

## COMUNICACIÓN PÓSTER EN CONGRESO

### SUTURA MECÁNICA DE LA FARINGE CON PUNCIÓN TRAQUEOESOFÁGICA EN LARINGECTOMÍA TOTAL: NUESTROS PRIMEROS CASOS

#### *Mechanical Suture of the Pharynx with Tracheoesophageal Puncture in Total Laryngectomy: Our First Cases*

María MARTÍN-BAILÓN ; Pablo SANTOS-GORJÓN ; Enrique COSCARÓN-BLANCO ;  
Juan BARTUAL-MAGRO ; Mar DE PRADO-SAN JOSÉ ; Soledad SUÁREZ-ORTEGA   
*Servicio de Otorrinolaringología, Complejo Asistencial de Zamora.*  
*Correspondencia: mariamartinbailon@gmail.com*

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de intereses

Imágenes: Los autores declaran haber obtenido las imágenes con el permiso de los pacientes

Política de derechos y autoarchivo: se permite el autoarchivo de la versión post-print (SHERPA/RoMEO)

Licencia CC BY-NC-ND. Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivar 4.0 Internacional

Universidad de Salamanca. Su comercialización está sujeta al permiso del editor

**RESUMEN:** Introducción y objetivo: El cierre de la faringe es uno de los pasos claves de la laringectomía total. Dentro de las complicaciones de esta cirugía, la aparición de fístulas faringocutáneas es una de las más frecuentes, cuya incidencia puede llegar al 50% según algunos autores. La introducción de la sutura mecánica en nuestro campo podría suponer un antes y un después en esta cirugía, ya que parece disminuir la incidencia de complicaciones, así como reducir el tiempo quirúrgico y la estancia hospitalaria. El objetivo de este estudio es presentar nuestra experiencia inicial en la realización de sutura mecánica para el cierre faríngeo de pacientes sometidos a laringectomía total, y demostrar la posibilidad de insertar una prótesis fonatoria mediante fistuloplastia en el mismo acto quirúrgico.

**Método:** Presentamos una serie de casos acumulados en nuestro centro desde que se comenzó a utilizar la técnica hace 2 años. Se describe la técnica quirúrgica así como la indicación quirúrgica, tipo de sutura mecánica empleada, tiempo quirúrgico y realización o no de punción traqueoesofágica primaria, así como datos relativos a la evolución postoperatoria (inicio de ingesta oral y aparición de fístula faringocutánea).

**Resultados:** Durante el periodo de estudio se han intervenido 14 laringectomías totales, en 9 de las cuáles se ha realizado cierre mecánico de la faringe. Todos los pacientes eran varones, con una edad media en el momento de la cirugía de 68,3 años. En cuatro pacientes se realizó laringectomía total como tratamiento primario y en los cinco restantes se trataba de cirugía de rescate tras tratamiento con radioterapia con o sin quimioterapia. En el 66,7% se realizó resección de hioides. Un 44,4% de los pacientes recibieron nutrición

hiperproteica previa a la cirugía. En 5 de los pacientes se realizó fistuloplastia traqueoesofágica con inserción de prótesis fonatoria Provox en el momento de la cirugía. El tiempo medio hasta el inicio de la tolerancia oral fue de 13 días. En un 33,3% de los pacientes se produjo fistula faringocutánea.

Discusión: Desde la primera laringectomía total realizada por Billroth en 1873, se han producido diversos avances en la técnica quirúrgica con el fin de reducir sus posibles complicaciones. El cierre faríngeo ha supuesto siempre un desafío, con una elevada incidencia de fistulas faringocutáneas, que alarga significativamente los costes y estancias hospitalarias. En los últimos años se ha popularizado el uso de la sutura mecánica. Aunque al principio realizábamos la fistuloplastia en un segundo tiempo, en los últimos casos colocamos la prótesis fonatoria en el mismo acto quirúrgico, sin que hayamos observado mayor incidencia de fistula faringocutánea.

Conclusiones: Aunque nuestra experiencia es aún limitada, a la vista de nuestros resultados creemos que la sutura mecánica con realización concomitante de punción traqueoesofágica e inserción de prótesis fonatoria es, al menos, tan segura como el cierre directo con sutura manual.

PALABRAS CLAVE: laringectomía total; punción traqueoesofágica; sutura mecánica; fistula faringocutánea.

SUMMARY: Introduction and objective: Closure of the pharynx is one of the key steps in total laryngectomy. The appearance of pharyngocutaneous fistulas is one of the most frequent complications of this surgery, whose incidence can reach 50% according to some authors. The introduction of mechanical suture in our area could represent a before and after in this surgery, since it seems to reduce the incidence of complications, as well as reduce surgical time and hospital stay. The objective of this study is to present our initial experience in performing mechanical suture for pharyngeal closure in patients undergoing total laryngectomy, and to demonstrate the possibility of inserting a voice prosthesis through fistuloplasty in the same surgical act.

Method: We present a serie of accumulated cases in our center since the technique began to be used 2 years ago. The surgical technique is described, as well as the surgical indication, type of mechanical suture used, surgical time and performance or not of primary tracheoesophageal puncture, as well as data related to postoperative evolution (beginning of oral intake and appearance of pharyngocutaneous fistula).

Results: During the study period, a total of 14 laryngectomies were performed, in 9 of which mechanical closure of the pharynx was chosen. All patients were male, with an average age of 68,3 years. Four patients underwent total laryngectomy as primary treatment and the remaining five underwent salvage surgery after treatment with radiotherapy with or without chemotherapy. In 66,7% hyoid resection was performed. 44,4% of the patients received hyperproteic nutrition prior to surgery. In 5 of the patients, tracheoesophageal fistuloplasty was performed with insertion of a Provox voice prosthesis at the time of surgery. The median time to onset of oral tolerance was 13 days. Pharyngocutaneous fistula occurred in 33,3% of patients.

Discussion: Since the first total laryngectomy performed by Billroth in 1873, several advances have been made in the surgical technique in order to reduce its possible complications. Pharyngeal closure has always been a challenge, with a high incidence of pharyngocutaneous fistulas, which significantly increase costs and hospital stays. In recent years, the use of mechanical suture has become popular. Although initially we performed the fistuloplasty in a second stage, in recent cases we placed the voice prosthesis in the same surgical act, without observing a higher incidence of pharyngocutaneous fistula.

Conclusions: Although our experience is still limited, in view of our results we believe that mechanical suture with concomitant tracheoesophageal puncture and voice prosthesis insertion is at least as safe as direct closure with manual suture.

KEYWORDS: total laryngectomy; tracheoesophageal puncture; mechanical suture; pharyngocutaneous fistula.