CIR ESP. 2017;95(Espec Congr):323

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-155 - FUGA INTRATORÁCICA COMPLICADA TRAS IVOR LEWIS

Afonso Luis, Natalia; Acosta Mérida, Asunción; Jiménez Díaz, Laura; Casimiro Pérez, José Antonio; Sánchez Guedez, Isabel; Silvestre Rodríguez, José; Medina, Raúl; Marchena Gómez, Joaquín

Hospital Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.

Resumen

Objetivos: Presentamos un caso complejo en un paciente operado por adenocarcinoma de esófago distal que requirió varias reintervenciones y diferentes técnicas tanto endoscópicas como quirúrgicas para manejo de sus complicaciones.

Caso clínico: Paciente varón de 75 años con antecedentes de cardiopatía isquémica con 3 by-pass aorto-coronario, EPOC y obesidad. Es intervenido mediante esofaguectomía distal tipo Ivor-Lewis con esofagogastroplastia intratorácica y anastomosis mecánica circular. Tras esofagograma al 5º día postoperatorio se evidencia fuga de contraste por lo que se decide revisión quirúrgica a través de una nueva toracotomía. Se aprecia defecto de 5-7 mm a nivel de la plastia gástrica que se repara realizando sutura primaria. Presenta evolución tórpida en las semanas siguientes con shock séptico, SDRA que requiere intubación orotraqueal prolongada y traqueotomía. Se realizan varias pruebas diagnósticas de control entre las que se encuentra TAC (× 2) y endoscopia (× 2) persistiendo comunicación gastropleural. En endoscopia de control se pone de manifiesto doble punto de fuga con área de necrosis de la pared gástrica en la zona de la sutura previa y nuevo orificio perianastomótica. En el 41º día postoperatorio se decide 3ª toracotomía que confirma los hallazgos endoscópicos. Se intenta nuevamente sutura del defecto bajo control endoscópico cubriendo posteriormente con plastia de pleura diafragmática. Se traslada a nuestro centro en el 72º día postoperatorio con salida de nutrición enteral por tubo de drenaje pleural y franco deterioro de la dinámica respiratoria precisando ventilación mecánica a través de la traqueotomía aunque con estabilidad hemodinámica sin requerimiento de soporte vasoactivo. Realizamos endoscópica digestiva alta que objetivó solución de continuidad de 2,5 cm en la pared de la plastia perianastomótica colocando endoprótesis. Aunque inicialmente experimenta mejoría clínica y cese de débito de la fuga, al día se produce recaída con inicio de fracaso renal y hemodinámica por lo que se decide cirugía. Se comienza por vía torácica (4º toracotomía) evidenciándose endoprótesis expuesta a cavidad, ante lo cual se realizó resección de anastomosis esofagogástrica, con desconexión digestiva, continuamos por laparotomía para drenaje de colección y resección gástrica proximal dejando gastrostomía. Se concluye con esofagostomía cervical y colocación de drenajes. Evolución postoperatoria: el paciente presenta evolución postoperatoria lentamente favorable con resolución del cuadro de sepsis y mejoría progresiva del distrés y dinámica respiratoria.

Discusión: En el manejo de la fuga intratorácica poscirugía esofágica influyen múltiples factores siendo fundamental el estado clínico del paciente, la localización y la extensión del defecto. Aunque

su incidencia global (oscila 11-14%) es inferior a la de otras localizaciones como la cervical (oscila 10-25%), suelen comportar una mayor gravedad como es el riesgo de mediastinitis por lo que las estrategias terapéuticas deben ser precoces y agresivas. Es difícil establecer una pauta concreta para resolver la fuga intratorácica del Ivor-Lewis. Aunque en algunos casos las técnicas endoscópicas pueden contribuir a la resolución del cuadro, la desconexión digestiva puede llegar hacer la única opción del paciente.

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