



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-164 - FUGA INTRATORÁCICA COMPLICADA TRAS IVOR-LEWIS TRATADA CON ENDOPRÓTESIS

Afonso Luis, Natalia; Acosta Mérida, M^a Asunción; Ortiz López, David; Casimiro Pérez, José Antonio; Sánchez Guedez, Isabel; Silvestre Rodríguez, José; Callejón Cara, M^a del Mar; Marchena Gómez, Joaquín

Hospital Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.

Resumen

Introducción: Presentamos un caso complejo en un paciente operado por adenocarcinoma de esófago distal que requirió varias reintervenciones y diferentes técnicas tanto endoscópicas como quirúrgicas para manejo de sus complicaciones.

Caso clínico: Paciente varón de 75 años con antecedentes de cardiopatía isquémica, EPOC y obesidad. Intervención: esofagectomía distal tipo Ivor-Lewis con esofagogastroplastia intratorácica y anastomosis mecánica circular. Tras esofagograma al 5º día postoperatorio se evidencia fuga de contraste por lo que se decide revisión quirúrgica a través de una nueva toracotomía. Se aprecia defecto de 5-7 mm a nivel de la plastia gástrica que se repara realizando sutura primaria. Presenta evolución tórpida en las semanas siguientes. En el 41º día postoperatorio se intenta nuevamente sutura del defecto bajo control endoscópico cubriendo posteriormente con plastia de pleura diafragmática. Se traslada a nuestro centro en el 72º día postoperatorio con salida de nutrición enteral por tubo de drenaje pleural y deterioro clínico. Se realiza una endoscopia digestiva en la que se objetiva una solución de continuidad de 2,5 cm en la pared de la plastia perianastomótica colocando endoprótesis. Aunque inicialmente experimenta mejoría clínica y cese de débito de la fuga, al día se produce recaída con inicio de fracaso renal y hemodinámica por lo que se decide cirugía. Se realiza la 4º toracotomía en la que se aprecia la endoprótesis expuesta a cavidad, ante lo cual se realizó resección de anastomosis esofagogástrica, con desconexión digestiva, resección gástrica proximal dejando gastrostomía. Se concluye con esofagostomía cervical. En el manejo de la fuga intratorácica poscirugía esofágica influyen múltiples factores siendo fundamental el estado clínico del paciente, la localización y la extensión del defecto. Aunque su incidencia global (oscila 11-14%) es inferior a la de otras localizaciones como la cervical (oscila 10-25%), suelen comportar una mayor gravedad como es el riesgo de mediastinitis por lo que las estrategias terapéuticas deben ser precoces y agresivas.

Discusión: Es difícil establecer una pauta concreta para resolver la fuga intratorácica del Ivor Lewis. Aunque en algunos casos las técnicas endoscópicas pueden contribuir a la resolución del cuadro, la desconexión digestiva puede llegar a ser la única opción del paciente.