

**GACETA MÉDICA DE MÉXICO**

**CARTA AL EDITOR**

## **¿Dehiscencia de anastomosis o fistula entérica? Necesidad de definiciones precisas en la descripción de complicaciones quirúrgicas, aun en cirugía pediátrica**

*Clotilde Fuentes-Orozco, Jorge Rendón-Félix y Alejandro González-Ojeda\**

*Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica, Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente, Guadalajara, Jal., México*

La complicación más temida de una anastomosis del aparato digestivo es la dehiscencia, la cual consiste en una pérdida de la hermeticidad de la anastomosis, o muy cercana a la línea de sutura, comunicando el interior del tubo digestivo con el espacio extraluminal. Cuando la dehiscencia se acompaña de la formación de una comunicación entre órganos adyacentes o el medio externo, condición necesaria es que ambos estén epitelizados, se denomina fistula del aparato digestivo<sup>1</sup>. Las manifestaciones sistémicas de una dehiscencia dependerán de varios factores, entre los que destacan primordialmente la localización de la anastomosis, la presencia de un sistema de drenaje hacia el exterior y las condiciones propias del paciente. En referencia al artículo publicado por Chávez-Aguilar, et al., en el que describen las complicaciones tempranas de la sustitución esofágica con el intestino grueso por vía retroesternal en niños con dos padecimientos diferentes: atresia esofágica (AE) ( $n = 6$ ) y quemadura esofágica por cáusticos ( $n = 13$ ), los autores describen una morbilidad de 37% sin diferenciar en qué niños, de acuerdo al padecimiento, se presentaron las complicaciones. Esta proporción corresponde a 7 casos que sufrieron 14 complicaciones, llevando a la muerte a uno de ellos<sup>2</sup>.

En las conclusiones, los citados autores establecen que la prevalencia de la complicación denominada «fistula esofágica» resultó ser aún más baja de la reportada en la literatura internacional y citan dos trabajos publicados por López-Ortega y Saldaña-Cortés, ambos procedentes de la misma institución donde se realizó el estudio de Chávez-Aguilar, et al., por lo que probablemente no reflejan resultados globales<sup>3,4</sup>.

El estudio de López-Ortega es el informe de un caso clínico de una dehiscencia de esófago-gastro anastomosis cervical en un niño con AE, tratada exitosamente con un adhesivo biológico; y el segundo artículo corresponde a un estudio de casos y controles exclusivamente en niños con quemadura esofágica por cáusticos no tratable por ningún otro medio que no sea la cirugía. En ninguno de los dos estudios se maneja el concepto de «fistula», cuyo proceso de estabilización requiere de un tiempo posterior al desarrollo de la dehiscencia de anastomosis (8 a 30 días por lo regular). Los autores del citado artículo establecen una supuesta baja morbilidad pero no la separan por tipo de padecimiento de base, y también de acuerdo a la definición de fistula puede haber inconsistencias ya que dehiscencia y fistula son diferentes. La primera siempre precede a la segunda, especialmente en las fistulas postoperatorias. Ni en el trabajo de López-Ortega, ni en el de Saldaña-Cortés se habla de fistula, sino de dehiscencia de anastomosis que particularmente en la región anatómica del cuello no acarrea complicaciones locales graves que puedan producir una morbilidad tan elevada como la que experimentaron 7 niños con 14 complicaciones mayores, cualquiera de ellas, potencialmente letal<sup>2</sup>.

