



## P-300 - FÍSTULA TORÁCICA: REDO TORACOSCÓPICO COMO ARSENAL TERAPÉUTICO

Escalera Pérez, Raquel; Medina Achirica, Carlos; Díaz Oteros, Mercedes; Muñoz Caracuel, Elisabet; Mateo Vallejo, Francisco de Asís; García Molina, Francisco Jose

Hospital del S.A.S. de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera.

### Resumen

**Introducción:** La dehiscencia de anastomosis esofagogástrica es una complicación frecuente y de difícil tratamiento que presenta una alta morbimortalidad. La mayoría de las fístulas sobre todo tipo III de la clasificación de Larburu et al. requieren un drenaje de la cavidad torácica además de la colocación de la prótesis. Para ello planteamos un abordaje miniinvasivo como es la re-toracoscopia como alternativa reproducible tras haber confirmado la viabilidad de la plastia por endoscopia y colocada la prótesis.

**Caso clínico:** Presentamos un caso de un paciente de 57 años intervenido de esofagectomía tipo Ivor Lewis mínimamente invasivo con abordaje toracoscópico en decúbito prono por Adenocarcinoma de la UGE/cardias bien diferenciado estadio IIA (T2N1M0). Los antecedentes personales a destacar: fumador, pseudotumor *cerebri* con HT intracraneal y derivación lumboperitoneal. El posoperatorio inmediato fue bueno, iniciando tolerancia oral precoz sin datos de fugas. Al 5º día posoperatorio comenzó con un deterioro brusco y disnea aguda. Se realizó TC urgente donde se objetivó fístula. El paciente requirió colocación de endoprótesis metálica mediante endoscopia oral urgente que visualizó una dehiscencia de 1/3 de la luz sin datos de isquemia de la plastia. En los días posteriores continuó evolución tórpida con signos de sepsis por lo que se realizó nuevo TC de tórax apreciándose importante hidroneumotórax derecho, observándose una moderada captación y engrosamiento de las hojas pleurales. Con unas dimensiones de más de 10 cm. de diámetro anteroposterior, craneocaudal y transversal, multiloculado a nivel del lóbulo superior derecho produciendo una atelectasia compresiva. SE observó fuga con extravasación del contraste a través de la misma hacia el espacio pleural derecho. Ante estos hallazgos se realizó nueva intervención quirúrgica donde se realizó una nueva re-toracoscopia drenar y desbridar todos los detritus de la cavidad pleural. Se realizó un lavado extenso de la cavidad y se dejó un drenaje tipo axión en ápex pulmonar. En días posteriores presentó evolución clínica favorable con tránsito baritado sin evidencia de fugas procediéndose al alta tras 35 días de ingreso.

**Discusión:** La fístulas esofágicas y la necrosis de la plastia son las complicaciones más temidas. Aunque no podemos olvidar las mediastinitis, el empiema y el absceso retrofaríngeo. No existen clasificaciones ampliamente aceptadas para las dehiscencias, lo cual dificulta su manejo. En nuestra experiencia la detección precoz y el manejo agresivo con drenajes, lavados mediastínicos así como el uso de endoprótesis parece clave en el éxito del rescate. En centros con experiencia en toracoscopia

para el abordaje esofágico consideramos necesario considerar la re-toracoscopia como alternativa eficaz y mínimamente invasiva, en pacientes con estabilidad hemodinámica como complemento a la colocación de endoprótesis para el lavado del empiema.