



# Tratamiento de las fístulas orales y faríngeas postoperatorias

A. Lasne-Cardon, D. Blanchard, E. Babin

*Las fístulas faríngeas son comunicaciones entre la cavidad faríngea y el exterior. Se producen en el 50% de los casos en promedio tras la cirugía de resección faringolaríngea. Existen numerosos factores de riesgo, como la desnutrición, la extensión de la resección o la radioterapia neoadyuvante, pero son controvertidos. El diagnóstico es clínico. Las pruebas complementarias se utilizan sobre todo para detectar las sobreinfecciones, las complicaciones vasculares o una evolución tumoral. El tránsito esófago-gastro-duodenal puede ser útil para detectar una fístula inicial antes de reanudar la alimentación oral. El tratamiento inicial es médico, basado en los cuidados locales, y después quirúrgico si lo anterior fracasa. Hay que tener en cuenta el estado local y general para tomar la mejor decisión terapéutica. Se deben utilizar medidas preventivas para reducir la incidencia de las fístulas y sus consecuencias psicológicas, estéticas, económicas, así como sobre el pronóstico y la calidad de vida de los pacientes.*

© 2017 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

**Palabras clave:** Faringostoma; Orostoma; Fístula; Laringectomía; Cirugía de rescate

## Plan

■ <b>Introducción</b>	1
■ <b>Generalidades</b>	2
Frecuencia	2
Fisiopatología. Factores favorecedores	2
■ <b>Diagnóstico clínico</b>	4
■ <b>Pruebas complementarias</b>	4
■ <b>Tratamientos</b>	5
Tratamiento conservador	5
Tratamiento quirúrgico	6
Medidas complementarias	7
■ <b>Medidas preventivas</b>	7
Profilaxis antibiótica	7
Suturas mecánicas	7
Colgajo de pectoral mayor	7
Tubo de Montgomery	7
■ <b>Conclusión</b>	7

## ■ Introducción

Las fístulas faríngeas son complicaciones frecuentes (50% de los casos en promedio) y potencialmente graves, que se producen en el período postoperatorio después de una cirugía oncológica de la faringolaríngea, de la orofaringe o de la cavidad bucal. Consisten en comuni-

caciones entre la cavidad bucal o la faringe (orofaringe, hipofaringe, embudo faríngeo) y la piel. Si existe una comunicación directa, se habla de orostoma o de faringosoma. Si existe un trayecto fistuloso, el término de fístula es más adecuado. En ambos casos, se observa la salida de saliva y/o de un material purulento que se exterioriza por el orificio cutáneo.

Las descripciones de las fístulas faríngeas son más numerosas y se explican por una frecuencia mucho más elevada de faringostomas (alrededor del 50%) que de orostomas (menos del 10%) [1]. En este artículo, se describen principalmente las fístulas faríngeas. Los factores de riesgo y el tratamiento de ambas entidades son casi idénticos. Se describirán las particularidades relacionadas con los orostomas.

Los factores que favorecen este tipo de complicaciones son numerosos, pero algunos son controvertidos. Pueden estar relacionados con el paciente, con la patología cancerosa y con el contexto patológico, sobre todo en presencia de enfermedades sistémicas. En todos los casos, es fundamental buscar una progresión evolutiva o una recidiva tumoral.

El plazo de aparición de las fístulas faríngeas es variable [2]. Aparecen sobre todo en el postoperatorio inmediato [3, 4], pero pueden hacerlo durante el tratamiento adyuvante o más tarde, durante el seguimiento oncológico.

El diagnóstico es principalmente clínico, pero puede que se requieran pruebas complementarias para confirmar el diagnóstico en caso de duda, para detectar una

evolución tumoral locorregional y para detectar las complicaciones relacionadas con la presencia de estas fistulas. La gravedad se relaciona con la posibilidad de una sobreinfección local y/o de una ruptura de los vasos carotídeos, que compromete el pronóstico vital.

Todas las fistulas faríngeas deben tratarse, con independencia de su etiología. El tratamiento es inicialmente médico y, si fracasa, se realiza un tratamiento quirúrgico.

Estas fistulas empeoran los resultados estéticos, alteran la calidad de vida, aumentan el tiempo y el coste de hospitalización [5-8], pero también retrasan la reanudación de la alimentación oral y el inicio de un tratamiento adyuvante, que en ocasiones es necesario después de la cirugía [9]. Otra de las cuestiones de la prevención y del tratamiento de este tipo de complicaciones es reducir la sobremortalidad perioperatoria que provocan.

## ■ Generalidades

### Frecuencia

La frecuencia de las fistulas faríngeas es bastante variable en la literatura. Dependiendo de los parámetros estudiados, que son diversos y numerosos, puede oscilar entre el 2,5% y el 65,5% [2, 6, 10-14]. Esta tasa está influida por:

- la localización tumoral inicial [2, 12]: laringe (del 3% para una afectación de la endolaringe a cerca del 65% en caso de extensión faríngea), hipofaringe (25%);
- el tipo de cirugía: primaria [2, 3] (4-15%), de rescate tras protocolo de preservación de órgano o con radioterapia previa [2, 3, 13, 15] (superior o igual al 30%), extensión de la resección tumoral, realización de un vaciamiento ganglionar cervical simultáneo [16];
- el tipo de reconstrucción escogida [17-19]: 3-60% para los colgajos miocutáneos de pectoral mayor, 0-30% para las transposiciones gástricas, 18% para los colgajos libres de yeyuno y 20-67% para las reconstrucciones que utilizan los colgajos libres antebraquiales.

