LA ONCOLOGIA EN LA PRACTICA CLINICA

MANEJO NO QUIRURGICO DE LA ESTENOSIS DEL ESTOMA TRAQUEAL EN LARINGECTOMIZADOS

DR. ESTEBAN GARRIGA GARCIA*, DR. ESTEBAN GARRIGA MICHELENA§, DR. EDGAR BRITO ARREAZA*, DR. JOAQUIN LUGO CRUZ*

RESUMEN: Se estudia la utilización de traqueostomos de silicona y un esteroide de uso tópico (Halcinonida) como una alternativa no quirúrgica a la estenosis del estoma traqueal en los laringectomizados.

Material y Método: Se analizaron 12 pacientes laringectomizados consecutivos con estenosis del estoma traqueal. Se utilizó una cánula para laringectomizados de silicona, inicialmente de manera permanente y luego en forma intermitente, al evidenciar que el proceso de estenosis se detuvo; y Halcinonida tópica.

Resultados: La estenosis se presentó de manera temprana en el 66% de los casos y de manera tardía en el 33%. Los estomas estenosados presentaron un diámetro transversal promedio de 7,8 mm y un diámetro antero-posterior promedio 8,4 mm. En el 58% fue necesario realizar una incisión radial en el borde de la estenosis, de manera de poder introducir el traqueostomo, siendo realizada más frecuentemente a las 12 horario por considerarse la de menor riesgo. A todos los pacientes se le indicó untar la cánula con Halcinonida, pero 2 pacientes con-fesaron no haber cumplido la indicación. Los pacientes usaron de manera permanente el traqueostomo entre 14 días y 6 meses, siendo el promedio 2,4 meses. Este dato permite informar al paciente que tiempo aproximado va a necesitar utilizar el traqueostomo de manera permanente y evitar la recidiva. En 4 casos se presentó recidiva de la estenosis, que mejoró en 3 casos al reutilizar el traqueostomo nuevamente.

Discusión: Para la estenosis del estoma traqueal en pacientes laringectomizados, de manera tradicional, se ha recomendado una solución quirúrgica. Sin embargo, en muchas ocasiones, las condiciones que hicieron propicia la aparición de la estenosis persisten, produciéndose reaparición de esta. Un manejo conservador colocando un tubo metálico o plástico, por su rigidez y, además, funcionar como cuerpos extraños, traumatizan el estoma promoviendo aún más esta estenosis. Desde Octubre de 1993 no nos hemos visto en la necesidad de reconstruir quirúrgicamente ningún paciente con estenosis del estoma traqueal siguiendo este método.

Conclusión: El uso de traqueostomos de silicona y Halcinonida debe ser considerada inicialmente en el manejo de la estenosis del estoma traqueal en los pacientes laringectomizados.

Palabras Claves: Laringectomía, Estoma-Traqueal, Estenosis

INTRODUCCION

La estenosis del estoma traqueal posterior a una laringectomía total ocurre entre el 4 y 42%^(§) y constituye una de las com-

plicaciones que más deben ser tomadas en cuenta, pues involucra la única posibilidad de vía respiratoria para el paciente.

Su aparición se ha asociado a radioterapia, realización de fistulas traqueo-esofágicas primarias para rehabilitación de la voz, traqueos-

(*) Cirujano Oncólogo, Servicio de cabeza y cuello Hospital Oncológico Padre Machado

(§) Cirujano Oncólogo, Centro Médico de Caracas

tomía previa y técnica inadecuada en la construcción del estoma^(3,10,11).

Diversos procedimientos quirúrgicos^(4,5,7,11) han sido diseñados para resolver este problema que en muchas ocasiones terminan en la reestenosis del estoma. Un traqueostomo plástico o metálico mantienen permeabilidad de la vía aérea pero el maltrato que producen y la presencia de un cuerpo extraño empeoran la situación. El advenimiento de nuevos materiales inertes y blandos como la silicona usados en la fabricación de traqueostomos para laringectomizados asociados a esteroides de uso tópico, pensamos que pueden solucionar este problema sin tener que recurrir a la cirugía en la mayoría de los pacientes. En el presente estudio analizamos la experiencia de traqueostomos de silicona y esteroide local (Halcinonida) en el manejo de las estenosis del estoma traqueal en laringectomizados.

