



P-198 - PSEUDODIVERTÍCULO ESOFÁGICO COMPLICADO SECUNDARIO A ENUCLEACIÓN DE LEIOMIOMA DE ESÓFAGO

J.M. Avella Vega, M.J. Álvarez Martín, M. Mogollón, A. García Navarro, M. Segura Reyes, F. González y J.A. Ferrón Orihuela

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Resumen

Objetivos: Presentar un caso infrecuente de pseudodivertículo esofágico complicado.

Caso clínico: Varón de 71 años con antecedentes de: EPOC, Toracotomía derecha hace 29 años para enucleación de leiomioma esofágico-tercio medio, pseudodivertículo esofágico posquirúrgico. Consultó en su centro de referencia por fiebre asociada a disfagia de dos meses de evolución, inicialmente a sólidos y después a líquidos. Presentaba un estado séptico, disnea y silbilantes dispersos. T. art 90/53, analítica: 31.000 leucocitos, creatinina 3.11, PCR 251. Rx tórax: condensación basal derecha. TAC toraco-abdominal: enfisema subcutáneo pectoral bilateral. Dilatación de la luz esofágica, 5cm, que comienza a nivel de la carina y continúa caudalmente, con protrusión sacular de la pared extendiéndose hacia la derecha y con nivel hidroaéreo en su interior. Cambios inflamatorios importantes en la grasa mediastínica así como atelectasia compresiva del parénquima pulmonar adyacente y engrosamiento pleural posterobasal derecho. Burbujas aéreas diseminadas por mediastino. Colección líquida con nivel hidroaéreo en porción anterosuperior del mediastino de 5,5 × 4,5 × 2,5 cm. Pseudodivertículo esofágico perforado, mediastinitis secundaria y absceso mediastínico. Al 10º día, tras estabilización clínica mediante antibioticoterapia de amplio espectro y nutrición parenteral total se nos consulta y remite para cirugía. Tras reapertura de toracotomía posterolateral derecha y liberar adherencias pleuropulmonares a pared torácica se accede al mediastino donde se localiza un absceso con esfacelos, delimitado por: cara mediastínica del lóbulo pulmonar inferior-derecho y pared del divertículo. Se disecciona el divertículo hasta llegar a su cuello, 8cm de diámetro, en la cara lateral derecha del esófago. Se liberan cuatro centímetros de esófago por encima y debajo de dicho cuello para facilitar la aproximación posterior de los bordes musculares sin tensión. Diverticulectomía, dejando remanente mucoso, que se cierra con sutura continua perpendicular al eje esofágico. Sobre este se cierra la capa muscular igualmente de manera transversal con sutura continua. Mediante sonda de Fouché, se comprueba que la luz esofágica presenta buen calibre. Anatomopatológica sin alteraciones. Buena evolución postoperatoria: adecuada reinstauración de la ingesta oral, TEG de control sin evidencia de fugas ni estenosis. Continua asintomático tras un año de seguimiento.

Discusión: Los divertículos esofágicos son muy infrecuentes. Los del tercio medio suponen el 30% del total de los mismos siendo excepcional que sean secundarios a cirugía previa, como fue nuestro caso; el cual era un pseudodivertículo pues solo se evaginó la mucosa. La mayoría son de pequeño

tamaño y asintomáticos. Cuando aparecen síntomas, sobre todo disfagia y regurgitación suelen ser de gran tamaño, siendo excepcional su sangrado o perforación. Aunque infrecuentes deben tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial ante un paciente con disfagia. Su exéresis vía toracotomía o preferentemente toracoscópica, si es factible, constituyen la técnica de elección asociando miotomía en función de la presencia o no de trastorno motor. Aunque la enucleación de los leiomiomas es una causa muy infrecuente de pseudodivertículo de esófago, para evitar la protrusión de la mucosa esofágica a través de la miotomía, como ocurrió en nuestro caso, y preservar la actividad propulsora del esófago se recomienda por la mayoría de los autores suturar el plano muscular.