

OPERACIÓN DE SISSON EN LA RECURRENCIA DEL ESTOMAL TRAQUEAL

JAIRO BASCETTA, PEDRO MÁRQUEZ, LUIS ALEMÁN, ESTEBAN GARRIGA, MARIBEL DA CUHNA, JUAN F LIUZZI

SERVICIO ONCOLÓGICO HOSPITALARIO IVSS. CARACAS, VENEZUELA

RESUMEN

Caso de masculino 74 años con clínica de 1 año de evolución, se diagnostica carcinoma escamoso de laringe estadio IVA. Realizándose laringectomía total + DCS II-IV, con factores alto riesgo de recurrencia estomal. Recurrencia en mayo/2014 ofreciéndose la operación de Sisson. Procedimiento permite una opción terapéutica agresiva con los mejores resultados en cuanto a modalidad terapéutica. Consiste en la resección amplia de piel periestomal, manubrio esternal, cabezas claviculares y primera costilla, resección baja de tráquea, disección ganglios linfáticos mediastinales, faringectomía parcial o total y esofagectomía parcial o total. Los pacientes con lesiones tempranas (tipo I y II) deben ser considerados candidatos a cirugía. Las lesiones avanzadas deben ser tratadas con mayor cautela, las lesiones tipo IV tienen una morbilidad inaceptablemente alta y pésimos resultados por lo que, frecuentemente, son candidatos a manejo sintomático. Las lesiones tipo III pueden, bajo circunstancias ideales, pueden ser tratadas con cirugía aunque con expectativas realistas.

PALABRAS CLAVE: Recurrencia, estomal, cáncer, laringe, operación de Sisson

SUMMARY

We presented a case of masculine patients 74 years old with 1 year clinic, is diagnosed squamous carcinoma of larynx stage IVA. He was carrying out total laryngectomy + DCS II-IV, with high risk factors of recurrence estomal. Recurrence in May 2014 is offering Sisson operation. Procedure allows an aggressive therapeutic option with the best results in terms of therapeutic modality. It consists of wide resection of the skin periestomal, handle sternal, clavicular head and first rib, low resection of trachea, mediastinal lymph node dissection, partial or total faringectomy and total or partial esophagectomy. The patients with early lesions (type I and II) should be considered candidates for surgery. The advanced lesions should be treated with greater caution, type IV lesions are unacceptably high and terrible morbidity results so, frequently, are candidates for symptomatic management. Type III lesions may, under circumstances ideal, be treated with surgery but with realistic expectations.

KEY WORDS: Recurrence, estomal, cancer, larynx, operation of Sisson.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de laringe avanzado es una entidad donde la cirugía constituye la piedra angular en el tratamiento. A pesar de ser un procedimiento oncológico aceptado, la recurrencia puede presentarse en el 33 % de los casos sometidos

Recibido: 18/08/ 2015 Revisado: 19/09/2015

Aceptado para publicación: 15/11/2015

Correspondencia: Dr. Jairo Bascetta. Servicio Oncológico Hospitalario del IVSS. Calle Dr. Alejandro Calvo L. El Cementerio, Caracas, Venezuela. Tel:+58-4249057146. E-mail: jairobascetta@gmail.com.

a laringectomía total, siendo esta una de las complicaciones más serias en estos pacientes ^(1,2). La incidencia de recidiva estomal varía entre 1,7 % al 14,7 % ⁽³⁾. El tratamiento incluye quimioterapia, radioterapia y cirugía con resultados muy diversos y desalentadores. La cirugía en casos seleccionados a pesar de su alta morbimortalidad alcanza una supervivencia a 5 años del 16 % al 45 %. Estando descrita la operación de Sisson como una alternativa quirúrgica para estas ocasiones ^(4,5). Presentamos un caso clínico de recurrencia estomal y revisión de la literatura.

CASO CLÍNICO

Masculino de 74 años con clínica de disfonía, odinofagia y disnea progresiva de 1 año de evolución. Se diagnostica LOE glótico cuya biopsia reporta carcinoma de células escamosas G2. Examen físico: lesión que abarca cara lingual de epiglotis, banda ventricular y cuerda vocal izquierda con parálisis de esta última, senos piriformes libres. Cuello N0. Traqueotomía de emergencia en septiembre 2013. TAC cuello infiltración a cartílago tiroides con extensión a partes blandas.

