

YO LO HAGO ASÍ

## MODIFICACIÓN EN LA TÉCNICA DE LARINGUECTOMÍA SUBTOTAL CON EPIGLOTOPLASTIA

M. ROSIQUE ARIAS\*, D. HELLÍN MESEGUER\*\*, I. ALBALADEJO DEVIS\*

\* SERVICIO DE ORL. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN ARRIXACA. MURCIA.

\*\* SERVICIO DE ORL. HOSPITAL COMARCAL DE ORIHUELA (ALICANTE).

---

### RESUMEN

**P**resentamos la modificación en uno de los pasos de la técnica de laringuectomía subtotal con epiglotoplastia, consistente en la apertura de la laringe a través de la membrana tirohioidea. Esta maniobra mejora la visualización del tumor facilitando el tiempo de exposición y posterior reconstrucción.

**PALABRAS CLAVE:** Laringuectomía subtotal. Epiglotoplastia.

---

### ABSTRACT

#### MODIFICATION IN SUBTOTAL LARYNGECTOMY WITH EPIGLOTTOPLASTY

**W**e describe the modification in one of the passages of the technique of subtotal laryngectomy with epiglottoplasty, consisting of the opening of larynx through the tirohyoid membrane. This maneuver improves the visualization of the tumor facilitating the time of its removal and later reconstruction.

**KEY WORDS:** Subtotal laryngectomy. Epiglottoplasty.

---

**Correspondencia:** Mariano Rosique Arias. Carril Salabosque, 3. 30012 Murcia. E-mail: med013274@nacom.es

**Fecha de recepción:** 21-8-2000

## INTRODUCCIÓN

Dentro de la cirugía parcial de laringe destaca la técnica de laringectomía subtotal con la reconstrucción posterior de la arquitectura laríngea utilizando el deslizamiento de la epiglotis. Esta técnica fue descrita originalmente por Bouche y Freche en 1965<sup>1</sup>, y por Kambic en 1977<sup>2</sup>. Posteriormente gracias a la sistematización de Tucker con su trabajo publicado en 1979<sup>3</sup> logra que la técnica se difunda y se utilice de forma más generalizada. En la actualidad está plenamente justificada al haberse demostrado sus buenos resultados tras muchos años de experiencia siempre que se sigan sus indicaciones<sup>4,5</sup>. Fundamentalmente está indicada como tratamiento del cáncer glótico teniendo que respetar en la resección como mínimo un cartílago aritenoides. Debe existir una movilidad conservada de las cuerdas vocales o a lo sumo un discreto grado de paresia. Es condición impres-

cindible que la epiglotis esté libre de tumor. Pech<sup>5</sup> en cambio, admite hasta 1 centímetro de resección epiglótica por extensión del tumor. Tras la experiencia acumulada el mismo Tucker<sup>6</sup> cree indicada la técnica en los tumores T3 glóticos, mediante un abordaje que él llama exploratorio para convertir su técnica parcial en una laringectomía total si llega a ser preciso. En nuestra experiencia con más de 100 casos intervenidos, un 25% aproximadamente de los mismos son T3 con buenos resultados oncológicos.

## TÉCNICA QUIRÚRGICA

En los trabajos revisados, la técnica quirúrgica siempre describe de la misma forma la exposición y secciones necesarias del cartílago tiroides. Procede a abrir la laringe por la sección vertical del cartílago tiroides en el lado menos afectado por el tumor. A continuación se bascula la laringe hacia el lado contrario para exponer la neoplasia y valorar los límites de resección<sup>3-5</sup>. Consideramos que esta maniobra es incómoda para el cirujano ya que con frecuencia no se consigue una buena exposición hasta que la pieza no se ha extirpado en gran parte. La hemorragia del pedículo vascular con frecuencia dificulta el avance y visualización. La modificación que exponemos se ha realizado en los últimos casos operados y consiste en la apertura de la membrana tirohioi-

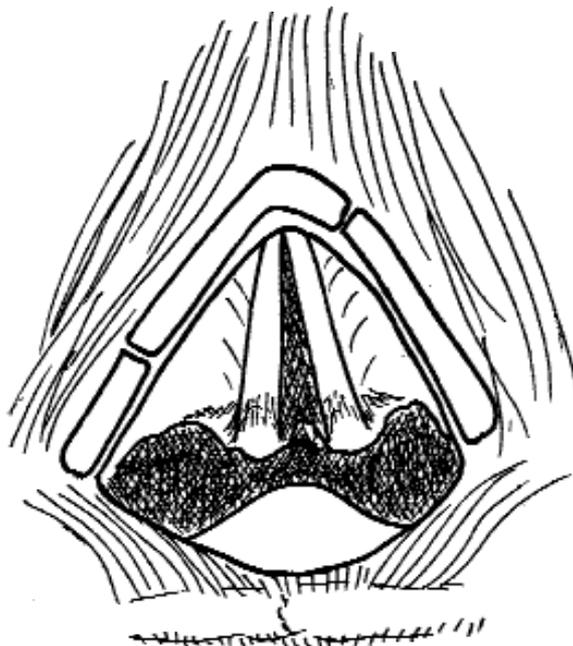


Figura 2. Visión craneal de la endolaringe a través del espacio tirohioideo.

Figura 1. Visión anterior. Espacio tirohioideo abierto. Epiglotis en la punta de la tijera. Secciones verticales del cartílago tiroides realizadas.

dea. El cirujano se coloca a la cabeza del paciente igual que si fuera a realizar una laringuectomía supraglótica. Con bisturí eléctrico se secciona horizontalmente la membrana tirohioidea hasta descubrir el blanco cartílago epiglótico. Este se va "pelando" caudalmente hasta que se desinserta y se abre la laringe (figuras 1, 2 y 3). La visión del tumor y la laringe es excelente, llegando a ver con la tracción adecuada hasta la boca esofágica. La exéresis tumoral se controla perfectamente y es sencilla, dando por supuesto que se ha seguido la indicación y estudio previo de que la epiglotis está libre de tumoración. Tras la extirpación tumoral el descenso de la epiglotis está facilitado por el despegamiento que se realizó al principio. Consideramos que se trata de una maniobra sencilla de realizar que permite una visualización óptima de la laringe y desde una posición bastante habitual en la cirugía laríngea.

**Figura 3. Visión lateral del mismo abordaje. Disección del pie epiglótico.**

## REFERENCIAS

- 1.- Bouche J, Freche Ch. Les epiglottoplasties. 61 Congrès de la Société Française d'Otorhinolaryngologie (comptes rendus), Paris 1964. Paris Arnette. 1965: 109-110.
- 2.- Kambic V. Epiglottoplasty new technique for laryngeal reconstruction. Radiologia Iugoslavica. 1977; Suppl. II: 33-43
- 3.- Tucker M, Wood G, Levine M. Glottic reconstruction after near total laryngectomy. Laryngoscope 1979; 89: 609-618.
- 4.- Jiménez Cervantes J, Rosique M. Laringuectomía subtotal con epiglottoplastia. Acta Otorrinolaringol Esp 1985; 36: 311-315.
- 5.- Pech A, Cannoni M, Goubert JL. Et al. Laryngectomie frontale antérieure reconstructive (LFAR). Intervention de Tucker. Revue de Laryngologie 1984; 105: 255-260.
- 6.- Tucker M. "Exploratory" surgery for advanced carcinoma of the larynx: a relatively safe approach. Ann Oto Rhinol Laryngol 1998; 107(5 Pt 1):388-390.