

Reconstrucción de faringe con Colgajo de Bakamjian

Trabajo del Servicio de Otorrinolaringología
del Hospital Central de las FF. AA. *

Dres. Jaime N. Grunberg; **Sergio Fleginsky*** y
Estela Sibils de Vázquez. ****

El colgajo de Bakamjian es de uso frecuente para la reconstrucción plástica de los defectos en la cirugía oncológica cervico-facial. Se describe una reconstrucción de la faringe con dicho colgajo, habiéndose obtenido la restauración satisfactoria de la función deglutoria. No obstante ser un caso único, su publicación se justifica por ser la resección laringo-faríngea poco frecuente y no haber sido publicado en nuestro medio la reconstrucción de una neo-faringe con dicho colgajo.

HISTORIA CLINICA

Enfermo de 48 años que comenzó hace 4 meses con discreto dolor de garganta, disfagia progresiva para sólidos y líquidos, llegando rápidamente a la afagia. Desde hace un mes disfonía.

El estado general muy afectado, con adelgazamiento y astenia.

A la laringoscopia indirecta y directa se constató disminución de la motilidad de ambas cuerdas y una lesión ulcerosa muy extensa que toma totalmente la hipofaringe.

En el examen de cuello se comprueba ausencia de craqueo laríngeo. No se palpan adenomegalias, pero existía un ligero engrosamiento del músculo Esternocleidomastoideo.

El estudio histopatológico de la biopsia realizada

informa carcinoma epidermoide bien diferenciado y ulcerado.

Dada la extensión de la lesión se decide realizar una laringectomía total y faringectomía cuya extensión se decidirá en el acto quirúrgico.

13-IX-77.- INTERVENCION QUIRURGICA

Se labra un colgajo a pedículo derecho. (Fig. 1 y 1-1). Vaciamiento celulo-ganglionar de cuello, funcional a derecha y radical a izquierda.

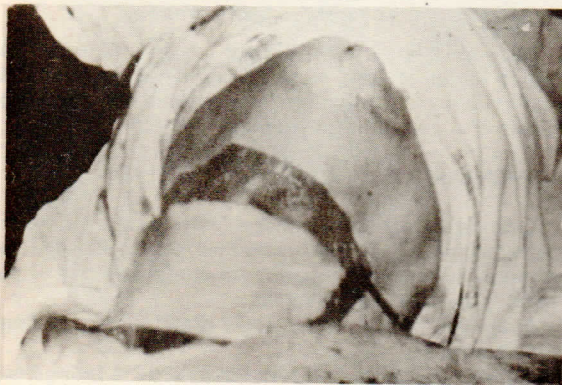
Dada la extensión de la lesión se decide una laringo-faringectomía total. En la pared posterior, la extirpación de la faringe se extendió hasta el cavun.

Se decola la porción superior del esófago torácico que se sutura a piel a dos centímetros del traqueostoma. Se cubre la región prevertebral con el colgajo cutáneo. Se deja cruenta la pared posterior de la zona correspondiente a la oro y rinofaringe.

La mucosa de la base de la lengua se sutura a piel de región suprahióidea.

Se coloca drenaje en ambas logias carotídeas y sonda de alimentación naso-gástrica.

La evolución post-operatoria es buena con rápido cierre de las heridas operatorias.



1. Colgajo a pedículo derecho.



1.1. Decolamiento del colgajo a pedículo externo.

* Trabajo presentado para su publicación el 17/1/1979.
** Jefe del Servicio de O. R. L. del Hospital Central de las FF. AA. Prof. de Cirugía Buco-Maxilar de la Facultad de Odontología.
*** Jefe del Servicio de O. R. L. del Instituto de Oncología, M. S. P.
**** Médico Otorrinolaringólogo del Hospital Central de las FF. AA.

EXAMEN DE LA PIEZA OPERATORIA (Fig. 2)

Gran lesión ulcero infiltrante que se extiende desde boca del esófago a rinofaringe. Toma la mayor parte de las paredes faringeadas, afectando más el lado derecho. En la pared posterior a nivel de la oro-faringe la infiltración es sub-mucosa llegando a la rino-faringe donde nuevamente es ulcerosa.

TECNICAS DE RECONSTRUCCION FARINGEA

El 18/X/77 se realiza la autonomización de un colgajo de Bakamjian (Fig. 3) izquierdo cuyo pedículo corresponde a los espacios intercostales.

Se levanta el colgajo hasta el plano muscular y se vuelve a suturar.

