



Dehiscencia de anastomosis esófago-yeyunal, diagnóstico y manejo endoscópico. Reporte de un caso

Mauricio David Castaño Eguia,* José Eduardo García Flores,†
 Sebastiana Arana Garza,† Gregorio Osoria Alba‡

Resumen

Antecedentes: La fuga en la anastomosis esófago-yeyunal es una complicación severa, con incidencia de 4 a 30% y mortalidad de 35 a 70%, siendo más frecuente en anastomosis cervicales con 12.3%. El manejo endoscópico representa en la actualidad un progreso significativo para el tratamiento de esta complicación. Lo que antes era una catástrofe, actualmente se puede manejar con técnicas de cierre endoscópico avanzado como en el caso mostrado. **Presentación del caso:** Paciente masculino de 59 años de edad, sin enfermedades crónico-degenerativas, portador de enfermedad por reflujo gastroesofágico, operado dos años antes de funduplicatura de Nissen por laparoscopia. A las 48 horas de operado se le realizó trago con bario, causando peritonitis química, debido a perforación en unión esófago-gástrica, secundaria a lesión inadvertida durante procedimiento previo. Se sometió a laparotomía exploradora y se realizó esofagostomía cervical, esofagectomía distal, gastrectomía proximal y colocación de sonda de gastrostomía. Acudió 14 meses después para reconexión con anastomosis mecánica esófago-yeyunal por laparoscopia. Durante su sexto día posquirúrgico cursó con taquicardia. Se solicitó esofagograma con contraste hidrosoluble, evidenciando fuga en sitio de anastomosis, por lo que se decidió realizar endoscopia y colocación de prótesis flexible parcialmente cubierta. Al día 36 posquirúrgico se realizó nuevo trago de bario, ahora sin evidencia de fuga, retirando endoprótesis y decidiendo su egreso. **Conclusiones:** El manejo endoscópico de la fuga en la anastomosis esófago-yeyunal, así como las perforaciones esofágicas, pueden ser manejados vía endoscópica con un resultado favorable. Es importante tener en mente opciones menos invasivas ante tal situación, con la finalidad de disminuir la morbimortalidad de nuestros pacientes.

Palabras clave: Esófago, perforación esofágica, dehiscencia de anastomosis, endoprótesis, endoscopia.

Abstract

Background: Leakage of the esophagojejunal anastomosis is a severe complication, with an incidence ranging from 4 to 30% and a mortality from 35 to 70%, being more frequent in the cervical anastomosis with a 12.3% incidence. The endoscopic approach represents a significant progress in the treatment of this complication. What was previously a catastrophe, now it can be managed using advanced endoscopic closure techniques such as in this case. **Case report:** A male, 59 years of age, without chronic degenerative diseases and the main complaint of gastro esophageal reflux, surgically approached 2 years before with a Nissen laparoscopic fundoplication. 48 hours after surgery, an upper GI barium X-Ray was performed, causing chemical peritonitis due to a perforation in the gastroesophageal junction secondary to an inadvertent lesion during the previous surgical procedure. He underwent exploratory laparotomy and a cervical esophagostomy with a proximal gastrectomy and a distal esophagectomy, also a gastrostomy tube was placed. He comes 14 months later for a mechanical esophagojejunal anastomosis through a laparoscopic approach. During his sixth postoperative day, he developed tachycardia. An esophagogram was requested using oral water-soluble contrast, evidencing an on-site leakage of the anastomosis, it is decided to perform an upper endoscopy and placement of a partially covered flexible prosthesis. At the 36th postoperative day, a new esophagogram was performed, this time without evidence of leakage, withdrawing the endoprosthesis and deciding his hospital discharge. **Conclusions:** Esophagojejunal leakage as well as esophageal perforation, can be managed endoscopically with a favorable outcome. It is important to keep in mind less invasive options in such situations in order to reduce the morbidity and mortality of these patients.

Key words: Esophagus, esophageal perforation, anastomosis dehiscence, endo-prosthesis, endoscopy.

* Residente de tercer año.

† Cirujano.

Departamento de Cirugía del Hospital Christus Muguerza, Monterrey, Nuevo León.

