



P-055 - FÍSTULA ESOFAGOYEYUNAL TRAS GASTRECTOMÍA TOTAL. UN CASO DE TRATAMIENTO CONSERVADOR CON ENDOPRÓTESIS METÁLICA TOTALMENTE RECUBIERTA

S. Moral Álvarez, R.A. Alonso Blanco, P.Y. Díaz Solís, J.M. Pérez Pariente, S. Herrero, R.M. Fresnedo, P. Lora Cumplido, V. Ramos, J.F. Carrión Maldonado y P. Sanmiguel Botella

Hospital de Cabueñes, Gijón.

Resumen

Introducción: La complicación postoperatoria precoz más grave tras una gastrectomía total es la fístula esofagoyeyunal, cuya incidencia varía del 5 al 21%, según autores. Es de extrema importancia mantener un alto grado de sospecha para su diagnóstico precoz, debido a la elevada mortalidad que conlleva. Su tratamiento no está aún estandarizado, como pauta general se reserva el tratamiento quirúrgico a dehiscencias amplias/fístulas de alto débito o complicaciones sépticas graves y en el resto de los casos se tiende a un manejo conservador mediante drenaje de las colecciones, adecuada nutrición, infusión de somatostatina u octeótride y antibioterapia. Otra opción terapéutica aun no totalmente consensuada es el uso de endoprótesis recubiertas que excluyan la zona de fuga. Presentamos el caso de una paciente que en el postoperatorio de una gastrectomía total desarrolla una fístula esofagoyeyunal que evoluciona satisfactoriamente tras tratamiento endoscópico con endoprótesis metálica totalmente recubierta.

Caso clínico: Paciente mujer de 70 años que se interviene programada por adenocarcinoma intestinal de bajo grado en incisura angularis, realizándose gastrectomía total, anastomosis en Y de Roux y esplenectomía. En el postoperatorio inmediato desarrolla una insuficiencia cardiaca congestiva que se maneja con fluidoterapia y dopamina. Tres días después de reintroducir la alimentación, en el 20º día postoperatorio, y manteniendo drens sin cambios, ante empeoramiento analítico se realiza TAC abdominal y se objetiva una fístula esofagoyeyunal con paso de contraste y gas en espacio subfrénico izquierdo, con drenajes en contacto con la colección. Se decide manejo conservador mediante implante endoscópico de prótesis metálica totalmente recubierta (HANAROSTENT 22 × 80 mm) y tratamiento con somatostatina y antibioterapia. La paciente desarrolla sepsis con fallo metabólico, respiratorio y hemodinámico por lo que requiere ingreso en UCI, precisando soporte hemodinámico con aminas vasoactivas, soporte ventilatorio y traqueotomía. Siete días después debido a empeoramiento clínico se realiza endoscopia, confirmando la migración distal de la prótesis, por lo que se recoloca. En control radiológico 10 días después se visualiza de nuevo la fístula permeable por despegamiento de la prótesis en su borde superior, por lo que se coloca una segunda endoprótesis solapando proximalmente a la previa. La fístula esofagoyeyunal evoluciona favorablemente y se retiran ambas prótesis 4 meses después. Tras 108 días en UCI y estancia hospitalaria total de 168 días, la paciente es dada de alta a hospital de media-larga estancia para completar tratamiento rehabilitador.

Discusión: Aunque el uso de prótesis totalmente recubiertas en fístulas esofágicas postoperatorias de aparición tardía no está totalmente aceptado, ya se han utilizado con éxito en pacientes seleccionados. Permiten impermeabilizar el orificio fistuloso mediante un procedimiento poco agresivo, y siendo su principal inconveniente la migración, su recolocación no es problemática. Esta técnica por tanto supondría una alternativa eficaz a la cirugía en casos de complicación grave de la fístula, siempre y cuando esté asegurado el drenaje de las colecciones.