

VAC endoscópico en el tratamiento de colecciones y cavidad extraluminal posterior a fistula crónica posgastrectomía

Endoscopic Vac in the Treatment of Collections and Extraluminal Cavity After Chronic Post-gastrectomy Fistula

Mauro E. Ramírez-Solís*, Daniel M. Escobedo-Paredes, Angélica Hernández-Guerrero, J. Octavio Alonso-Lárraga, Angélica M. González-Saucedo, Raúl U. Aguilar-Moreno, Pablo G. Soc-Choz, Cesar Jaurrieta-Rico y Katia Picazo-Ferrera

Departamento de Endoscopia Gastrointestinal, Instituto Nacional de Cancerología, Ciudad de México, México

Antecedentes

La terapia endoscópica con vacío, también conocida como endo-VAC o e-VAC fue descrita y utilizada por primera vez de manera exitosa en el año 2003 para el tratamiento de un paciente con sepsis abdominal secundaria a una fuga postquirúrgica de anastomosis rectal¹.

Desde entonces, su uso ha ido en aumento conforme la técnica ha sido perfeccionada y difundida; actualmente se propone como alternativa para el tratamiento de perforaciones agudas, fugas y fistulas en pacientes con afección a nivel del tracto digestivo, principalmente en esófago y recto². Aunque con indicaciones en expansión cada vez más frecuentes.

Basada en mecanismos de micro y macrodeformación del tejido, mejora de la perfusión vascular, así como el control del exudado y la presencia de bacterias a nivel de las lesiones, esta técnica ha presentado una eficacia del 66-100% de los casos, con un adecuado perfil de seguridad³⁻⁶.

El conocimiento de la técnica y sus aplicaciones son de relevancia para el endoscopista que se enfrenta al tratamiento de pacientes con defectos en el tracto digestivo. En este trabajo reportamos el caso de una

paciente tratada con VAC endoscópico para la resolución de colecciones y una cavidad extraluminal posterior a fistulización crónica post gastrectomía.

Resumen clínico

Se presenta el caso de un paciente femenino de 73 años, diagnosticada con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial sistémica, ambas de 10 años de evolución y sin complicaciones secundarias.

Conocida en nuestro hospital en noviembre del 2019 por el diagnóstico de cáncer gástrico. Se realizó endoscopia el 29.11.2020 en nuestra unidad, en la que se reportó una tumoración Borrmann II con afección principal a nivel de cuerpo gástrico y lesiones satélites a nivel de fondo y antro. Tras realizar estudios de extensión fue estadificada con una enfermedad localmente avanzada y se comenzó protocolo para cirugía.

El 09.03.2020 se le realizó gastrectomía total con disección linfática D2, esplenectomía y esofagoyeyunoanastomosis. El análisis de la pieza de patología reportó la presencia de un adenocarcinoma poco diferenciado con extensión a la serosa, sin afección de los bordes, pero con presencia de metástasis linfática y un

Correspondencia:

*Mauro E. Ramírez-Solís
E-mail: mersolis@hotmail.com

Fecha de recepción: 31-07-2020
Fecha de aceptación: 14-08-2020
DOI: 10.24875/END.M20000225

Endoscopia. 2020;32(Supl 2):149-149
www.endoscopia-ameg.com

0188-9893/© 2020. Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal, publicado por Permayer México SA de CV, todos los derechos reservados.

implante peritoneal, por lo que la paciente fue reestabilizada con una enfermedad etapa clínica IV.

En el postquirúrgico mediato se presentaron datos de dolor abdominal y alto gasto por el drenaje abdominal, por lo que se sospechó de probable dehiscencia de la esofagoyeyunoanastomosis. Se solicitó estudio endoscópico.

El día 19.03.2020 se realizó endoscopia alta en la cual se evidenció la presencia de dehiscencia de al menos el 50% de la esofagoyeyunoanastomosis presentando comunicación con la cavidad peritoneal, formando un seno abdominal en el que se observó la presencia del drenaje plástico abdominal, detritos abundantes, fibrina y la glándula hepática; dicho seno se documentó también mediante apoyo fluoroscópico con inyección de medio de contraste. Fue posible avanzar el endoscopio hacia la luz yeyunal, sitio en el que se dejó guía metálica de 0.035" y se procedió a colocar exitosamente prótesis metálica autoexpandible totalmente cubierta de 10.5 cm x 23 mm.

Se mantuvo el tratamiento con la prótesis metálica por un lapso de 12 semanas, intervalo en el que requirió la recolocación de la prótesis por migración distal de la misma el día 04.06.2020.

