

Nota clínica

Reconstrucción faringoesofágica mediante colgajo pectoral mayor por fístula faringocutánea

Pharyngoesophageal reconstruction using a pectoralis major flap for pharyngocutaneous fistula

Gallardo Navarro E, Corona Padilla A, García Rodríguez FM, Mancera Steiner C

Hospital Español Ciudad de Mexico. México.

RESUMEN

La laringectomía total es un procedimiento de alta morbilidad para el paciente, el cual aumenta cuando los tejidos son previamente irradiados y riesgo de presentar complicaciones postquirúrgicas, necesitando una técnica de reconstrucción en el caso de presentar la complicación de una fístula faringocutánea. Masculino de 62 años de edad, quien inició su padecimiento actual 6 meses previos a su ingreso, al presentar disfonía, ronquera y disnea, es sometido a una laringectomía total más disección de cuello bilateral por carcinoma de laringe, un mes después presenta fístula faringocutánea, por lo que se decide reconstrucción faringoesofágica mediante colgajo del pectoral mayor derecho, con adecuados resultados estéticos y funcionales hasta la fecha actual.

Palabras Clave: fístula, reconstrucción, colgajo, músculo pectoral mayor, laringectomía total.

ABSTRACT

Total laryngectomy is a procedure of high morbidity for the patient, which increases when the tissues are previously irradiated and the risk of presenting post-surgical complications, requiring a type of reconstruction in the case of presenting the complication of a pharyngocutaneous fistula. Male, 62 years old, who began his current condition 6 months prior to his admission when he presented dysphonia, hoarseness and dyspnea, underwent a total laryngectomy plus bilateral neck dissection for laryngeal carcinoma, one month later he presented pharyngocutaneous fistula so it was decided to reconstruct the pharyngoesophageal by right pectoralis major flap, with adequate aesthetic and functional results to date.

Keywords: fistula, reconstruction, flap, pectoralis major muscle, total laryngectomy, total laryngectomy.

INTRODUCCIÓN

El tratamiento en el cáncer de laringe siempre es la cirugía, los tejidos previamente irradiados a menudo requieren de procedimientos de naturaleza reconstructiva tras presentar alguna complicación post quirúrgica, la fístula faringoesofágica es la complicación que se presenta con mayor frecuencia, seguido de

CORRESPONDENCIA

Elias Gallardo Navarro
Hospital Español Ciudad De Mexico
11520 Ciudad de México, CDMX, México
gallardo18e@gmail.com

XREF

CITA ESTE TRABAJO

Gallardo Navarro E, Vargas Hoyo M, Corona Padilla A, García Rodríguez FM, Mancera Steiner C. Reconstrucción faringoesofágica mediante colgajo pectoral mayor por fístula faringocutánea. Cir Andal. 2025;36(2):87-89. DOI: 10.37351/2025362.6

infección del sitio quirúrgico, dehiscencia, sangrado entre otras¹. Debido a esta complicación, se han descrito varias técnicas quirúrgicas de reconstrucción, como es el cierre primario de la mucosa faríngea, cierre primario con colgajo onlay y colgajo de inserción faríngea, para ello se utilizan tanto colgajos pediculados como el pectoral mayor son opciones de reconstrucción^{1,2}. Existen tres tipos de defectos después de la laringectomía total, cuando el defecto tiene suficiente mucosa faríngea para un cierre primario, o defectos con pared posterior presente pero insuficiente para el cierre primario y defectos faríngeos circunferenciales^{2,4}. La literatura actual favorece la transferencia de tejido libre sobre el colgajo miocutáneo de pectoral mayor, los sitios donantes comúnmente utilizados son antebrazo radial, muslo anterolateral y yeyuno, sin embargo, ninguno de ellos es claramente superior a los demás, pero el colgajo libre yeyunal se relaciona con complicaciones abdominales adicionales^{3,4}.

REPORTE DE CASO

Masculino de 62 años de edad, quien inició su padecimiento actual 6 meses previos a su ingreso al presentar disfonía, ronquera y disnea, con antecedente de tabaquismo positivo con un índice tabáquico de 26, adenocarcinoma esofágico con radioterapia y quimioterapia adyuvante mas esofagectomía en 2016. Es sometido a una laringectomía total con disección radical modificada tipo III de cuello bilateral y traqueostoma por carcinoma de laringe en agosto del presente año, a los 30 días de la cirugía presenta fístula faríngea (Figura 1) por lo que se decide reconstrucción faringoesofágica con un colgajo de pectoral mayor (Figuras 2 y 3), tuvo un favorable postoperatorio (Figuras 4 y 6), el paciente es dado de alta al día siguiente y es revisado en la consulta a los 15 días y al mes con adecuados resultados estéticos y funcionales.



