AÑO 6 - VOLUMEN 6 - NOVIEMBRE 2015

REVISTA CHILENA DE HERIDAS & OSTOMÍAS

- IMPLICANCIAS PSICOLÓGICAS EN LA UPP
- REVASCULARIZACIÓN EN PIE DIABÉTICO
- CUIDADOS DE LA OSTOMÍA
- ABDOMEN ABIERTO
- EXPERIENCIAS DE ENFERMERÍA
- RUTA SOLIDARIA DE LAS HERIDAS

FUNDACIÓN INSTITUTO NACIONAL DE HERIDAS

Director:
Dr. Sergio Valenzuela Roediger
Cirujano Vascular Clínica Las Lilas y Hospital Clínico San Borja Arriarán

Editora en Jefe:
E.M. Patricia Morgado
Asesora Fundación Instituto Nacional de Heridas

Comité Editorial:
Dr. Cristián Salas
Cirujano Vascular Clínica Las Condes y Hospital del Salvador
Dr. Alejandro Barrera
Coloproctólogo Clínica Las Lilas y Hospital San Borja Arriarán
Dr. Felipe Corvalán
Cirujano Vascular Clínica Santa María y Hospital del Salvador
Dr. Rodrigo Julio
Cirujano Vascular Clínica Indisa y Hospital del Salvador.
E.U. Ingrid Soto
Enfermera Estomaterapeuta U. de Concepción
E.U. Isabel Aburto
Presidenta Fundación Instituto Nacional de Heridas

Comité Asesor FINH
E.U. Isabel Aburto
Presidenta Fundación Instituto Nacional de Heridas
Paula Vio
Periodista Fundación Instituto Nacional de Heridas

Publicación de la Fundación Instituto Nacional de Heridas

Dirección:
Rancagua 509, Providencia.
56-22237667 - 56-222748352
info@heridas.cl

Representante Legal:
E.U. Isabel Aburto

Edición de textos:
E.M. Patricia Morgado

Diseño:
Luz María González
www.redcreativa.com

Impresión:
Salesianos Impresores S.A

Todos los derechos reservados
Registro Propiedad Nº 259034

TEMARIO

ARTÍCULOS

FACTORES PSICOLÓGICOS IMPLICADOS EN LA PROBLEMÁTICA DE ÚLCERAS POR PRESIÓN 5
UNA MIRADA CLÍNICA INTEGRAL
Javiera Parragué

EXPOSICION DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS 11
Marcelo Castillo

ENFERMEDAD VASCULAR Y ÚLCERAS EN EL PACIENTE DIABETICO 15
ENFOQUE DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO ACTUAL
Felipe Corvalán

USO DEL SISTEMA VAC (VACUUM-ASSISTED CLOSURE) 25
PARA EL MANEJO DE LA DEHISCENCIA E INFECCIÓN DE LA HERIDA OPERATORIA PERINEAL POSTERIOR A UNA RESECCIÓN ABDOMINO-PERINEAL
Sebastián Pradenas, Cristián Gallardo, Manuel Quiroz, Guillermo Bannura, Felipe Illanes, Carlos Melo, Alejandro Barrera

CÁNCER COLORRECTAL Y PACIENTE OSTOMIZADO 30
UN DESAFÍO PARA ENFERMERÍA
Ximena Meneses

ESTOMAS INTESTINALES 35
¿POR QUÉ DEMARCAR?
Andressa F. Guimarães, João J. Gomes, Mayara M. Raposo, Nayara R. Gerez, Simone D. Larangeira

MANEJO DEL ABDOMEN ABIERTO 39
Alejandro Readi, José Luis Quezada, Eugenio Grasset.

LA CONTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES EN EL CUIDADO DE SUS HERIDAS 51
EL CASO DE LA "AGRUPACIÓN DE AUTOCUIDADO ESPERANZA VIVA"
Sandra Jofré, Alejandra Vidal, Autor de correspondencia: Sandra Jofré.

