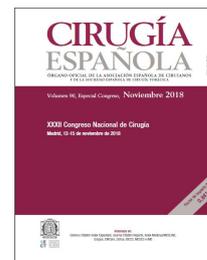




# Cirugía Española

[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)



## P-167 - EMPLEO DEL TUBO DE KEHR PARA EL TRATAMIENTO DE LA DEHISCENCIA ANASTOMÓTICA TRAS ESOFAGUECTOMÍA. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Arias Romano, Alberto Jesús<sup>1</sup>; Fernández Aguilar, José Luis<sup>2</sup>; Rodríguez Cañete, Alberto<sup>2</sup>; Montiel Casado, María Custodia<sup>2</sup>; Pitarch Martínez, María<sup>2</sup>; Moreno Ruiz, Javier<sup>2</sup>; Santoyo Santoyo, Julio<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Costa del Sol, Marbella; <sup>2</sup>Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

### Resumen

**Introducción:** La esofaguectomía es un procedimiento complejo, con potenciales complicaciones graves, entre las que destaca la dehiscencia anastomótica. El manejo de esta complicación está muy discutido, pudiendo realizarse desde un manejo conservador, hasta intervenciones agresivas como la exclusión esofágica. En esta comunicación, presentamos un caso de dehiscencia de anastomosis esofagogástrica tras esofaguectomía por estenosis de origen péptico, tratada mediante sutura de la dehiscencia sobre tubo de Kehr.

**Caso clínico:** Varón de 58 años, con antecedente de alcoholismo crónico, valorado por estenosis esofágica de origen péptico. Se intervino de forma programada, realizándose esofaguectomía distal a lo Ivor-Lewis asistida por videotoracosopia y laparoscopia, que transcurrió sin incidencias. El segundo día posoperatorio, presenta dolor torácico acompañado de disnea. Se determinó amilasa en drenaje torácico siendo positiva. Ante el deterioro clínico y datos de sepsis, se reinterviene, realizándose toracotomía exploradora. Se evidencia dehiscencia de un tercio de la anastomosis. Se lavó la cavidad y se reparó la anastomosis realizando una sutura de la dehiscencia sobre tubo de Kehr con epiploplastia, y se colocaron dos drenajes torácicos. Para asegurar la nutrición enteral, se colocó sonda de yeyunostomía. Tras la reintervención, el paciente presentó una evolución favorable durante su estancia en UCI, con posterior alta a planta. En los controles radiológicos durante el ingreso (EGD y TC con contraste oral) se descartó nueva fuga, iniciándose dieta oral sin incidencias. Se retiraron drenajes torácicos, y fue dado de alta tras un mes de ingreso. A las 8 semanas fue retirada la yeyunostomía y el tubo de Kehr (previa colocación intraluminal de sonda Nelaton y posterior retirada) sin complicaciones.



**Discusión:** La dehiscencia de anastomosis, es la complicación más temible tras la esofagectomía, con una mortalidad que puede alcanzar hasta el 30%. En las anastomosis intratorácicas (como en nuestro caso), la tasa de dehiscencias es menor que en las anastomosis cervicales (2-18%), pero debido a su localización, implica una elevada mortalidad, alcanzando hasta el 35% a causa de la sepsis intratorácica. El tratamiento de la fístula anastomótica es complejo, pero en general, los pacientes sin datos de sepsis pueden ser manejados de forma conservadora, realizando un drenaje adecuado de la fístula, siendo eficaz en más del 60% de los casos. Sin embargo, en pacientes con deterioro clínico y datos de sepsis, el manejo suele ser quirúrgico, pudiendo reparar la anastomosis, rehacerla por completo, o de no ser posible, realizar una exclusión esofágica para una reconstrucción en un segundo tiempo. En nuestro caso, tras lavado y exploración de la anastomosis, se realizó una técnica de fistulización dirigida, a través de un tubo de Kehr colocado a través de la perforación. Tras su retirada, puede formarse una fístula esofagocutánea que suele cerrarse espontáneamente en la mayoría de los casos. Con esta técnica, se consiguió resolver una complicación grave, que compromete la vida del paciente, sin realizar gestos quirúrgicos agresivos que impliquen un mayor tiempo operatorio (factor crucial en pacientes inestables), ni tener que reconstruir el tránsito en un segundo tiempo.