) tras cirugía de rescate por fracaso de quimio/radioterapia (tabla 2). El colgajo fasciocutáneo radial fue el más empleado en la cirugía primaria y el miocutáneo de pectoral mayor en la cirugía de rescate. La localización principal de los tumores fue la orofaringe 83% (37/43), seguida de la hipofaringe 17% (6/43). La mayor parte corresponde a estadios IV, 70% (30/43) seguido de estadio III, 26% (11/43) y 4% (2/43) estadio II (tabla 3). Las intervenciones realizadas se muestran en la (tabla 4).

Estancia media

La estancia media global fue de 54 días (rango 15–165) con una mediana de 43,2 días, siendo de 46 días en los miocutáneos y de 57 días en los microvasculares.

Complicaciones

El 74,4% (32/43) presentó algún tipo de complicación postoperatoria, siendo la más frecuente la fístula salival,

Tabla 1 Tipo de colgajo

Colgajo	n	%
Dorsal ancho	1	2,3
Escapular	1	2,3
Yeyuno	1	2,3
Recto abdominal	10	23,2
Pectoral mayor	13	30,2
Radial	17	39,5
Total general	43	

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4102314>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4102314>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)