

ANALES MEDICOS

Volumen
Volume **44**

Número
Number **1**

Enero-Marzo
January-March **1999**

Artículo:

Cierre de fístula traqueocutánea mediante un colgajo triple

Derechos reservados, Copyright © 1999:
Asociación Médica del American British Cowdray Hospital, AC

**Otras secciones de
este sitio:**

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

***Others sections in
this web site:***

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



medigraphic.com

Cierre de fístula traqueocutánea mediante un colgajo triple

Nicolás Domínguez Chávez-Camacho,* Manuel Barrantes Tijerina, Rodrigo Noguera**

RESUMEN

Se presenta el caso clínico de un paciente de 26 años de edad, con una fístula traqueocutánea. Ésta aparece como complicación del empleo de una cánula de traqueostomía que fue mantenida por ocho meses para tratamiento ventilatorio del paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos. Se muestra el cierre de la fístula traqueocutánea con un colgajo en tres planos que abarca, mucosa, músculo y piel en un mismo tiempo quirúrgico. Este artículo describe dicha técnica, la cual representa una buena opción quirúrgica, dado que durante y después de un seguimiento de cuatro años no se registraron complicaciones ni recidivas en este paciente.

Palabras clave: Fístula traqueocutánea, traqueostomía.

ABSTRACT

We report a case of a 26 years-old man, who had a tracheocutaneous fistula, after being 8 month with a tracheostomy canula, due to his ventilatory management handled by the critical care unit. We use the closure of the fistula with a 3-plane flap (mucosa, muscle and skin), at the same surgical moment, as a good option. In this patient, neither complications nor relapse were presented in a four years follow up.

Key words: Tracheocutaneous fistula, tracheostomy.

INTRODUCCIÓN

Las fístulas traqueocutáneas se presentan en aquellos pacientes a quienes se les sometió a una traqueostomía y fueron mantenidos canulados por un largo tiempo; la fístula traqueocutánea se pudo desarrollar después de la decanulación con epitelización del estoma, que puede asociarse con una cicatriz deprimida o excedente.

Existen diversos métodos para el cierre de las fístulas traqueocutáneas, pero ninguna de ellas ha obtenido popularidad. Han existido diversas técnicas que incluyen desde el cierre directo, cierre con colgajos locales en uno y dos planos, colgajos de rotación, colgajos musculocutáneos, rotaciones musculares con injertos de piel, hasta intentos de cie-

rrer por segunda intención. Lewis y colaboradores¹ usaron el tracto fistuloso como un colgajo marginal para la reparación de la depresión y adherencia de la cicatriz traqueocutánea, agregando una zeta-plastia subcutánea para facilitar el cierre de la fístula. Kennan y asociados² obtuvieron resultados desalentadores con el cierre directo de las fístulas traqueocutáneas, con complicaciones como dehiscencia de heridas quirúrgicas, neumomediastino y neumotórax.

Han existido muchas técnicas con grados variables de éxito. La idea de cerrar un defecto obedece al principio de poder dar una mejor cobertura al defecto, con menor índice de recurrencia, mejor aporte vascular y menor deformidad local.

Con base en estos principios diseñamos un colgajo en tres planos: mucoso, muscular y cutáneo.

MATERIAL Y MÉTODOS

El caso clínico correspondió a un hombre de 26 años de edad aparentemente sano, el cual inició su padecimiento actual en marzo de 1992 debido a un accidente automovilístico que le ocasionó politrau-

* Hospital ABC.

** Hospital de la Cruz Roja.

Recibido para publicación: 15/06/98. Aceptado para publicación: 31/09/98.

Dirección para correspondencia: Dr. Nicolás Domínguez Chávez-Camacho
Torre de Consultorios del Hospital ABC, consultorio 313,
Sur 136 esq. Av. Observatorio, Col. Las Américas
01120 México, D.F. Tel: 52-72-27-02. Fax: 52-72-35-84

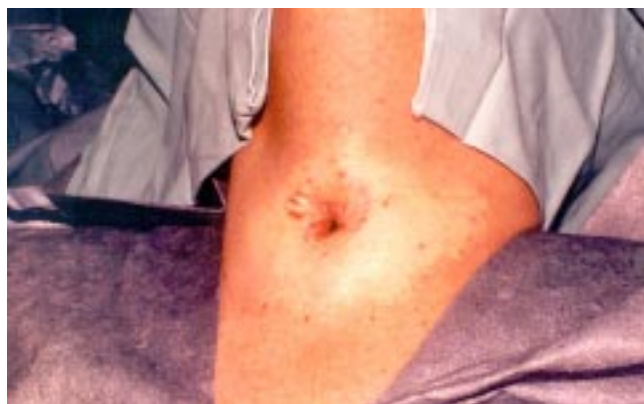


Figura 1. Fístula traqueocutánea de 3 x 4 cm de diámetro, situada en línea media cervical anterior.



