

Manejo de las fístulas de esofagoyeyunoanastomosis en gastrectomía total por cáncer

DRS. FEDERICO HERNÁNDEZ F, SERGIO ALVAREZ D, CARLOS MATUS F,
RICARDO CERDA S, LUIS LEIVA P, SALUSTIO MONTALVA N.

Departamento de Cirugía Sur, Facultad de Medicina, Universidad de Chile
Servicio de Cirugía, Hospital Barros Luco Trudeau

RESUMEN

Las fístulas de la esófago-yeyunoanostomosis (EYA) representan la complicación más grave de la gastrectomía total (GT) en la cirugía del cáncer gástrico (CG), sobrepasando el 20% en algunas series, siendo responsables de un alto porcentaje de su mortalidad. El objetivo de esta comunicación es analizar los aspectos técnicos de la EYA que inciden en la aparición de la fístula/dehiscencia, y de la importancia del manejo de la complicación en el rescate del paciente. El grupo está representado por 19 pacientes con fístula de la EYA observadas en 140 GT realizadas por CG entre 1991 y 1999 (13,6%). La complicación se definió con la observación clínica y del flujo y calidad de los drenajes y con la prueba del azul de metileno; y su manejo, en forma conservadora poniendo énfasis en el apoyo nutricional, la antibioterapia y la vigilancia estricta de la aparición de evidencias de colección, peritonitis y/o cuadro séptico secundario, y siendo reoperados cuando apareció repercusión peritoneal y/o sistémica que amenazaron la vida del paciente.

PALABRAS CLAVES: Fístulas de anastomosis esofagoyeyunales, gastrectomía total.

SUMMARY

The most serious complication seen in patients with gastric cancer (GC) who undergo total gastrectomy (TG) is the esophago-jejuno anastomosis (EJA) fistula. In some series they develop in more than 20% of the patients and have a high impact in the mortality rates. The goal of this communication is to analyze technical aspects of EJA that influence the development of fistulae/dehiscence. Also, the importance of a good management of this complication is emphasized. The series is composed of 19 patients with EJA fistulae out of 140 TG performed for GC between 1991 and 1999 (13.6%). The diagnosis was made clinically observing the quality and quantity of the drains and using the Methylene Blue test. The management was conservative emphasizing nutritional support, antibiotic therapy and strict surveillance for signs of abscess, peritonitis and/ or sepsis. Re-operation should be performed early when peritoneal and/or systemic life threatening conditions are detected.

KEY WORDS: Esophago jejuno anastomosis fistulae, total gastrectomy.

INTRODUCCIÓN

La fistula de la esofagoyeyunoanastomosis (EYA) representa la complicación más grave de la gastrectomía total (GT) en el cáncer gástrico (CG), superando el 20% en algunas series¹, participando directamente en un alto porcentaje de su mortalidad²⁻³. Su pronóstico guarda relación con la oportunidad, la magnitud y el control de la filtración anastomótica, mejorando en la medida que el tiempo y los drenajes permitan transformar una dehiscencia de sutura con peritonitis, en una fistula con su respectivo trayecto. Muchos esfuerzos se han hecho para modificar su incidencia y su letalidad⁴⁻⁵, todos orientados a modificar la técnica de la anastomosis y a optimizar un manejo racional y oportuno de la complicación una vez presentada. Nuestra reciente publicación¹ referida a 102 GT por CG desde 1990 a 1997, señala el más alto índice de FEYA de la literatura nacional (22,5%), pero con mortalidad (17,4%), lo que pone una sombra de duda sobre la correcta identificación de la fistula. Con el ánimo de mejorar estos resultados hicimos algunas modificaciones técnicas y de manejo, incluyendo además un intento de optimizar la correcta identificación de la fistula.

El objetivo de la presente comunicación es comparar y analizar los resultados obtenidos con las modalidades de manejo y su repercusión en las cifras de mortalidad, y revisar las diferencias observadas con las variantes técnicas introducidas después de 1997.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de una revisión descriptiva y parcialmente prospectiva referida a 19 fistulas de EYA observadas en 140 GT por CG realizadas en nuestro servicio entre 1990 y 1999. Todos los pacientes eran portadores de lesiones neoplásicas gástricas de cuerpo o fondo, de 2/3 superiores o de todo el estómago, y fueron estudiados con endoscopia y biopsia, Rx de tórax, ecotomografía abdominal y exámenes de laboratorio. Sus patologías crónicas asociadas, cuando estaban presentes, fueron controladas. Las resecciones incluyeron 3-5 cm de esófago abdominal, 3-4 cm de duodeno, resección de ambos epiplones y, en casos seleccionados, esplenectomía y/o pancreatometomía distal o resección hepática segmentaria. La reconstitución del tránsito se hizo en todos con una

