



P-159 - STENT-VAC INTRAOPERATORIO COMO PROFILAXIS DE LA DEHISCENCIA EN LA OPERACIÓN DE IVOR-LEWIS

Campos Mañez, Jorge; Trallero Anoro, Marta Gisela; Martínez Lapiedra, Carmen; Izquierdo Moreno, Ana; Carbonell Castelló, Fernando; Fuster Diana, Carlos

Fundación Instituto Valenciano de Oncología, Valencia.

Resumen

Objetivos: Valorar la disminución de complicaciones debido a dehiscencia anastomótica en pacientes con cáncer de esófago sometidos a esófago-gastrectomía parcial (operación de Ivor-Lewis), tras la colocación posoperatoria de una prótesis tipo *stent-VAC*.

Métodos: Presentamos 5 pacientes consecutivos con neoplasia de esófago tratados con neoadyuvancia (1 con quimiorradioterapia y los otros restantes con quimioterapia) y sometidos a operación de Ivor-Lewis con colocación de una prótesis *stent-VAC* profiláctica.

Resultados: En el primer caso la prótesis se colocó el primer día posoperatorio, se retiró al 5.^º día y se colocó otra durante 5 días más. En los siguientes cuatro pacientes se colocó al final de la intervención en el mismo quirófano, y se retiró al 6.^º día posoperatorio. En ningún paciente hubo problemas con la puesta o retirada. Hasta la retirada de la prótesis, los pacientes son alimentados por la sonda de yeyunostomía, pero en el último paciente comenzamos con ingesta oral de agua. Despues de la retirada de la prótesis se le realizó un control con azul de metileno vía oral, y, si era normal, se iniciaba la alimentación oral y al día siguiente se retiraban los drenajes torácicos.

	Edad* (años)	Día de colocación	Número de stents	Retirada (días)	Alta (días)
Caso 1	60	2 y 7	2	5 y 11	19
Caso 2	69	io	1	5	15
Caso 3	56	io	1	5	14
Caso 4	49	io	1	5	9
Caso 5	68	io	1	5	9

*Todos los pacientes eran hombres. io: intraoperatorio.

Conclusiones: la fuga anastomótica tras la operación de Ivor-Lewis constituye la complicación más temible, tanto por su incidencia como por las repercusiones que tiene para el paciente, con evidente riesgo vital y futuras complicaciones como estenosis de la anastomosis, así como aumento de los costos hospitalarios. A lo largo de la historia se han empleado múltiples técnicas para disminuir la incidencia de las fugas anastomóticas (forma de las plastias, acondicionamiento de la plastia...), pero

no hay que olvidar que la propia intervención de Ivor-lewis es el principal factor de riesgo. En nuestra serie hemos observado que la colocación del *stent*-VAC intraoperatorio es fácil por endoscopistas experimentados: hay que colocar la prótesis con el paciente anestesiado y en decúbito lateral izquierdo. Hay que disponer también de un técnico de radiología para efectuar la escopia. El tiempo de colocación no excede de 1 hora, y disminuye conforme va aumentando la experiencia. La retirada suele ser más sencilla, hidratando bien la esponja del dispositivo antes de su extracción. Nuestra experiencia hasta la fecha con la prótesis *stent*-VAC es muy buena. Los pacientes la han tolerado muy bien, y la retirada se ha realizado sin incidencias. Dado que permite al paciente la alimentación vía oral, es posible que en un futuro no se utilice la yeyunostomía de alimentación. Aunque el coste es elevado, su uso parece disminuir las complicaciones posoperatorias, por lo que en nuestra opinión compensa el coste que supondrían otras pruebas diagnósticas y otros tratamientos relacionados con la fuga anastomótica.