A pesar de mantener adecuado estado general, presentó persistencia del gasto por el drenaje abdominal y se evidenció fuga del contraste administrado vía oral en estudio de imagen de control, por lo que se planteó la posibilidad de colocar terapia VAC endoscópica.

El 18.06.2020 se realizó un nuevo procedimiento endoscópico en el que se procedió a retirar la prótesis metálica totalmente cubierta, se localizó la anastomosis observando la persistencia de una cavidad residual de aproximadamente 2 cm. Se decidió retirar dicho cuerpo extraño y tras la inyección de medio de contraste se identificó un trayecto fistuloso con comunicación hacia la cavidad peritoneal. Se procedió a instalar el sistema VAC endoscópico.

Se introdujo una sonda nasogástrica tipo Levin de 16 Fr a través de una de las fosas nasales y tras extraerla vía oral, se suturo en su extremo distal una esponja de poliuretano de 2 cm. Posteriormente se introdujeron tanto el endoscopio como la esponja vía oral y se procedió a colocar esta última en la cavidad descrita con apoyo de una pinza de cuerpos extraños. Se avanzó un alambre guía de 0.035" hacia el asa yeyunal y mediante técnica de Seldinger se avanzó una sonda nasoyeyunal adyacente a la sonda previamente colocada. El extremo proximal de la sonda tipo

Levin fue conectado a un sistema de succión continua a 125 mmHg.

El día 23.06.2020 se realizó un recambio del sistema con revisión de la cavidad, observando tejido de granulación en la misma y un orificio fistuloso persistente. Se realizó el mismo procedimiento previamente descrito para colocar una nueva esponja de poliuretano en la cavidad.

El día 29.06.2020 se realizó una tercera revisión observando aumento del tejido de granulación dentro de la cavidad descrita, sin evidenciar fistula endoscópicamente o mediante fluoroscopia. No se coloca nuevo sistema VAC endoscópico y se decide continuar vigilancia ambulatoria de la paciente.

El día 30.06.2020 se realizó TAC toracoabdominal con contraste oral en la que no se evidencia fuga del medio de contraste ni colecciones intraabdominales.

Conclusión

La terapia de vacío por endoscopia (e-VAC) es una técnica emergente para el tratamiento de fistulas crónicas refractarias. Su aplicación predominante es en etiologías benignas con un éxito del 66-100%.

Reportamos el uso eficaz de la terapia e-VAC en el caso de una paciente con una fistula crónica refractaria en el contexto de cáncer gástrico con enfermedad peritoneal.

Consideramos que la terapia e-VAC es una alternativa para el tratamiento de pacientes con fístulas, incluso en el contexto de malignidad, en quienes la terapia convencional no ha sido exitosa.

Bibliografía

1. Weidenhagen R, Spelsberg F, Lang R, Jauch KW. New method for sepsis control caused by anastomotic leakage in rectal surgery: the Endo-VAC. *Color Dis* 2003; 5: 1-4 [DOI: 10.1046/j.1463-1318.5.s2.1.x]
2. de Moura DTH, de Moura BFBH, Manfredi MA, et al. Role of endoscopic vacuum therapy in the management of gastrointestinal transmural defects. *World J Gastrointest Endosc*. 2019;11(5):329-344. doi:10.4253/wjge.v11.i5.329
3. Lalezari S, Lee CJ, Borovikova AA, et al. Deconstructing negative pressure wound therapy. *Int Wound J*. 2017;14(4):649-657. doi:10.1111/iwj.12658
4. Weidenhagen R, Hartl WH, Gruetzner KU, Eichhorn ME, Spelsberg F, Jauch KW. Anastomotic leakage after esophageal resection: new treatment options by endoluminal vacuum therapy. *Ann Thorac Surg* 2010; 90: 1674-1681 [PMID: [[20971288 DOI: 10.1016/j.athoracsur.2010.07.007]
5. Mencia MA, Ontiveros E, Burdick JS, Leeds SG. Use of a novel technique to manage gastrointestinal leaks with endoluminal negative pressure: a single institution experience. *Surg Endosc* 2018; 32: 3349-3356 [PMID: [[29362911 DOI: 10.1007/s00464-018-6055-x]
6. Schniewind B, Schafmayer C, Voehrs G, Egberts J, von Schoenfels W, Rose T, Kurdow R, Arlt A, Ellrichmann M, Jürgensen C, Schreiber S, Becker T, Hampe J. Endoscopic endoluminal vacuum therapy is superior to other regimens in managing anastomotic leakage after esophagectomy: a comparative retrospective study. *Surg Endosc* 2013; 27: 3883-3890 [PMID: [[23708716 DOI: 10.1007/s00464-013-2998-0]