



O-053 - UTILIZACIÓN DE LA ENDOPRÓTESIS AUTOEXPANDIBLE EN EL TRATAMIENTO DE LA DEHISCENCIA ANASTOMÓTICA TRAS CIRUGÍA ESOFAGOGÁSTRICA

Talavera Utrera, M.^a Guadalupe; Pérez Otermin, Miren Irati; Aizpurua Olabe, Oier; Recreo Baquedano, Ana Cristina; Yáñez Irazábal, M.^a Concepción; Eguaras Córdoba, Inés; Chaveli Díaz, Carlos; Miranda Murua, Coro

Hospital de Navarra, Pamplona.

Resumen

Introducción: La dehiscencia de anastomosis es una de las complicaciones con mayor morbilidad en el posoperatorio de una esofagectomía o una gastrectomía, además de tener un impacto negativo en otros aspectos, como la estancia y el coste hospitalario, o la calidad de vida de los pacientes. Durante muchos años las endoprótesis autoexpandibles han sido una de las pocas armas terapéuticas para la dehiscencia anastomótica en cirugía esofagogástrica. Recientemente se han descrito otras técnicas alternativas. Sin embargo, existen pocas series que reporten resultados del tratamiento con las endoprótesis.

Objetivos: Mostrar la experiencia en un hospital de tercer nivel con el empleo de las endoprótesis esofágicas autoexpandibles en las dehiscencias tras la cirugía oncológica esofagogástrica.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo sobre base de datos con recogida prospectiva consecutiva de los pacientes que presentaron una dehiscencia de anastomosis tras cirugía oncológica esofagogástrica (esofagectomía o gastrectomía) en el periodo comprendido entre 2011 y 2023. En nuestro centro el tratamiento estándar de la dehiscencia consistió en colocación de endoprótesis y control del foco infeccioso mediante drenaje percutáneo y/o reintervención quirúrgica. Se ha analizado la morbilidad y la efectividad del tratamiento con prótesis, y la mortalidad global del grupo a estudio.

Resultados: Fueron intervenidos 271 pacientes por cáncer de esófago o estómago realizando esofagectomía (107; 39,5%), tipo Ivor Lewis o McKeown, o gastrectomía total (164; 60,5%). Presentaron dehiscencia de anastomosis 50 pacientes (18,4%), 26 (24,3%) tras esofagectomía y 24 (14,6%) tras gastrectomía. Se consideró dehiscencia tardía la sucedida a partir del séptimo día posoperatorio, ocurriendo en 17 pacientes (34%). En 42 pacientes (84%) se colocó una endoprótesis. La prótesis consiguió la resolución de la dehiscencia en 38 pacientes (90,5%), con una mediana de tiempo hasta la resolución de 45 días (29,8-59,0). La ingesta oral precoz (antes de 3 días) tras la colocación de la prótesis fue posible en 17 pacientes (40,5%). En tan solo 4 pacientes la prótesis no fue efectiva, (3 tras esofagectomía y 1 tras gastrectomía) requiriendo reintervención para drenaje de colecciones perianastomóticas. Han presentado complicaciones en relación a la prótesis 6 pacientes: 3 úlcera por decúbito, 2 lesión vascular mayor por decúbito y 1 fístula aérea. Migraron 18

prótesis (36%), siendo necesario el recambio de la prótesis o colocación de una nueva prótesis telescopada en 10 pacientes (23,8%). La tasa de mortalidad a 90 días por dehiscencia de anastomosis fue del 6%: 2 pacientes tras esofagectomía y 1 tras gastrectomía. En los tres pacientes la endoprótesis no logró la resolución de la dehiscencia.

Conclusiones: Las endoprótesis son dispositivos seguros y efectivos con una resolución de la dehiscencia en el 90% de los pacientes de nuestra serie. La tasa de complicaciones de la endoprótesis fue del 14%. La tasa de mortalidad a 90 días fue del 6%, coincidiendo con el fracaso del tratamiento con endoprótesis.