



P-050 - TRATAMIENTO DE LA DEHISCENCIA DE LA ANASTOMOSIS ESOFAGOYEYUNAL MEDIANTE PRÓTESIS POR RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA

E. Romera Barba, F.J. Espinosa López, J. Castañer Ramón-Llín, A. Sánchez Pérez, I. Navarro García, S. Gálvez Pastor, M.J. Carrillo López, J.M. Alarte Garvía, J.A. García Marcilla, D. Contreras Padilla y J.L. Vázquez Rojas

Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena.

Resumen

Introducción: La dehiscencia de la anastomosis esofágica es una complicación grave con una frecuencia recogida en la bibliografía que oscila del 7 al 29%, y una tasa de mortalidad de alrededor del 50%. El tratamiento habitual para su resolución es la cirugía, siendo necesaria en algunas ocasiones la exclusión esofágica. La utilización de prótesis metálicas autoexpandibles cubiertas puede ayudar a la cicatrización de la dehiscencia, evitando técnicas quirúrgicas más agresivas.

Caso clínico: Varón de 72 años con antecedentes personales de HTA, EPOC y fibrilación auricular. Se intervino en noviembre de 2012 por adenocarcinoma subcardial, realizando una gastrectomía total con anastomosis esofagoyeyunal mecánica. La anatomía patológica informó de adenocarcinoma infiltrante tipo mucinoso pT3N2M0. Al 5º día se objetivó salida de material purulento a través del drenaje, con lo que se realizó TC que confirmó la presencia una fístula anastomótica. Mediante radiología intervencionista se colocó endoprótesis totalmente cubierta tipo Wallflex, y sonda nasoyeyunal a su través. En los controles radiológicos posteriores se confirmó el cierre de la fístula y el paciente fue alta hospitalaria al 30º día postoperatorio.

Discusión: La dehiscencia de la anastomosis esofágica constituye una de las complicaciones más graves de la gastrectomía total. El tratamiento estándar incluye desde el manejo conservador con dieta absoluta y nutrición parenteral o enteral a través de sonda nasoyeyunal, a la cirugía con necesidad de exclusión del esófago en determinados casos. En los últimos años, el uso de las prótesis esofágicas surge como una alternativa prometedora para el tratamiento conservador de las fugas anastomóticas evitando, en muchas ocasiones, cirugías más agresivas. En la mayoría de los casos permite el inicio precoz de la alimentación oral, se consigue el cierre de la fístula, y se reduce la estancia hospitalaria. La colocación de las prótesis no es exclusiva de una especialidad concreta. Los radiólogos intervencionistas o endoscopistas con un adecuado entrenamiento y experiencia pueden realizar estos procedimientos en forma rutinaria. El uso de la endoscopia permite la visualización directa de la dehiscencia y su tamaño, aunque teóricamente la insuflación de aire podría aumentar las dimensiones de esta, y precisa del apoyo de la escopia para confirmar que la posición sea correcta. La radiología intervencionista utiliza la inyección de contraste para la localización de la fuga y el control posterior tras la inserción de la prótesis, así como permite la colocación de drenajes percutáneos durante el mismo procedimiento, en caso de colecciones no drenadas. Las principales complicaciones de ambas técnicas son la hemorragia, perforación,

migración de la prótesis y dolor torácico. No existen estudios que comparen ambas técnicas, de modo que dependerá de la experiencia de cada centro en la realización de estas.