



P-155 - COMPLICACIÓN INUSUAL EN CIRUGÍA GÁSTRICA: INTRODUCCIÓN DEL DRENAJE EN DEHISCENCIA ESÓFAGO-YEYUNAL

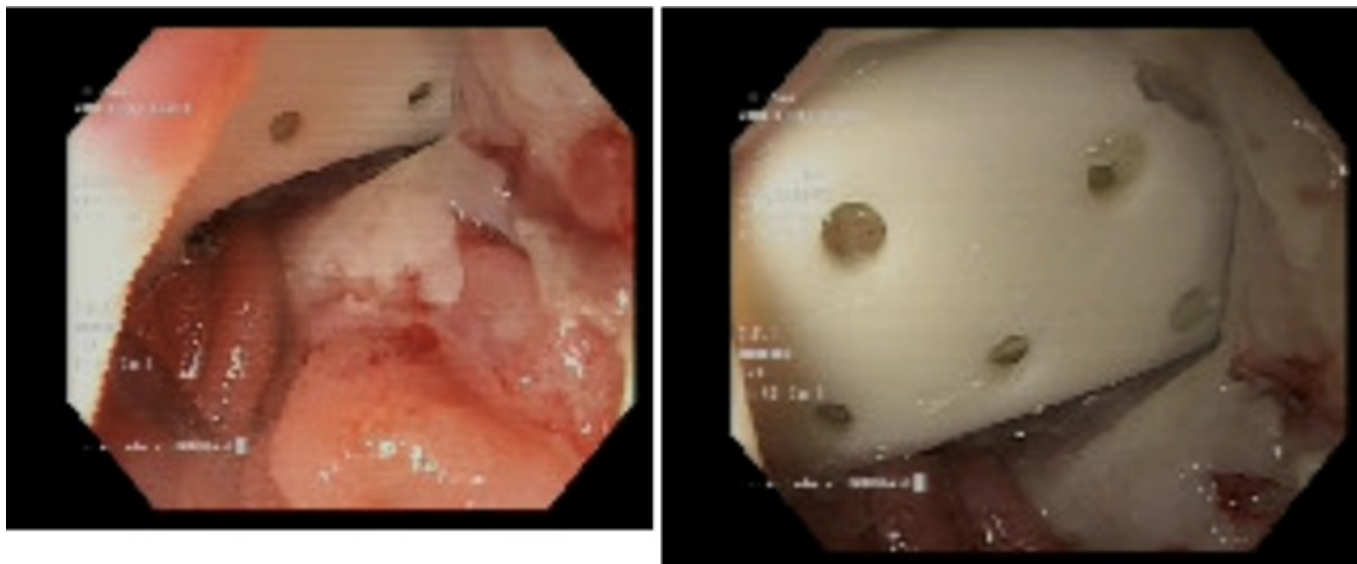
Cruza Aguilera, Iris; Otero Rondón, Michelle Carolina; Baudino, Maximiliano; Ferrando, Luciano; Armendariz Llanos, Ana; Urdiain Labayen, Iñigo; Montoya Catalá, Héctor; Álvarez Rico, Miguel Ángel

Hospital Universitario, Burgos.

Resumen

Introducción: La dehiscencia de anastomosis tras una gastrectomía total o subtotal es una de las complicaciones más temidas, con una incidencia reportada del 9,8% según los datos más recientes. La colocación de drenajes en la proximidad de las anastomosis es una práctica habitual, realizándose hasta en el 90% de estas intervenciones. Presentamos un caso inusual en el que el drenaje se introdujo inadvertidamente en el trayecto de una dehiscencia esófago-yeyunal.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 61 con epigastralgia persistente. Se realiza gastroscopia en la que se objetiva un área longitudinal eritematosa de aprox. 2 cm a nivel de la curvatura mayor de la cual se toman muestras. La biopsia informa de un adenocarcinoma gástrico de patrón difuso de células en anillo de sello que infiltra mucosa. Test para *Helicobacter pylori* negativo. No existía clínica constitucional y el estudio de extensión fue negativo. Se realiza gastrectomía total abierta con linfadenectomía D1, con reconstrucción en Y de Roux, realizando anastomosis gastroyeyunal mecánica término-lateral. Se practicó test de estanqueidad con azul de metileno, sin fugas y se colocó drenaje en el entorno anastomótico. La anatomía patológica resultó un T1aN0. Al tercer día posoperatorio ante elevación de reactantes de fase aguda se solicita TC con contraste oral que no evidencia fugas anastomóticas. Se instauro tras ello tolerancia oral y se recupera tránsito. Al octavo día posoperatorio se observó salida de contenido purulento por el drenaje. La bioquímica mostró amilasa elevada. Sin signos de sepsis y con tránsito conservado, se sospechó fístula pancreática. La paciente fue dada de alta con drenaje al décimo día posoperatorio para control en consultas externas. A los 2 días del alta acude a urgencias debido a la salida de contenido alimentario por el drenaje. Se realiza prueba de imagen identificando mínimo neumoperitoneo y colección perianastomótica de 3 cm, sugestivo de dehiscencia. Se inicia antibioterapia de amplio espectro y se realiza endoscopia urgente, que confirma dicha fístula anastomótica y además identifica la introducción del drenaje en la propia anastomosis. Se retira parcialmente y se coloca endoprótesis, comprobando ausencia de fuga. La paciente fue dada de alta el día 24, con prueba de imagen de control sin fugas y con disminución de colección perianastomótica, lo que permitió la retirada del drenaje. A las 5 semanas se retira endoprótesis endoscópicamente, sin evidencia de fugas.



Discusión: Los drenajes intraabdominales profilácticos tienen como objetivo detectar precozmente y, en algunos casos, tratar complicaciones posoperatorias. Aunque las guías de la sociedad ERAS de 2014 desaconsejan su uso sistemático, estudios posteriores -incluyendo dos metaanálisis y el ensayo clínico aleatorizado de 2025 ADIGE- respaldan su utilidad, destacando su papel en la prevención y manejo de abscesos posoperatorios. Este caso ilustra una complicación inusual: la impactación del drenaje en la dehiscencia anastomótica, con transformación del drenaje en una vía fistulosa. Pese a ello, permitió diagnóstico precoz y tratamiento endoscópico exitoso, evitando una reintervención quirúrgica.