asa de Roux de 60 cm con un «pie» de 40 cm, antecólica y término-lateral. En 102 casos la EYA se hizo con sutura en un plano continuo de Vicryl o Monocryl 3/0 (Grupo A); en 25 con sutura mecánica #25 y un segundo plano manual con Monocryl 3/0 (Grupo B); y en 13 con doble plano manual continuo de Monocryl 3/0. El muñón duodenal se cerró con un plano continuo de Vicryl 3/0 en el Grupo A, y con dos planos continuos invaginantes de Monocryl 3/0 en los grupos B y C. En todos los pacientes se dejó colocada una sonda nasoyeyunal (SNY) pasada distal a la enteroenteroanastomosis (EE), un drenaje tubular al subhepático derecho sacado por contraabertura y otros dos a la zona de la EYA exteriorizados por el extremo superior de la herida operatoria media supraumbilical.

La SNY se empezó a usar progresivamente según tolerancia al día 3° y una vez resuelto el ileo postoperatorio, el drenaje derecho se retiró los días 3° ó 4°, y los drenajes centrales se movilaron entre los días 7° y 10° y se retiraron sucesivamente después del día 12°. Cuando no se contó con Nutrición Enteral (NE), se usó la Nutrición Parenteral Total Central (NPTC).

El diagnóstico de la complicación se hizo clínicamente, con la observación de cantidad y calidad de los flujos de los drenajes centrales y con la prueba del Azul de Metileno (PAM), reparando en la oportunidad de su aparición y en la repercusión peritoneal y sistémica observada, para efectos de elegir la modalidad de su manejo. Al no contar regularmente con el estudio radiológico contrastado de la anastomosis, optamos por excluir aquellos casos con PAM (-), sin salida de saliva ni alimentos por el drenaje o su contraabertura, sin repercusión general, peritoneal ni sistémica, y con alta antes de los 20 días.

El manejo conservador se hizo con la observación y el cuidado del drenaje, incluyendo aspiración continua si fuera necesario, asegurándose de la inexistencia de cuadro séptico, de ileo paralítico y/o reacción peritoneal y compromiso sistémico, y Nutrición Enteral (NE) por SNY o Nutrición Parenteral Total Central (NPTC) y con manejo quirúrgico, cuando la filtración fue precoz y abundante, con PAM (+), con estado séptico, compromiso peritoneal y amenaza de falla multiorgánica.

La evaluación estadística de las cifras de fistulas de la EYA según tipo de anastomosis, y de la mortalidad de los pacientes manejados en forma

conservadora o con cirugía, se hizo con la prueba del Chi cuadrado, considerándose significativo un valor de $p < 0,05$.

RESULTADOS

El grupo a analizar está constituido por 19 casos, 16 varones (84,2%) y 3 mujeres (15,8%), con edad promedio de 62 años, y extremas de 46 y 80 años. La complicación se presentó en 16 de 102 casos del Grupo A (15,7%), en 2 de 25 casos del Grupo B (8%), y en 1 de 13 casos del Grupo C (7,7%) (Tabla 1). En los grupos con segundo plano (B y C) lo hizo en un 7,9% y la cifra global fue de un 13,6%.

El diagnóstico de la fístula/dehiscencia se hizo especialmente en forma clínica y con la observación del flujo por los drenajes, sin utilizar otros recursos como la PAM en 13/19 pacientes (64,2%), y con PAM positiva en otros 6 casos (35,8%).

El flujo anormal por los drenajes centrales se evidenció en los primeros cuatro días en 8 pacientes (42,1 %) y entre ellos se encuentran 4 casos que requirieron ser reoperados (50%) y 2 que fallecieron (25%); la evidencia apareció después de los 4 días en 11 pacientes, se reoperaron 3 y falleció uno no reoperado, por una neumonía intrahospitalaria (Tabla 2).

En 12 pacientes (63,1%) el manejo se hizo en forma conservadora, falleciendo 1 paciente senescente por una complicación respiratoria (8,3%), y 7 pacientes (36,9%) fueron reintervenidos, falleciendo 2 por un cuadro séptico intraabdominal y falla orgánica múltiple (28,6%) (Tabla 3); se señala también, que sólo 3 casos fueron sometidos a desfuncionalización de la Y de Roux, y entre ellos hubo dos fallecidos (66%). En 2 casos sólo se procedió a vaciamiento, aseo y drenaje (VAD), con reparación de la fístula, y en otro, a una destorsión del asa de Roux, recuperándose ambos en un postoperatorio prolongado; finalmente, un paciente presentó, 4 meses después de su alta, una hemorragia digestiva alta con sangrado simultáneo por un trayecto fistuloso residual mínimo, que obligó a una reintervención, practicándose una fistulectomía y cierre del muñón del asa de Roux, recuperándose totalmente.

