



Bucofaringectomías y vías cervicotransmandibulares en los cánceres de la orofaringe

N. Fakhry

Las bucofaringectomías se realizan a menudo en el marco del tratamiento de tumores orofaríngeos y de la unión bucofaringea. Son intervenciones bien codificadas cuyos principales avances recientes proceden de las vías de acceso y de las modalidades de reconstrucción. La utilización de colgajos de reconstrucción más finos y más maleables, así como la aparición de nuevas técnicas de hemostasia han permitido el desarrollo de vías de acceso menos iatrogénicas, como la vía combinada transoral y cervical sin mandibulotomía, que permiten resecciones bucofaringeas extensas a la vez que disminuyen la iatrogenia del procedimiento quirúrgico. Para algunos tumores, la cirugía transoral robotizada también abre nuevas perspectivas. Estas intervenciones deben inscribirse de forma coherente en un desarrollo adecuado del plan terapéutico, bien como tratamiento inicial, bien como tratamiento de rescate después del fracaso de la radio(quimio)terapia. El dominio de las indicaciones terapéuticas debe tender hacia un doble objetivo: control tumoral y calidad de vida de los pacientes.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Cáncer orofaríngeo; Cirugía reconstructiva; Bucofaringectomía; Orofaringectomía

Plan

■ Introducción	1
■ Generalidades	1
Preparación del paciente	2
Colocación	2
Traqueotomía	2
Vaciamientos cervicales, lugar del ganglio centinela	2
Cuidados postoperatorios	2
Cirugía en pacientes irradiados	2
■ Bucofaringectomías transmandibulares	3
Bucofaringectomía transmandibular sin conservación de la continuidad mandibular (COMposite resection with MANDibulectomy Operation [COMMANDO])	3
Bucofaringectomías transmandibulares conservadoras (mandibular swing)	5
Otros accesos quirúrgicos	6
■ Complicaciones, resultados funcionales y oncológicos	9
Complicaciones postoperatorias	9
Resultados funcionales	10
Resultados oncológicos	10
■ Conclusión	11

que respecta a la cirugía, las técnicas de reconstrucción, en particular la aportación de los colgajos libres (fasciocutáneos u osteomiocutáneos), ha permitido la realización de resecciones más amplias y en pacientes irradiados en mejores condiciones, así como, sobre todo, rehabilitaciones funcionales más satisfactorias. La utilización de colgajos de reconstrucción más finos y más maleables, así como el desarrollo de nuevas técnicas de hemostasia han permitido también el desarrollo de vías de acceso menos iatrogénicas, como la vía combinada transoral y cervical sin mandibulotomía, que permiten resecciones bucofaringeas extensas a la vez que disminuyen la iatrogenia del procedimiento quirúrgico respecto a las vías transmandibulares que, por este motivo, cada vez se utilizan menos. Por último, se tiende a desarrollar la cirugía endoscópica y, sobre todo, robótica, lo que permite resecciones cada vez más amplias por vía endobucal que hacen posible disminuir aún más la iatrogenia de la intervención quirúrgica. El objetivo de este artículo es describir las distintas técnicas de resección y de reconstrucción de los carcinomas orofaríngeos.

■ Generalidades

En este artículo se describen las principales técnicas documentadas con sus indicaciones actuales. Una de las principales dificultades que se encuentra en la cirugía orofaríngea es la definición del volumen tumoral para deducir a partir de él la zona que se debe reseccionar y, al mismo

■ Introducción

El tratamiento de los cánceres de la orofaringe ha experimentado avances notables en las últimas décadas. En lo

tiempo, la vía de acceso que garantizará la calidad de la exposición tumoral, que es difícil en esta región profunda de las vías aerodigestivas superiores. Por consiguiente, es obligatorio realizar un estudio preoperatorio exhaustivo del tumor (tipo histológico, extensión locoregional, búsqueda de localizaciones secundarias). Este estudio también debe valorar la situación del paciente (estudio general, en particular nutricional, estado bucodental). El conjunto de los elementos del estudio se comenta en una reunión de concertación pluridisciplinaria para determinar si el paciente es operable, si el tumor es resecable y si la cirugía es el tratamiento de elección para este caso particular. Si se opta por la cirugía, a continuación hay que definir su lugar en la secuencia terapéutica y, después, sus modalidades técnicas (vía de acceso, extensión de la resección, técnicas de reparación si fuese preciso). Todos estos elementos deben explicarse claramente al paciente.

El cirujano dispone de distintas técnicas quirúrgicas. Sin embargo, el conjunto de estas intervenciones presenta tiempos comunes.

Preparación del paciente

Una vez que se ha optado por una intervención y que el paciente la ha aceptado, conviene asegurarse de su preparación para ésta. Esto incluye el control de los posibles trastornos metabólicos (nutricionales en particular), la resolución de los problemas bucodentales (sobre todo en caso de radioterapia postoperatoria) y garantizar el abandono del alcohol y el tabaco. La víspera y la mañana de la intervención, se verifican los cuidados habituales de higiene corporal antes de entrar en el quirófano.

