



Revista Chilena de Cirugía

ISSN: 0379-3893

editor@cirujanosdechile.cl

Sociedad de Cirujanos de Chile
Chile

GARCÍA M., ANDRÉS; MARTÍN G., JORGE; VAQUERO R., ALBERTO; SÁNCHEZ R., TERESA;
BERNARDOS G., LUIS; TURÉGANO F., FERNANDO

Endoprótesis recubierta en el manejo de la fístula cervical tras esofaguectomía

Revista Chilena de Cirugía, vol. 62, núm. 5, octubre-, 2010, pp. 508-511

Sociedad de Cirujanos de Chile

Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=345531944015>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Endoprótesis recubierta en el manejo de la fístula cervical tras esofaguectomía*

Drs. ANDRÉS GARCÍA M.¹, JORGE MARTÍN G.¹, ALBERTO VAQUERO R.¹,
TERESA SÁNCHEZ R.¹, LUIS BERNARDOS G.¹, FERNANDO TURÉGANO F.¹.

¹ Servicio de Cirugía General.

² Servicio del Aparato Digestivo.

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España.

Abstract

Covered stent in the management of cervical anastomotic leaks after esophagectomy

Small cervical esophageal anastomotic leaks are usually treated conservatively, with considerable delays to oral feeding and a prolonged hospital stay. Self-expanding covered stents endoscopically placed are suggested as an alternative treatment. We report our hospital experience with covered stents, with good functional results but also potential morbidity.

Key words: Esophagectomy, anastomotic leak, covered stent.

Resumen

La fístula anastomótica esofágica cervical suele manejarse de forma conservadora, lo que retrasa el inicio de la alimentación oral y prolonga la estancia hospitalaria. El uso de endoprótesis recubiertas colocadas vía endoscópica se utiliza como una alternativa para evitar esta situación. Presentamos dos casos manejados con endoprótesis recubierta, con adecuado funcionamiento pero no exenta de morbilidad.

Palabras clave: Esofaguectomía, dehiscencia anastomótica, prótesis recubierta.

Introducción

La incidencia de fístula cervical tras esofaguectomía por patología neoplásica varía entre 0%-50%. El tratamiento quirúrgico está indicado de forma precoz en el caso de fugas mayores, mientras que las fugas menores con plastia conservada suelen tratarse de forma conservadora, lo que retrasa el ini-

cio de la ingesta oral así como prolonga la estancia hospitalaria. Recientemente se ha propuesto el uso de endoprótesis recubiertas como alternativa para el cierre precoz de la fístula cervical y, por tanto, de inicio de tolerancia oral y alta hospitalaria.

Presentamos dos casos clínicos de fístula cervical tras esofaguectomía manejados con endoprótesis recubierta.

*Recibido el 19 de Marzo de 2010 y aceptado para publicación el 22 de Abril de 2010.

Correspondencia: Dr. Andrés García M.

Plaza de Gabriel Miró nº 3, piso 1º, letra B. Código postal 28005. Madrid, España.

E-mail: agmarin80@hotmail.com

Casos clínicos

Caso 1

Varón de 40 años de edad al que se le realizó una esofagogastrectomía proximal transhiatal por un adenocarcinoma de la unión esofagogástrica con reconstrucción mediante un tubular gástrico, tras quimiorradioterapia neoadyuvante. Al quinto día postoperatorio comenzó con fiebre y drenaje por la cervicotomía, comprobándose la presencia de fístula cervical mediante la administración de azul de metileno, tras lo que se inició una nutrición parenteral y antibioterapia de amplio espectro. Al vigésimo día postoperatorio, debido a la persistencia de la fístula, se decidió la colocación de endoprótesis recubierta tipo Choostent™ (M.I. Tech Co., Seúl, Corea) bajo control fluoroscópico. Se comprobó el cierre precoz de la fístula mediante estudio radiológico con contraste oral, reiniciándose precozmente la tolerancia oral sin complicaciones, y siendo dado de alta al mes de la cirugía (Figuras 1 y 2). La endoprótesis se retiró 23 días después de su colocación, presentando el paciente una disfagia para sólidos y líquidos. La endoscopia demostró una estenosis a nivel de

la anastomosis que se resolvió mediante dilatación instrumental.