Fallecieron 3 de los 19 pacientes (15,7%), todos con anastomosis monoaplana (Grupo A) y ninguno de los grupos B y C (Tabla 4). En la Tabla

5 se muestra el detalle de los 3 fallecidos, que representan una mortalidad global del 15,8%.

Tabla 1
Fístula/Tipo Anastomosis

		n	%
Grupo A	Monoplano continuo, Monocryl 3/0	16/102	15,8
Grupo B	Stapler, 2° plano, Monocryl 3/0	2/25	8,0
Grupo C	Dos planos continuos, Monocryl 3/0	1/13	7,7
	Global	19/140	13,8

Tabla 2
Aparición de filtración

	N	Reop	Fallec	%
< a 5 días	8	4	2	25
5 días o más	11	3	1	9

Tabla 3
Manejo v/s Mortalidad

	n	Fallec	%
Manejo conservador	12	1	8,3
Manejo quirúrgico	7	2	28,5
Desfuncionalización	3	2	66,6

Tabla 4
Relación técnica/fallecidos

		n	%
Grupo A	Monoplano continuo, Monocryl 3/0	3/16	15,7
Grupo B	Stapler, 2° plano, Monocryl 3/0	0/2	0
Grupo C	Dos planos continuos, Monocryl 3/0	0/1	0
	Global	3/19	15,7

Tabla 5
Detalle de fallecidos

Edad	Cond. asoc.	Complic. asoc.	Reoperación	Causa muerte
65	Esplenect	Fist. duod.	Desfunc.	Neum/Sepsis
70	H. Art.	Peritonitis	Desfunc.	Sepsis/FOM
80	H. Art.	Neumonía	No	Br. Neum.

DISCUSIÓN

Aplicadas las exclusiones ya mencionadas, ajustamos nuestra cifra de FEYA del 22,5% publicada en 1999', que corresponden en esta

comunicación al grupo A, llevándola al 15,7%. Aun así, con las modificaciones técnicas incorporadas en los grupos B y C hemos observado un significativo descenso de su incidencia al 8%; sin embargo, este descenso no puede atribuirse sólo al use del Stapler, sino más bien al segundo plano, toda vez que, cuando no dispusimos del recurso y realizamos la técnica con doble sutura manual y a punto continuo, logramos el mismo resultado. En la literatura nacional existen varias publicaciones relacionadas con estos aspectos con o sin sutura mecánica, con un plano o dos, a puntos separados o continuo. De ellos se puede desprender que la incorporación del Stapler tiene el inconveniente de la curva de aprendizaje que provoca un mayor número de fistulas en la primera etapa⁶, pero que alcanza luego una cifra similar a la sutura manual en doble plano, pero sin superarla⁷, lo que coincide con nuestras cifras. Los excelentes resultados comunicados por Venturelli⁹ con sólo un plano continuo sugieren que los aspectos técnicos más gravitantes son aquellos relacionados con la irrigación de los cabos, la tensión de la sutura, el tamaño de las bocas y la adecuada inclusión de la mucosa esofágica en la sutura.

La forma correcta de diagnosticar esta complicación debe incluir, además de la observación clínica y del drenaje y de la PAM, el estudio radiológico contrastado de la anastomosis. Así se puede conocer su real incidencia, hacer un nuevo intento de clasificación⁵⁻¹⁰, y comprender las grandes diferencias de gravedad y pronóstico que se observan entre un tipo y otro. En nuestro caso no logramos contar con la radiología, y tuvimos que atenernos a lo disponible, observándose limitaciones similares a las observadas por Bustamante³ que sólo contó con ese recurso en el 20% de los casos.

En estudios radiológicos realizados en forma alejada¹¹⁻¹², se ha encontrado un número importante de fistulas ciegas con pequeños escapes del medio de contraste por la cicatriz de la anastomosis, que no prolongan la estadía hospitalaria ni influyen en la mortalidad. Tuvimos un caso de este tipo, con larga evolución, que luego de 4 meses se asoció a una estenosis que requirió dilataciones periódicas que provocaron finalmente, una hemorragia digestiva alta masiva que obligó a una reintervención.

El momento en que aparecen por el tubo de drenaje las evidencias de filtración representó un elemento indicador de la magnitud y gravedad de la

fistula. Cuando es precoz (<5 días) es más fácil que el líquido que fluye por la sutura dehisciente difunda en la cavidad peritoneal y presente repercusión general, séptica y sistémica, aumente su gravedad y empeore su pronóstico: entre nuestros 8 pacientes de estas características están 4 de los 6 reoperados y 2 de los 3 fallecidos. Entre los 11 restantes, cuando la magnitud de la dehiscencia fue menor y más tardía, posiblemente dio las condiciones necesarias para que la filtración fuese evacuada por los drenajes y se constituyera de verdad una fistula: sólo falleció una paciente de 80 años, no reoperada, y con una insuficiencia respiratoria por una bronconeumonía intrahospitalaria.

La gran mayoría de nuestros pacientes fueron manejados en forma conservadora (63%) cifra muy superior al 44,6% mencionado por Csentes⁵ y al 50% de Bustamante³. En este grupo tuvimos sólo un fallecido, ya mencionado, y cuya causa de muerte no tuvo relación con la fistula.

Sólo 7 pacientes fueron reoperados (36,8%), en 3 de ellos se realizó una desfuncionalización de la anastomosis, falleciendo 2 (66,6%). En dos enfermos nos limitamos a VAD y resutura de la anastomosis, sobreviviendo ambos luego de una estadía prolongada. La mortalidad de los reoperados en la literatura nacional bordea el 70%³⁻⁵, bastante mayor que la nuestra que llega al 28,6%.

Nuestra cifra global de mortalidad, en esta complicación (15,7%) es notoriamente inferior a la mayoría de las publicaciones nacionales^{3,5,6} que alcanzan hasta el 40%; Burmeister¹⁰, en cambio, cita un 11 % y todos sus fallecidos se concentran en los pacientes reoperados y desfuncionalizados.

En nuestro grupo con filtraciones más precoces y graves la mortalidad fue del 25% (2/8), correspondiendo a las fistulas tipo II de Csentes⁵ quien mostró una mortalidad del 71 %. Los casos más benignos y de aparición más tardía corresponden al tipo I, y las mortalidades observadas en ambas series son cercanas a 0%. En la serie de Bustamante, se menciona 80% en las precoces y un 11 % en las tardías³.

CONCLUSIONES

1. Nuestro índice de FEYA en GT por CG, ha disminuido significativamente agregando un segundo plano a la sutura, independiente de si

el primer plano fue manual o con sutura mecánica.

2. El no contar rutinariamente con estudio radiológico contrastado de la anastomosis dificulta el diagnóstico preciso de la complicación.
3. La vigilancia clínica y el use de la PAM, así como la precocidad y magnitud de la filtración recogida por el drenaje, son indicadores válidos para calibrar la gravedad y optar por una solución quirúrgica.
4. El manejo conservador tiene una baja mortalidad cuando las filtraciones se han fistulizado debidamente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hernández FF, Matus FC, Cerda SR et al: Gastrectomía total en cáncer gástrico. Resultados inmediatos. Rev Chil Cir 1999; 51: 259-64.
2. Pimentel F, Guzmán S, Llanos O et al: Cáncer gástrico. Resultados quirúrgicos y sobrevida. Rev Chil Cir 1988; 38: 525-31.
3. Bustamante MA: Fístula anastomótica en gastrectomía total por cáncer. Rev Chil Cir 1995; 47: 128-36.
4. Burmeister R: Manejo de la anastomosis esofagoyeyunal. Rev Chil Cir 1986; 38: 41-5.
5. Csendes A, Braghetto I, Díaz JC et al: Clasificación y tratamiento de la fistula anastomótica después de gastrectomía total. Rev Chil Cir 1992; 44: 465-70.
6. Burmeister R, Benavides C, Apablaza S et al: Análisis prospectivo de las fistulas

esofagoyeyunales. Rev Chil Cir 1995; 47: 141-4.

7. Csendes A, Braghetto I, Burdiles P et al: Estudio prospectivo y randomizado de 2 tipos de anastomosis como método de reconstitución después de gastrectomía total. Rev Chil Cir 1994; 46: 348-53.
8. Csendes A, Korn O, Burdiles P et al: Comparación de la anastomosis esofagoyeyunal en gastrectomía total con cáncer gástrico. Rev Chil Cir 1994; 46: 59-65.
9. Venturelli A, Murúa BA, Díaz BA et al: Esofagoyeyunoanastomosis con sutura continua en gastrectomía total por cáncer gástrico. Rev Chil Cir 1996; 48: 348-51.
10. Burmeister R, García C, Benavides C et al: Fístulas de las anastomosis esofagoyeyunales: experiencia de 10 años. Rev Chil Cir 1997; 49: 402-5.
11. Levine M, Fisher A, Rubesin S: Complications after total gastrectomy and esophagoyeyunostomy: radiological evaluation. AJR 1991; 157: 1189-94.
12. Anbari M, Levine M, Cohen R: Delayed leaks and fistulas after esophagogastrectomy: radiological evaluation. AJR 1993; 160: 1217-20.
13. Waugh CE, Hamilton SJ, Caracci LM et al: Cirugía docente en cáncer gástrico: 100 casos consecutivos. Rev Chil Cir 1999; 51: 265-70.
14. Alvarez UR, Seguel SE, Molina ZH et al: Tratamiento quirúrgico del cáncer del 1 /3 proximal del estómago y cardias. Rev Chil Cir 1999; 51: 405-12.