

FARINGOLARINGUECTOMIA CIRCULAR CON COLOCACION DE DOS COLGAJOS DE PECTORAL MAYOR

Estévez García, M. Rodríguez, J.L. Santidrián Hidalgo, C.
Provedo Poza, C. Lorenzo Lorenzo, A.

Hospital do Meixoeiro. Vigo.

INTRODUCCION

La laringofaringuectomía está indicada para lesiones aisladas de seno piriforme o implicación piriforme de un tumor supraglótico. La afectación de la fosa piriforme indica una laringuectomía total, aunque se han descrito técnicas parciales(1). La resección incluye: área supraglótica, pliegue aritenopiglótico, aritenoides y las áreas de implicación de seno piriforme.

La mayor parte de los tumores de la hiporaringea no son indicaciones de cirugía conservadora, y para ser extirpados correctamente requieren la excisión de toda la laringe, aunque hay autores que en tumores avanzados de seno piriforme realizan una faringolaringuectomía near-total (2) o hemilaringofaringuectomías supracricoideas (3). la mayor parte de los carcinomas de la hipofaringe pueden ser resecados con una laringuectomía total ampliada en la que se incluye la porción afecta de la hipofaringe, manteniendo unos correctos márgenes de mucosa libre (4). Normalmente, se puede cerrar por primera intención el defecto faríngeo que resta, algunas veces, para reconstruirlo, se necesitan colgajos cutáneos o un segundo tiempo quirúrgico, las complicaciones asociadas a reconstrucciones tales como infección de la herida o dehiscencia de anas-

RESUMEN

Presentamos un caso de un paciente con una faringolaringuectomía circular a causa de un carcinoma de seno piriforme con afectación circular de la hipofaringe al que se le cubre el estoma con un doble colgajo de pectoral en dos tiempos, se comentan las posibilidades terapéuticas y de rehabilitación (voz y deglución) en estos pacientes así como defectos de clasificación UICC de cara a dar un pronóstico en función del estadiaje después de repasar la bibliografía al respecto.

tosis ocurrieron mas frecuentemente en los colgajos miocutáneos que con los pull up gástricos (5).

La reconstrucción faringoesofágica continua siendo un reto; los objetivos son la posibilidad de hablar y tragar. Los métodos más populares de reconstrucción son los colgajos miocutaneos, los pull-up gástricos y el colgajo libre de yeyuno. Algunos autores están utilizando el colgajo libre radial de antebrazo (6). La restauración de la voz se consigue con técnicas como reconstrucción con yeyuno libre (7) autoinjertoileocólico libre (8). Hay trabajos que demuestran los buenos resultados funcionales del

injerto yeyunal y prótesis de Blom-Singer (9).

La faringolaringuectomía total circular en los tumores de hipofaringe tiene una supervivencia a 5 años superior a las hemifaringuectomías (10), por lo que debe ser el tratamiento de elección incluso en los casos menos avanzados.

La supervivencia en función del estadiaje es difícil de interpretar en los tumores de pared posterior de faringe debido a dos defectos de la clasificación de la UICC (Stell), la falta de definición del límite lateral de la pared posterior faríngea y una discrepancia entre T y tamaño en los tumores que se origi-

nan primariamente de la pared posterior hipofaríngea (11).

Los tumores hipofaríngeos más evolucionados requieren la extirpación de toda la hipofaringe, incluidos el cricofaríngeo y la porción cervical del esófago.

La laringectomía total ampliada esta indicada en tumores de la hipofaringe superior, seno piriforme o de pared faríngea que eran demasiado grandes para la cirugía conservadora, pero con la cantidad suficiente de mucosa libre hipofaríngea para que valga la pena conservarla. En las lesiones de la pared faríngea y del seno piriforme, debería quedar después de la extirpación del tumor con márgenes correctos, al menos un tercio de hipofaringe. Si queda menos es mejor realizar una faringolaringectomía total y reconstruir todo el segmento faringoesofágico. Como regla general, la cirugía conservadora esta indicada en tumores de 3 cm, o menos.

Los tumores mayores, además de mostrar más tendencias a invadir el esqueleto laríngeo, necesitarán la extirpación de tanta mucosa hipofaríngea que pocas posibilidades funcionales le quedarían a la laringe restante.

CASO CLINICO

Se trata de un paciente varón de 51 años con un carcinoma de seno piriforme que invade de forma circular toda la hipofaringe con adenopatías palpables bilaterales, se le practica una laringofaringectomía circular, sin quimioterapia previa y se repara en un segundo tiempo el defecto faríngeo con un colgajo de pectoral mayor, fue necesario un segundo colgajo más tarde, la zona superficial del colgajo se cubrió con un injerto libre de piel que epitelizó; el paciente sufrió una recidiva posterior a causa de la cual falleció.