RUTA SOLIDARIA DE LAS HERIDAS POR CHILE 72
Isabel Aburto

CASOS CLÍNICOS

ESTENOSIS DEL ESTOMA TRAQUEAL 58
Patricia Laime

ANGIOPLASTIA EN PIE DIABETICO 63
Felipe Corvalán

COLGAJO DE MÚSCULO SARTORIO Y USO DE TENSIÓN NEGATIVA 68
Sergio Valenzuela

ESTENOSIS DEL ESTOMA TRAQUEAL

Dra. Patricia Laime V.
Médico Cirujano, Subespecialidad Cirugía de Cabeza y Cuello.
Hospital San Borja Arriarán. Servicio de Cirugía. Unidad de Oncología.
Universidad de Chile
E-mail patricialaime@gmail.com

Dentro de las variadas complicaciones derivadas de una laringectomía, sin duda que la estenosis del estoma traqueal es una de las más temidas toda vez que genera dificultades en el manejo de las secreciones del paciente y los consiguientes problemas de intercambio del flujo aéreo.

El presente artículo se refiere al caso clínico de un paciente de 53 años de edad, sometido a una laringectomía total, quien al cabo de 2 años y 9 meses desde su intervención quirúrgica presenta una estenosis del estoma traqueal que ocasiona dificultad respiratoria durante un episodio de bronquitis, requiriendo posteriormente una plastía del estoma.

Palabras Clave: Estenosis del estoma traqueal, cuidado insuficiente, dificultad respiratoria, plastía.

SUMMARY

Among the various complications of laryngectomy, undoubtedly the tracheal stoma stenosis is one of the most feared since it creates difficulties in handling patient secretions and the consequent problems of exchange airflow.

This article refers to the case of a patient of 53 years old; he had a total laryngectomy, who after two years and nine months since his surgery has a tracheal stoma stenosis causing respiratory distress during an episode of bronchitis, subsequently requiring a stoma plasty.

Keywords: tracheal stoma stenosis, insufficient care, respiratory distress, plasty.

INTRODUCCIÓN

Una estenosis estomal, en general, es una complicación preocupante de una laringectomía que puede ocurrir en el postoperatorio inmediato o años más tarde. [1] [2] [3]

La estenosis es la disminución del lumen del estoma traqueal producida por la contractura de la piel en la unión mucocutánea por causa de una cicatrización defectuosa. [1] [2] [3]

Aunque no hay un criterio objetivo para definirla, se considera que la estenosis está presente cuando hay insuficiencia respiratoria en reposo o durante el ejercicio físico, o también en el caso de dificultad en el aclaramiento traqueal. [3] La estenosis compromete el flujo y el barrido mucociliar de las secreciones traqueobronquiales, predisponiendo al paciente a infecciones recurrentes. [4]

La incidencia de la estenosis es variable de 4% a 42% [1][3][5], siendo mayor en mujeres que en hombres ($p < 0,05$) [4].

CASO CLÍNICO

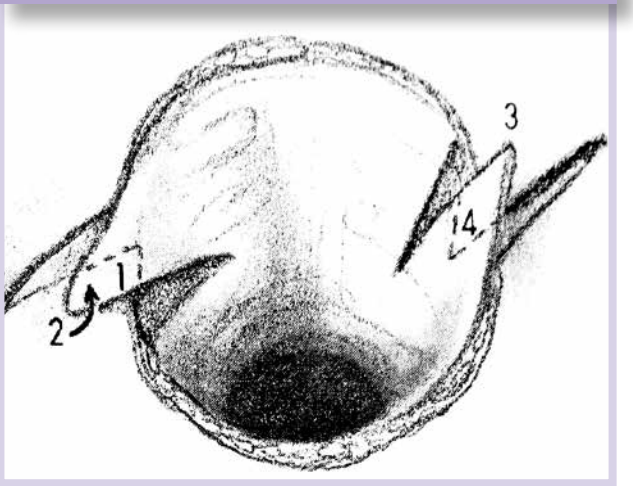
Un paciente de sexo masculino de 53 años de edad, sin antecedentes mórbidos, es intervenido quirúrgicamente en nuestro Servicio por diagnóstico de condrosarcoma de laringe. Al efecto, se sometió a una laringectomía total, quedando con una traqueostomía definitiva. Con posterioridad recibe radioterapia externa (60 cy), evolucionando de manera satisfactoria, asistiendo a controles regulares en el Policlínico de Cirugía durante el primer año, los que posteriormente abandona por motivos personales.

