



O-061 - USO DE VAC STENT PARA EL TRATAMIENTO DE PERFORACIÓN ESOFÁGICA EN PACIENTE INTERVENIDO DE FUNDUPPLICATURA DE NISSEN

Martínez Alvez, Celia; Humaran Cozar, Daniel; Clavell Font, Arantxa; Viciano Martín, Marta; Garsot Savall, Elisenda

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona.

Resumen

Introducción: La funduplicatura Nissen es el procedimiento quirúrgico de elección en los pacientes con ERGE. Una de las complicaciones más frecuentes es la disfagia transitoria posoperatoria, causada por un exceso de presión de la funduplicatura sobre la UEG, potenciado por el edema posoperatorio. Una disfagia grave en estos pacientes puede ocasionar, mediante un mecanismo de hiperpresión, una ruptura barogénica transmural de la pared esofágica. Esta complicación, aunque infrecuente, conlleva una elevada morbimortalidad, por lo que es fundamental su diagnóstico temprano y tratamiento precoz. Durante décadas, la cirugía ha sido la base del tratamiento de la perforación esofágica. Más recientemente, se han introducido terapias endoscópicas, como *stents*, clips, suturas o terapia de vacío endoscópico, ampliando el arsenal terapéutico y complementando el abordaje quirúrgico en muchos casos. Existe un nuevo dispositivo, el VAC *stent* que combina el diseño de la prótesis con la terapia de presión negativa.

Caso clínico: Se presenta el caso de un varón de 52 años, intervenido de forma programada de una hernia de hiato realizándose una funduplicatura Nissen con colocación de malla, sin incidencias intraoperatorias. Presenta vómitos de repetición en el posoperatorio. El cuarto día, después de cuadro de hematemesis se diagnostica de perforación esofágica mediante TC toracoabdominal urgente, por lo que se traslada a nuestro centro. El escáner describe una solución de continuidad de 12 mm en la pared anterior esofágica, 6 cm proximal a la funduplicatura con abundante extravasación de contraste hacia mediastino posterior. Se realiza laparoscopia exploradora urgente deshaciendo la funduplicatura y retirando la malla perihialtal. Se liberan los pilares previamente suturados. Se identifica la perforación, realizándose cierre primario y colocación de drenajes en lecho quirúrgico. Tras evolución satisfactoria se realiza TC abdominal de control que describe importante fuga de contraste. Ante este hallazgo se coloca una endoprótesis parcialmente cubierta. Al cuarto día el TEGD demuestra persistencia de la fuga por lo que se decide colocar un VAC *stent*. Se mantiene el dispositivo durante 4 días a una presión de -100 mmHg. Finalmente, tras realizar un TEGD sin fugas detectables se retirada la prótesis mediante endoscopia. El paciente inicia dieta oral de forma progresiva con suspensión de nutrición parenteral. Correcta evolución siendo alta ambulatoria.

Discusión: El tratamiento de la perforación esofágica, sea por fuga anastomótica o tras perforación traumática o yatrogénica ha evolucionado en los últimos años, siendo cada vez más frecuente el uso

de técnicas endoscópicas; principalmente mediante próptesis o terapia endoscópica de vacío. Cada una de estas técnicas, aunque han demostrado eficacia y seguridad, cuenta con limitaciones. El VAC *stent* es la combinación de ambos dispositivos, un *stent* completamente cubierto dentro de un cilindro de esponja de poliuretano, lo que permite la aplicación de la terapia de presión negativa sin obstruir el paso y sin tanto riesgo de migración. Su uso ha demostrado ser factible y seguro en el manejo de dehiscencia anastomótica después de cirugía esofagogástrica. En este caso se plantea el uso del VAC *stent* en perforación esofágica aguda después de una funduplicatura de Nissen.