Belusic-Gobic et al han descrito una frecuencia menor de fistulas orales, a menudo inferior al 10% [1] en caso de cirugía primaria. Las cifras son muy superiores cuando se utilizan colgajos, pues estas técnicas de reconstrucción se emplean sobre todo en las cirugías de rescate.

### Fisiopatología. Factores favorecedores

Las fistulas faríngeas se deben a una dehiscencia de la sutura de la mucosa faríngea. En tal caso, el flujo salivar se dirige a los tejidos blandos cervicales adyacentes a nivel de los planos de despegamiento creados durante la disección quirúrgica. Se forma una colección, que puede exteriorizarse a la piel por un orificio situado en la mayoría de los casos en la incisión cervical, incluso cerca del traqueostoma, aunque esto último es menos frecuente.

En la literatura, se han descrito múltiples factores de riesgo de formación de las fistulas faríngeas. Sin embargo, la implicación real de cada uno de ellos en la formación de este tipo de complicación postoperatoria es motivo de un amplio debate. Dependiendo de los estudios publicados, la potencia estadística puede ser insuficiente para considerar que un factor es de riesgo, debido al tamaño insuficiente de la muestra. Por el contrario, ciertas cohortes tienen un gran número de pacientes, pero el análisis estadístico univariante no permitía ajustar cada variable en función de las demás.

### Relacionados con el paciente

#### Nutrición

El 30-50% de los pacientes con cánceres de las vías aerodigestivas superiores presentan un estado avanzado de desnutrición antes de la cirugía [20]. Esto se explica

por la disminución de la ingesta oral (anorexia, disfagia, odinofagia) y por el aumento del catabolismo proteico relacionados con la enfermedad. Este estado de desnutrición preoperatoria, sobre todo una pérdida de peso mayor del 10% en los últimos 6 meses, favorece las complicaciones postoperatorias [21, 22]. Por tanto, hay que procurar mantener unos aportes calóricos suficientes durante el período postoperatorio para obtener una cicatrización satisfactoria.

El plazo postoperatorio sin alimentación oral es muy variable entre los distintos equipos quirúrgicos, incluso entre los diferentes países, en el contexto de una cirugía con abertura faríngea. En Estados Unidos, el 85% de los equipos reanuda la alimentación oral a partir del 7.º día postoperatorio en la cirugía primaria, con el argumento principal de limitar el desarrollo de las fistulas [23]. En Europa, el plazo promedio de realimentación por vía oral es de 10-15 días en la cirugía primaria [24]. Este plazo puede aumentar hasta las 3 semanas en el marco de la cirugía de rescate.

Sin embargo, varios estudios han demostrado que la alimentación oral precoz no se relacionaba con una incidencia mayor de faringostomas, incluso después de la cirugía de rescate. La alimentación oral puede comenzarse a partir del 5.º día después de la cirugía sin más complicaciones [25, 26] y, según algunos autores, después del primer día postoperatorio [27].

#### Anomalías biológicas

Una concentración de hemoglobina postoperatoria menor de 12,5 g/dl [15, 28, 29] o la necesidad de una transfusión per o postoperatoria de eritrocitos puede considerarse como un único e idéntico factor de riesgo. Estos dos elementos correlacionan con unas pérdidas sanguíneas peroperatorias elevadas. Otra hipótesis propuesta para explicar el aumento de la tasa de fistulas en los pacientes transfundidos se relacionaría con los efectos inmunológicos nefastos de una transfusión alogénica para la cicatrización.

La constatación de una leucocitosis en la fórmula sanguínea el primer día del postoperatorio asociada a una temperatura mayor de 37,5 °C en las primeras 48 horas parece ser predictiva de un riesgo elevado de fistulización [7].

La hipoalbuminemia postoperatoria sería un factor de riesgo de faringostoma [8] y de orostoma [29]. Refleja un estado de desnutrición, pues forma parte de los criterios de evaluación del estado nutricional. La hipoalbuminemia también puede indicar una hepatopatía crónica, como la cirrosis alcohólica, que se observa en el 30% de los pacientes con cánceres de las vías aerodigestivas superiores.

El hipotiroidismo, detectado en el postoperatorio mediante la determinación de la concentración sanguínea de tirotrópina (TSH), se acepta como un factor que altera las capacidades de cicatrización y que favorece la aparición de complicaciones. Después de una laringectomía total que incluya la glándula tiroidea total o parcialmente, es necesario un tratamiento sustitutivo con hormonas tiroideas, con un control de la TSH a las 6 semanas para adaptar la posología. La TSH debe controlarse con frecuencia durante el seguimiento de los pacientes que hayan recibido tratamiento con radioterapia y/o una hemitiroidectomía durante la resección tumoral. La Société Française d'ORL et de Chirurgie Cervicofaciale recomienda una determinación de la concentración de TSH en el postoperatorio cada 6 meses los dos primeros años y, después, anual a partir del 3.º año (Fig. 1) [30]. Este seguimiento permite detectar un hipotiroidismo, que está presente en cerca del 50% de los casos y administrar el tratamiento sustitutivo de forma precoz para limitar los efectos secundarios [13, 16, 31-33]. Se puede plantear retrasar la intervención quirúrgica a la espera de lograr un estado eutiroidico para facilitar la cicatrización postoperatoria.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8805830>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8805830>

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