

HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE
"Dr. ANTONIO LUACES IRAOLA"
CIEGO DE AVILA

**Fístula faringo cutánea.
Pharyngo cutaneous fistula.**

Luis Ernesto Pérez Paz(1), Félix Echemendía Jiménez (2), Marcos Noa Arias(3), Francisco Álvarez Morales (1)

RESUMEN

Se realiza un análisis y revisión bibliográfica de la fístula faringo cutánea, enfocando específicamente los aspectos etiopatogénicos, diagnóstico y las diferentes clasificaciones desde la más histórica hasta la más moderna que es la de Funk. Finalmente se exponen los factores que intervienen en la reparación de la fístula faringo cutánea, así como los diferentes tipos de reparación en dependencia del tamaño del orificio cutáneo. Concluimos con las posibles complicaciones que se pueden presentar en el cierre del faringostoma.

Palabras clave: FISTULA FARINGO CUTANEA

1. Especialista 2do Grado en O.R.L.
2. Especialista en 1er Grado en O.R.L.
3. Especialista 1er Grado en Medicina Interna
- 4.

INTRODUCCIÓN

Faringostoma no es más que la aparición de una comunicación ó fístula faringo-cutánea, la cual se caracteriza clínicamente por la aparición de saliva coincidiendo con la deglución (1-2).

Es más frecuente en el postoperatorio de las laringectomías totales y puede aparecer espontáneamente por deshicencia de la sutura faríngea precozmente debido a movimientos deglutorios del paciente o bien acompañar una infección o necrosis. Es más frecuente en los tejidos irradiados (2-3).

En esta revisión mencionaremos la investigación diagnóstica de los Faringostomas y explicaremos los aspectos etiopatogénicos, clasificación y terapéuticos de la fístula faringo cutánea (3-4).

ETIOPATOGENIA

Existen dos factores implicados en la formación del mismo, como son:

1. Factores Locales: Postoperatorio de laringectomías totales, fistuloplastias fonatorias, radiodermatitis y radionecrosis, infecciones (quimioprofilaxis in adecuados), recidivas (faringostomas que aparecen en la tercera semana del postoperatorio suelen ser por recidiva tumoral), reanudación precoz de la deglución (la ingestión de alimentos debe demorarse de 7 – 14 días en pacientes no irradiados, en los que han recibido radioterapia preoperatorio superior a 4 000 rad, se añade un día más por cada 1 000 rad recibido a partir de aquella cifra).
2. Factores Generales: Malnutrición, hipoproteinemia, diabetes, alteración de la cicatrización, etc.

DIAGNÓSTICO

Es meramente clínico, por la aparición de un líquido claro, transparente, incluso alimento por el orificio de comunicación, sobre todo asociado a los movimientos de la deglución. En otros casos la única manifestación es una ulceración. En caso de sospecha de recidiva tumoral se debe corroborar el diagnóstico con estudio anatomopatológico.

Puede utilizarse también para el diagnóstico, exámenes contrastados como fistulografía o un tránsito esófago – gástrico. En otras ocasiones es necesario una inspección bajo anestesia y la realización de una panendoscopia, en especial para la planificación quirúrgica. (5)

CLASIFICACIÓN

Existen múltiples clasificaciones:

1. a) Grupo I. Aspectos menores de 2 cm de anchura en los cuales el tejido vecino no ha sido alterado por las radiaciones, generalmente cierran solos, en especial en el período postoperatorio temprano.
 - b) Grupo II. Faringostomas de 2 – 4 cm
 - c) Grupo III. Faringostomas de 4 – 6 cm
 - d) Grupo IV. Faringostomas de + 6 cm
2. Clasificación de Guthrie (1974) (Es un tanto histórico)
 - a) Tipo I. Faringostomas con un diámetro horizontal a 8 mm.
 - b) Tipo II. Con un defecto horizontal inferior a $\frac{1}{4}$ de la circunferencia faríngea.
 - c) Tipo III. Faringostomas inferiores a la $\frac{1}{2}$ de la circunferencia faríngea.
 - d) Tipo IV. Faringostomas superiores a la $\frac{1}{2}$ de la circunferencia faríngea.

3. Clasificación de Vilar Sancho.

- a) Faringostomas en pacientes no irradiados.
- b) Faringostomas en pacientes irradiados
A su vez cada uno de ellos se divide en faringostomas por deshiscencia y fringosotmas por pérdida de sustancia.

4. Clasificación de Funk que es más moderna (1998)

- a) Fístula en pacientes no radiados que no comprometen carótida, ni anastomosis microvasculares (si existen)

Tratamiento conservador, curas diarias y debridamientos seriados suelen ser suficientes.

- b) Fístulas en pacientes radiados con compromiso de la carótida o microanastomosis (si existen)
Tratamiento más agresivo, colocación de prótesis de derivación salivar, interposición de tejido vascularizado entre la fístula y las estructuras vasculares comprometidas; una opción interesante es la del colgajo músculo cutáneo del pectoral mayor.
- c) Fístula Faringocutánea masiva: Se producen en pacientes de alto riesgo como aquellos faringostomas donde hay una pérdida superior a la $\frac{1}{2}$ de la circunferencia faríngea, con pérdida asociada de la cobertura cutánea.

Tratamiento consiste en uso de prótesis de derivación salivar, corregir factores generales asociados y colgajo miocutáneo del pectoral mayor con cobertura interna asociada. (6-7)

TRATAMIENTO

El tipo de reparación empleada para el Faringostoma depende de tres factores importantes:

- a) Tamaño del orificio
- b) Dosis de radiación aplicada
- c) El estado de los tejidos específicos del donador

- a) Un orificio de 15 cm de largo por dos cm de ancho es más fácil de cerrar que otro de 5 cm de largo por 5 cm de ancho.
- b) La endarteritis suele ser resultado de las radiaciones ionizantes con la disminución del calibre y número de los finos vasos sanguíneos en la zona afectada. Este efecto comienza a manifestarse por la 7ma semana después de la radiación y después de esta fecha es progresivo durante toda la vida. El grado de lesión circulatoria producida en los tejidos depende del tipo y dosis de radiación, el período por el cual se administró y la sensibilidad de cada paciente. En términos generales los tejidos transpuestos funcionan en forma menos adecuada si se llevan a un lecho radiado.
- c) No deben emplearse tejidos con cicatrices o incisiones previas ya que esto interfiere en la supervascularización que se necesita para la reparación mística.

Cuando aparece una fístula faríngea debe comenzarse con medidas conservadoras como la colocación de una sonda nasogástrica, prohibición absoluta de la deglución, incluso la saliva y vendaje compresivo.

Cuando no se cierra con los métodos conservadores que incluye además debridar el tejido necrótico, de debe proceder al cierre quirúrgico. Así los Faringostomas tipo I y tipo II según la clasificación de Guthrie suelen cerrar separando la mucosa de la piel y suturando los bordes de la primera con sutura no absorbible o absorbible a largo plazo, y luego la piel o trazando un doble elíptico de mediana anchura a lo largo del segmento vertical del faringostoma, que son suturados en la línea media con la superficie epitelial hacia adentro. El revestimiento externo lo completa el colgajo miocutáneo del pectoral mayor o colgajo libre fascio cutáneo. (8)

En los Faringostomas III y IV se puede emplear un colgajo miocutáneo del pectoral mayor semitubulado con el revestimiento cutáneo hacia dentro, suturándolo a la mucosa remanente de la pared posterior faríngea, base de lengua y entrada del esófago. Otros métodos incluyen colgajos libres para revestimiento interno, suturándolo al remanente faríngeo, la utilización del segmento de yeyuno con micro anastomosis vascular y finalmente el colgajo deltopectoral tubulado.(9)

COMPLICACIONES DEL CIERRE DEL FARINGOSTOMA

1. Necrosis del colgajo
2. Infección
3. Derrame por la línea de sutura
4. Acumulación de líquido debajo del colgajo (nunca aspirar con aguja por el riesgo de infección)
5. Estenosis en los puntos de anastomosis.
6. Obstrucción por crecimiento de folículos pilosos. (9-10).

ABSTRACT

An analysis and a bibliographic revision is accomplished on the pharyngo cutaneous fistula, focusing specifically on the etiopathogenetic aspects, diagnosis and the different classifications from the most historical until most modern which is Funk's. Finally there are expound factors that work on the repair of the pharyngo cutaneous fistula as well as the different types of repair depending on the size of the cutaneous hole. We finish our work with the possible complications that can be presented in the pharynx fistula closure.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. María Laso Vázquez J. Reconstrucción de Faringostomas y estenosis de hipofaringe y esófago cervical. XXIV CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUJANOS DE CABEZA Y CUELLO. Madrid. 26-27 de octubre de 2006.
2. Martín Velasco O, Eló Angué A, Fuentes AC. Reconstrucción de Faringostomas [página en Internet] 2004. [aprox. 2 pantallas]. Disponible en:
<http://www.telefonica.net/web2/jmgara/aeeorl/Abstract6.htm>
3. Clavel Cerón R. Impacto de la sutura continua en la aparición de faringostomas, V Congreso Nacional de la Asociación Española de Enfermería ORL. Granada, 2-3 octubre 2006.
4. Lozano JA, Escudero FJ, Colás C. Versatilidad del colgajo fasciocutáneo supraclavicular en isla para la reconstrucción de defectos de cabeza y cuello. An Sist Saint Navar. 2005; 28 (1): 23-32.
5. Rossi M, Martín Martín C, Minués I, Elhendi W, Labella T. Nuestra experiencia en reconstrucción mediante colgajos en cirugía oncológica de cabeza y cuello. ORL-DIPS 2005; 32(4):178-184.
6. Boyeros Palenzuela E, Alfonso Rodríguez J, Mesa Brito N, Rodríguez López JM. Uso del láser de baja potencia en Otorrinolaringología. Médica. 2005; 15 (20):23-9.
7. Endrell Marqués JBV, Apater Latorre EZ. Colgajo pediculado de pectoral mayor: nuestra experiencia en 76 casos consecutivos. Acta Otorrinolaringol Esp. 2002; 53:39-45.
8. Santaoalla Montoya F. Estudio comparativo entre el empleo de la sutura manual y la sutura mecánica en el cierre del defecto mucoso en la laringectomía total. Acta Otorrinolaringol Esp. 2002; 53: 343-350.
9. Martínez Peñalver, Isabel, Cuevas Pérez, Iván. Efecto del factor de crecimiento epidérmico humano (EGF) recombinante sobre fístulas faríngeas y faringostomas/ Effect of recombinant epidermal growth factors on pharyngeal fistulae and pharyngostomes. Rev Cubana Oncol. 1998;14(2):77-81.
10. Fazzini, R. Montagna, M. Chiklar, D. Reparación de los faringostomas con colgajo miocutáneo de Esternocleidomastoideo. Prensa Med Argentina.1996; 83(9): 68-871.