**Correspondencia:**

\*Alejandro González-Ojeda

Encargado de la Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica  
Unidad Médica de Alta Especialidad  
Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente  
Av. Belisario Domínguez, 1000  
Col. Independencia, C.P. 44100, Guadalajara, Jal., México  
E-mail: avygal5@gmail.com

Fecha de recepción: 10-08-2015

Fecha de aceptación: 11-08-2015

Los autores debiesen considerar las limitaciones de un estudio de prevalencia, sobre todo en un medio donde la fuente de información puede ser limitada, como todo estudio retrospectivo puede tener. Chávez-Aguilar, et al. deben asumir que la morbilidad es elevada y que la definición de «fístula» es inapropiada y que una dehiscencia es el término correcto que debieran emplear, y por otro lado, y aunque no fue el objetivo del trabajo, vislumbrar la evolución del tratamiento quirúrgico que los niños tuvieron respecto a la presencia de estenosis de la anastomosis cervical, que en el estudio de Saldaña-Cortés sí lo consignan, y ofreció diferencias significativas favorables al empleo de un protector de anastomosis como lo fue el uso de adhesivos biológicos<sup>4</sup>.

Finalmente, algunos conceptos consignados al final de la discusión (de Khan y Bothereau) no cuentan con sustento bibliográfico.

## Bibliografía

1. Arenas-Márquez H, Anaya-Prado R, Hurtado H, et al. Mexican consensus on the integral management of digestive tract fistulas. México: Ixtapa-Zihuatanejo;August 21-23, 1997. Nutrition. 1999;15(3):235-8.
2. Chávez-Aguilar AH, Silva-Báez H, Sánchez-Rodríguez YB, et al. Early complications with colon esophageal substitution for children via retrosternal. Gac Med Mex. 2015;151(3):323-8.
3. López-Ortega A, Avalos González J, Muciño Hernández MI, et al. Cervical esophagogastronomy dehiscence after gastric pull-up for type I esophageal atresia. Case report of a patient successfully treated with fibrin glue and a review of the literature. Rev Gastroenterol Mex. 2003;68(4):288-92.
4. Saldaña-Cortés JA, Larios-Arceo F, Prieto-Díaz-Chávez E, et al. Role of fibrin glue in the prevention of cervical leakage and strictures after esophageal reconstruction of caustic injury. World J Surg. 2009;33(5): 986-93.

Estimados Dr. Alejandro González Ojeda, Dra. Clotilde Fuentes Orozco y Dr. Jorge Rendón Félix

Agradecemos su interés prestado al artículo titulado «Complicaciones tempranas de la sustitución esofágica con colon por vía retroesternal en niños». Estudio realizado en un hospital pediátrico de referencia en un periodo de 6 años. De acuerdo con su propuesta, aclaramos los conceptos citados:

Como fístula, la bibliografía básica la define como una conexión o canal anómalo a una superficie mucosa o cutánea, es considerada como proceso benigno, puede requerir tratamiento quirúrgico y generalmente no pone en riesgo la situación del órgano ni la vida del paciente y que muy probablemente se puede resolver espontáneamente. En esta complicación no está justificada la aplicación de sellantes, ya que la mayoría de las veces el tamaño es muy pequeño y en ocasiones esta sustancia retarda el cierre de la fístula cervical<sup>1,2</sup>.

Una dehiscencia se refiere a una complicación de incisiones amplias, es una disruptión o pérdida de continuidad parcial o completa de una anastomosis, preferentemente intestinal, que puede o no comprometer la vida del paciente y que generalmente requiere de tratamiento quirúrgico para la resolución, problema en el cual no se admite la aplicación de sellantes de fibrina, ya que de acuerdo a los criterios que se han establecido, su uso está documentado en artículos para el manejo de la dehiscencia de la parte superior de la anastomosis<sup>1,2</sup>.

De acuerdo a los comentarios realizados en la carta al editor del Dr. González Ojeda, primero se menciona la muerte de un paciente, que aclaramos no fue

complicación de fístula ni de dehiscencia de la anastomosis, sino por una septicemia secundaria a mala preparación del colon.

En la bibliografía consultada, una complicación reportada como complicación temprana de la sustitución esofágica con colon es la presencia de fístula cervical o fuga cervical o fuga proximal y no dehiscencia de la anastomosis cervical, la cual sí es referida su presencia en la parte baja en abdomen, en las anastomosis de colon y de la cologástrica, que confieren gran repercusión en el paciente y requieren de tratamiento quirúrgico y en las cuales no es útil la aplicación de sellantes de fibrina, referidos en los artículos mencionados en la carta al editor<sup>3,4</sup>.