Figura 1
Presencia de fístula faringocutánea.

DISCUSIÓN

La faringolaringectomía total y las disecciones bilaterales de cuello tienen una tasa de complicaciones del 67,5 %, el tratamiento inicial de las fístulas implica medidas conservadoras como apósitos de presión y terapia con antibióticos^{3,4}. Los objetivos de la reconstrucción es proporcionar una herida segura y un conducto que ayude a la continuidad alimentaria, la deglución y el habla^{2,4}.

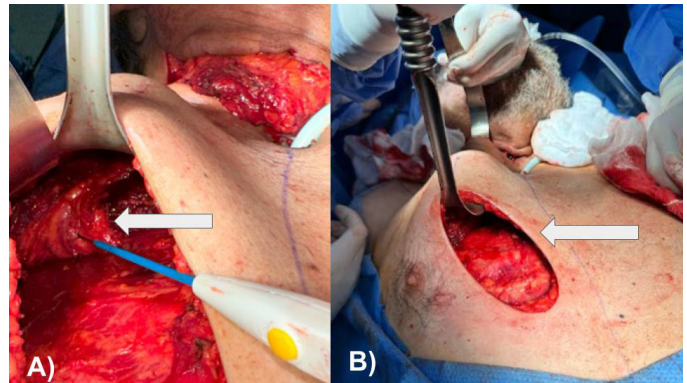


Figura 2
(A) Flecha: Previamente se diseña una paleta de piel de tamaño suficiente para cerrar el defecto faríngeo sobre la porción medial inferior del músculo, (B) Flecha: El músculo pectoral mayor y su fascia invertida se elevan, y el colgajo se transpone sobre la clavícula hasta el cuello a través de un túnel subcutáneo.

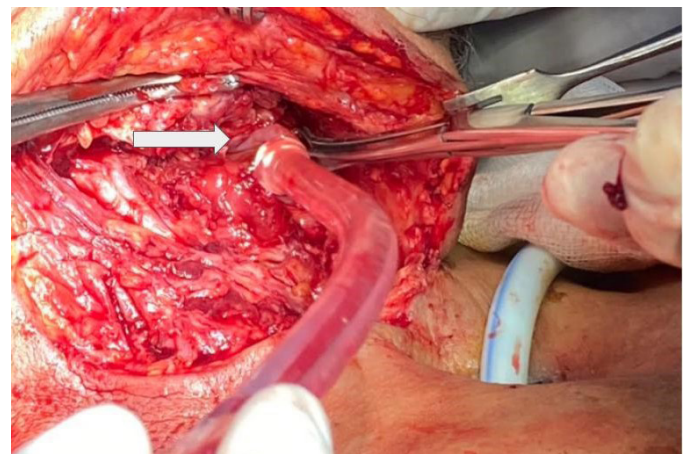


Figura 3
Flecha: Se realiza disección roma para liberar tejido desvitalizado hasta observar tejido sano donde se colocaran las suturas.

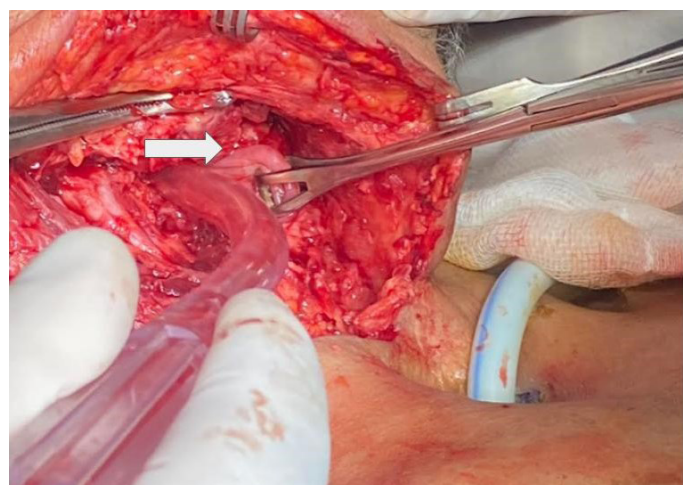


Figura 4
Flecha: Se coloca pinza Babcock en tejido faríngeo sano y se exterioriza para afrontar con el colgajo.

