



VC-030 - DEHISCENCIA COMPLEJA DE PLASTIA GÁSTRICA TRAS ESOFAGUECTOMÍA. MANEJO ENDOSCÓPICO CON PRÓTESIS METÁLICA AUTOEXPANDIBLE DE NITINOL (DANIS SEAL)

Herrero Bogajo, Mariluz; Morandeira Rivas, Antonio; Fernández Menor de Santos, Elena; Saura Padilla, Nuria; Muñoz Ródenas, Esther; Sánchez Almogea, Adrián; González Carro, Pedro Santiago; Moreno Sanz, Carlos

Hospital General Mancha Centro, Alcázar de San Juan.

Resumen

Introducción: La dehiscencia del tubo gástrico tras la esofaguectomía está gravada con alta morbilidad. Su manejo es complejo y puede requerir el sacrificio o exclusión de la plastia. Su etiología no solo depende de la irrigación del tubo gástrico. Factores que afecten al drenaje de la plastia, los cambios hemodinámicos o la sobrecarga hídrica pulmonar en el periodo perioperatorio, el deficiente reclutamiento alveolar tras la extubación o incluso la tos persistente secundaria, pueden comprometer la oxigenación tisular y su viabilidad. El manejo endoscópico con prótesis autoexpandibles recubiertas restaura la integridad y permite la tolerancia oral precoz. Cuando la plastia gástrica está dilatada el riesgo de migración o de solapamiento incompleto es alto con las prótesis habituales. La prótesis Danis Seal de Nitinol, originalmente utilizada para frenar el sangrado de varices esofágicas, tiene la ventaja de ser más ancha, más larga y muy adaptable a las superficies. Su diseño antimigración y su resistencia al pH ácido la hacen ideal para esta indicación.

Caso clínico: paciente varón de 52 años, fumador y obeso, con adenocarcinoma de esófago distal. En el estudio de extensión se evidenció adenopatía cervical posterolateral derecha y nódulo tiroideo izquierdo sospechoso de malignidad. Tras 4 ciclos de tratamiento neoadyuvante con esquema FLOT, el paciente fue sometido a esofaguectomía McKeown con abordaje toracoscópico, hemitiroidectomía izquierda y exéresis del nódulo cervical. Se inyectó toxina botulínica intrapilórica y se comprobó la irrigación del segmento distal de la plastia con test de verde de indocianina. Se realizó anastomosis T-T manual. En el posoperatorio inmediato, desarrolló insuficiencia ventilatoria que mejoró progresivamente con tratamiento médico y rehabilitación. En la primera semana posoperatoria se apreció escaso débito purulento por drenaje cervical. Posteriormente, el débito aumentó y se hizo biliar. La endoscopia confirmó área de dehiscencia extensa y se colocó doble prótesis Wallstent de 18 × 60 mm, telescópica. La tomografía posterior evidenció prótesis normoposicionada dentro de una plastia dilatada con varios defectos comunicando con colecciones adyacentes. El drenaje cervical siguió emitiendo moderado contenido biliar por reflujo periprotésico. A la semana se realizó control endoscópico extrayendo las prótesis y objetivando tejido de granulación en las zonas dehiscentes. Se colocó prótesis Danis Seal de 30 × 135 mm que cubrió todos los defectos, cesando definitivamente el débito por el drenaje. La tomografía posterior mostró disminución de la dilatación gástrica, de los defectos y de las colecciones. Se inició tolerancia hasta alimentos triturados y semisólidos a los 12 días tras el inicio del tratamiento endoscópico. Los controles y recambios

posteriores de prótesis así como las tomografías mostraron mejoría progresiva.

Discusión: se deben detectar y controlar los factores de riesgo de dehiscencia evitables. La endoscopia y la tomografía precoz son técnicas muy recomendables para el manejo de pacientes con alteraciones del curso posoperatorio normal tras la esofaguectomía. Los defectos limitados pueden ser tratados con prótesis autoexpandibles recubiertas convencionales. Los defectos de mayor calibre o en la línea de grapado de plastias dilatadas pueden requerir prótesis especiales más anchas, más largas, con mayor fuerza de expansión y con diseño antimigración.