Aclaramos que la aplicación de sellantes no se realiza después de la cirugía, sino que la aplicación de sellantes se realiza dentro de la misma cirugía, antes del cierre total de la herida quirúrgica, y que los resultados no fueron significativamente importantes, esto referido en el estudio de Saldaña-Cortés en niños exclusivamente con quemadura esofágica con cáusticos, y no por AE, mencionando dehiscencia y fístula como una complicación en niños con manejo con adhesivos biológicos, 4/14 (28%) vs. 12/24 (50%),  $p = 0.17^5$ .

Por lo tanto consideramos que el término de «fístula» que se emplea en nuestro artículo es adecuado, que se encuentra respaldado en las consultas de seguimiento de los pacientes y que esto no altera los resultados y la finalidad del estudio, concepto que reafirma los términos reportados en textos de cirugía, validados en la práctica de la clínica quirúrgica pediátrica internacional.

En lo que respecta a la presentación de las complicaciones de la sustitución esofágica con colon, principal objetivo de nuestro estudio fue la siguiente:

- Fístula cervical (tres pacientes con diagnóstico de ingesta de álcali).
- Neumonía (dos pacientes con ingesta de álcali y uno con AE III).
- Sepsis (tres pacientes, dos con ingesta de cárnicos y uno con AE III).
- Atelectasia (dos pacientes con AE III).
- Oclusión por bridás (dos pacientes con AE III).
- Neumotórax (un paciente con ingesta de álcali).

Es importante mencionar que en tres de los pacientes estudiados se reportaron dos complicaciones en cada uno, un paciente con diagnóstico inicial de AE III presentó sepsis y oclusión por bridás. Otro paciente con AE III presentó neumonía así como una oclusión intestinal, la cual fue secundaria a un divertículo de Meckel. En el paciente que falleció la causa fue sepsis.

Agradecemos a los autores de la carta al editor y a la propia revista la oportunidad de aclarar estos puntos,

sin lugar a dudas, relevantes para el entendimiento del objetivo primordial de la publicación.

## Bibliografía

1. Mathisen DJ, Wilkins EW. Técnicas de reconstrucción esofágica. En: Zuidema GD, Yeo CY, editores. Cirugía del aparato digestivo. 5a ed. EE.UU.: Editorial Panamericana; 2005. pp. 432-56.
2. Interposición de colon en el reemplazo esofágico. En: Nyhus LI, Baker R, Fischer J, editores. El dominio de la cirugía. Mastery of Surgery, 3a ed. Buenos aires: Editorial Médica Panamericana; 1999. pp. 258-62.
3. Avila LF, Luis AL, Encinas JL, et al. Sustitución esofágica. Experiencia de 12 años. Cir Pediatr. 2006;19:217-22.
4. Spitz L, Kiely E, Sparnon T. Gastric transposition for esophageal replacement in children. Ann Surg. 1987;206(1):69-73.
5. Saldaña-Cortés JA, Larios-Arceo F, Prieto-Díaz-Chávez E, et al. Role of fibrin glue in the prevention of cervical leakage and strictures after esophageal reconstruction of caustic injury. World J Surg. 2009;33(5):986-93.

*Antonio Heliodoro Chávez-Aguilar<sup>1</sup>, Héctor Silva-Báez<sup>1</sup>, Yamid Brajin Sánchez-Rodríguez<sup>1</sup>, Carlos Esparza-Ponce<sup>1</sup>, Miguel Ángel Zatarain Ontiveros<sup>1</sup> y Juan Carlos Barrera-de León<sup>2\*</sup>*

<sup>1</sup>Servicio de Cirugía Pediátrica; <sup>2</sup>División de Educación en Salud. Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional de Occidente, Guadalajara, Jal., México  
E-mail: jcbarre@hotmai.com