



P-186 - FUGA ANASTOMÓTICA TRAS ESOFAGUECTOMÍA: RESULTADOS, MANEJO Y EXPERIENCIA ADQUIRIDAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Vázquez Acedo, Daniella Isabelle; Senent Boza, Ana; Sucas Macias, María; Pérez Andrés, María Inmaculada; López Bernal, Francisco; de Jesús Gil, Angela; Padillo Ruiz, Francisco Javier; Alarcón del Agua, Isaías

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Resumen

Introducción y objetivos: La fuga anastomótica tras esofaguestomía por cáncer esofágico (CE) ocurre en el 5-30% de los casos, asociando a una elevada morbilidad y una mortalidad que puede llegar al 50%. El objetivo de este estudio es describir la epidemiología de los pacientes intervenidos de CE, estrategias diagnósticas y terapéuticas utilizadas y presentar los resultados de nuestra experiencia en el manejo de esta complicación.

Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de todos los pacientes sometidos a una esofaguestomía por CE entre enero de 2019 y enero de 2025 en el Hospital Universitario Virgen del Rocío. Se evaluaron datos epidemiológicos, estirpe tumoral, estadaje y técnica quirúrgica realizada. De los pacientes que presentaron fuga anastomótica (FA), se analizaron las pruebas diagnósticas realizadas (tomografía computarizada (TC) con contraste oral y/o endoscopia) y su resultado, el tipo de tratamiento recibido (conservador, endoscópico -prótesis o terapia de presión negativa- o quirúrgico) y su resultado (estancia hospitalaria, preservación de la anastomosis y mortalidad).

Resultados: De los 62 pacientes intervenidos, el 85,6% eran del sexo masculino, con una edad media de 58 años (DE 11). El 63% de los tumores presentó histología de adenocarcinoma y 37% epidermoide, siendo la localización más frecuente el esófago distal/unión esófago gástrica (85,5%), seguida por esófago medio (11,3%) y proximal (3,2%). En 53 pacientes (85,5%) se realizó esofaguestomía Ivor-Lewis, frente a 9 (14,5%) con esofaguestomía McKeown. La tasa de FA en nuestra serie fue del 32,2% (20 pacientes). En todos los casos se realizó TC y endoscopia, con una sensibilidad del 85% y el 94,4%, respectivamente. El tratamiento endoscópico fue la primera opción en 13 pacientes, con una tasa de éxito del 85% con el uso de prótesis y del 71% con endoesponja. En tres pacientes se decidió manejo conservador, todos ellos con éxito. Seis pacientes se sometieron a tratamiento quirúrgico, 4 de primera opción y 2 tras fracaso de tratamiento previo. La preservación de la anastomosis se consiguió en el 80% de pacientes con FA (16 pacientes). Cuatro pacientes desarrollaron estenosis de anastomosis, todos resueltos favorablemente con dilataciones endoscópicas. La mediana de estancia hospitalaria fue de 30 (RIC 25-41) días y la mortalidad a los 90 días del 2%.

Conclusiones: El diagnóstico precoz y el tratamiento endoscópico de la FA permiten optimizar el pronóstico, reducir la morbilidad y aumentar la tasa de preservación de la anastomosis esofágica. El

tratamiento endoscópico de la fuga debe ser de elección frente al tratamiento quirúrgico salvo en casos de necrosis completa de la plastia o desconexión completa de la anastomosis.