

Tratamiento de una dehiscencia de anastomosis esofagogástrica con sutura

Dres. Tabaré Cardoso, Roberto Delbene y Carlos Aguirre

Los autores relatan un caso de dehiscencia de anastomosis esofagogástrica post-resección por cáncer de esófago. Se efectuó tratamiento quirúrgico mediante retorcotomía y sutura de la falla, con buena evolución posterior.

En base a esta observación, hacen hincapie en el diagnóstico precoz y el tratamiento utilizado para dehiscencia parcial de estas suturas.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Sutures / Esophagus / Surgery.

La dehiscencia anastomótica esofagogástrica es una complicación en cuya patogenia se intrínican múltiples y complejos factores (3, 4):

a) Estructura esofágica. El esófago es un conocido mal "paño" quirúrgico por su pobre irrigación, carencia de capa circular muscular, ausencia de serosa.

b) La enfermedad neoplásica por sí misma y porque impide una correcta alimentación enteral. Esto lleva a una desnutrición severa con hipoproteinemia favorecedora de una dehiscencia anastomótica. Debe realizarse alimentación parenteral preoperatoria.

c) Técnica quirúrgica irreprochable. Es fundamental, según Haring (2), que la anastomosis deba realizarse sin tensión, con adecuada pero no excesiva movilización de los cabos a anastomosar e incluyendo la capa submucosa en la sutura.

La dehiscencia se presenta en la clínica bajo dos formas:

a) Precoz en el postoperatorio temprano, habitualmente su clínica es evidente, siempre grave, con sepsis traduciendo una falla total.

b) Tardía de aparición ulterior solapada generalmente sin síndrome séptico, que traduce una falla parcial.

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 1º de setiembre de 1978.

Ex Asistente de Clínica Quirúrgica y Cirujano del Centro de Gastroenterología (Pereira Rossell); Interno del M.S.P. - Facultad de Medicina y Médico Auxiliar de Clínica Quirúrgica, y Médico Auxiliar de Clínica Quirúrgica. Fac. Med. Montevideo.

Dirección: Av. Rivera 2410, Apto. 401 (Dr. T. Cardoso).

Centro de Gastroenterología (Prof. C. Muñoz Montevideo). Hospital Pereira Rossell. Montevideo.

Giuli (1) estadifica la situación clínica mediante un protocolo en el cual se consignan cuatro datos fundamentales: examen clínico, líquido pleural, mediastino y esófago (E.L.M.O.) intentando un pronóstico. Este autor destaca el momento de aparición de la complicación como índice pronóstico. No presentando sobrevivientes cuando la dehiscencia se presenta en un plazo de cuatro días o menor del postoperatorio.

Nuestra observación clínica tiene como objetivo realzar la importancia de un diagnóstico precoz de la dehiscencia anastomótica y la posibilidad de su resolución quirúrgica con buena evolución posterior.

MATERIAL

J. C. R. 51 años, sexo masc.

comienza hace 2 meses antes del ingreso con fagia progresiva con caracteres de orgánica.

No elementos de extensión locoregional ni a distancia. No repercusión general.

Antecedentes: fumador, bronquítico. Estado general: conservado.

Estenosis orgánica radiológica de tercio inferior de esófago (fig. 1).

Endoscopia: a 35 cm. de la arcada presenta lesión vegetante, ulcerada e infiltrante que estenosa parcialmente la luz; se extiende sobre las paredes posterior y lateral derecha del esófago.

Se efectuó cobaltoterapia preoperatoria.

Intervención (16/8/77): 1er. tiempo abdominal: no hay extensión lesional. Gastrolisis, liberación del esófago, decolamiento del duodenopáncreas. 2º tiempo orácico: adherencias al plano aórtico y a pleura.

Esofagogastrectomía. Esofagogastróstomía termino-lateral en dos planos según técnica de Sweet.

Postoperatorio: La primera semana se realiza alimentación parenteral. Al tercer día se retiró drenaje pleural. Buena expansión pulmonar. Al séptimo día se comienza con hidratación vía oral. Se retira descubierto. Octavo día febril. Se efectuó Rx. de tórax que mostró opacidad en el tercio medio de campo pulmonar derecho (fig. 2). Se interpretó como un tromboembolismo pulmonar.

El paciente conserva buen estado general, se levanta, se alimenta por vía oral.



FIG. 1.



FIG. 2.

