



## P-146 - TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR CONSERVADOR EN LA DEHISCENCIA DE SUTURA EN UNA ESOFAGECTOMÍA DISTAL EN PACIENTE COMPLEJO

Gil, Ignacio; Farguell, Jordi; Sendino, Oriol; Morales, Xavier; Turrado, Víctor; Ibarzábal, Ainitze; Curell, Anna; Momblán, Dulce

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona.

### Resumen

**Objetivos:** Las dehiscencias de anastomosis tras esofagectomía tienen una elevada morbimortalidad. En la actualidad, existen diferentes alternativas endoscópicas para tratar a estos pacientes de forma conservadora y en ocasiones puede ser necesario el cambio de terapia durante el tratamiento para conseguir el éxito de la misma. El objetivo de este trabajo es mostrar los beneficios de aplicar diferentes técnicas conservadoras en la terapia definitiva de la dehiscencia de sutura en casos seleccionados y especialmente complejos.

**Métodos:** Mujer de 63 años con antecedentes de obesidad mórbida (IMC 40 Kg/m<sup>2</sup>), HTA, SAOS, hernia de hiato y esófago de Barrett. A raíz de controles seriados por fibrogastroscoopia es diagnosticada de adenocarcinoma sobre Barret de la unión esofagogástrica en estadio T2N0M0. Se interviene quirúrgicamente realizándose esofagectomía Ivor-Lewis robótica cursando sin incidencias. Durante el segundo día posoperatorio presenta deterioro del estado general con insuficiencia respiratoria aguda y aumento del débito de los drenajes por lo que se realiza una TC toracoabdominal que sugiere dehiscencia de la anastomosis esofagogástrica. Se realiza una endoscopia que confirma la dehiscencia y se decide tratamiento conservador de la misma con terapia de presión negativa endocavitaria.

**Resultados:** Se realizaron 8 recambios sucesivos endoscópicos con una media de recambio cada 4 días y se colocaron dos drenajes torácicos guiados por TC para drenar colecciones torácicas. A pesar del tratamiento, permanecía la fuga con paso de contraste a la colección drenada por los drenajes torácicos. Dada la persistencia de la fuga se decidió colocación de prótesis endoscópica y colocación de sonda nasogástrica para aspiración de importante retención en la plastia gástrica. La paciente presentó importante mejoría clínica, pero en el TC de control seguía evidenciándose fuga alrededor de la prótesis por lo que se decidió colocar una nueva prótesis telescopada sobre la previa. Posteriormente presentó una buena evolución clínica y ocho semanas después se retiraron ambas prótesis identificando un defecto milimétrico a nivel de la anastomosis motivo por el que se decidió colocar de nuevo terapia de vacío endoscópica, en esta ocasión endoluminal. Tras dos recambios se comprobó endoscópicamente y por TC la resolución de la dehiscencia y la paciente presentó buena evolución con correcta tolerancia oral. Tras ello la paciente presentó buena evolución con correcta tolerancia oral.

**Conclusiones:** Las dehiscencias anastomóticas tras una cirugía esofágica son complejas y en ocasiones requieren diferentes tratamientos para su resolución. Actualmente disponemos de tratamientos endoscópicos factibles y seguros como la terapia de vacío endoscópico o las prótesis que en ocasiones debemos de utilizar de forma combinadas durante el proceso de tratamiento en el mismo paciente para intentar una resolución conservadora de esta anastomosis con el objetivo de preservarla.