MATERIAL Y METODO

Se incluyeron en este estudio 14 pacientes laringectomizados consecutivos con estenosis del estoma traqueal definida como aquellos en que algunos de sus diámetros es menor de 1 cm, entre octubre de 1993 y mayo de 1998,

provenientes del Hospital Oncológico Padre Machado y el Centro Medico de Caracas. Todos los pacientes que fueron laringectomizados tenían carcinoma epidermoide de la laringe. Dos pacientes fueron excluidos del estudio debido a que no volvieron a control para evaluar los resultados y así solo se analizaron 12.

Colocación del tubo

Se utilizó una cánula para laringectomizados (BIVONA®) suministrada a los pacientes por ASOVELA, Nos. 8 ó 9, según el diámetro de la estenosis (ver tabla I). La característica de esta cánula de silicona para laringectomizados de ser blanda y maleable, permitía que doblándola sobre si misma, esta fuese colocada en estomas de menor diámetro que el de dicha cánula. Al paciente previamente se le colocó lidocaina en aerosol local. Para facilitar la entrada se utilizó un lubricante hidrosoluble untado al tubo. Los pacientes en que el diámetro del estoma se encontraba demasiado reducido, con un bisturí No. 11 se le realizaron una o más incisiones radiales en la estenosis, previa infiltración de un anestésico local, e inmediatamente se colocó el tubo que a la vez hacía hemostasia por compresión. Se indicaba antibiótico por 6 días.

Tabla 1

Características de las cánulas utilizadas

Cánula	Diámetro interno	Diámetro externo	Longitud
No. 8	9,5 mm	12,0 mm	55 mm
No. 9	10,5 mm	13,5 mm	55 mm

Manejo del tubo

El tubo una vez colocado se dejaba *in situ* 3 días siempre que no manifestara signos de obstrucción. Luego se retiraba para limpiarlo una o más veces al día según fuese necesario. Cada vez que iba a ser colocado nuevamente, se untaba con Halcinonida en ungüento o crema. El paciente lo utilizaba de manera permanente hasta que se evidenciaba que el proceso

de estenosis se había detenido y entonces solo se utilizaba de manera intermitente.

RESULTADOS

De los 12 pacientes, 10 son del sexo masculino (83%) y 2 son del sexo femenino (17%).

El rango de edad fue de 52 a 73 años, con una edad promedio de 63,8 años.

En 9 pacientes se realizó disección de cuello uni o bilateral según la indicación en cada caso.

A 5 pacientes se le realizó traqueostomía antes de la laringectomía por obstrucción respiratoria. Cuatro pacientes recibieron radioterapia previa a la laringectomía y 6 en el postoperatorio.

La estenosis se presentó de manera temprana (menos de 3 meses de la laringectomía) en el 66% de los casos (8 pacientes) y de manera tardía en el 33% (4 pacientes).

Los estomas estenosados presentaron un diámetro transversal que varió entre 5 y 9 mm (promedio 7,8 mm) y un diámetro antero-posterior que varió entre 7 y 9 mm (promedio 8,4 mm).

En 7 pacientes (58%) fue necesario realizar una incisión radial para poder colocar el traqueostomo siendo realizada más frecuentemente a las 12 horario por considerarse la de menor riesgo.

A todos los pacientes se le indicó untar la cánula con Halcinonida, pero 2 pacientes confesaron no haber cumplido la indicación.

Los pacientes usaron de manera permanente el traqueostomo entre 14 días y 6 meses, siendo el promedio 2,4 meses. Este dato permite informar al paciente que tiempo aproximado va a necesitar utilizar el traqueostomo de manera permanente y evitar la recidiva.

En 4 casos se presentó recidiva de la estenosis, siendo el tiempo que usaron la cánula permanentemente de 3 meses, que es mayor al promedio general, lo cual sugiere que estos pacientes han debido usarlo por más tiempo. Esta recidiva mejoró en 3 casos al reutilizar el traqueostomo nuevamente. En el caso restante se asoció a infección paratraqueal que mejoró con antibioticoterapia endovenosa y luego se perdió del control.