Llevado a cirugía en diciembre 2013 con diagnóstico de cáncer de laringe cT4aN0M0 ST IVA. Hallazgos: tumor de 2,5 cm en cuerda vocal izquierda que infiltra cartílago tiroides. Adenopatías 0,5 cm-1,5 cm. Se realiza: laringectomía total + DCS II-IV izq. Biopsia carcinoma de células escamosas G2, ulcerado infiltrante a cartílago y partes blandas, margen quirúrgico de 3 cm con borde microscópico +, 06 adenopatías libres de neoplasia. Sin iniciar radioterapia (RT) adyuvante en mayo 2014 se evidencia LOE periestomal oclusivo 85 % 2 cm diámetro móvil y adenopatía supraclavicular izquierda en 1/3 proximal. La TAC no demuestra afectación de mediastino ni estructuras adyacentes. No se correspondió a ninguna de las categorías

de la clasificación de Sisson para recurrencia y en vista de la resecabilidad es llevado a quirófano. Se practica la resección estomal, manubrio, 1/3 medial de ambas clavículas y 1^{as} costillas, disección ganglionar mediastinal + DCR derecha y reconstrucción con colgajo miocutáneo de pectoral mayor derecho, complicada con IRB y mediastinitis. Biopsia con márgenes negativos. 14 ganglios disecados libres de neoplasia (Figura 1-15).



Figura 1. Recaída estomal y adenopatía supraclavicular.



Figura 2. Endoscopia traqueal libre de lesión.

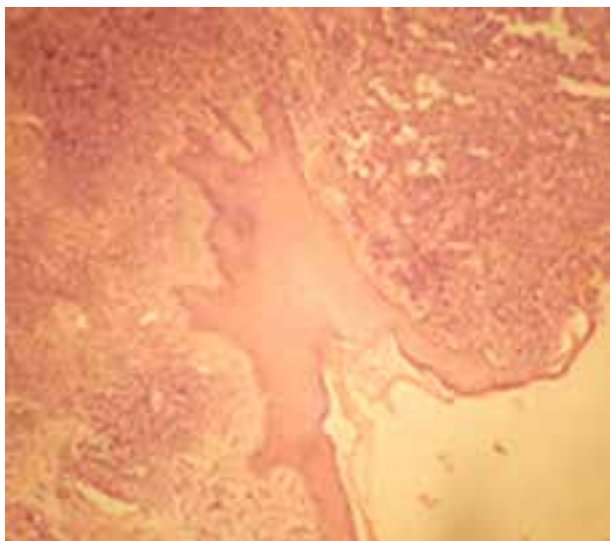


Figura 3. CA de células escamosas en estoma traqueal HE40X.

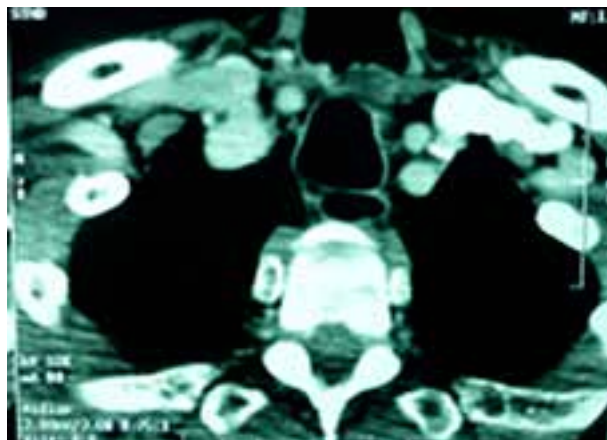


Figura 5. Imagen tomográfica de lesión.

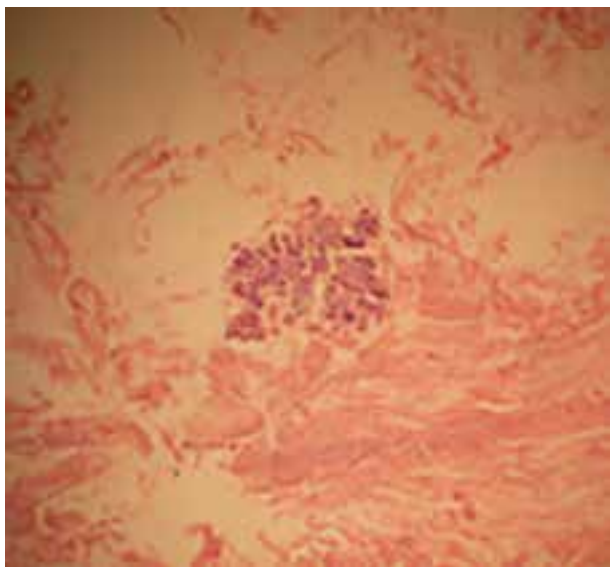


Figura 4. PAAF por bloque celular. Adenopatía supraclavicular izq. Ca células escamosas HE 10X



Figura 6. Manubrio y mediastino sin lesión.



