



O-104 - DEHISCENCIA ANASTOMOTICA INTRAABDOMINAL TRAS CIRUGÍA SUPRAMESOCÓLICA: DEFINICIÓN, DIAGNÓSTICO Y PROPUESTA DE ALGORITMO DE MANEJO

Sánchez Ramos, Ana; Orlando, Gennaro; Arru, Luca; Legrand, Anaïs; Goergen, Martine; Azagra, Juan Santiago

Centre Hospitalier Luxembourg, Luxemburgo.

Resumen

Introducción: Debido al aumento de procedimientos supramesocólicos, especialmente por la cirugía bariátrica, cabe esperar un incremento total de sus complicaciones. La dehiscencia anastomótica se encuentra entre las complicaciones más devastadoras (incrementa la morbi-mortalidad, la tasa de supervivencia a largo plazo y el coste) pudiendo llegar a considerar este evento como un verdadero problema de salud pública. Su incidencia y factores de riesgo están bien descritos en la literatura. Por el contrario, no existe una definición ni tampoco un algoritmo de manejo.

Métodos: Entre 2003 y 2013, en el CHL, 1.856 pacientes fueron sometidos a una cirugía supramesocólica: 121 gastrectomías por cáncer (totales: 58 subtotales: 63); 1.654 bypass gástricos; y 81 sleeve. 15 (0,08%) pacientes fueron diagnosticados de dehiscencia anastomótica intraabdominal (10 agudas; 5 crónicas). Se analizó el diagnóstico, el manejo y las complicaciones derivadas de éste. La definición de dehiscencia anastomótica intraabdominal tras cirugía supramesocólica se definió como la discontinuidad en las anastomosis esófago-yejunal, gastro-yejunal o yeyuno-yejunal, así como en la línea de grapado y los abscesos perianastomóticos descritos en las pruebas de imagen.

Resultados: Trece pacientes fueron diagnosticados por TAC con doble contraste. La dehiscencia se verificó por endoscopia en 9 pacientes, realizándose inmediatamente previo a la cirugía en 5 casos. En este grupo no se evidenciaron diferencias en la tasa de reintervención ni en las complicaciones postoperatorias. Tampoco desarrollaron nuevas dehiscencias posteriormente. Se realizó laparoscopia exploradora diagnóstica urgente en 2 pacientes debido a la inestabilidad hemodinámica. 4 pacientes se manejaron de forma conservadora; 11 de forma quirúrgica (8 laparoscópico; 1 laparotomía urgente; 2 cirugía electiva). Ocho pacientes fueron subsidiarios de colocación de stent (tasa de sellado del 62,5%). Las complicaciones Clavien-Dindo IV (33,3%) fueron más frecuentes en el grupo de pacientes con manejo quirúrgico. Un paciente falleció. Los pacientes con manejo conservador tuvieron menor estancia media en UCI (10 vs 13 días) y hospitalaria (15 vs 26 días).

Conclusiones: El diagnóstico temprano es fundamental y no puede estar basado únicamente en la sospecha clínica. En estos casos una exploración endoscópica, que aporte información sobre las características morfológicas de la anastomosis (perfusión tisular, tamaño), ayudará a escoger el mejor manejo y eventualmente, su tratamiento. El manejo por un equipo multidisciplinar es fundamental. Es importante valorar la severidad, la localización y el día de aparición de la dehiscencia. En pacientes estables hemodinámicamente, el manejo conservador es efectivo y puede evitar la reintervención. Los objetivos son:

un drenaje efectivo, cubrir la dehiscencia con un stent y reintroducir la nutrición vía oral lo antes posible. El manejo quirúrgico temprano se realiza en pacientes con inestabilidad hemodinámica. En nuestro centro, siempre y cuando el estado del paciente lo permita, se realiza abordaje laparoscópico. Éste proporciona una buena evaluación del estado de la anastomosis, lavado de la cavidad peritoneal y colocación de drenajes efectivos. Al mismo tiempo se evitan las complicaciones y desventajas derivadas del tratamiento quirúrgico. A modo de conclusión se propone un algoritmo de manejo.