Transcurridos dos años y nueve meses desde su intervención quirúrgica, el paciente acude a nuestro Servicio y refiere que el estoma u orificio del traqueostoma fue reduciendo paulatinamente de diámetro debido a la presencia de costras, inflamación y de un granuloma que se manejó solamente con curaciones. Señala también que no se realizaba un aseo diario del estoma traqueal y finalmente no pudo volver a instalar una cánula de traqueostomía. Expuso, además, que antes de consultar en nuestro Servicio, presentó una infección bronquial con abundante mucosidad por el orificio estomal e irritación, que le impidió el correcto intercambio del flujo aéreo con la consiguiente disnea, motivo por el cual acude a un Centro de Atención Primaria de Salud donde proceden a efectuarle un aspirado de secreciones; sin embargo, durante esa noche el paciente vuelve a presentar un apremio ventilatorio, por lo cual su cónyuge le coloca un cilindro de lápiz bic en el orificio estomal, manteniendo así permeable la vía aérea.

Una vez resuelto el referido proceso bronquial, el paciente acude a nuestro Policlínico de Cirugía, donde se constata un diámetro de lumen estomal de 5 mm. (Figura 1), razón por la cual se le instala una cánula pediátrica de traqueostomía y se programa una cirugía con la finalidad de ampliar el lumen estomal. Previa anestesia general, se le realiza una resección de la banda cicatrizal periostomal y confección de doble Z plastía (Figura 2) a nivel del tejido sano, logrando ampliar el diámetro estomal hasta 15 mm. Luego de 10 días desde la referida intervención se le retiran los puntos y se observan colgajos vitales con un

FIGURA 1: PACIENTE CON CICATRIZ FIBROSA DEL ESTOMA Y DISMINUCIÓN DEL LUMEN TRAQUEAL

FIGURA 2: ESQUEMA DEL DISEÑO DE LA DOBLE Z PLASTIA



traqueostoma de buen lumen. Finalmente, se instruye al paciente en el sentido de adoptar los debidos cuidados en el manejo de la traqueostomía para evitar una nueva estenosis.

En la actualidad, el paciente ha acudido regularmente a sus controles en Policlínico, observándose que el estoma traqueal mantiene su diámetro, lo cual ha permitido el correcto intercambio del flujo aéreo. (Figura 3)

FIGURA 3: PACIENTE 2 AÑOS Y 2 MESES DESPUÉS DE LA PLASTIA DEL ESTOMA TRAQUEAL

DISCUSIÓN

La estenosis del orificio o estoma traqueal puede obedecer a múltiples factores, siendo los de más común observancia los siguientes:

La formación de costras, que pueden ocurrir en días, meses o años desde la intervención quirúrgica y suelen asociarse a cuidados inadecuados por parte del paciente, exceso de aire seco, infección del estoma traqueal y, eventualmente, recidiva del carcinoma [6].

La infección del estoma, seguida a veces por condritis de los anillos traqueales, es la causa de la aparición temprana de granuloma y propicia la aparición de estenosis [7]. Kuo, [5] en un análisis retrospectivo de 270 pacientes, identificó que la incidencia de estenosis estomal fue mayor en pacientes que presentaron infección traqueostomal ($P<0,05$).

Otros factores relacionados que incluyen: a las pacientes de sexo femenino quienes, al tener tráqueas de calibre más delgado, son más propensas a padecer una estenosis; el cierre circular del estoma luego de la laringectomía; una pobre aproximación de la mucosa con la piel; tensión excesiva de los colgajos; formación de fístulas; infección de la tráquea y algunas condiciones como la obesidad. [1] [7]

Errores cometidos tanto en la elección del lugar o nivel donde se practica la traqueostomía como en el tipo de incisión traqueal, o en la cantidad de cartílago que se sacrifica para configurar el estoma traqueal. De la misma manera, el uso de una cánula no adecuada y el proceso empleado para los cambios de este dispositivo, especialmente durante los primeros días del post operatorio, pueden resultar muy perjudiciales para el paciente. [7]

Los pacientes que requieran de uso continuo de la cánula, al no adoptar los debidos cuidados en el manejo de la traqueostomía, pueden tener un aumento de problemas de sangrado, dificultad respiratoria, retención de secreciones y costras, factores todos que influyen en el desarrollo de

una estenosis estomal. En el caso de los portadores de prótesis de voz, estos pacientes podrían tener una sobrecarga adicional tanto de la cánula como de la prótesis, las cuales se asocian a la presencia de los factores recién descritos. [1]

Finalmente, una estenosis puede deberse a problemas de cicatrización y se presenta también el caso de algunos pacientes que pueden desarrollar estenosis sin ninguna razón discernible. [1] [7]

En nuestro paciente se destaca una historia de inflamación del estoma asociado a presencia de costras, todo esto agravado por un proceso bronquial agudo que, por la presencia de secreciones, irrita aún más el orificio estomal con la consecuente cicatrización retráctil, facilitando así la estenosis crítica del estoma.

Una vez que se desarrolla la estenosis, los pacientes se someten a dilataciones y colocación de cánulas de traqueostomía que rara vez tienen éxito, requiriendo una revisión quirúrgica. Se han descrito múltiples técnicas quirúrgicas para tratar esta complicación, tales como Z plastías, avance con colgajo V-Y, resección circunferencial con colgajos bilaterales y avance de colgajo traqueal. [6][1][8]

A nivel de resultados en la aplicación de las técnicas quirúrgicas descritas, en general se advierte en los pacientes que, si bien pueden no tener una mejoría significativa en el tamaño del estoma, pueden manejar más fácilmente el traqueostoma y también llevar a cabo su limpieza. En el caso de los pacientes que tienen piel periostomal irritada, se constata que no presentan mucha mejoría en virtud de los procedimientos quirúrgicos.

Para evitar una estenosis es fundamental que, al momento de practicar la laringectomía, la confección del traqueostoma no se efectúe en forma circular. Kim YH, et al [8] presentan un estudio retrospectivo, revisando la técnica quirúrgica Doble Z Plastía, y concluye que es un procedimiento seguro para la ampliación del estoma traqueal y aliviar la tensión excesiva, sin alterar el perfil del estoma y la prótesis fonatoria.

En el caso clínico que presentamos, al paciente se le realizó una Doble Z Plastía que permitió la redistribución de la tensión del estoma y proporcionó suficiente tejido cutáneo para la aproximación mucosa, logrando ampliar el estoma considerablemente, sin signos de reestenosis después de dos años desde la cirugía.

COMENTARIO

Si bien la estenosis depende en gran parte de la técnica empleada en la intervención quirúrgica original, el adecuado manejo del traqueostoma es de vital importancia para evitar infecciones y formación de granulomas o costras que podrían ocasionar cicatrices retráctiles. Por esta razón, es de toda necesidad que el paciente aprenda a manejar adecuadamente el traqueostoma, para evitar también de ese modo la estenosis, lo cual redunda favorablemente en su calidad de vida postoperatoria.

BIBLIOGRAFIA

1. Bruce H. Campbell, MD.: Tracheal advancement flap for postlaryngectomy stomal stenosis. Head & Neck 1997; may: 211-215.
2. Loewy A, Laker HI. Tracheal stoma problems. Arch Oto- laryngol 1968;87:477–483.
3. Giacomarra V, Russolo M, Tirelli G, Bonini P. Surgical treatment of tracheostomal stenosis. Laryngoscope, 2001; 111:1281-4.
4. Wax MK, Touma BJ, Ramadan HH. Tracheostoma stenosis after laryngectomy: incidence and predisposing factors. Otolaryngol Head Neck Surg 1995;113:242–247.
5. Kuo M, Ho K-M, Wei WI, Lam K-H. Tracheostomal stenosis after total laryngectomy: an analysis of predisposing factors. Laryngoscope 1994;104:59–63.
6. J. Loré, et al. (2005). La laringe En, John M. Loré, Jesús Medina, Atlas de Cirugía de Cabeza y Cuello. 4º ed. (1069-1164). Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana S.A.
7. P. Ortega del Alamo, et al. (2008). Estenosis laringotraqueales. En, Suárez Nieto, et al., Tratado de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. 2º ed. (2763, 2786). Madrid, España: Editorial Médica Panamericana S.A.
8. Kim YH, Kim NH, Seong SY, Hyung DW, Choi HS. Double reversing Z-plasty with inferiorly widening stomaplasty for the management of tracheostomal stenosis. Auris Nasus Larynx, 2010; 37: 361-4.

FUNDACIÓN INSTITUTO NACIONAL DE HERIDAS