



## P-174 - MEDIASTINITIS SECUNDARIA A FUNDUPLICATURA TOUPET LAPAROSCÓPICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Krystek, Nicolás; Ponce, Úrsula; Peiró, Fabián; Macero, Ángel; Reinaldo, Dietmar; Fluixa, Ana; Montesinos, Carmen; Seguí, Jesús

Hospital de Gandía y Centro de Especialidades Francisc de Borja, Gandía.

### Resumen

**Introducción:** Presentación de un caso de mediastinitis por perforación esofágica iatrogénica inadvertida en cirugía de hernia de hiato y revisión de esta complicación.

**Caso clínico:** Mujer de 70 años con antecedentes de HTA e hipotiroidismo, que acude a consultas externas de Cirugía General derivada del Servicio de Digestivo con gastroscopia compatible con hernia de hiato y clínica de reflujo gastroesofágico que no mejora con tratamiento farmacológico. Se le realiza TEGD que confirma el diagnóstico y un estudio funcional con pHmetría De Meester 115 y manometría con peristalsis esofágica ineficaz, posible alteración de relajación del EES y EEI hipopresivo. Con este diagnóstico se interviene realizándose funduplicatura tipo Toupet laparoscópica, sin incidencias intraoperatorias. Postoperatorio inmediato sin incidencias; al tercer día presenta distensión gástrica, dolor abdominal y ligera leucocitosis con desviación izquierda. Al 5<sup>a</sup> día también se añade disnea y desaturación al 90%, por lo que se realiza TC toraco-abdominal con contraste oral donde se evidencia hidroneumotorax izquierdo y aire ectópico en mediastino adyacente al esófago próximo al lecho quirúrgico sin observarse extravasación de contraste oral. Se instauro tratamiento antibiótico iv de amplio espectro y se decide reintervención quirúrgica urgente por laparoscopia, identificando abundante fibrina en cara anterior de esófago, en la zona de la funduplicatura, que se extiende hasta mediastino, con mínimo exudado purulento. No se identifica perforación y se realiza lavado abundante y colocación de drenajes en mediastino. Durante el postoperatorio en UCI, se realiza endoscopia evidenciando a 38 cm de impronta dentaria orificio fistuloso de 8 mm con salida de líquido purulento y se coloca prótesis esofágica. La paciente presenta mejoría progresiva de su sepsis, pero no respiratorio presentando neumonía intrahospitalaria por *Pseudomonas* y derrame pleural bilateral que precisa colocación de drenajes torácicos. Se realiza traqueostomía percutánea por persistencia del compromiso respiratorio e incapacidad de desconectar la ventilación mecánica. La función respiratoria mejora y se le retira la ventilación asistida, drenajes torácicos y la traqueostomía, siendo alta en UCI y pasando a la sala de cirugía.

**Discusión:** La mediastinitis se define como la inflamación o la infección del tejido conectivo que rodea a las estructuras mediastínicas, siendo una de las complicaciones más temidas de la cirugía esofagogástrica. En las mediastinitis tras perforación esofágica la causa iatrogénica sigue siendo la más frecuente (70%), principalmente por el aumento de las exploraciones endoscópicas y la

instrumentalización, sin dejar de lado las complicaciones de cirugía esofagogástrica donde se incluye la cirugía antirreflujo. Dada la alta mortalidad de la mediastinitis aguda, un diagnóstico precoz, la instauración rápida de antibioticoterapia y el tratamiento quirúrgico temprano, son vitales para el pronóstico y la supervivencia. La tomografía computarizada con contraste oral es la técnica de elección tanto para el diagnóstico como el seguimiento y nos proporciona datos precisos de la localización de la lesión para el abordaje quirúrgico. El tratamiento quirúrgico va encaminado a la reparación del daño primario y colocación de drenajes en todos los espacios posibles para permitir una correcta evacuación de los fluidos Infectados.