



# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-162 - PERFORACIÓN DE LA PLASTIA GÁSTRICA POR TUBO DE TÓRAX EN ESOFAGUECTOMÍA. COMPLICACIÓN INFRECUENTE

Ruiz Marín, Carmen María; Antonaya Rubia, Eva; Molina Barea, Rocío; González Sendra, Rodolfo; Astruc Hoffmann, Alejandro; Cózar Ibáñez, Antonio

Hospital Universitario Ciudad de Jaén, Jaén.

### Resumen

**Introducción:** La supervivencia de los pacientes que se someten a cirugía por carcinoma esofágico localmente avanzado ha mejorado durante los últimos años. Los avances en la técnica quirúrgica y el manejo perioperatorio son, en gran parte, causa de esta mejoría. Sin embargo, la esofaguectomía está asociada a un alto riesgo quirúrgico. A pesar de que la mortalidad quirúrgica ha llegado a niveles inferiores al 5% en centros de gran volumen y experiencia, sigue existiendo una gran morbilidad. Además, la supervivencia a 5 años no excede del 40% tras la esofaguectomía, lo que obliga a ser más cautelosos en pacientes de mayor edad. Datos recientes de registros y auditorías muestran que la mortalidad intrahospitalaria de la esofaguectomía en series occidentales varía entre el 7 y el 9%. Por lo general, se han descrito tasas de complicaciones superiores al 50% en series de esofaguectomías tanto abiertas como mínimamente invasivas, con incidencias que varían entre el 17 y 74%. Entre las complicaciones descritas, se han identificado fuga de la anastomosis, necrosis parcial o fracaso de la plastia y/o mantenimiento del tubo torácico por fuga de aire durante > 10 días en el posoperatorio, entre otras. La perforación de la plastia gástrica por tubo de tórax es una complicación rara de la esofaguectomía.

**Caso clínico:** Paciente de 72 años exfumador, diagnosticado de adenocarcinoma de esófago medio-distal cT3 N1 M0, que tras completar tratamiento neoadyuvante se interviene en nuestro centro realizándose esofaguectomía tipo McKeown con AP definitiva: pT2N2 M0. En el posoperatorio inmediato sufre insuficiencia respiratoria por sospecha de infección respiratoria (se aísla en esputo *S. marcescens*) precisando aporte de oxígeno con ONAF. En 7ºDPO sube a planta y comienza con tolerancia oral, observándose a las 24h débito turbio y fibrina en el tubo de tórax, por lo que se realiza TAC confirmándose fístula de la plastia gástrica, permaneciendo el paciente en todo momento estable y sin repercusión clínica ni hemodinámica. Para completar estudio de las dimensiones de la fístula se propone gastroscopia, evidenciando inclusión del tubo de tórax en la plastia gástrica (fig.). En ese momento, se retira el tubo varios cms y se continúa manejo conservador de la fístula. Posteriormente evolución lenta pero favorable, precisando 40 días de ingreso hasta cierre completo de la fístula, asegurando tolerancia oral adecuada. Previamente al alta se realiza nueva endoscopia y tránsito oral descartando complicaciones y pudiéndose retirar el tubo definitivamente. Actualmente el paciente se encuentra totalmente recuperado de la cirugía, siendo valorado en consulta de revisión y pendiente de valoración por Oncología la próxima semana.



**Discusión:** En los casos en los que el drenaje sea muy abundante y/o existan signos clínicos de repercusión sistémica, es conveniente descartar una necrosis de la plastia, que precise una actitud terapéutica más agresiva. Para ello, es aconsejable realizar una exploración endoscópica que permita valorar la magnitud del defecto y la extensión de la isquemia si la hubiera, o como en nuestro caso, descartar otras causas de fuga.