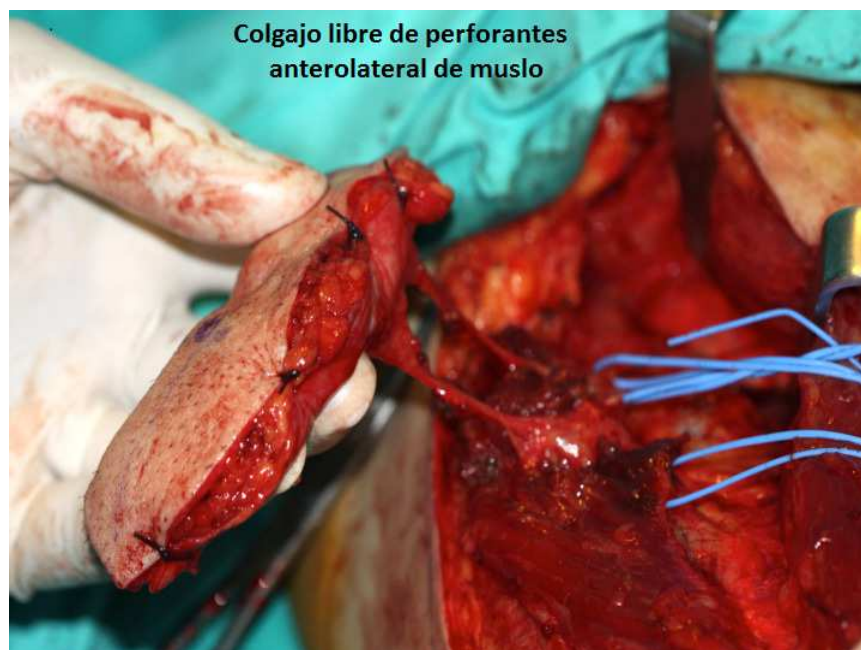


CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DE CABEZA Y CUELLO

Nuestra especialidad, en los últimos años, ha tenido un importante desarrollo y ampliación de su ámbito. De ser médicos de garganta, nariz y oídos hemos trascendido nuestros difusos límites para poder tratar de forma completa a nuestros pacientes, convirtiéndonos además en cirujanos de cabeza y cuello. Esto ha requerido una especialización en todas aquellas técnicas y patologías incluidas en nuestra área natural de trabajo, el área cervical, transformándonos de estudiosos de su patología en cirujanos. En este complejo espacio anatómico nos encontramos a gusto y en el que podemos (y sabemos) resolver problemas que, desde otras especialidades, han intentado separar de forma artificial: la cirugía endocrina, la cirugía glandular, la cirugía traqueal, la cirugía reconstructiva o la cirugía vascular.

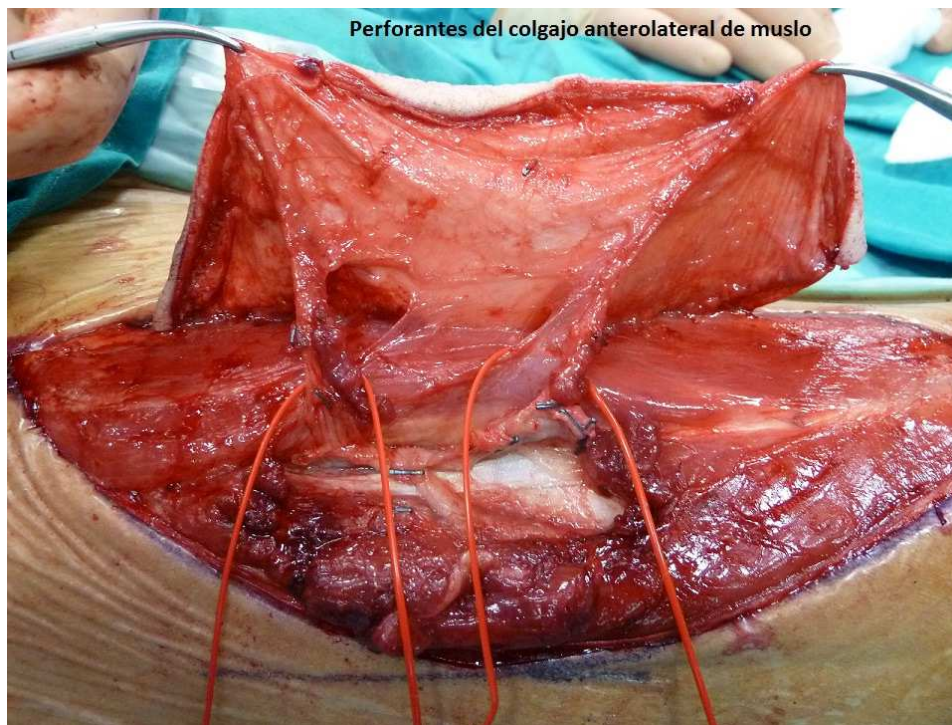
La cirugía oncológica de la vía aerodigestiva superior supone gran parte del trabajo del otorrinolaringólogo dedicado a la cirugía de cabeza y cuello. La resección de estructuras en cavidad oral, faringe y laringe suponen un deterioro funcional importante en la voz, la articulación de la palabra, la deglución, la respiración y la imagen corporal, y tiene un importante efecto sobre la calidad de vida. La reconstrucción puede ser necesaria tras la exéresis y suele requerir desde un mínimo aporte de tejido que encontraremos cerca de la zona de exéresis hasta el aporte de colgajos complejos en su estructura y composición, que incluyan piel, fascia, musculo y/o hueso. La reconstrucción, por lo tanto, es inherente a la resección y debe ser contemplado a la hora de configurar un equipo de cirugía oncológica en nuestra área.



