CIR ESP. 2017;95(Espec Congr):85

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

O-085 - MANEJO DE LAS FÍSTULAS ESOFAGOYEYUNALES TRAS GASTRECTOMÍA TOTAL POR NEOPLASIA GÁSTRICA

Giordano, Pietro; Priego, Pablo; Bajawi, Marian; Cuadrado, Marta; García Moreno, Francisca; Carda, Pedro; Galindo, Julio; Lobo, Eduardo

Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Resumen

Objetivos: La fístula de la anastomosis esofagoyeyunal tras gastrectomía total por adenocarcinoma gástrico representa una de las complicaciones más serias, incrementando la tasa de mortalidad y el tiempo de hospitalización. El tratamiento incluye manejo conservador, abordaje endoscópico o cirugía. Presentamos nuestra experiencia, describiendo las diferentes opciones de tratamiento hoy en día disponibles.

Métodos: Realizamos un estudio retrospectivo de las fístulas esofagoyeyunales tras gastrectomía total por adenocarcinoma gástrico desde 2000 hasta 2016. El diagnóstico de fístula esofagoyeyunal se estableció en función de la clínica y de los hallazgos radiológicos. Se analizaron el tipo de manejo (conservador vs quirúrgico), estancia hospitalaria, complicaciones, tasa de curación y mortalidad.

Resultados: Se han analizado un total de 32 fístulas esofagoyeyunales. El tratamiento conservador se realizó en 24 casos (75%), incluyendo nutrición parenteral/enteral con antibioterapia y/o colocación de drenaje percutáneo. En 2 casos (6,2%) se realizó un cierre endoscópico con la colocación de clips tipo OVESCO. Los restantes 6 pacientes (18,8%) se sometieron a una nueva intervención quirúrgica: en 2 casos se realizó lavado y colocación de drenajes abdominales, en otros 2 casos se realizó cierre y refuerzo de la sutura y en los últimos 2 casos se volvió a reconstruir la anastomosis esófago-yeyunal. El debut de la fístula ocurrió como media al 7º día postoperatorio (rango 5-8,75 días), siendo el estudio gastroduodenal con contraste hidrosoluble baritado normal en hasta un 18,8% de los casos. En relación a la clasificación de las fístulas, encontramos un tipo 1 (hallazgo radiológico-asintomático) en 18 pacientes (56,3%), tipo 2 (fuga menor del 10%) en 6 pacientes (18,8%), tipo 3 (fuga entre un 10-50%) en 4 pacientes (12,5%) y tipo 4 (fuga mayor del 50%) en 4 casos (12,5%). La estancia media hospitalaria fue de 40 días (rango 31,50-55 días). La tasa de reingresos fue del 12,5%. La mortalidad post-operatoria fue de 6 casos (18,8%), por lo que la tasa de curación tras la aparición de fístula esofagoyeyunal fue del 81,2%. La mortalidad fue estadísticamente mayor en el grupo manejado de forma quirúrgica en comparación con el grupo de manejo conservador (66,7% vs 7,7%; p = 0,006) y en el tipo 4 de la clasificación de las fístulas (11,11% vs 0% vs 0% vs 100%; p = 0,0001). Igualmente la mortalidad fue del 100% en el caso de que el debut clínico de la fístula esofagoyeyunal fuera un cuadro de shock séptico con inestabilidad hemodinámica en comparación con otros tipos de escenarios clínicos (p = 0,001).

Conclusiones: En nuestra experiencia, la mayor parte de las fístulas esófago-yeyunales pueden ser tratadas con seguridad de forma conservadora, con una tasa de curación mayor que el tratamiento quirúrgico. La reintervención se reserva para los pacientes en peor situación clínica o mala evolución del tratamiento conservador, constituyendo un factor de mal pronóstico. La mayoría de las fistulas han sido de tipo 1, por lo que en los protocolos en los que no se realiza EGD pasarían desapercibidas o debutarían de forma tardía.

0009-739X © 2017 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados