

# Utilidad del tubo de Kehr en el manejo de dehiscencia de anastomosis esofagogástrica tras esofagectomía

*Use of t-tube in management of esophagogastric anastomotic leak after esophagectomy*

Pitarch Martínez M, Moreno Ruiz FJ, Montiel Casado MC, Fernández Aguilar JL, Rodríguez Cañete A, Santoyo Santoyo J

Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga.

## RESUMEN

La complicación más temible de la esofagectomía es la fuga anastomótica, cuyo manejo puede ser conservador o quirúrgico según el impacto clínico y la extensión de la misma.

Se presenta el caso de un paciente con estenosis esofágica péptica intervenido mediante esofagectomía Ivor-Lewis toracoscópica. Al segundo día postoperatorio desarrolla dehiscencia anastomótica, la cual requiere tratamiento quirúrgico. Se evidencia anastomosis dehiscente en un tercio por lo se realiza sutura sobre tubo de Kehr y epiploplastia, junto a lavado de cavidad torácica y yeyunostomía. La evolución fue favorable con cierre de Kehr tras control baritado a los 14 días y retirada definitiva a los 2 meses.

El uso de la fistulización dirigida con Kehr fue descrito inicialmente como tratamiento de perforaciones esofágicas como alternativa a la sutura primaria simple. Su utilidad puede extenderse a la dehiscencia de anastomosis esofagogástrica, particularmente en el contexto de que ésta sea parcial y no exista isquemia.

**Palabras clave:** dehiscencia anastomótica, esofagectomía, tubo de Kehr.

## ABSTRACT

The most feared complication of esophagectomy is anastomotic leak. Its management conservative or operative depending on clinical impact and its magnitude.

We report the case of a patient with peptic esophageal stricture who is operated, performing thoracoscopic and laparoscopic Ivor-Lewis esophagectomy. He develops an anastomotic leak with sepsis in the second postoperative day, which is treated with surgery.

### CORRESPONDENCIA

María Pitarch Martínez  
Hospital Regional Universitario de Málaga  
29010 Malaga  
[maria.pitarchmartinez@gmail.com](mailto:maria.pitarchmartinez@gmail.com)

XREF

### CITA ESTE TRABAJO

Pitarch Martínez M, Moreno Ruiz FJ, Montiel Casado MC, Fernández Aguilar JL, Rodríguez Cañete A, Santoyo Santoyo J. Utilidad del tubo de kehr en el manejo de dehiscencia de anastomosis esofagogástrica tras esofagectomía. Cir Andal. 2020;31(3):339-41. DOI: 10.37351/2020313.19

During surgery a leak of one third of the anastomosis is found; then a suture over T-tube is made, with omentoplasty, chest washout and jejunostomy. Clinical evolution was good, with closure of T-tube after barium control 14 days later, and removal 2 months later.

T-tube repair was first described as a treatment for esophageal perforations, being an alternative of simple suture. Its utility can be extended to esophagogastric anastomotic leaks, mainly when they are partial and no ischemia is found.

**Keywords:** anastomotic leak, esophagectomy, T-tube.

## INTRODUCCIÓN

La esofagectomía es un procedimiento quirúrgico complejo cuya complicación más temible es la dehiscencia de anastomosis. Con una incidencia entre el 0% y el 35%, se trata de la principal causa de mortalidad asociada a esta intervención. Su manejo es variable en función de su repercusión clínica y la magnitud de la misma, pudiendo ser conservador o quirúrgico<sup>1</sup>.

## CASO CLÍNICO

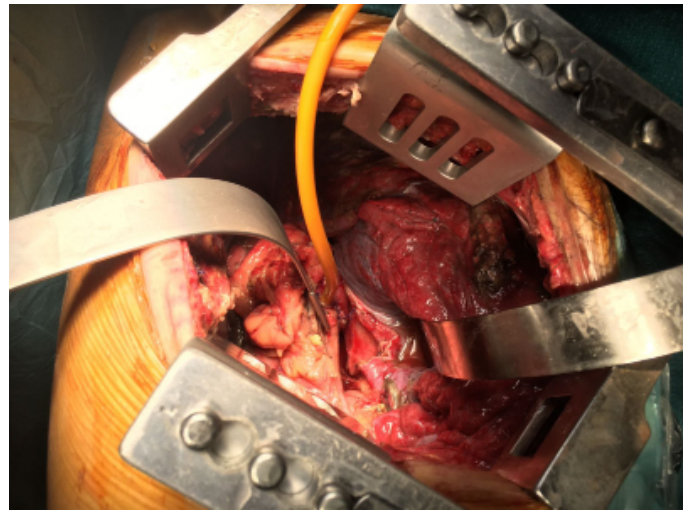
Paciente de 57 años con estenosis esofágica péptica. Es intervenido mediante esofagectomía Ivor-Lewis con abordaje mínimamente invasivo (toracoscópico/laparoscópico), realizándose una anastomosis esofagogástrica intracorpórea mediante endograpadora circular.

Al segundo día postoperatorio desarrolla cuadro de sepsis acompañado disnea, dolor torácico y débito turbio por drenaje pleural, realizándose TC compatible con dehiscencia anastomótica. Debido a la situación clínica se opta por tratamiento quirúrgico. Se reinterviene mediante toracotomía lateral derecha evidenciando anastomosis dehiscente en un tercio: se realiza sutura de la dehiscencia sobre tubo de Kehr con monofilamento irreabsorbible y epiploplastia, junto a lavado de cavidad torácica, colocación de drenajes y yeyunostomía.

La evolución fue favorable, sin otras complicaciones, permitiendo el reinicio de la dieta oral y el cierre del Kehr tras control baritado a los 14 días. La retirada definitiva del tubo de Kehr se realizó de forma diferida a los dos meses.

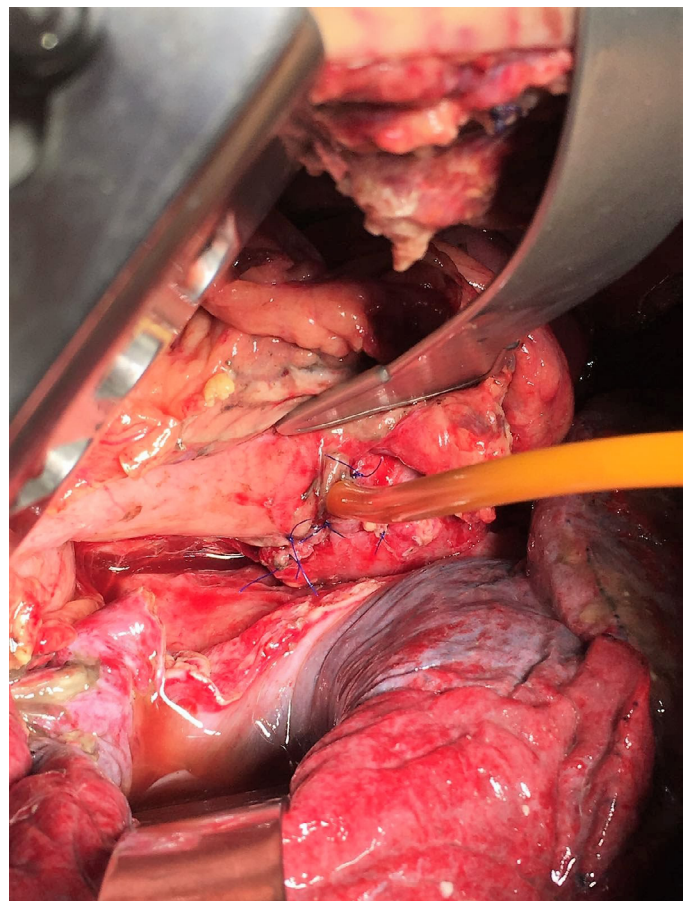
## DISCUSIÓN

El manejo de la fuga anastomótica esofagogástrica depende de la situación presente a su diagnóstico. Aquellos pacientes sin datos de sepsis pueden ser manejados de forma conservadora, manteniendo dieta absoluta y antibioterapia junto a un adecuado drenaje, pudiendo añadir asimismo tratamiento endoscópico como la colocación de stent. Por otra parte, aquellos pacientes con datos de sepsis precisan habitualmente tratamiento quirúrgico, que puede ser más o menos agresivo según el grado de isquemia. En el caso de una dehiscencia parcial sin presencia de signos de isquemia sería posible realizar una cirugía conservadora, suturando el defecto o rehaciendo la anastomosis<sup>1</sup>.



**Figura 1**

Reparación de anastomosis esofagogástrica con Kehr. Toracotomía con exposición de anastomosis dehiscente reparada con sutura simple sobre tubo de Kehr.



**Figura 2**

Anastomosis esofagogástrica con Kehr. Cavidad torácica con anastomosis esofagogástrica reparada sobre Kehr.

El uso de la fistulización dirigida o mediatización con Kehr fue descrito inicialmente por Abott en los años 70 como una opción de tratamiento de perforaciones esofágicas, siendo una alternativa al refuerzo de la sutura primaria con colgajos<sup>2</sup>. Posteriores estudios avalaron su utilidad como cirugía definitiva en las perforaciones esofágicas tardías<sup>3</sup>. Así, aunque descrita de manera más anecdótica<sup>4,5</sup>, su utilidad puede extenderse a la dehiscencia de anastomosis esofagogástrica, particularmente en el contexto de que ésta sea parcial y exista riesgo de realizar únicamente una resutura anastomótica.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Messenger M, Warlaumont M, Renaud F, Marin H, Branche J, Piessen G, et al. Recent improvements in the management of esophageal anastomotic leak after surgery for cancer. *European journal of surgical oncology : the journal of the European Society of Surgical Oncology and the British Association of Surgical Oncology*. 2017;43(2):258-69.
2. Abbott OA, Mansour KA, Logan WD, Jr., Hatcher CR, Jr., Symbas PN. Atraumatic so-called "spontaneous" rupture of the esophagus. A review of 47 personal cases with comments on a new method of surgical therapy. *The Journal of thoracic and cardiovascular surgery*. 1970;59(1):67-83.
3. Linden PA, Bueno R, Mentzer SJ, Zellos L, Lebenthal A, Colson YL, et al. Modified T-tube repair of delayed esophageal perforation results in a low mortality rate similar to that seen with acute perforations. *The Annals of thoracic surgery*. 2007;83(3):1129-33.
4. Ichikura T, Kawarabayashi N, Ishikawa K, Ikuta SI, Mochizuki H. T-tube management of a major leakage of the cervical esophagogastrostomy after subtotal esophagectomy: report of three cases. *Surgery today*. 2003;33(12):928-31.
5. Izumi D, Watanabe M, Nagai Y, Harada K, Imamura Y, Iwagami S, et al. T-tube drainage and intercostals muscle flap reinforcement for the management of intrathoracic esophago-gastric anastomotic leakage with pyothorax: a case report. *Fukuoka igaku zasshi = Fukuoka acta medica*. 2014;105(1):11-5.