



P-132 - ESTERNOTOMÍA COMO VÍA DE ABORDAJE SEGURA PARA LA REPARACIÓN DE UNA PLASTIA GÁSTRICA DE ESÓFAGO

Navarro, Daniel; Álvarez, María Jesús; San Miguel, Carlos; Segura, Manuel; Mansilla, Alfonso; García, Ana; Jiménez-Ríos, José Antonio

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Resumen

Objetivos: Presentar el caso de un paciente en el que fue preciso realizar una esternotomía para reparar una dehiscencia de anastomosis cervical esófago-gástrica.

Caso clínico: Varón de 53 años con antecedentes personales de resección anterior baja de recto hace cuatro años por adenocarcinoma de recto localmente avanzado, actualmente en remisión completa, y de estenosis esofágica péptica, que ha requerido de dilataciones esofágicas endoscópicas periódicas en esófago medio. Gastroenterología nos consulta de forma urgente debido a que en el curso de una dilatación endoscópica con posterior colocación de una endoprótesis, tiene lugar un gran desgarro esofágico que afecta a más de 3/4 partes de su circunferencia. Ante el gran deterioro clínico que experimentaba el paciente se decidió indicar una cirugía urgente, realizando una esofagectomía transhiatal con cierre proximal de la unión esofagogástrica; esofagostomía cervical; yeyunostomía de alimentación y drenaje mediastínico. Tres meses más tarde, y tras la plena recuperación del paciente, se realiza reconstrucción esofágica con plastia gástrica retroesternal y anastomosis esófago-gástrica cervical. Durante el postoperatorio desarrolló una fistula anastomótica completamente drenada a nivel cervical, motivo por el que inicialmente se maneja de forma conservadora pero que evoluciona hacia una dehiscencia prácticamente completa de la anastomosis. El estudio complementario con tránsito esófago-gástrico, endoscopia digestiva alta y tomografía computarizada objetivan una estenosis y retracción caudal del extremo proximal de la plastia gástrica. De esta forma, se reinterviene de nuevo mediante cervicotomía y esternotomía media. Se comprueban la viabilidad y longitud adecuadas de la plastia que, tras liberarla de sus adherencias, se vuelve a realizar, confeccionando una nueva anastomosis esófago-gástrica cervical. La evolución posterior fue favorable con correcta reinstauración de la ingesta oral, siendo dado de alta el 10º día tras esta última cirugía, con adecuado control del dolor mediante analgesia oral. Al año de seguimiento en Consultas Externas, el paciente continua asintomático.

Discusión: La perforación iatrogénica de esófago es la causa más frecuente de perforación esofágica, con unas tasas de mortalidad de hasta el 20%. El tratamiento médico mediante drenaje y antibioterapia es un tratamiento seguro y eficaz para perforaciones diagnosticadas precozmente (24 horas), sin signos clínicos de sepsis. No obstante, el tratamiento quirúrgico mediante bien reparación primaria con exclusión y diversión esofágica, o bien la esofagectomía, se justifica en pacientes graves que no cumplen los criterios para el tratamiento no operatorio, tal y como describimos en nuestro caso. A pesar de su aparente agresividad, la esternotomía puede ser considerada como una alternativa técnica en el manejo quirúrgico de las reparaciones de dehiscencias completas de anastomosis cervicales esófago-gástricas retroesternales, pudiendo evitar la necesidad de tener que recurrir a la creación de una nueva plastia para la reconstrucción del tránsito

digestivo.