Correspondencia:

Mauricio David Castaño Eguia

Departamento de Cirugía del Hospital Christus Muguerza, Av. Hidalgo Núm. 2525, Col. Obisnado, 64060, Monterrey, Nuevo León, México.
 E-mail: mawrizio25@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La fuga por dehiscencia anastomótica, fístula y perforación esofágicas, son entidades poco frecuentes; sin embargo, representan una catástrofe. El riesgo de tener una fuga en una anastomosis esofágica es de aproximadamente 4 a 30% de los casos, con una mortalidad de 35 a 70%.¹

Se ha considerado a la cirugía como pilar fundamental del tratamiento, aunado al uso de antibióticos, descompresión nasogástrica, nutrición parenteral total y drenaje de colecciones, teniendo en cuenta que el tratamiento quirúrgico se asocia a una mortalidad de 60 a 100%,^{1,2} por lo que en la última década se han desarrollado diversos tratamientos endoscópicos (*Cuadro 1*). El uso de endoprótesis auto-expandibles para el manejo de la dehiscencia de anastomosis, con el principio fundamental de cobertura del sitio de la fuga, evitando la salida de secreciones hacia cavidad y asegurando un adecuado sello «a prueba de agua», ha tenido resultados favorables con disminución de la morbimortalidad.^{3,4} Hay que tomar en consideración que para un resultado favorable se debe tener una sospecha temprana y un diagnóstico preciso del defecto esofágico.

En la actualidad no existe un consenso establecido de cuál es el mejor tratamiento. Los primeros reportes de manejo señalan una técnica mixta con colocación de drenaje guiado por imagen o por laparoscopia. Diversos estudios respaldan el uso de endoprótesis como tratamiento único.⁵ Respecto a la técnica, la colocación de endoprótesis es un procedimiento relativamente sencillo, el cual se apoya con fluoroscopia, con baja tasa de complicaciones.⁶ Se conocen algunos factores de mal pronóstico con el uso de estas endoprótesis: que la endoprótesis atraviese la unión esofagogástrica y que la lesión o dehiscencia sean mayores a 6 cm.⁵

Aunque diversos estudios han sido publicados mencionando la seguridad y el buen resultado, la gran mayoría tiene un enfoque oncológico y pocos reportan su utilidad

en el uso de fugas por patología benigna, por lo que consideramos importante presentar un caso con evolución y resultado favorable de patología esofágica benigna con endoprótesis, evitando así agregarle morbilidad a nuestro paciente, aun sin el uso de drenajes.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 59 años de edad, sin enfermedades crónico-degenerativas, portador de enfermedad por reflujo gastroesofágico, por lo que es operado dos años antes, efectuando funduplicatura de Nissen por laparoscopia. Cursó con evolución tórpida inmediata, por lo que se sometió nuevamente a laparoscopia 24 horas después con evidencia de sangrado proveniente del bazo, efectuando esplenectomía. A las 48 horas posquirúrgicas persiste con dolor abdominal intenso y picos febriles de 38.5 °C. Se realizó trago con bario, el cual causó peritonitis química, debido a la presencia de una perforación esofágica en unión esófago-gástrica, secundaria a lesión inadvertida durante procedimiento de funduplicatura. Se decide su traslado a nuestro hospital, realizando laparotomía exploradora urgente, encontrando múltiples adherencias, restos de material de contraste, líquido inflamatorio (500 cm³), y una perforación menor a 1 cm en la unión esófago-gástrica. Se hizo lavado exhaustivo de cavidad, esofagostomía cervical, esofagectomía distal y gastrectomía proximal con colocación de sonda de gastrostomía, concluyendo el procedimiento. Cursó con buena evolución, con aporte de nutrición parenteral en la primera semana y posteriormente enteral por la sonda de gastrostomía. Su seguimiento fue estrecho y 14 meses después se decide restituir el tránsito digestivo, realizando abordaje laparoscópico asistido por endoscopia para la identificación del esófago distal, debido a la distorsión anatómica y múltiples adherencias. Ya identificado el esófago se coloca punto como referencia de sutura tipo

Cuadro 1. Opciones endoscópicas en perforaciones esofágicas y/o dehiscencias de anastomosis.

Procedimiento	Pros	Contras
Grapa a través del endoscopio	Fácil acceso, uso y manejo	Eficacia limitada No hay cierre de espesor total Múltiples sesiones Drenaje percutáneo
Grapas sobre el endoscopio	Cierre de espesor total Procedimiento de «un solo paso»	Eficacia sólo en defectos menores a 20 mm Drenaje percutáneo
Adhesivo		Poca información
Endoprótesis	Eficacia reportada de hasta 80%	Alto costo Migración elevada (totalmente recubiertos principalmente) Múltiples sesiones Con o sin drenaje percutáneo
Sutura endoscópica	Cierre de espesor total	Poca información reportada Curva de aprendizaje amplia

Poliiodaxona (PDS) 3-0, para posteriormente realizar reconstrucción con anastomosis esófago-yeyunal mecánica con grapadora Echelon Flex (Ethicon®) sin aparentes complicaciones, dejando la esofagostomía sin reconstrucción como medida de protección. Durante su sexto día de evolución posquirúrgica cursa con taquicardia y dolor epigástrico, por lo que se solicita esofagograma con trago hidrosoluble evidenciando fuga en sitio de la anastomosis (Figura 1).

Descripción de la técnica

Se realizó endoscopia, encontrando en esófago distal, en sitio de anastomosis, un orificio de 10 mm con fibrina y material de sutura (Figura 2). Se decidió en ese momento colocar endoprótesis. Se colocó guía metálica, asistida por fluoroscopia y posteriormente se introdujo, a través de la guía, una endoprótesis metálica flexible de 15.5 mm tipo Wallflex® parcialmente cubierta. Se desplegó y corroboró con endoscopio el correcto posicionamiento, quedando a 25 cm de la arcada dentaria, obliterando el sitio de la dehiscencia por completo (Figura 3). Cursó con buena evolución, durante los primeros seis días en los que recibió nutrición parenteral total. Al séptimo día se inició nutrición enteral por gastrostomía y se cambió a vía oral al décimo día. Se realizó endoscopia de se-



Figura 1. Trago hidrosoluble que demuestra sitio de fuga en anastomosis esófago-yeyunal posterior a la cirugía de reconstrucción digestiva (señalado con flecha).

guimiento a los 14 días, encontrando desplazamiento parcial de la porción cefálica de la endoprótesis, por lo que se recolocó nuevamente asistido por fluoroscopia, con endoscopia de seguimiento a los siete días sin alteraciones. Permaneció hospitalizado 36 días del posquirúrgico, se realizó nuevo trago con material hidrosoluble sin evidencia de fuga, decidiendo retirar prótesis y alta hospitalaria. A los 15 días se reingresó para cierre de esofagostomía cervical con estancia hospitalaria de siete días sin complicaciones. Se da seguimiento mensual sin reporte de alteraciones, con paciente reintegrado a su actividad laboral.

DISCUSIÓN

La baja frecuencia de la dehiscencia de anastomosis esófago-yeyunal, hace que sea difícil tener un consenso y algoritmo de manejo estandarizado. Esta entidad se considera un factor con alto riesgo de mortalidad, considerando la alta frecuencia de reintervención quirúrgica que suelen tener estos pacientes, la mayor parte de las veces sin éxito. Lo anterior ha hecho que el uso de endoprótesis sea una opción viable y segura para su tratamiento, con disminución de la mortalidad hasta cifras de 12 a 50%.^{3,7}

En el 2013, Hoepner realizó un estudio retrospectivo con 35 pacientes que presentaron fuga en la anastomosis esofágica en tres niveles: cervical, torácica y abdominal, con diversas tasas de cierre, siendo la más elevada a nivel abdominal con anastomosis esófago-yeyunal, de hasta 92%.

Existen diversas revisiones sistematizadas que respaldan el uso de endoprótesis. Entre las más importantes se encuentra la realizada en el 2011 por Boeckel, quien reportó el cierre del defecto esofágico hasta en 88% y retiro de la endoprótesis de 98% a las seis semanas; la viabilidad y sencillez técnica sugiere su uso como opción terapéutica primaria.

A diferencia de las recomendaciones, donde se considera necesario en todos los pacientes la colocación de drenajes,⁵ en este caso en particular, no hubo necesidad de colocarlos para colecciones intraabdominales, obteniendo así buenos resultados solamente con el uso de

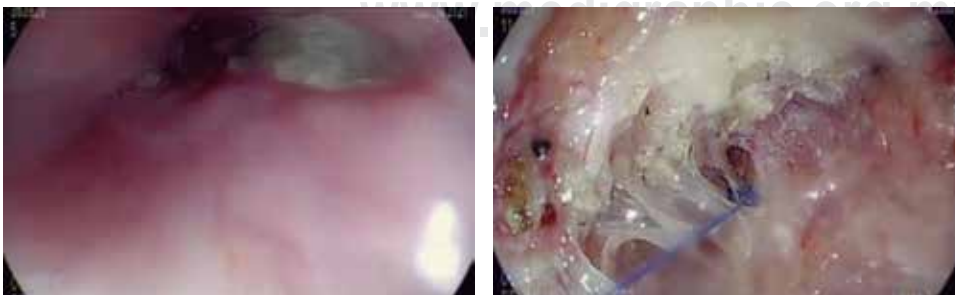


Figura 2.