Colocación

El paciente se coloca en decúbito supino sobre la mesa de operaciones. Se intuba por la vía clásica (traqueal o nasotraqueal) y la anestesia general se realiza con ventilación controlada. Se coloca sistemáticamente una sonda nasogástrica de silicona, de pequeño diámetro, y se deja drenando por gravedad durante la intervención. Se puede fijar al umbral nasal con un hilo. Se mantiene colocada hasta la reanudación de la alimentación oral. En algunos casos, en particular en la cirugía de rescate y cuando no hay certeza de la reanudación de una alimentación oral postoperatoria satisfactoria, se puede realizar una gastrotomía unos días antes de la intervención. Se puede colocar una sonda urinaria dependiendo de los antecedentes del paciente y de la duración previsible de la intervención. Los campos deben colocarse en función de los procedimientos que se vayan a realizar.

Traqueotomía

A excepción de procedimientos muy limitados, la intervención requiere la realización de una traqueotomía. Está justificada por los riesgos de dificultad respiratoria relacionada con el edema postoperatorio de la confluencia orofaríngea, las dificultades de expectoración en el postoperatorio inmediato y las posibles broncoaspiraciones durante la reanudación de la alimentación oral. El riesgo de edema es mayor en caso de cirugía en pacientes irradiados o si se efectúa un vaciamiento ganglionar. Además, la realización de un colgajo de reconstrucción, sobre todo en caso de colgajo libre microanastomosado, dificultará la intubación convencional si fuese necesaria una reintervención quirúrgica del paciente con anestesia general. La incisión cutánea debe ser independiente de la incisión cervical de los vaciamientos. Esto permite limitar significativamente los despegamientos alrededor de la traqueotomía y, por tanto, el riesgo de infección del lecho cervical a partir de este orificio. La traqueotomía se realizará al comienzo o al final de la intervención.

Vaciamientos cervicales, lugar del ganglio centinela

Los tumores orofaríngeos presentan las características comunes de ser muy linfófilos^[1], en particular en las regiones con una red linfática más abundante, que son la base de la lengua y la celda amigdalina^[2].

Por tanto, las distintas técnicas de resección tumoral propuestas se asocian de forma casi sistemática a un vaciamiento cervical uni o bilateral. Si la lesión alcanza o atraviesa una línea media (pared posterior de la faringe, velo, base de la lengua), suele ser preferible realizar un vaciamiento cervical bilateral. Algunas localizaciones, como la base de la lengua, pueden presentar drenajes bilaterales, y se debe plantear un procedimiento ganglionar bilateral de forma sistemática.

Los sectores ganglionares afectados son los sectores IB, IIA, IIB, III, IV y V.

Los vaciamientos suelen realizarse antes de la resección orofaríngea. En ocasiones, es necesario efectuar una resección en monobloque englobando la pieza y las adenopatías en contigüidad inmediata.

El concepto de ganglio centinela para los tumores pequeños (T1, T2) de la orofaringe y, sobre todo, de la cavidad bucal sin adenopatía detectable en la exploración física y las pruebas de imagen tomográficas (cNO) está en pleno auge^[3]. Su objetivo es evitar la realización de un vaciamiento ganglionar sistemático para los tumores limitados clasificados como cNO. Aunque esta técnica está validada en la actualidad para los tumores de la cavidad bucal, existen pocos estudios que evalúen la orofaringe sola (que suele estudiarse en las mismas series que la cavidad bucal). Por tanto, los resultados deben contemplarse con cautela, y la técnica, aunque parezca muy eficaz para la cavidad bucal, aún está en fase de evaluación para la orofaringe, que es más linfófila; en esta zona se asocia además al problema de inyección del marcador, que es difícil para los tumores posteriores^[3-5].

Cuidados postoperatorios

Los drenajes aspirativos se retiran a las 24-72 horas de postoperatorio. Se administra una antibioticoterapia profiláctica desde la inducción anestésica y se interrumpe 48 horas después de la intervención. El paciente se descanula si tolera correctamente la cánula tapada 24 horas seguidas. El momento de la descanulación (a los 2-15 días) se decidirá en función del tipo de reconstrucción y de la posible necesidad de una nueva anestesia general en los días posteriores a la intervención. La rehabilitación logopédica comienza el 5.º día. La alimentación se reanuda entre el 8.º y el 15.º día. La sonda nasogástrica se retira cuando los aportes hídrico y calórico por vía oral se consideran suficientes.

Cirugía en pacientes irradiados

Las cirugías de rescate o para una segunda localización metacrónica son frecuentes después de la radioterapia exclusiva o radioquimioterapia. Las técnicas propuestas en este artículo no están contraindicadas en este marco, aunque el postoperatorio es más complicado. El riesgo de edema es mayor y provoca un estrechamiento de la luz, que retrasa la reanudación de la alimentación oral y la retirada de la cánula. Puede existir un auténtico riesgo de fracaso funcional que se debe tener en cuenta. Por último, las complicaciones infecciosas y los defectos de cicatrización son mucho más frecuentes. Es necesario advertir a los pacientes de estos riesgos e informarles de que la duración de la hospitalización suele ser prolongada^[6].

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8805823>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8805823>

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