



V-070 - Abordaje Laparoscópico del Divertículo Esofágico Epifrénico

N. Ballester Pla, O. Carreño Sáenz, S. Barber Millet, R. García Domínguez, Á. Sala Hernández, J. Vaque Urbaneja y F. Mingol Navarro

Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Resumen

Introducción: El divertículo epifrénico es una rara condición patológica caracterizada por la protrusión sacular anormal de la luz esofágica. Se originan en el tercio distal del esófago hasta el cierre del diafragma, por lo general a 10 centímetros por encima del cardias. En el 70% de los pacientes se encuentra en la pared posterior y al lado derecho del esófago. Se considera un divertículo falso ya que no compromete todas las capas del esófago. Los síntomas más comunes en pacientes con divertículos epifrénicos son la disfagia y la regurgitación; además pueden presentar dolor torácico y pérdida de peso. La prueba diagnóstica de elección es el tránsito con bario, ya que indica el tamaño del divertículo, la localización y la distancia que existe con la unión esofagogástrica. Los trastornos de la motilidad se han detectado en un 40 a 100% de los pacientes. Sin embargo, la presencia de pruebas con trastornos de la motilidad no es una característica patognomónica y en muchos casos, aun con la manometría normal, es posible que se encuentre un divertículo epifrénico. La cirugía sólo se justifica cuando los síntomas causan incapacidad moderada o grave, también cuando existen complicaciones como perforaciones o neumonías recurrentes por aspiración.

Caso clínico: Paciente varón de 56 años acude por historia de meses de evolución de disfagia y regurgitación que impiden la actividad diaria. La gastroscopia revela divertículo esofágico, y el tránsito con bario aporta la ubicación y el tamaño. Se le programa para realizar una resección laparoscópica del divertículo, miotomía y funduplicatura parcial anterior. El abordaje por vía laparoscópica se realiza mediante la colocación de un trócar de Hasson supraumbilical, un trócar de 5 mm en flanco derecho, hipocondrio derecho y otro en flanco izquierdo y un trócar de 12 mm en hipocondrio izquierdo. La resección del divertículo se realiza con el dispositivo de endograpadora roticulator de 60 mm y luego se realiza la miotomía y funduplicatura parcial anterior. El tiempo operatorio fue de 120 minutos. Se le realizó un control postoperatorio con un tránsito baritado, evidenciando un buen paso y descartando fugas.

Discusión: La cirugía mínimamente invasiva se ha convertido en una herramienta necesaria para el tratamiento. Las ventajas del abordaje laparoscópico incluyen la mejor exposición de la unión gastroesofágica y el acceso fácil al hiato para llevar a cabo tanto la miotomía como la funduplicatura. Además del alta precoz y el menor dolor postoperatorio, cualidades que ofrece la este tipo de cirugía.