



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-071 - CUANDO LA CIRUGÍA ESOFÁGICA SE TUERCE. TERAPIA DE VACÍO ENDOSCÓPICO COMO ALTERNATIVA AL TRATAMIENTO DE LA DEHISCENCIA DE SUTURA ESOFÁGICA

de Laguno de Luna, Ágata; González-Chamorro Ladrón de Guevara, Antonio; Sánchez Yagüe, Andrés; Gándara Adán, Norberto

Hospital Costa del Sol, Marbella.

Resumen

Introducción: Las lesiones en la pared esofágica, como perforaciones y fugas anastomóticas, son complicaciones graves de las intervenciones quirúrgicas y endoscópicas; y están asociadas con altas tasas de morbimortalidad. En los últimos años, la terapia de vacío endoscópica (ETV) ha sido reconocida como un nuevo método para reparar defectos del tracto gastrointestinal superior (TGIS) de distinta etiología. Desplazando así al uso de las prótesis endoluminales. Presentamos un caso que asocia ETV, prótesis esofágica y prótesis tipo Axios para el tratamiento de la dehiscencia de sutura y sus complicaciones asociadas.

Caso clínico: Varón de 71 años con antecedentes de divertículo epifrénico y hernia de hiato intervenido cinco días antes de forma programada en otro centro, realizándose diverticulectomía con endograpadora y Nissen floppy. El paciente se traslada a nuestro centro con el diagnóstico de fuga en la línea de sutura, fiebre y sintomatología respiratoria. Con TAC realizado con contraste oral e IV objetivándose salida de contraste a pleura derecha y gran derrame asociado tratado mediante colocación de tubo de tórax. Se decide ingreso, inicio de antibioterapia de amplio espectro y se recoloca tubo de tórax derecho bajo control ecográfico. Se realiza endoscopia bajo anestesia general, en la que se aprecia dehiscencia de sutura y cavidad paraesofágica de gran tamaño. Se procede a limpieza de la cavidad y colocación de endoesponja con terapia de vacío. Se valora el caso con los servicios de infectología y nutrición, se aumenta la cobertura antibiótica y se inicia nutrición parenteral total. Dos días más tarde en TAC de control se aprecia colección perigástrica de 7 × 3 cm, se realiza cambio de endoesponja y ecoendoscopia para colocación de prótesis AXIOS a nivel de la pared gástrica con salida de material purulento. Posteriormente, el paciente evoluciona de forma favorable con disminución y granulación casi completa de las cavidades paraesofágica y paragástrica. Tras 3 cambios de endoesponja, persiste pequeña cavidad paraesofágica granulada de unos 3 cm, por lo que se decide colocación de prótesis esofágica e inicio de dieta oral. Finalmente, el paciente es dado de alta asintomático y tolerando dieta oral. Cuatro semanas más tarde se retiran endoprótesis y prótesis AXIOS de forma ambulatoria.

Discusión: La ETV funciona mediante la aplicación de presión negativa en la zona del defecto con un dispositivo de vacío y esponja de poliuretano. Resulta en el cierre del defecto y el drenaje interno del foco séptico simultáneamente. Permite la visualización de la herida, el control del foco séptico y

el ajuste de la terapia. Es fundamental asegurar el drenaje pleural o mediastínico y el adecuado soporte nutricional del paciente en una terapia que puede prolongarse semanas. Como ventaja, la ETV es aplicable en todas las regiones esofágicas y variantes anastomóticas; así como un tratamiento definitivo o terapia complementaria, teniendo en cuenta el riesgo potencial de usarse en la proximidad de grandes vasos. Los datos disponibles en la literatura indican que ETV es factible, segura y efectiva, con buenos resultados clínicos a corto y largo plazo en el control de daños de fugas del TGIS.