Figura 2. Planeación preoperatoria, con marcaje del defecto en forma romboidal y colgajo de Limberg

matismos, traumatismo craneoencefálico y cuadriplejía. Ingresó al hospital en estado de coma, por lo que fue manejado en la Unidad de Terapia Intensiva. Inicialmente requirió intubación orotraqueal durante dos semanas. Después se decide realizarle traqueostomía para apoyo mecánico ventilatorio prolongado. Su evolución fue hacia la mejoría, con secuelas mínimas del área neurológica, por lo que se decide retirar la cánula de traqueostomía a los ocho meses posteriores al accidente.

Diez meses después se nos interconsulta para manejo y cierre de una fístula traqueocutánea epitelizada en la línea media cervical anterior de aproximadamente 4 x 4 x 2 cm en todo su trayecto (*Figura 1*).

Para el cierre de la fístula traqueocutánea, decidimos emplear la técnica quirúrgica que se presenta a continuación.

Técnica quirúrgica: Se planeó para el cierre de la fístula traqueocutánea con un colgajo en tres planos de la siguiente manera:

1. Planeación y marcaje de la cirugía, con colgajo de Limberg de pedículo inferior sobre la piel (*Figura 2*).
2. Infiltración de xilocaína con epinefrina al 2%
3. Desbridamiento del defecto respetando los colgajos previamente planeados.
4. Levantamiento y rotación del colgajo de tejido epitelial para el cierre del defecto en un primer plano (*Figuras 3 y 4*)
5. Rotación de colgajo muscular de platisma para cierre de un segundo plano.
6. Levantamiento y rotación del colgajo de Limberg para cierre del tercer plano (*Figura 5*).

Así se realizó el cierre del defecto. El paciente fue egresado el mismo día, con evolución satisfactoria de la cirugía y de la cicatrización.



Figura 3. Marcaje de colgajo de mucosa en la luz de la fístula traqueocutánea.



Figura 4. Primer plano de cobertura con mucosa.



Figura 5. Segundo y tercer plano de cobertura con músculo y piel.



Figura 6. Resultado posoperatorio inmediato.

Fue intervenido quirúrgicamente después de seis meses y se observó una dimensión normal de la luz traqueal, sin datos de estenosis ni cicatrices retráctiles o de ninguna otra complicación.

RESULTADOS

Durante un seguimiento de cinco años se observó un resultado favorable tanto a nivel externo cicatrizal, como hacia la luz traqueal, sin índices de recurrencia,

con una permeabilidad traqueal adecuada corroborada bajo visión directa de laringoscopia y con nueva intubación traqueal sin dificultades en dicha maniobra.

DISCUSIÓN

La fístula traqueocutánea es una complicación derivada de una traqueostomía prolongada y ha sido relacionada directamente con el tiempo de canulación.³ Pueden ocurrir complicaciones secundarias al cierre de la fístula traqueocutánea como son enfisema subcutáneo, neumotórax, neumomediastino, neumoperitoneo y compresión de la vía aérea siendo, todas ellas urgencias quirúrgicas.⁴

Podemos ofrecer una nueva alternativa quirúrgica para el cierre de las fístulas traqueocutáneas, sobre todo para las de mayor tamaño, la cual podría ser de utilidad bajo el mismo principio a otros niveles. Posee como gran ventaja no sólo por dejar una cicatriz pequeña que minimiza el defecto, sino por brindar una cobertura en tres planos que disminuye el índice de recurrencia. Por ello, creemos que es una buena opción en el tratamiento definitivo del cierre de las fístulas traqueocutáneas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lewis VL jr, Manson PN, Stalneck MC. Some ancillary procedures for correction of depressed adherent tracheostomy scars and associated tracheocutaneous fistulas. *J Trauma* 1987; 27: 651-655.
2. Keenan JP, Snyder GGIII, Lehman WB, Ruiz JW. Management of Tracheocutaneous fistula. *Arch Otol* 1978; 104: 530-531.
3. Wheeler WB, Kuranchek SC, Lobas JG, Lipscomb TS. Respiratory Complications of Tracheocutaneous fistula closure. *Crit Care Med* 1991; 19: 580-582
4. Berenholz LP, Vail S, Berlet A. Management of Tracheocutaneous fistula. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1992; 18: 869-871.
5. Rosbe K, Logan T, Drake A. Aerocele: An unusual complication of Tracheocutaneous fistula repair. *Am Otol Rhinol Laryngol* 1996; 105.
6. Bishop JB, Bostwick J, Nahai F. Persistent tracheostomy stoma. *Am J Surg* 1980; 140: 709-710.
7. Kulber H, Passy V. Tracheostomy closure and scar revision. *Arch Otol* 1972; 96: 22-26.