Caso 2

Varón de 53 años de edad al que se le realizó una esofagogastrectomía total por un adenocarcinoma de la unión gastroesofágica con reconstrucción mediante una coloplastia retroesternal. Al sexto día postoperatorio comenzó con un drenaje por la cervicotomía secundario a fístula anastomótica, comprobada mediante la administración de azul de metileno, por lo que se inició antibioterapia de amplio espectro y nutrición parenteral. En el día 21 del postoperatorio, debido a la persistencia de la fístula, se decidió la colocación de endoprótesis recubierta tipo Choostent™ mediante control fluoroscópico, con lo que se consiguió el cierre de ésta permitiendo el inicio de la tolerancia oral. Al decimonoveno día de la colocación de la endoprótesis se tuvo que realizar una enterotomía quirúrgica para su extracción, debido a la migración de ésta con impactación a nivel del pie de asa de la Y de Roux, tras haber comprobado la curación de la fístula (Figura 3).

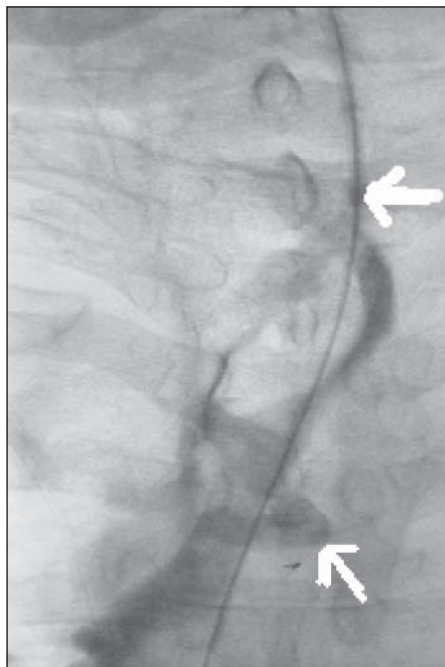


Figura 1. Control fluoroscópico. Fístula cervical (flecha inferior) y situación de la guía (flecha superior) previa a la colocación de la prótesis.



Figura 2. Control fluoroscópico. Correcta colocación de la endoprótesis no visualizándose la fístula.



Figura 3. Tránsito digestivo alto. Paso de contraste a través de la endoprótesis sin objetivar fístula.

Discusión

El manejo de una fistula cervical tras esofagectomía depende de la situación del paciente y de la extensión de la dehiscencia. El tratamiento quirúrgico está indicado en los casos de gran tamaño, a diferencia del manejo conservador que suele ser adecuado en las de pequeño tamaño (menos del 30% de la circunferencia). Sin embargo, el manejo conservador supone un retraso en el inicio de la alimentación oral. Las endoprótesis recubiertas, utilizadas habitualmente como tratamiento paliativo para estenosis malignas, se han empleado de forma reciente en el manejo conservador de perforaciones esofágicas y dehiscencias tras gastroplastia/coloplastias¹⁻⁵.

La prótesis tipo Choostent™ es una malla metálica, autoexpandible y recubierta completamente por una membrana de silicona que favorece el deslizamiento pero también su retirada, por ser una superficie lisa y por impedir el recubrimiento por tejido de granulación, evitando así una sujeción firme. Tiene una longitud en la zona estrecha de 40, 70, 100 ó 130 mm, una longitud global de 80, 110, 140 y 170 mm, un diámetro interno de 18 mm y unos extremos ensanchados (24 mm) para prevenir la migración, en los cuales hay unos lazos que permiten reposicionar o extraer la endoprótesis cuando sea necesario. Presenta unos marcadores radioopacos en ambos extremos y en el centro para facilitar su correcta colocación bajo control fluoroscópico. La colocación puede realizarse bajo control endoscópico o fluoroscópico mediante la técnica de Seldinger, con una sedación intravenosa del paciente. Para asegurar una completa oclusión es importante una adecuada cobertura a ambos lados de la dehiscencia. Tras la colocación se realiza un control con gastrografín para valorar la situación de la prótesis y el estado de la fistula previo al inicio de la tolerancia oral. En ambos casos no hubo complicaciones durante el procedimiento y el tránsito radiológico comprobó el cierre de la fistula, por lo que se inició la tolerancia oral a los dos días de su colocación, no objetivando problemas en la deglución, lo cual puede deberse a la persistencia de los movimientos peristálticos en la zona donde queda situada la prótesis. En las series publicadas la tasa de cierre es elevada (70-100%), con una morbilidad aproximada del 30%. Se han descrito múltiples complicaciones asociadas al uso de endoprótesis como la sensación de cuerpo extraño, sangrado, persistencia de la fistula, migración y estenosis post-extracción^{3,5-8}. La persistencia puede deberse a una malposición o medidas inadecuadas de la prótesis, y puede solucionarse mediante la recolocación o una nueva prótesis más larga o ancha. La migración es variable y depende de la causa por

