CIR ESP.2023;101(S3):S186

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-014 - MANEJO DE LA DEHISCENCIA DE ANASTOMOSIS TRAS GASTRECTOMÍA TOTAL. EXPERIENCIA INICIAL CON EL USO DE VAC-STENT

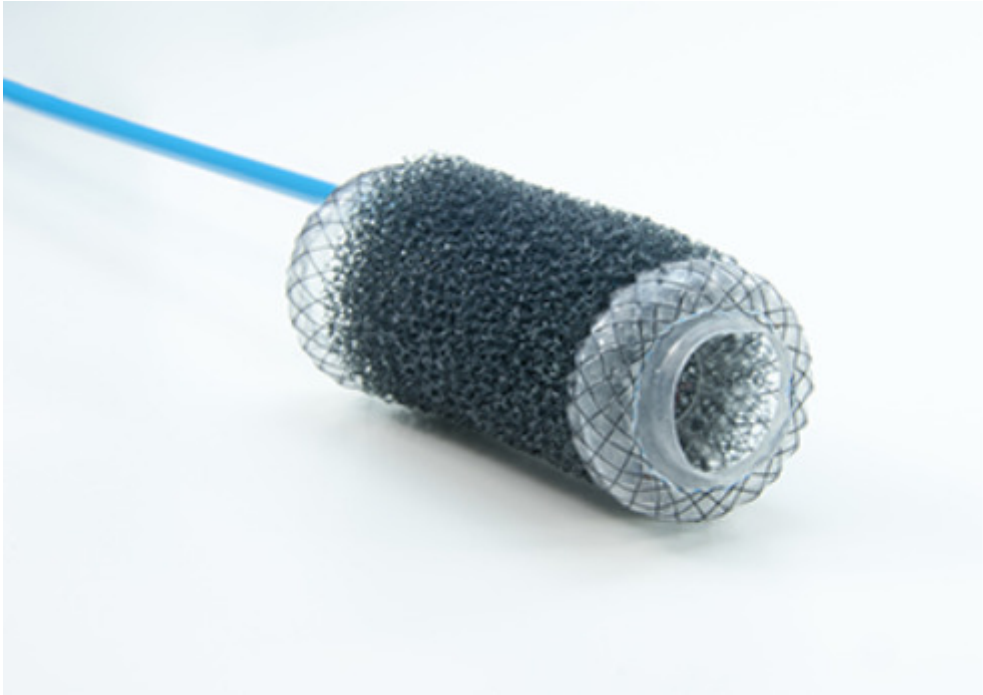
Lavado Andújar, María Inmaculada; Salas Muñoz, Javier; Santos Naharro, Jesús; Medina Ortiz, José Antonio; Matito Díaz, María José; Munuera Romero, Luis

Hospital Universitario Infanta Cristina, Badajoz.

Resumen

Introducción: La dehiscencia de anastomosis es una de las complicaciones más temidas tras la cirugía esofagogástrica. Presenta una importante morbilidad y mortalidad asociada. En muchas ocasiones para una resolución completa se necesita de un abordaje multidisciplinar. El vac-*stent* (fig.) es un sistema que consiste en una prótesis recubierta de esponja conectada a un sistema de presión negativa, asociando los beneficios de las endoprótesis y del EsoSponge. El objetivo del presente trabajo es presentar el manejo multidisciplinar y nuestra experiencia inicial con el uso de vac *stent* en el tratamiento de la dehiscencia de anastomosis tras una gastrectomía total laparoscópica.

Caso clínico: Se presenta el caso clínico de un varón de 70 intervenido de gastrectomía total laparoscópica con anastomosis esófago-yeyunal mecánica lineal por adenocarcinoma gástrico. Fue dado de alta al séptimo día posoperatorio con buena evolución y tolerando alimentación oral. Acude a urgencias el 11º día posoperatorio por dolor abdominal epigástrico. A su llegada a urgencias se constata irritación peritoneal a la exploración, así como tendencia a la hipotensión, leucocitosis analítica y en tomografía neumoperitoneo y líquido libre compatible con dehiscencia de anastomosis. Dados estos hallazgos se interviene al paciente de forma urgente. Se realiza laparoscopia exploradora, evidenciando peritonitis purulenta generalizada por dehiscencia de anastomosis esófago yeyunal en su práctica totalidad. Se rehace completamente la anastomosis con sutura manual, lavado y drenaje, así como confección de yeyunostomía de alimentación. A continuación, se realiza endoscopia con colocación de prótesis totalmente recubierta. El paciente permaneció en reanimación las primeras 24 h con estabilidad hemodinámica y mejoría clínica progresiva por lo que pasó a planta de hospitalización. Tras 24 días de la colocación de la prótesis, se realiza nueva endoscopia objetivando anastomosis con dos zonas de dehiscencia por lo que se decide la colocación de vac-*stent*. Se mantiene durante una semana a 125 mmHg. Tras ello, nueva endoscopia visualizando cierre de uno de los defectos y disminución de tamaño del otro, ahora de 4 cm por lo que se coloca sistema EsoSponge intracavitario. Se realizan 4 cambios del sistema, cada 72 horas. El ultimo cambio se realiza alojando el EsoSponge intraluminal por ser el defecto residual ya muy pequeño. Tras conseguir cierre definitivo, el paciente comenzó tolerancia oral progresiva y fue alta a domicilio con adecuado estado clínico.



Discusión: Dado que la dehiscencia de anastomosis en cirugía esofagogástrica es una complicación de difícil manejo, es importante conocer todo el arsenal terapéutico del que disponemos. En este sentido los sistemas de terapia de presión negativa endoscópicos parecen opciones muy prometedoras. En el caso concreto del vac-*stent*, todavía no existe mucha experiencia en su uso, aunque los resultados y posibles beneficios que aporta parecen muy esperanzadores. Por ello es importante el manejo conjunto de esta complicación y el trabajo en equipo con endoscopistas para decidir el mejor abordaje en cada situación.

0009-739X © 2023 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados