CIR ESP. 2018;96(Espec Congr):14

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-144 - DRENAJE PILÓRICO EN PACIENTES SOMETIDOS A ESOFAGUECTOMÍA, ¿ES NECESARIO REALIZARLO DE RUTINA?

Jaén Torrejimeno, Isabel; Santos Naharro, Jesús; de Armas Conde, Noelia; Gallarín Salamanca, Isabel; Carmona Agúndez, María; Valle Rodas, María Elisa; Salas Martínez, Jesús

Hospital Infanta Cristina, Badajoz.

Resumen

Objetivos: El estómago es la primera elección para la plastia reconstructiva tras esofaguectomía por cáncer. La necesidad de un drenaje pilórico para prevenir la obstrucción de la salida gástrica y el retraso del vaciamiento gástrico ha sido un tema controvertido en los últimos años. El objetivo fue evaluar las características clínicas y los resultados postquirúrgicos de los pacientes intervenidos de esofaguectomía en nuestro centro con o sin drenaje pilórico.

Métodos: Realizamos un análisis retrospectivo de los pacientes intervenidos entre marzo de 2011 y marzo de 2018, a los que se les realizó una esofaguectomía.

Resultados: Fueron incluidos 44 pacientes, se excluyeron los pacientes a los que no se les realizó una plastia gástrica. El 88,6% eran hombres y 5 mujeres, con una edad media de 58,72 años. Aproximadamente la mitad de los pacientes eran ASA II-III, el 47,7% presentaban factores de riesgo cardiovascular. El 47,7% eran fumadores, 2 pacientes tenían EPOC, 8 ERGE y 3 pacientes estenosis benigna con dilataciones endoscópicas. Ningún antecedente de estenosis pilórica o retraso del vaciamiento gástrico registrado. El 77,3% eran adenocarcinoma, 20,5% epidermoide y 2, GIST esofágico. El 54,5% de los casos se realizó una esofaguectomía Ivor-Lewis abierta y en el 27,3% por abordaje toraco-laparoscópico, en el 11,4% se realizó una esofaguectomía en 3 campos y en un 6,8% un abordaje únicamente abdominal. En 22 casos (50%) una piloroplastia tipo Heineke-Mikulicz, en 5 (11,4%) una piloromiotomía y en el resto (38,6%) nada. La estancia hospitalaria media fue de 15,5 días (8-201). Se mantuvo la sonda nasogástrica una media de 6 días, y el inicio de la tolerancia comenzó tras la realización de un tránsito digestivo de control para descartar fugas de la anastomosis. Los pacientes a los que no se les había realizado drenaje pilórico, no presentaron síntomas de retraso del vaciamiento gástrico ni plenitud gástrica, ni necesidad de fármacos procinéticos, salvo una paciente que reingresó por distensión de la plastia gástrica con neumonía por aspiración, la cual precisó una piloroplastia programada. La tasa global de complicaciones en la muestra fue del 43,2%, no observando diferencias entre la realización o no de un drenaje pilórico, en cuanto a la tasa de fuga anastomótica (15,9%), complicaciones pulmonares (38,6%), dumping (17,5%) ni reflujo biliar (12%).

Conclusiones: No hay evidencia sobre la necesidad de realizar un procedimiento rutinario de drenaje pilórico, en los pacientes sometidos a esofaguectomía con plastia gástrica. Sólo un pequeño

porcentaje presentan problemas de obstrucción de la salida y problemas de vaciamiento gástrico (13%) autolimitados. En contadas ocasiones, precisan procinéticos, dilatación endoscópica o inyección de bótox para su resolución. La piloroplastia puede favorecer la aparición de dumping o reflujo biliar, supone un acortamiento de la plastia y puede ocasionar una fuga de la sutura. Ningún estudio ha demostrado una correlación directa entre las fugas anastomóticas, la duración de la estancia hospitalaria y las complicaciones pulmonares con la presencia o ausencia de un drenaje pilórico. Se necesitaría la realización de estudios aleatorizados para poder evaluar la necesidad o no de un drenaje pilórico rutinario.

0009-739X © 2018 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados