



## O-108 - MANEJO ENDOSCÓPICO DE LAS FUGAS ANASTOMÓTICAS TRAS ESOFAGUECTOMÍA O GASTRECTOMÍA: EXPERIENCIA DE UN CENTRO DE REFERENCIA

Sánchez González, Claudia; Fernández Aguilar, José Luis; Ferre Ruiz, Estefanía; Moreno Ruiz, Javier; Montiel Casado, Custodia; Cañas García, Inés; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

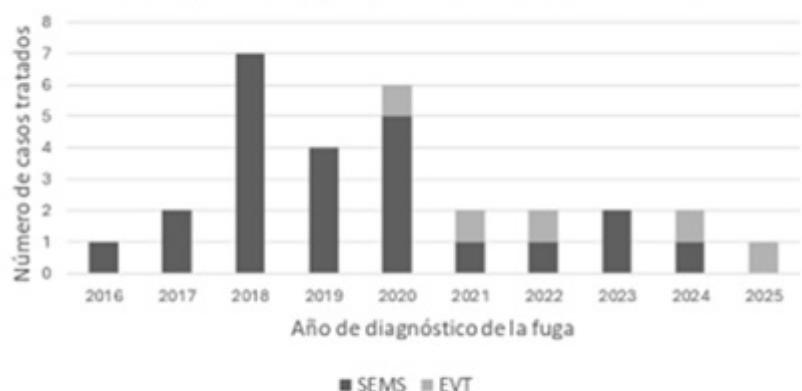
### Resumen

**Introducción:** La fuga anastomótica tras cirugía esofagogástrica es una de las complicaciones más temidas por su elevada morbimortalidad. Históricamente, la reintervención quirúrgica ha sido la opción predominante, pero con un coste elevado en complicaciones y mortalidad. En los últimos años, el tratamiento endoscópico mediante *stents* esofágicos metálicos autoexpandibles (SEMS) y terapia endoluminal con presión negativa (EVT) ha emergido como una estrategia eficaz y menos invasiva. Nuestro objetivo es presentar la experiencia de un centro de referencia aplicando una estrategia escalonada basada en EVT y SEMS.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo que incluye a 29 pacientes tratados mediante abordaje endoscópico por fuga anastomótica tras esofaguestomía o gastrectomía entre enero de 2016 y marzo de 2025 en un hospital terciario. Se analizaron variables demográficas, características de la fuga, técnicas empleadas, complicaciones, resultados clínicos y mortalidad.

**Resultados:** El 83% de los pacientes fue tratado inicialmente con SEMS y el 17% con EVT seguida de prótesis. La tasa de éxito clínico fue del 82,8%. La migración fue la complicación más frecuente (31%), seguida de obstrucción (6,9%) y sangrado (3,4%), sin casos de perforación. Un 34,5% requirió tratamiento adicional, la mayoría endoscópico. Solo dos pacientes (6,9%) precisaron reintervención quirúrgica. La mediana de retirada de la prótesis fue de 42 días. El 55% de los pacientes fue dado de alta con la prótesis colocada, y en más de la mitad de ellos la retirada se realizó de forma ambulatoria. La mortalidad global fue del 13,8%, atribuible al tratamiento endoscópico en un solo caso (3,4%).

**Figura 1.** Distribución anual de las fugas anastomóticas tratadas endoscópicamente según tipo de tratamiento (SEMS vs EVT)



Distribución anual del número de fugas anastomóticas tratadas mediante abordaje endoscópico, diferenciando el tipo de tratamiento empleado.

EVT: terapia endoluminal con presión negativa (endosponja); SEMS: stent esofágico metálico autoexpandible

**Conclusiones:** Nuestros resultados sitúan la estrategia endoscópica como un pilar sólido en el tratamiento de las fugas anastomóticas, con tasas de éxito comparables o superiores a las descritas en la literatura. La combinación secuencial de EVT y SEMS, aplicada de forma planificada en presencia de cavidad mediastínica, permitió optimizar el control local de la infección y acortar la duración de la EVT, facilitando una reintroducción precoz de la dieta oral y el seguimiento ambulatorio. Este enfoque estructurado, aún poco documentado, refuerza el papel de la endoscopia terapéutica como alternativa eficaz y segura a la cirugía de rescate. La baja tasa de complicaciones graves, la posibilidad de resolución ambulatoria en más del 50% de los casos y una mortalidad inferior a la esperada en reintervenciones consolidan este abordaje como tratamiento de elección en pacientes seleccionados. El tratamiento endoscópico de la fuga anastomótica mediante SEMS, solo o combinado secuencialmente con EVT, es una alternativa eficaz, segura y menos invasiva a la cirugía en pacientes seleccionados. Nuestro estudio refuerza la importancia de protocolos estructurados, en los que el uso planificado de EVT ante cavidad mediastínica permite mejorar los resultados y optimizar el manejo clínico de una de las complicaciones más desafiantes de la cirugía esofagogastrica. La endoscopia terapéutica no es ya el futuro: es el presente.