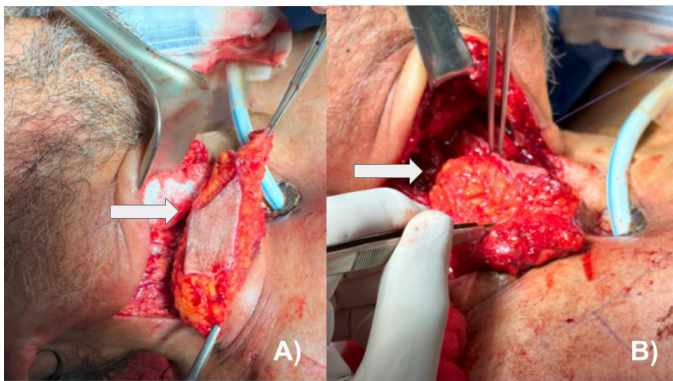


Figura 5

(A) Flecha: Se observa colgajo en adecuada proporción y adecuada coloración para cubrir el defecto, (B) Flecha: Se colocan puntos de referencia para afrontar la faringe con el colgajo.

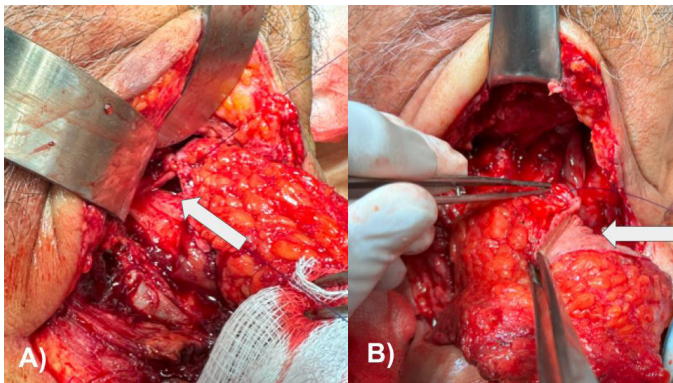


Figura 6

(A) Flecha: Se realiza punto continuo con sutura no absorbible hasta cubrir todo el defecto (B) Flecha: Se cierra defecto y posteriormente se afronta tejido celular subcutáneo y piel.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hillman TA, Cummings W Jr., Haughey BH., Thomas JR., et al. Cummings Otolaryngology Head and Neck Surgery, Fourth Edition. St. Louis: Mosby, 2005. Otolaryngology & Neurology. 2006 Aug;27(5):743.
2. Hasan Z, Dwivedi RC, Gunaratne DA, Virk SA, Palme CE, Riffat F. Systematic review and meta-analysis of the complications of salvage total laryngectomy. European Journal of Surgical Oncology (EJSO) [Internet]. 2017 Jan 1 [cited 2023 Sep 17];43(1):42–51.
3. Sayles M, Grant DG. Preventing pharyngo-cutaneous fistula in total laryngectomy: A systematic review and meta-analysis. The Laryngoscope. 2013 Nov 15;124(5):1150–63.
4. Flint PW, Cummings CW. Cummings otolaryngology : head and neck surgery. Amsterdam: Elsevier; 2020.
5. Sharaf B, Xue A, Solari MG, Boa O, Liu J, Hanasono MM, et al. Optimizing Outcomes in Pharyngoesophageal Reconstruction and Neck Resurfacing: 10-Year Experience of 294 Cases. Plastic and reconstructive surgery/PSEF CD journals. 2017 Jan 1;139(1):105e119e.

El colgajo miocutáneo de pectoral mayor fue descrito en 1968 por Hueston, el suministro primario de sangre del músculo, deriva de los vasos perforantes de la rama pectoral de la arteria toracoacromial, con contribuciones secundarias de la arteria torácica lateral y perforantes paraesternales de la arteria mamaria interna^{3,5}. El colgajo miocutáneo pectoral tiene una longitud de pedículo adecuada para rotar hacia defectos faríngeos y adyacentes a la base de la lengua, siendo una opción adecuada para el tratamiento de esta complicación, ya que es un paso importante hacia el objetivo general que es restablecer la calidad de vida de los paciente^{4,5}.

CONCLUSIÓN

Nuestro caso demuestra una técnica quirúrgica mediante un colgajo miocutáneo de pectoral mayor, para resolver una de las complicaciones importantes después de laringectomía total que es la fistula faringocutánea, en un paciente previamente radiado, siendo una opción segura y con adecuados resultados después de esta complicación.