El otorrinolaringólogo como cirujano reconstructor

El equipo quirúrgico debe estar preparado para aportar al paciente la mejor solución para el cierre del defecto, manteniendo al máximo las funciones del órgano y minimizando en lo posible la estancia y la morbilidad. Y para poder ofrecerlo es necesario que en el armamento del cirujano estén varias opciones reconstructivas, microquirúrgicas y no microquirúrgicas, que permitan una selección de la técnica a utilizar por su adecuación al paciente y al defecto y no sólo por su adecuación al cirujano.

El otorrinolaringólogo y cirujano de cabeza y cuello dispone normalmente de una técnica quirúrgica exquisita y adecuada al espacio anatómico del cuello, una especialización en un área compleja y peligrosa. Por ello, el salto a territorios más o menos alejados, desde el tórax a la pierna, para poder obtener tejido apropiado para la reconstrucción no supone mayor problema que el estudio anatómico previo y la formación en el tallado específico de cada colgajo. Ninguno de los colgajos libres o pediculados descritos, incluidos los colgajos de perforantes, suponen en la dificultad para su obtención un límite para el otorrinolaringólogo que quiera dedicarse a la cirugía reconstructiva.



Por otra parte, la realización de la microsutura, tanto vascular como nerviosa, está también a nuestro alcance, sobre todo por la formación que tenemos en técnicas quirúrgicas bajo visión con microscopio binocular. La microcirugía es parte de la formación de los residentes de áreas quirúrgica en nuestro hospital y debería ser parte de la formación de todos los residentes de ORL en otros hospitales. La capacitación en esta técnica es útil no solo para realizar cirugía reconstructiva sino que también ayuda a resolver problemas y complicaciones que pueden aparecer durante cualquier cirugía cervical. El otorrinolaringólogo cirujano de cabeza y cuello está perfectamente capacitado, tras formación específica, para asumir la reconstrucción de sus pacientes, con el único límite de tener un volumen adecuado de cirugías que permita mantener una calidad alta y resultados contrastables.