30-X-77. Se procede a la reconstrucción propiamente dicha:

a) se levanta el colgajo autonomizado y se construye el tubo faríngeo uniendo el borde cefálico y caudal del colgajo con el epitelio formando la luz del tubo.

b) se labra un túnel decolando la piel de cuello de la región pre-vertebral, en un trayecto que une el esofagostoma y el faringostoma.

c) se pasa por éste túnel el tubo formado por el colgajo de Bakamjian de tal manera que el extremo que estaba situado sobre el hombro ahora queda en contacto con el faringostoma realizándose la sutura del cabo superior, previa incisión circunferencial del faringostoma en dos planos. (Fig. 3-1 y 3-2).

La piel del colgajo que cubría la región pre-vertebral se une a la de la región suprahioidica, reconstruyéndose la continuidad original. (Fig. 3-3).

A nivel del esofagostoma que ha sido liberado en los 3/4 de su circunferencia se sutura la parte inferior del tubo.

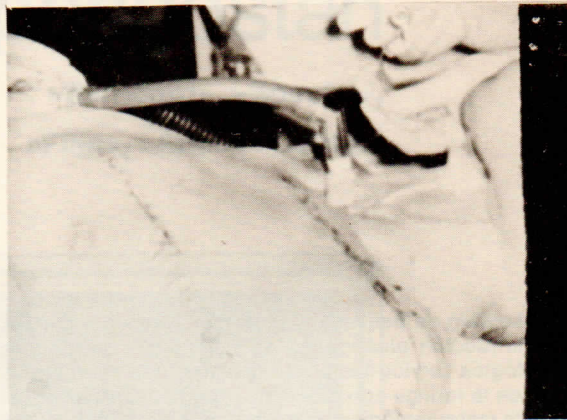


2. Pieza operatoria. Se abre la pieza operatoria cortando en hipofaringe derecha. La flecha única indica la lesión ulcerosa de mucosa faríngea.

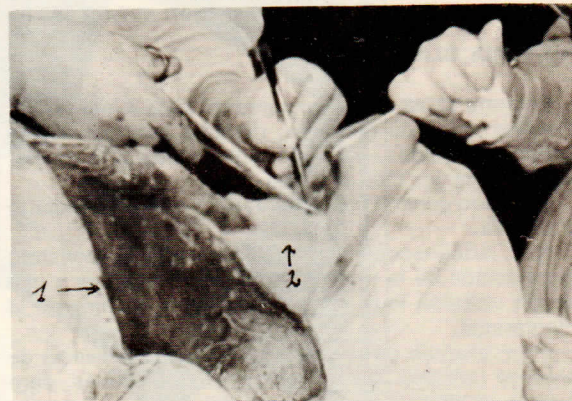
Se coloca una sonda de alimentación naso-gástrica que pasa por el tubo neo-formado de la faringe.

Se aproximan los bordes de la zona dadora por medio de puntos en U con hilo de nylon y el remanente se cubre con piel libre de muslo. También se cubre con injerto de piel libre la parte cruenta del tubo que no ha sido introducida en el túnel prevertebral.

A los 20 días se secciona el pedículo y se restablece la continuidad del tracto digestivo. (Fig. 4).



3. Colgajo de Bakamjian autonomizado. Intubado para la intervención de construcción del tubo faríngeo.



3.1. Se puede observar: 1. Zona cruenta dadora del colgajo de Bakamjian. 2. Yúnel en zona pre-vertebral y pasando debajo el tubo faríngeo neo-formado.

Las radiografías (Fig. 5), del tránsito faringo esofágico demuestran el buen pasaje de la sustancia de contraste hacia el esófago a través de la neo-boca esofágica. Se constata un amplio tubo faríngeo.

COMENTARIO

Quando se realiza una resacción circular completa de la faringe, su reconstrucción se realiza con técnicas diversas, utilizando colgajos de cuello vecinos al defecto o de regiones alejadas.

El colgajo de Bakamjian es de gran utilidad de dicha reparación.

Quando se realiza la reconstrucción de la faringe con colgajo de cuello se puede emplear el colgajo deltopectoral para cubrir la zona cruenta dadora del cuello y el primer plano de la faringe reconstruida.

Cuando se utiliza el colgajo delto-pectoral para la construcción de la neo-faringe, la parte expuesta del cuello corresponde a la piel original de la parte anterior del cuello. Fue la técnica realizada en el caso descrito.

