



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-072 - DEHISCENCIA ANASTOMÓTICA TRAS ESOFAGUECTOMÍA Y RECONSTRUCCIÓN CON GASTROPLASTIA: EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE REFERENCIA

Pérez-Alonso, Carla; Bruna, Marcos; Mingol, Fernando; Vaqué, Javier; Hurtado, Luis; Menéndez, Miriam; García- Granero, Eduardo

Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Resumen

Introducción: La dehiscencia anastomótica es una de las complicaciones más temidas después de una esofaguectomía, con una incidencia entre el 0 y el 30%. Muchos factores de riesgo se han asociado con ella, aunque no existe una clara evidencia al respecto.

Objetivos: Evaluar los posibles factores de riesgo asociados a dicha complicación y el manejo de las dehiscencias anastomóticas acontecidas en pacientes sometidos a una esofaguectomía por cáncer con reconstrucción con gastroplastia en nuestro centro.

Métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo de los casos de dehiscencia anastomótica en pacientes sometidos a esofaguectomía con reconstrucción con gastroplastia entre enero de 2011 y diciembre de 2018. Se excluyeron aquellos casos con patología benigna y los intervenidos de urgencias. Se analizaron diferentes variables epidemiológicas, factores de riesgo y datos sobre el manejo diagnóstico y terapéutico de estos pacientes, así como la morbilidad asociada, estancia hospitalaria y seguimiento evolutivo.

Resultados y conclusiones: De los 146 pacientes intervenidos de esofaguectomía en el periodo de estudio, 18 casos (12,3%) presentaron una dehiscencia de anastomosis, la mitad de localización intratorácica y la otra mitad a nivel cervical. La mediana de edad de los pacientes fue de 61 años, el 94,4% eran varones y el 50% eran ASA III. La comorbilidad asociada más frecuente fue la patología respiratoria. El 66,7% de los pacientes habían recibido QT neoadyuvante, y solo un 22,2% asociado a RT. En el 61,1% de los casos se realizó acondicionamiento de la plastia gástrica (el 63% de ellos en anastomosis cervicales). El 61,1% de los casos se confeccionó la anastomosis de forma mecánica y un 38,9% manualmente. El diagnóstico de dehiscencia en el 27,8% fue clínico con salida de los líquidos ingeridos por los drenajes o herida cervical, 27,8% se diagnosticaron mediante tránsito esofagogastroduodenal, 16,7% se diagnosticaron mediante endoscopia y otro 16,7% por TC. Las complicaciones más frecuentes fueron infecciosas con la aparición de colecciones mediastínicas, pleurales, cervicales y abdominales, seguido de las complicaciones respiratorias. Hubo un caso de necrosis de la plastia gástrica. Solo se reintervino quirúrgicamente al 11,1% de los pacientes, todos con anastomosis intratorácica, realizándose drenaje de colecciones. El resto de pacientes se trató de forma conservadora con apertura y curas locales de herida, dieta absoluta, antibioterapia intravenosa y nutrición enteral y/o parenteral. En el 55,5% de los casos se colocó una prótesis cubierta por vía endoscópica, (en un mayor porcentaje de las dehiscencias a nivel torácico). La resolución de la dehiscencia de anastomosis se consiguió en el 83,3% casos. La mediana de la estancia hospitalaria fue de 27 días y la

mortalidad hospitalaria fue del 38,9%, de los cuales, la mayoría tenían dehiscencia a nivel intratorácico (71,4% de los fallecidos). Por tanto, la dehiscencia anastomótica tras una esofagectomía con reconstrucción con gastroplastia es una complicación que, aunque suele resolverse en muchos de los casos, asocia largos periodos de estancia hospitalaria y una elevada morbilidad, sobre todo las de localización intratorácica. Además su diagnóstico y tratamiento pueden ser complejos y deben realizarse siempre desde un punto de vista multidisciplinar.