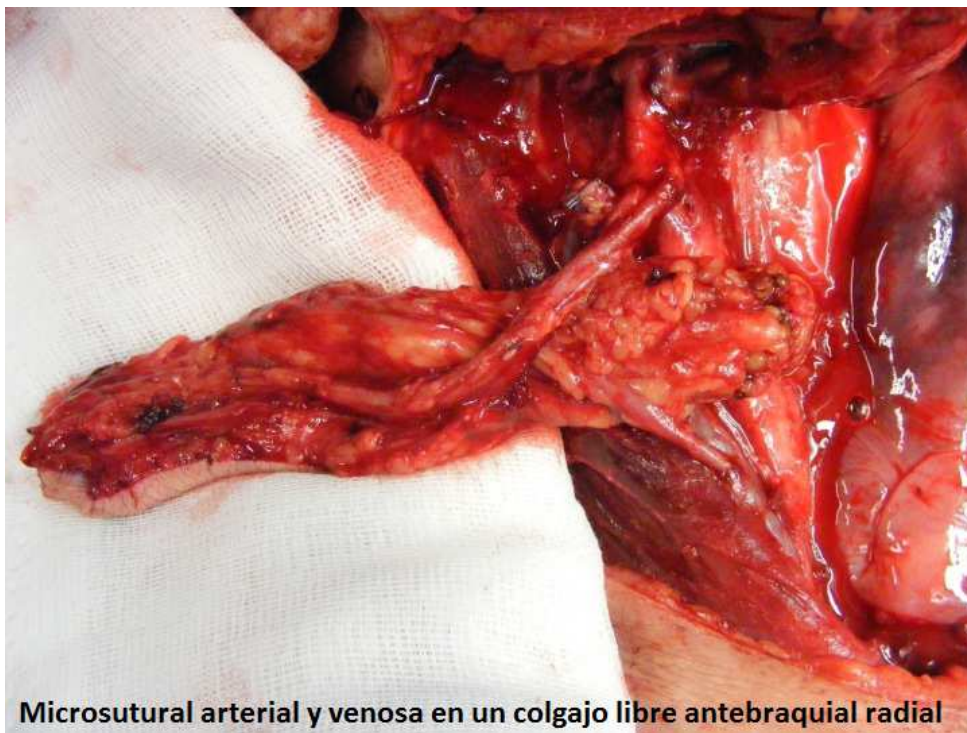
Autosuficiencia en equipo

Lejos de ser cirujanos excluyentes, los otorrinolaringólogos nos hemos distinguido siempre por nuestra actitud colaborativa, formando parte de equipos multidisciplinares y, en ocasiones, aceptando roles y realizando trabajos en segundo plano. Esa capacidad de sacrificio en bien del equipo no se debe entender como dejadez y nunca debemos dejar de defender nuestras capacidades y nuestra proyección, sobre todo, en beneficio de nuestros pacientes.

En numerosos hospitales, son otros especialistas (generalmente cirujanos plásticos o cirujanos maxilofaciales) los encargados de la reconstrucción de nuestros pacientes oncológicos. Este hecho tiene algunas ventajas y, sobre todo, es muy cómodo. Sin embargo, nada puede suplir al conocimiento anatómico y funcional que tiene el otorrinolaringólogo del área faringolaríngea, algo esencial para diseñar tridimensionalmente el colgajo, así como el dominio de la anatomía vascular del cuello.

También es esencial la habilidad en la exploración para el seguimiento del paciente y sus complicaciones postquirúrgicas. En estos casos, el otorrinolaringólogo debe seguir siendo en centro del equipo quirúrgico, en el diseño, colocación y sutura del colgajo, dejando para el compañero la tarea de tallado y microsutura, donde pueden ser más rápidos y eficaces.

Personalmente, al igual que en otros grupos en nuestro país, apuesto por acercarnos a la autosuficiencia en cirugía reconstructiva. Aunque en casos puntuales, necesitemos de otros especialistas para solucionar problemas específicos (ausencia de vasos en el cuello, uso de injertos poco habituales), la mayor parte de nuestros pacientes pueden ser reconstruidos utilizando dos o tres colgajos de cabecera, tanto libres como pediculados, que, en centros con suficiente volumen, puede ser asumido por parte del equipo quirúrgico otorrinolaringológico.



Microsutural arterial y venosa en un colgajo libre antebraquial radial

La reconstrucción y los avances en el tratamiento

El avance en el tratamiento de estos tumores ha llevado a nuevos tratamientos oncológicos, la ampliación de las indicaciones de quimio-radioterapia, sobre todo en orofaringe y laringe y la aparición de nuevas técnicas de abordaje transoral robótico (TORS) o no (TOUSS). Estas novedades en conjunto, lejos de eliminar la necesidad de reconstrucción le han añadido dificultad y la han convertido en indispensable.

En el caso de los tratamientos oncológicos, las pacientes que sufren persistencia o recidiva tumoral, o la aparición de un segundo primario posterior, presentan no sólo una dificultad técnica en la realización de la exéresis sino también un incremento significativo de la necesidad de reconstrucción, un aumento del número de colgajos por paciente, un aumento de la morbimortalidad del acto quirúrgico y un importante detrimento de la calidad de vida posterior a la cirugía de rescate. La reconstrucción micro-vascular se enfrenta a una dificultad en la obtención de vasos donantes en el cuello que lleva a una mayor dependencia de colgajos pediculados.

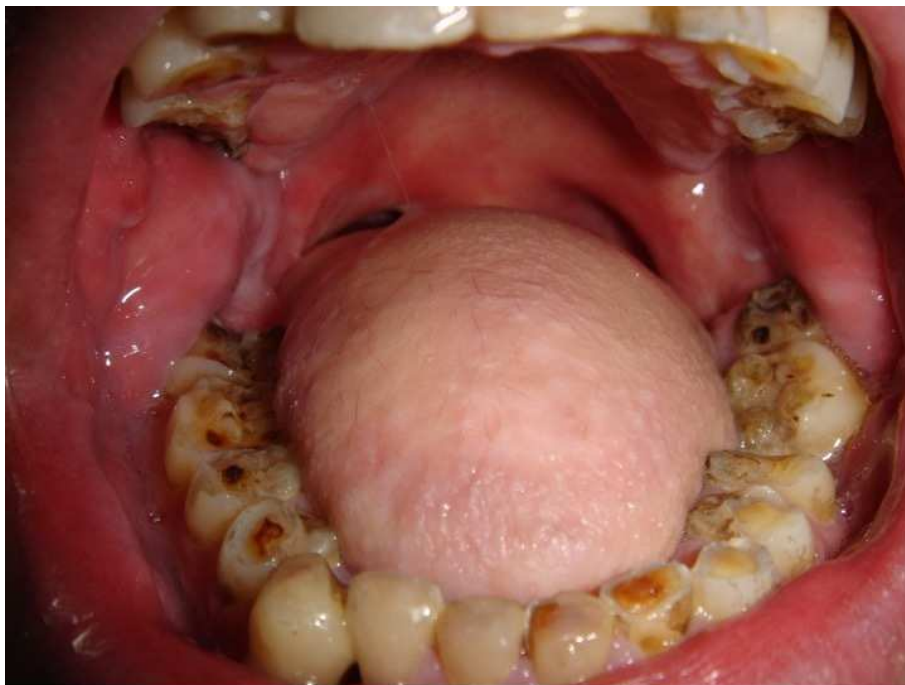


reconstrucción de cavidad oral con colgajo libre antebraquial radial

En el caso de la cirugía transoral, debemos tener presente que el abordaje mínimamente invasivo no implica que la exéresis sea limitada y que no requiera reconstrucción. El hecho de prescindir de abordaje cervical y mandibulotomía no reduce el defecto tras la exéresis, y aunque la ausencia de comunicación con el cuello puede en casos permitir la curación por segunda intención, cuando la reconstrucción es necesaria, la colocación del colgajo en el defecto y su sutura es más difícil y puede limitar el tipo de colgajo a utilizar. Se requiere en muchos casos la capacidad para suturar mediante técnicas endoscópicas, de fácil aprendizaje en el caso del robot, pero un desafío en el caso de la cirugía transoral endoscópica.

El futuro

En el desarrollo de nuestra especialidad, creo que la cirugía de cabeza y cuello ocupa un espacio fundamental. Y dentro de ella debemos apostar por incorporar a nuestras prestaciones la cirugía reconstructiva. Y esto se realizará a base de formación, de análisis y mejora de los resultados y de coordinación e investigación.



Reconstrucción tras glossectomía mediante colgajo libre recto abdominal

Por ello, en la Comisión de Cabeza y Cuello y Base de Cráneo hemos creado un grupo de trabajo en cirugía reconstructiva formado por cirujanos de toda España, involucrados en este tipo de cirugía, con sus dificultades y su ilusión y trabajo. Entre los proyectos de este grupo están promocionar la formación en cirugía reconstructiva mediante la organización de cursos tanto teóricos como prácticos, mejorar la relación y la colaboración entre los grupos dedicados a la reconstructiva y la redacción de documentos de apoyo para el resto de los socios. LA cirugía reconstructiva en cabeza y cuello es también parte de nuestra especialidad, una parte que tenemos que cuidar y promocionar

Pablo Parente Arias