Figura 7. Diseño de incisión.



Figura 8. Confección colgajos cutáneos.



Figura 9. Sección claviclar.



Figura 10. Sección del manubrio.



Figura 11. Sección traqueal.



Figura 12. Sección claviclar.



Figura 13. Pieza quirúrgica. Vista anterior.



Figura 14. Pieza quirúrgica. Vista posterior.



Figura 15. Posoperatorio mediato operación de Sisson

DISCUSIÓN

La recurrencia estomal (RE) definida como la infiltración difusa de tejido neoplásico en la unión de la tráquea amputada y la piel ⁽⁶⁾. Usualmente se presenta como un nódulo, una placa o como un tumor exofítico o ulcerado ⁽⁷⁾. Los factores predisponentes son márgenes inadecuados, traqueotomía previa, afectación subglótica, tumor residual en ganglios linfáticos para-traqueales y tejido tiroideo no resecado, tumor primario avanzado y fístula faringo-periestomal ⁽⁶⁾. La mayoría de las recurrencias estomales ocurren en los 2 primeros años de la cirugía. Solo una minoría de los pacientes es operable y tienen un pronóstico malo, cerca del 80 % de los pacientes fallecerá en los primeros 24 meses. Las recidivas en el estoma son extremadamente difíciles de tratar, y el pronóstico es malo ^(1,2,6). Gunn ⁽⁸⁾ ha recomendado la radioterapia, pero la mayoría de los autores creen que es preciso un abordaje quirúrgico agresivo, incluyendo resección amplia de la piel periostomal, manubrio esternal, cabezas claviculares y primera costillas, resección baja de tráquea, disección de ganglios linfáticos mediastinales, faringectomía parcial o total y esofagectomía parcial o total. A pesar de este tratamiento, la curación es difícil pero está justificada por algunos buenos resultados, porque sin tratamiento se desarrolla una obstrucción progresiva de las vías aéreas acompañadas de hemorragias.

Sisson y col. ⁽⁹⁾ clasificaron las recurrencias traqueales de acuerdo al pronóstico e implicaciones terapéuticas en 4 tipos. En las tipo I existe un nódulo localizado en el estoma, en las tipo II la recurrencia se encuentra localizada en la parte superior del estoma e involucra el esófago pero no su porción inferior, en las tipo III la lesión se extiende por debajo del estoma traqueal hasta el mediastino, y en las tipo IV hay extensión lateral hasta involucrar los grandes vasos. Las

recurrencias tipo IV son las de peor pronóstico.

La operación original de Sisson descrita en dos tiempos ha obtenido los mejores resultados comunicados hasta ahora en el tratamiento de las recidivas estomales. La intervención en un solo tiempo para la reconstrucción usando un colgajo músculo cutáneo de pectoral mayor se ha convertido en el procedimiento de elección.

El caso que presentamos desde el punto de vista epidemiológico se corresponde con lo descrito en la literatura: paciente de sexo masculino, séptima década de la vida, portador de un cáncer de laringe avanzado STIVA que fue sometido a laringectomía total. Como factores predisponentes para la recaída estomal tenemos la traqueotomía previa, la presencia de márgenes microscópicos positivos y no haber recibido tratamiento radiante adyuvante. La irradiación posoperatoria inmediata se ha mostrado útil en la prevención de recidivas estomales en pacientes de alto riesgo. Tong y col., administraron irradiación posoperatoria preventiva a 26 pacientes de alto riesgo. En 22 de ellos, el estoma estaba incluido en el campo, y no se presentaron recidivas en él. En 4 pacientes se protegió el estoma, y 2 de ellos presentaron recidiva⁽¹⁰⁾.

En vista de la presencia microscópica de lesión en el margen traqueal, el paciente mantuvo persistencia de la enfermedad, sin embargo, clínicamente se hizo macroscópicamente evidente al 5º mes de la cirugía.

