



# Cirugía Española

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



## P-119 - TRATAMIENTO CONSERVADOR CON PLEUREVAC DE MEDIASTINITIS SECUNDARIA A PERFORACIÓN DE GASTROPLASTIA TORÁCICA

Tortolero Giamate, Laura<sup>1</sup>; Anchústegui Melgarejo, Pablo<sup>1</sup>; Álvarez Álvarez, Javier<sup>1</sup>; de la Morena Madrigal, Emilio<sup>1</sup>; Acitores Suz, Jose Ignacio<sup>1</sup>; Luengo Pierrard, Patricia<sup>2</sup>; Pedraza Muñoz, Antonio<sup>1</sup>; Yagüe Adán, Sandra<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Sanitas La Zarzuela, Madrid; <sup>2</sup>Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

### Resumen

**Introducción:** La situación anatómica de la gastroplastia torácica, la presión negativa y la laxitud del tejido areolar que la rodea, permite una contaminación fácil del mediastino por las enzimas digestivas y la flora microbiana, lo que da origen a una mediastinitis grave. La mediastinitis secundaria a perforación de víscera hueca tiene una alta morbimortalidad.

**Objetivos:** Describir un caso clínico de mediastinitis por perforación de gastroplastia de manejo difícil con buenos resultados con tratamiento conservador.

**Caso clínico:** Varón de 59 años con antecedente de esofagectomía parcial reconstruido con gastroplastia por cáncer de esófago en 2017 tratado con quimioradioterapia, que cursa con vómitos repetidos por lo que se realiza piloroplastia y anastomosis en Y de Roux, sin mejoría de la clínica. Mediante endoscopia se evidencia gastroplastia estenosada con retención alimentaria a este nivel. Se decide intervención quirúrgica laparoscópica con liberación muy laboriosa de la plastia gástrica a través del hiato con control endoscópico intraoperatorio y comprobación de buen paso de la anastomosis y ausencia de estenosis. Al séptimo día postoperatorio presenta dolor torácico y mal estado general, pasa a la UCI y en gastroscopia de control se evidencia gran perforación transmural ocupada por restos alimentarios. En TAC toracoabdominal se evidencia hidroneumotórax en el seno costofrénico posterior derecho y extravasación de contraste oral al espacio pleural. Se colocó un tubo de tórax. Así como también, mediante radiología intervencionista se colocó sonda nasogástrica en la cavidad mediastínica a través de la perforación que se conectó a aspiración con sistema de pleurevac, nutrición parenteral y luego enteral a través de sonda nasoyeyunal y antibioterapia, consiguiendo estabilidad clínica. Se mantuvo este tratamiento durante 7 semanas con controles endoscópicos semanales evidenciando cierre progresivo de la perforación, hasta su cierre completo y alta del paciente con buena tolerancia oral.

**Discusión:** Se recomienda tratamiento quirúrgico en la perforación esofágica extramediastínica. En nuestro caso, dados los antecedentes del paciente y las dificultades técnicas por cirugías y tratamientos previos se decidió tratamiento conservador. El tratamiento endoscópico mediante la colocación de clip era inviable por el tamaño de la perforación. La aspiración continua con presión negativa mediante pleurevac mantiene drenaje de la cavidad a la vez que favorece el cierre secundario por tejido de granulación. Es una alternativa en perforaciones de difícil acceso con tejidos friables por radioterapia y cirugías previas.