la que se colocó la endoprótesis, siendo mayor en las dehiscencias anastomóticas debido a que el punto de sujeción es la propia mucosa, a diferencia de las estenosis en la que ésta actúa de punto de fijación. Kauer et al, refieren un 40% de los casos en 10 pacientes de dehiscencias de anastomosis torácica tras esofagectomía, a diferencia de series generales en las que se reporta hasta un 21% de casos². Langer et al, objetivaron una migración tardía (> 72 horas) en 9 de 24 casos (37%), ocurriendo en el 40% de las gastroplastias (10 casos) y en el 100% de las coloplastias (2 casos)⁹. La prótesis puede expulsarse de forma espontánea con las deposiciones o requerir una extracción vía endoscópica o quirúrgica, como en uno de nuestros casos. La estenosis postextracción de endoprótesis generalmente puede resolverse mediante dilatación endoscópica. Langer et al, observaron una estenosis en la anastomosis cervical en 5 de 6 casos tras la extracción o recolocación del stent, por lo que ellos recomiendan no retirarlo salvo que el paciente presente molestias⁹. La retirada del stent se realiza vía endoscópica; el momento adecuado para esto debe valorarse en función del tiempo necesario para la curación de la fistula y la mayor dificultad para su retirada con el aumento del tiempo. Leers et al, la recomiendan en las primeras seis semanas y Peters et al, en un máximo de ocho semanas desde su colocación^{4,6,8}. Dai et al, recomiendan su retirada a las 2 semanas, comprobando la curación de la fistula y vitalidad del esófago, evitando así ulceraciones mucosas⁷. Tras su retirada se realiza un esofagograma de control para descartar la persistencia de la fistula. En este caso, la colocación de un nuevo stent puede conseguir la curación de la fistula.

En conclusión, el uso de endoprótesis representa una alternativa terapéutica en el manejo de la fistula cervical tras esofagectomía por patología neoplásica, que permite acortar el tiempo hasta el inicio de la tolerancia oral y la estancia hospitalaria, pero no está exenta de complicaciones según nuestra experiencia y la de los autores referidos.

Referencias

1. Lindenmann J, Matzi V, Porubsky C, Anneg U, Sankin O, Gabor S, et al. Self-expandable covered metal tracheal type stent for sealing cervical anastomotic leak after esophagectomy and gastric pull-up: pitfalls and possibilities. *Ann Thorac Surg* 2008; 85: 354-356.
2. Kauer W, Stein H, Dittler H, Siewert J. Stent implantation as a treatment option in patients with thoracic anastomotic leaks after esophagectomy. *Surg Endosc* 2008; 22: 50-53.
3. Doniec J, Schniewind B, Kahlke V, Kremer B, Grimm

- H. Therapy of anastomotic leaks by means of covered selfexpanding metallic stents after esophagogastrectomy. *Endoscopy* 2003; 35: 652-658.
4. Leers J, Vivaldi C, Schäfer H, Bludau M, Brabender J, Lurje G, et al. Endoscopic therapy for esophageal perforation or anastomotic leak with a self-expandable metallic stent. *Surg Endosc* 2009; 23: 2258-2262.
5. Freeman R, Ascioti A, Wozniak T. Postoperative esophageal leak management with the Poliflex esophageal stent. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2007; 133: 333-338.
6. Low D, Kozarek R. Removal of esophageal expandable metal stents: description of technique and review of potential applications. *Surg Endosc* 2003; 17: 990-996.
7. Dai Y, Gretschel S, Dudeck O, Rau B, Schlag P, Hünnerbein M. Treatment of oesophageal anastomotic leaks by temporary stenting with self-expanding plastic stents. *Br J Surg* 2009; 96: 887-891.
8. Peters J, Craanen M, Van der Peet D, Cuesta M, Mulder C. Self-expanding metal stents for the treatment of intrathoracic esophageal anastomotic leaks following esophagectomy. *Am J Gastroenterol* 2006; 101: 1393-1395.
9. Langer F, Wenzl E, Prager G, Salat A, Miholic J, Mang T, et al. Management of postoperative esophageal leaks with the polyflex self-expanding covered plastic stent. *Ann Thorac Surg* 2005; 79: 398-404.