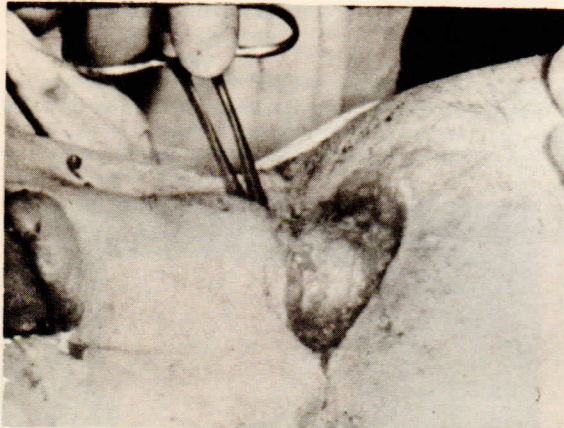
Algunos autores preconizan la realización de la exéresis del tumor y la reconstrucción total en un tiempo quirúrgico. Otros prefieren dejar un pequeño esofagostoma que cierran en una segunda etapa.

También existe divergencia pues unos prefieren la autonomización del colgajo de Bakamjian y otros no la consideran necesario.

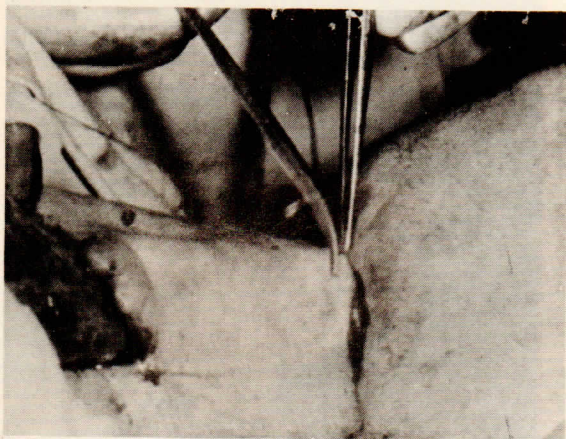
Es preferible reducir al mínimo los tiempos quirúrgicos pues estos pacientes necesitarán el tratamiento radioterapia post-operatoria.

Las ventajas de dicho colgajo para la reconstrucción faríngea consisten en traer piel sana, inclusive en irradiados. En este caso puede utilizarse un colgajo de Bakamjian del lado opuesto para la realización del segundo plano, cuando la piel del cuello no es satisfactoria.

Una segunda ventaja de la técnica descrita consiste en que la piel del cuello es de color normal al ser la original de la zona.



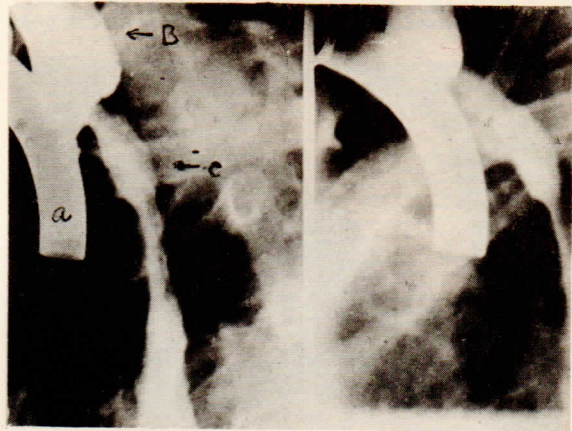
3.2. El tubo está suturado al faringostoma



3.3. Sutura de piel reconstruyendo el plano cutáneo.



4. Cierre del esofagostoma. No se eliminó el resto del colgajo. Fue utilizado por el Dr. Héctor Ventos para cubrir una úlcera crónica de tórax.



5. Se puede observar: A) Cánula de traqueotomía. B) El tubo amplio de la neofaringe. C) Esófago.

RESUMEN

Se presenta una resección laringo-faríngea, cirugía muy mutilante con interrupción de las vías respiratorias y digestivas.

La continuidad del tracto digestivo se realizó con colgajo de Bakamjian con la restitución deglutoria por las vías naturales.

SUMMARY

An interest technique available for restoring the digestive tract function after a laryngofaryngectomy with a delto pectoral flap. (Bakamjian).

RESUME

Il s'agit d'un malade a qui on a practiqué une pharingolaryngectomie totale élargie et reconstruction de la voie digestive a l'aide d'une grelle deltopectorale (Bakamjian).

BIBLIOGRAFIA

1. BAKAMJIAN, V. Y. HOLBROOK, L. A. Prefabrication techniques in cervical pharyngo oesophageal reconstruction. Edinbrugh (3):214-22, 1973. FM.
2. FAIRBANKS BARBOSA, Jorge. Surgical treatment of head and-neck tumors. New York. Grune Stratton, 1974.
3. LORE JOHN, M. An Atlas of Head and Neck surgery. Philadelphia. Sanders Cia., 1973.
4. SOUSSALINE, M. Reconstruction oesophagienne en un temps a l'aide du lambeau delto-pectoral. Paris, 93 (10/11):717-24, oct.-nov., 1976.