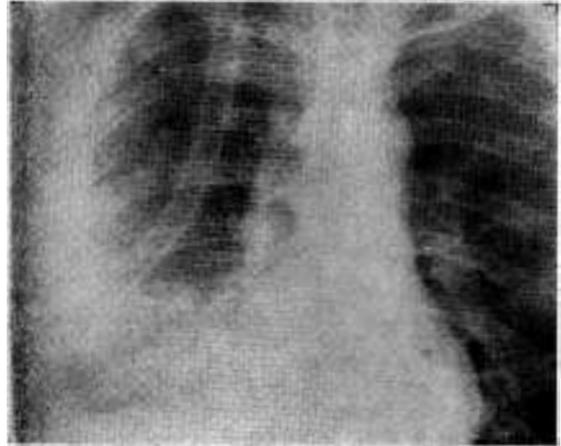


FIG. 3.

Décimo día, supuración de herida operatoria. Undécimo día, por el orificio del tubo de drenaje salen los alimentos ingeridos. Se decide la reintervención.

Reintervención (27/8/77): Se reabre la toracotomía. Empiema interlobar en la cisura horizontal que se ha labrado un trayecto fistuloso hacia la pared torácica. Buena vitalidad de los muñones gástrico y esofágico. Dehiscencia en la hemicircunferencia anterior de la anastomosis esofagogástrica.

Evacuación del empiema; lavado de la cavidad pleural. Cierre de la fistula con puntos separados de lino. Drenaje pleural. Control radiológico a las 48 horas (fig. 3).

Evolución, en el segundo postoperatorio se mantiene alimentación parenteral durante diez días. Posteriormente se reinicia la alimentación oral progresiva que es bien tolerada. Supuración parietal que retrocede con el tratamiento efectuado. Buena evolución posterior. Alta en buenas condiciones al mes de la reintervención.

DISCUSION

Esta observación corresponde a una falla anastomótica de tipo tardío. Como es habitual en este tipo de dehiscencia, la manifestación clínica de inicio no fue debidamente interpretada. Se planteó un T.E.P. En la revisión retrospectiva del archivo del Hospital de Clínicas hemos constatado numerosas situaciones similares. Es por ello que la presencia de cualquier "anormalidad" en un postoperatorio por resección y anastomosis esofágica debe despertar sospechas sobre la dehiscencia. Es imperativo realizar estudios contrastados con sustancias hidrosolubles (Hytrast) o la prueba con Azul de Metileno.

El tratamiento es un punto de controversia. La elección del tratamiento depende de la experiencia del cirujano y la presentación clínica de la falla. Si ésta se presenta con una manifestación mínima, por ejemplo una espícula radiológica, el tratamiento indicado será el mé

dico expectante. El caso opuesto, la falla grave precoz, creemos indicado el desmontaje de la anastomosis con abocamiento bipolar del esófago, completando la resección de éste según estado del paciente. Es la cirugía de "demolición".

En la falla tardía se debe realizar la retoracotomía con ánimo de suturar la falla, si los cabos son viables, completando con lavados pleurales como se realizó en nuestro caso y aconsejan Lurie (3) y Marx (4).

RESUME

Desunion d'anastomose oesophago-gastrique. Traitement par réoperation et suture

Les auteurs présentent un cas de desunion d'anastomose oesophago-gastrique post-resection par cancer d'oesophage.

Ils utilisent le traitement chirurgical, et ils font une retoracotomie et suture avec succès.

Ils soulignent les avantages du diagnostic précoce et la suture de la perforation.

SUMMARY

Suture failure of esophago-gastric anastomosis. Reoperation and suture

Report of a disruption of esophago-gastric anastomosis, in a case of esophageal cancer resection.

Treatment consisted in rethoracotomy and successful suture of failure.

This case serves to stress the advantages of an early diagnosis and suture of perforation.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. GIULI R, ESTENNE B. La desunion des anastomosis oesophagogastriques dans la chirurgie du cancer de l'oesophage. Bilan de 415 interventions. *Ann Chir*, 27: 567, 1973.
2. HARING R, JOHN ST, STALLKAMPB LC, TUNG. Problems of the esophageal anastomosis. *Chir Gastroenterol*, 10: 245, 1976.
3. LURIE AS. Varios causes of suture failure in surgery of cancer the stomach and esophagus. *Vestn Khir Moskva*, 112: 28, 1974 (Ruso. Resumen en inglés).
4. MARX G, WIDOW W et all. Behandlung der intrathorakalen Anastomoseninsuffizienz bei Oesophago-gasto oder Oesophagojejunostomie. *Zbl Chir*, 99: 874, 1974.