DISCUSIÓN

La extirpación de un tumor de seno piriforme debe ser lo más radical posible, en el caso clínico nosotros practicamos una laringofaringectomía total circular que tiene mejores resultados en cuanto a supervivencia (10), las cirugías parciales (2) (3) tienen un mayor porcentaje de recidivas.

Las cirugías radicales en cuanto a extensión requieren la utilización de colgajos para reparar el estoma, el colgajo que mejores resultados obtiene y más ampliamente difundido es el miocutáneo de pectoral mayor aunque se utilizan otros muchos, algo a lo que actualmente se le da una importancia creciente es la recuperación funcional (voz y deglución) (7) (8) (9).

Los carcinomas de seno piriforme tienen todavía actualmente un pronóstico malo en general aún con cirugías extensas y radicales (12).

BIBLIOGRAFIA

- 1.- *Barzan. L.; Comoretto, R.:* Hemipharyngectomy and hemilaryngectomy for pyriform sinus cancer: reconstruction with remaining larynx and hypopharynx and with tracheostomy. *Laryngoscope.* 1993 Jan; 103 (1 Pt 1): 82-6.
- 2.- *Su-CY; Hwang-CF;* Near-Total laryngopharyngectomy with pectoralis major myocutaneous flap in advanced pyriform carcinoma. *J-Laryngol-Otol.* 1993 Sp; 107 (9): 817-20.
- 3.- *Laccourreye, O; Merite -Drancy, A.; Brasnu, D.; Chabardes, E.; Cauchois, R.; Menard, M.; Laccourreye, H.:* Supra-cricoid hemilaryngopharyngectomy in selected pyriform sinus carcinoma staged as T2. *Laryngoscope.* 1993 Dec; 103 (12): 1373-9.
- 4.- *Silver, C.E.:* Surgical management of neoplasms of the larynx, hypopharynx and cervical esophagus. *Curr. Probl. Surg.* 14 (9); 1.1977.
- 5.- *Ho, C.M.; Lam, K.M.; Wei, W.I.; Yuen, P.W.; Lam, L.K.:* Squamous cell carcinoma of the hypopharynx-analysis of treatment results. *Head-Neck.* 1993 Sep. Oct; 15 (5): 405-12 *Silver, C.E.:* Reconstruction after pharyngolaryngectomy-esophagectomy. *Am. J. Surg.,* 132; 428, 1976.
- 6.- *Kelly-Ke; Anthony, J.P.; Singer, M.:* Pharyngoesophageal reconstruction using the radial forearm fasciocutaneous free flap: preliminary results. *Otolaryngo-Head-Neck-Surg.* 1994 Jul; 111 (1): 16-24.

- 7.- *Wilson, P.S.; Bruce-Lockhart, F.J. Johnson, A.P.; Rhys-Evans, P.H.*: Speech restoration following total laryngo-pharyngectomy with free jejunal repair. *Clin-Otolaryngol.* 1994 Apr; 19 (2): 145-8.
- 8.- *Kawahara, H.; Shiraishi, T.; Yasugawa, H.; Okamura, K.; Shirakusa, T.*: A new surgical technique for voice restoration after laryngopharyngoesophagectomy with a free ileocolic graft: preliminary report. *Surgery.* 1992 May; 111 (5): 569-75.
- 9.- *Barzan, L.; Comoretto, R.*: A comparative study of speech after total laryngectomy and total laryngopharyngectomy. *Arch-Otolaryngol-Head-Neck-Surg.* 1993 May; 119 (5): 508-10.
- 10.- *Fini-Storchi, O.; Lo-Russo, D.; Agostini, V.; Libonati, G.A.; Pastorelli, E.*: Surgical treatment in 115 cases of hypopharyngeal carcinoma: analysis of results and causes of failure. *Acta-Otorhinolaryngol-Ital.* 1990 Jul-Aug; 10 (4); 10 (4); 10 (4): 337-46.
- 11.- *Jones, As.; Stell, P.M.*: Squamous carcinoma of the posterior pharyngeal wall. *Clin-Otolaryngol.* 1991 Oct; 16 (5): 462-5.
- 12.- *Morant-Ventura, A; Margo-Algarra, J.; Giménez-Vailló, F.; Cano-Cuenca, B; Contreras Castillo, A;* Neck adenopathies in epidermoid carcinomas of the piriform sinus; a retrospective study and 5-year survival. *An-Otorrinolaryngol-Ibero-Am.* 1992; 19 (6): 567-79.
- Som, M.L.*: Surgical treatment of carcinoma of postcricoid region. *N.Y. State J. Med.*, 61; 2567, 1961.