Gluckman y col., aportaron una significativa contribución al manejo de la RE. Reportó los resultados con 41 pacientes operados por RE. Para las lesiones I y II la supervivencia a cinco años fue de 45 % y una supervivencia de solo 9 % para lesiones tipo III y IV⁽¹⁾

Si el paciente se considera candidato a cirugía debe evaluarse el riesgo con relación a los posibles beneficios. Los pacientes con lesiones tempranas (tipo I y II) deben ser considerados candidatos a cirugía. Las lesiones avanzadas deben ser tratadas con mayor cautela, las lesiones tipo IV

tienen una morbilidad inaceptablemente alta y pésimos resultados por lo que, frecuentemente, son candidatos a manejo sintomático. Las lesiones tipo III pueden, bajo circunstancias ideales, ser tratadas con cirugía aunque con expectativas realistas⁽¹⁾.

En nuestro centro, Medina SH y col., realizaron una revisión sobre la recurrencia estomal en estoma traqueal posterior a laringectomía total por carcinoma escamoso. Se reportaron 114 pacientes operados entre 1987 al 2002, donde se describen 12 presentaron recurrencia en el estoma traqueal, representando 10,5 %. De acuerdo a la clasificación de Sisson y col., las recurrencias estomales fueron tipo I en 7 pacientes, tipo II en 2 pacientes, tipo III en 1 paciente y tipo IV en 1 paciente, no pudiéndose determinar el tipo en 1 paciente por falta de datos clínicos. El tratamiento empleado para el manejo de la recurrencia consistió en cirugía en 2 pacientes, radioterapia en 3 pacientes y quimioterapia en 4. No recibieron tratamiento 5 pacientes. De los pacientes manejados con cirugía, uno tuvo 24 meses de sobrevida y el otro está actualmente libre de enfermedad al tercer mes de posoperatorio⁽¹¹⁾.

El tratamiento de la recurrencia estomal constituye un reto para el cirujano oncólogo, en vista de lo controversial de su manejo. Los resultados obtenidos por las diferentes modalidades terapéuticas son muy variables y muchos casos desalentadores. En pacientes seleccionados, estadios I y II de la clasificación de Sisson la conducta quirúrgica agresiva ofrece los mejores resultados en cuanto a la sobrevida global y libre de enfermedad. El reconocimiento e identificación temprano de los factores de alto riesgo para recurrencia nos permiten actuar y prevenir su presentación. Cuando no es posible la prevención y nos encontramos frente a una RE la operación de Sisson a pesar de su alta mortalidad constituye la mejor opción. Conocer sus aspectos técnicos es fundamental para poderse ofrecer al estar indicado.

REFERENCIAS

1. Gluckman JL, Mamaker RC, Schuller DE, Weissler MC, Charles GA. Surgical salvage for estomal recurrence: A multi-institutional experience. *Laryngoscope*. 1987;97(9):1025-1029.
2. Lacy PD, Piccirillo JF. Development of a new staging system for patients with recurrent laryngeal squamous cell carcinoma. *Cancer*. 1998;83(5):910-917.
3. Batsakis JG, Hybels R, Rice DH. Laryngeal carcinoma: Stomal recurrence and distant metastases. En: Alberti, PE, Bryce DP, editores. *Workshops from the centennial conference on laryngeal cancer*. Appleton-Century-Crofts: Nueva York; 1976.
4. Ferlito A, Silver CE, Rinaldo A, Kim H, Shaha AR. Parastomal recurrence: A therapeutic challenge. *Acta Otolaryngol*. 2002;122(2):222-229.
5. Sisson GA. Mediastinal dissection for recurrent cancer after laryngectomy. *Trans Am Acad Ophthalmol Otolaryngol*. 1970;74(4):767-777.
6. Keim WF, Shapiro MJ, Rosin HD. Study of post laryngectomy stomal recurrence. *Arch Otolaryngol*. 1965;81:183-186.
7. Yotakis J, Davris S, Kontozoglou T, Adamopoulos G. Evaluation of risk factors for stomal recurrence after total laryngectomy. *Clin Otolaryngol Allied Sci*. 1996;21(2):135-138.
8. Gun WG. Treatment of cancer recurrent at the tracheostome. *Cancer*. 1965;18(10):1261-1264.
9. Sisson GA, Bytell DE, Becker SP. Mediastinal dissection-1976: Indications and newer techniques. *Laryngoscope*. 1977;87(5 Pt 1):751-759.
10. Tong D, Mos, WT, Stevens KR. Elective irradiation with surgery in reserve. *Laryngoscope*. 1975;85(9):1477-1488.
11. Medina S, Peña J, Rodríguez A, Briceño J, Garriga E. Recurrencia en el estoma traqueal después de laringectomía por carcinoma epidermoide de laringe. *Rev Venez Oncol*. 2003;15(3):136-141.