Tabla II

Variables	No. pacientes	%
Condiciones para la aparición de la estenosis		
Traqueostomía previa	5	42
Radioterapia previa a la laringectomía	4	33
Radioterapia post operatoria	6	50
Disección de cuello asociada a la laringectomía	9	75
Tiempo de aparición de la estenosis		
Temprana	8	66
Tardía	4	33
Uso de Halcinonida	10	83
Recidiva de la estenosis	4	33

DISCUSION

Para la estenosis del estoma traqueal en pacientes laringectomizados, de manera tradicional, se ha recomendado una solución quirúrgica, que elimina el tejido cicatrizal y reanasto-

mosa la tráquea con la piel y mediante diversas incisiones y colgajos, se amplía el diámetro del nuevo estoma. Diversas técnicas han sido descritas para lograr este propósito. Sin embargo, en muchas ocasiones, las condiciones que hi-

cieron propicia la aparición de la estenosis persistente, produciéndose la reaparición de esta.

Algunos autores^(2, 7), ante esta estenosis, recomiendan un manejo conservador colocando un tubo metálico o plástico para detener el proceso, por el tiempo que sea necesario, con o sin infiltración de corticoesteroides. Es posible que los traqueostomos convencionales, metálicos o plásticos, por su rigidez y, además, al funcionar como cuerpos extraños, traumatizan el estoma promoviendo aún más esta estenosis.

Los pacientes con traqueostomía previa en diversos estudios han mostrado una mayor incidencia de estenosis del estoma que en nuestros pacientes estaba asociado en el 42% de los casos. La radioterapia también se ha asociado a estenosis del estoma siendo más importante la que se recibió en el postoperatorio que la que fue administrada previa a la laringectomía⁽³⁾. Sin embargo, es difícil en nuestro estudio definir esto por la casuística y que algunos de los pacientes tenían traqueostomía previa y habían recibido radioterapia.

No hemos encontrado bibliografía que recomiende y describa el uso de estos traqueostomos de silicona en pacientes laringectomizados con estenosis del estoma traqueal.

Desde Octubre de 1993 no nos hemos visto en la necesidad de reconstruir quirúrgicamente ningún paciente con estenosis del estoma traqueal. Todos se han manejado con traqueostomo de silicona con o sin halcinonida tópica. Incluso los que han recidivado se han vuelto a manejar con éxito de la misma manera, insistiendo más en el uso de Halcinonida. Esta Halcinonida, un esteroide de uso tópico de alta potencia⁽⁶⁾, fue indicada en este estudio por asociación del uso que se ha dado a los esteroides, al ser infiltrados en casos de estenosis del estoma traqueal⁽⁷⁾, laringo-traqueales⁽¹⁾ y queloides⁽⁹⁾, de manera de contribuir a detener el proceso de cicatrización excesiva.

Agradecimiento: ASOVELA, por su participación e interés en este trabajo.

BIBLIOGRAFIA

1. Coleman JA, Van Duyne AD, Ossoff RH. Laser treatment of lower airway stenosis. *Otolaryngol Clin North Am.* 1995; 28:771-83.
2. Freund HR. Principles of Head & Neck Surgery. 2nd ed. New York: Appleton-Century-Crofts; 1979. p. 431-2.
3. Ho C, Wei WI, Lau WF, Lam KH. Tracheostomal stenosis after immediate tracheoesophageal puncture. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 1991; 117: 662-5.
4. Montgomery W. Surgery of the upper respiratory system. 2nd ed. Philadelphia: Lea & Febiger; 1989. p. 428-31.
5. Panje WR, Kitt VV. Tracheal stoma reconstruction. *Arch Otolaryngol.* 1985; 111:190-2.
6. Pittman AM. Cuidados del paciente en medicina interna. En: Woodley M, Whelan A, editores. Manual de terapéutica médica. 8a ed. Barcelona: Masson-Salvat; 1993. p. 1-30.
7. Silver CE. Cirugía de cáncer de la laringe y sus estructuras anexas. 1a ed. Barcelona: Ediciones Torray; 1985. p. 70-1.
8. Sinard RJ, Netterville JL, Garrett CG, Ossoff RH. Cancer of the larynx. In: Myers EN, Suen JY, editors. Cancer of the head and neck. 3rd ed. Philadelphia: WB Saunders; 1996. p. 381-421.
9. Stucker FJ, Shaw GY. An approach to the management of keloids. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 1992; 118:63-7.
10. Wang RC, Bui T, Sauris E, Ditkoff M, Anand V, Klatsky IA. Long-term problems in patients with tracheoesophageal puncture. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 1991; 117:1273-6.
11. Weissler MC. Management of complications resulting from laryngeal cancer treatment. *Otolaryngol Clin North Am.* 1997; 30:269-78.