Endoscopia con evidencia de punto de fibrina y sutura en sitio de fuga.

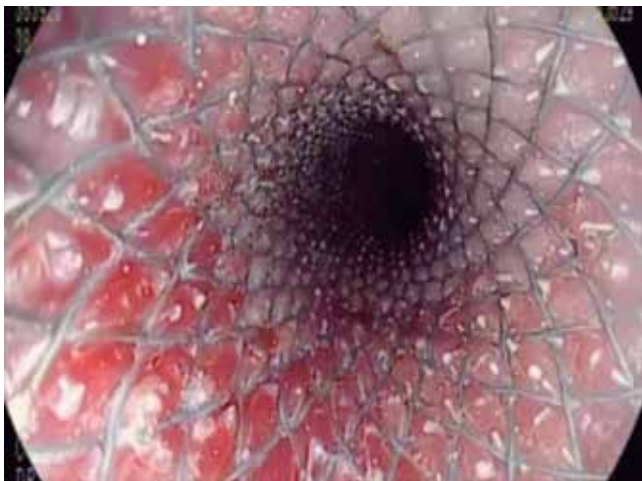


Figura 3. Colocación de prótesis con obliteración del sitio de dehiscencia anastomótica.

endoprótesis. Sin embargo, las complicaciones inherentes al uso de la endoprótesis no están ausentes, como en nuestro caso, donde la migración parcial se hizo presente.

De acuerdo a lo anterior, diversos estudios reportan la migración como la complicación más frecuente en 26% de las endoprótesis totalmente recubiertas y 12% en las parcialmente recubiertas; la migración puede reducirse hasta 13%, si se fija con clips endoscópicos en su porción superior.³

Si bien existen estudios que amparan el uso de endoprótesis para diversas entidades esofágicas, la gran mayoría hace referencia a patología oncológica, con pocos reportes de dehiscencia de anastomosis, por lo que es de relevancia reportar un caso como el nuestro de patología esofágica benigna, tratado por vía endoscópica, en un centro que no es de concentración, con un resultado favorable.

CONCLUSIONES

De acuerdo a nuestra experiencia con este caso, el manejo endoscópico de la dehiscencia anastomótica esofágica con endoprótesis es viable y técnicamente sencillo, con resultados satisfactorios, evitando así la realización de un nuevo procedimiento quirúrgico.

REFERENCIAS

1. El Hajj II, Imperiale TF, Rex DK, Ballard D, Kesler KA, Birdas TJ et al. Treatment of esophageal leaks, fistulae, and perforations with temporary stents: evaluation of efficacy, adverse events, and factors associated with successful outcomes. *Gastrointest Endosc.* 2014; 79: 589-598.
2. Hoepfner J, Kulemann B, Seifert G, Marjanovic G, Fischer A, Hopt UT et al. Covered self-expanding stent treatment for anastomotic leakage: outcomes in esophagogastric and esophagojejunal anastomoses. *Surg Endosc.* 2014; 28: 1703-1711.
3. Lemmers A, Eisendrath P, Devière J, Moine OL. Endoprosthetics for the treatment of esophageal leaks and fistula. *Tech Gastro Endosc.* 2014; 16: 79-83.
4. Willingham FF, Buscaglia JM. Endoscopic management of gastrointestinal leaks and fistulae. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2015; 13: 1714-1721.
5. Di Leo M, Maselli R, Ferrara EC, Poliani L, Al Awadhi S, Repici A. Endoscopic management of benign esophageal ruptures and leaks. *Curr Treat Options Gastro.* 2017; 15: 268-284.
6. Rajan PS, Bansal S, Balaji NS, Rajapandian S, Parthasarathi R et al. Role of endoscopic stents and selective minimal access drainage in oesophageal leaks: feasibility and outcome. *Surg Endosc.* 2014; 28: 2368-2373.
7. Nwilo JO. Self-expanding stents in treatment of esophageal leaks post bariatric surgery. *Gen Thorac Cardiovasc Surg.* 2013; 61: 38-42.