



ORIGINAL

Fístula tras laringectomía total. Estudio retrospectivo y revisión bibliográfica

Luis D. Sarra*, Juan C. Rodríguez, Mariela García Valea, Julio Bitar y Alejandro Da Silva

Sección de Cirugía de Cabeza y Cuello. Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Municipal Dr. Diego E. Thompson. General San Martín. Buenos Aires. Argentina.

Recibido el 4 de junio de 2008; aceptado el 3 de septiembre de 2008

PALABRAS CLAVE

Laringectomía total;
Complicaciones;
Fístulas

Resumen

Introducción y objetivos: La fístula faringocutánea es la complicación más frecuente de la cirugía del cáncer de laringe y hay escasa literatura sobre el tema. Nuestro objetivo es analizar la experiencia de más de una década en un hospital zonal y realizar una revisión bibliográfica.

Métodos: Entre los años 1995 y 2008, se diagnosticó a 81 pacientes con cáncer de laringe. Se excluyó a 52 pacientes que ingresaron a protocolos de quimiorradioterapia o fueron tratados con cirugía conservadora. Se practicó laringectomía total como tratamiento primario a 29 pacientes. En 14 casos se asoció faringectomía parcial o total, vaciamientos de cuello o colgajos. Utilizamos alimentación por sonda nasogástrica en todos los casos, como mínimo, durante 8 días.

Resultados: Cuando la laringectomía total fue el único tratamiento, la incidencia de fístulas alcanzó el 20%, mientras que cuando se asociaron otros procedimientos, la incidencia fue del 34,5%. El tiempo de internación promedio de los pacientes fistulizados fue de 23 días. Cerraron espontáneamente el 80% de las fístulas y debimos reintervenir a 2 pacientes. Se realizó gastrostomía en 5 oportunidades y alimentación enteral domiciliaria en 8 pacientes.

Conclusiones: Nuestra frecuencia de fístulas es similar a la publicada y coincidimos en que el tratamiento inicial debe ser conservador. Cuando es necesario reoperar, preferimos el colgajo miocutáneo de pectoral mayor. En pacientes seleccionados, la alimentación enteral domiciliaria reduce el tiempo de internación y mejora la calidad de vida. Queda pendiente el análisis del impacto de esta complicación en los costos de salud.

© 2008 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Isarra@intramed.net.ar (L.D. Sarra).

KEYWORDS

Total laryngectomy;
Complications;
Fistulae

Fistula following total laryngectomy. Retrospective study and bibliographical review**Abstract**

Background: The pharyngocutaneous fistulae is troublesome and the most common complication following total laryngectomy. Our objective was to determine the incidence of pharyngocutaneous fistulae after the total laryngectomy in our serie and to make review of the medical literature.

Methods: We made a retrospective study of a serie of 81 consecutive cases of laryngeal carcinoma treated between 1995 and 2008 in our section. Total laryngectomy was performed in 29 cases and 52 patients treated with organ preservation approach, were excluded. In 14 cases, the procedure was combined with radical neck dissection, pharyngeal resection or myocutanenous flaps. Nasogastric tube for feeding in the postoperative period was used in all patients and surgical gastrostomy was performed in 5 cases.

Results: Our incidence of fistulas when total laryngectomy was the alone procedure is 20% and 34.5% when simultaneous surgical proceedings were associated. Spontaneous closure was noted in 80% of the cases and the mean hospitalization time was 23 days.

Conclusions: Most of the fistulas can be managed with conservative treatment. Pectoralis major myocutanenous flap is appropriate when conservative treatment has failed. In small fistulas, nasogastric or gastrostomy tube for feeding can be successfully managed in the ambulatory follow up. The cost-benefit relation must be better analyzed.

© 2008 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Ante el desarrollo de los protocolos de conservación laríngea, la laringectomía total por cáncer ha quedado relegada a tumores voluminosos o como cirugía de rescate en recidivas o en pacientes con mala respuesta a la quimioterapia¹.

La fístula faringocutánea es la más común y, a la vez, la complicación más problemática en el postoperatorio inmediato de una laringectomía total¹⁻⁶. La dehiscencia de la línea de sutura faríngea ocurre en el 10-30% de las resecciones compuestas de la encrucijada aerodigestiva superior y en el 8-22% de las laringectomías totales³. Weingrad y Spiro comunican un 4% de fístulas en laringectomías totales por tumores endolaríngeos, cifra que alcanza el 37% cuando los tumores invadían la hipofaringe⁶.

Las condiciones locales del tumor, el estado general y nutricional del enfermo y los tratamientos previos son factores de riesgo ampliamente tratados en la bibliografía^{2,3,5-10}. La radioterapia preoperatoria es el principal factor de riesgo local^{1,2,8,9}. La incidencia de fístulas en los pacientes previamente irradiados es 2,6 veces mayor que en el resto⁸. Si bien es cierto que el 70-80% de estas fístulas cierran espontáneamente en un tiempo variable, en algunos casos constituyen verdaderos desafíos para el equipo tratante y requieren un esfuerzo multidisciplinario de las instituciones^{1-3,11}. Por lo general, no constituyen una complicación grave pero demoran la alimentación por vía oral y prolongan la estadía hospitalaria. Estos hechos impactan tanto en la reinserción laboral y social de los pacientes como en los costos del sistema sanitario. Un trabajo canadiense estima en 400.000 dólares anuales el costo que requirió el tratamiento de las fístulas tras laringectomía en un solo centro de atención terciaria de oncología de cabeza y cuello de Toronto¹¹.

Métodos

Entre los años 1995 y 2008 se trató, en la Sección de Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital Diego Thompson, a 81 pacientes con cáncer de laringe. Se excluyó a 52 pacientes a los que se realizó cirugía conservadora o ingresaron en protocolos de preservación de órgano. En los 29 restantes, se realizó tratamiento quirúrgico con intención curativa, consistente en laringectomía total como único procedimiento o combinado con resecciones de faringe, vaciamientos de cuello y reconstrucciones mediante colgajos. En todos los casos actuó el mismo equipo quirúrgico y la técnica de síntesis empleada fue el cierre en un plano extramucoso con puntos separados de poliglactina 910 calibre 000 y un plano muscular de refuerzo con el mismo material en las operaciones en que se realizó cierre faríngeo primario. Preferimos la sutura en "T", aunque la hemos realizado lineal cuando se puede hacer sin tensión.

En todos los casos se dejó colocada una sonda nasogástrica tipo K 108 o K 10; se inició goteo con solución de dextrosa al 5% a las 24 h y la alimentación enteral, a las 48 h del postoperatorio.

Se analizó: frecuencia de fístulas, tamaño tumoral, magnitud de las resecciones, márgenes de resección, tipo de reconstrucción, enfermedades concomitantes, radioterapia y quimioterapia previas, tratamiento efectuado y sus resultados.

Resultados

Se estudió retrospectivamente una serie de 29 pacientes a quienes se realizó laringectomía total por cáncer. Las edades extremas de la serie fueron 44 y 72 años. En la distribución por sexo el 93,1% de los pacientes eran varones

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4102549>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4102549>

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