



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-197 - USO DE ESO-SPONGE COMO TRATAMIENTO DE FUGA DE ANASTOMOSIS ESOFAGOYEYUNAL TARDÍA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Mesa Ruiz, María Inmaculada; Carballo López, María del Carmen; Esmaili Ramos, Mahur; Martín Paniagua, Leticia; Ortiz González, María; Cruz Romero, Pilar del Rosario; Bustamante Recuenco, Carlos; Balsa Marín, Tomás

Hospital Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina.

Resumen

Introducción: Las terapias de vacío mediante presión negativa están constituyendo un nuevo tratamiento para muchas complicaciones quirúrgicas que conllevan una gran morbilidad para el paciente, con un pronóstico incierto.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 71 años, sin antecedentes de interés, intervenida de manera programada de carcinoma gástrico realizándose gastrectomía total y linfadenectomía D2 laparoscópica, con anastomosis esofagoyeyunal termino-lateral con endograpadora, tutorizada con sonda orogástrica y con comprobación intraoperatoria de correcta estanqueidad tras la administración de azul de metileno. La paciente presenta un posoperatorio lento: en la primera semana posoperatoria se realiza TC abdominal tras la elevación de reactantes de fase aguda, descartándose complicación quirúrgica. Se administra azul de metileno y tras no hallazgos del mismo en los drenajes, que se mantienen serohemáticos, se descarta fuga anastomótica y se inicia tolerancia oral. Ante la estabilidad clínica, analítica, junto con débito de drenaje izquierdo escaso y purulento, se decide alta con seguimiento estrecho en consultas. Treinta días más tarde, la paciente acude a Urgencias, refiriendo variación del débito del drenaje en función de la alimentación. En esta ocasión, había tomado zumo de naranja y el débito del drenaje presentaba la misma consistencia, acompañado de dolor retroesternal. No refería fiebre ni otra sintomatología. Se decide ingreso, dieta absoluta y gastroscopia: se identifica orificio de unos 12-13 mm entre las 10-12 h en anastomosis esofagoyeyunal, que permite ver el drenaje quirúrgico. Se descarta utilización de tratamiento endoscópico tipo cierre con clip OVESCO dada la intensa fibrosis en bordes, no subsidiaria de tracción. Se decide emplear terapia de vacío mediante Eso-SPONGE®, a una presión negativa continua a 90 mmHg, con un total de cuatro recambios, objetivando en la quinta endoscopia prácticamente el cierre del orificio, con un mínimo defecto de 2 mm, por lo que se decide retirar la terapia de vacío. Se mantiene a la paciente durante diez días más en dieta absoluta y se realiza TC abdominal con contraste oral, no observándose fugas ni colecciones. Se reinicia tolerancia oral y alta posterior a domicilio. La paciente continúa en seguimiento en nuestras consultas, con buena evolución clínica. En TC con contraste oral de revisión a los seis meses, no se objetiva fuga. En la gastroscopia de control a los seis meses, no se objetiva defecto.

Discusión: La fuga anastomótica es una de las complicaciones más frecuentes y agresivas a las que

nos exponemos día a día, produciendo sepsis, y en ocasiones, la muerte del paciente. Uno de sus posibles tratamientos es la revisión quirúrgica, sin embargo, conlleva una gran morbilidad. En función de la localización, el tamaño y el tiempo hasta su diagnóstico, el uso de terapia de vacío es un tratamiento seguro para el cierre de fugas anastomóticas en el tracto gastrointestinal, que permite un cierre precoz de manera conservadora, disminuyendo la morbilidad de estos pacientes.