



## V-031 - DIVERTÍCULO EPIFRÉNICO TRATADO POR ABORDAJE LAPAROSCÓPICO

Gómez Sánchez, Javier; Lendinez Romero, Inmaculada; Martínez Domínguez, Patricia; Rodríguez Morillas, Diego

Hospital Universitario de San Cecilio, Granada.

### Resumen

**Introducción:** Los divertículos epifrénicos suponen menos del 10% de todos los divertículos esofágicos y presentan aspectos controvertidos en su indicación quirúrgica, vía de abordaje y técnica a emplear. A continuación describimos un divertículo epifrénico tratado por abordaje laparoscópico con el objetivo de remarcar la técnica quirúrgica y las posibles complicaciones derivadas de ella.

**Caso clínico:** Paciente de 74 años remitido por disfagia a sólidos y líquidos de tres años de evolución con empeoramiento progresivo. Presentaba regurgitación alimentaria, pérdida de peso y pirosis nocturna sin mejoría a pesar de tratamiento con inhibidor de bomba de protones. Se efectuó gastroscopia hallándose divertículo epifrénico y signos de gastritis crónica cuyas biopsias revelaban ausencia de Helicobacter pylori. El tránsito esofago-gastro-duodenal mostraba un esófago de calibre adecuado, con signos de dismotilidad e hipomotilidad en el vaciamiento esofágico así como un divertículo en el tercio distal con tamaño aproximado de  $55 \times 33 \times 28$  mm. Se complementó con una manometría esofágica que informaba de una presión basal normal en el cuerpo esofágico, con ondas de amplitud terciaria pero duración normal, concluyéndose como un posible espasmo esofágico difuso. Antes estos hallazgos se propuso cirugía mediante abordaje laparoscópico. Se inició la cirugía con la sección de los vasos cortos, tras ello se disecó el esófago a nivel mediastínico identificándose el divertículo epifrénico en la cara lateral derecha esofágica, completando su disección mediante Ligasure®. Se realizó grapado del cuello del divertículo con EndoGIA Signia 45 mm/3,5 mm comprobándose posteriormente la ausencia de estenosis mediante endoscopia intraoperatoria. Se reforzó la línea de grapado con puntos entrecortados y se realizó esofagomiotomía desde el borde inferior de resección del divertículo hasta el cardias. Se finalizó la cirugía mediante un cierre de pilares diafragmáticos con puntos trenzados irreabsorbibles, elaboración de plastia gástrica anterior de Dor y colocación de drenaje Penrose. El paciente presentó una fistula esofágica de bajo débito al 4º día postoperatorio, sin repercusión clínica, bien recogida a través del drenaje. Se mantuvo reposo digestivo, nutrición parenteral y antibioterapia, hasta la colocación de una sonda nasoyeyunal y nutrición enteral con la que es dado de alta. Al mes de la cirugía y tras realización de tránsito EGD donde se constató cierre de la fistula, se retira sonda e inicia tolerancia oral que es correcta, encontrándose actualmente sin disfagia y asintomática.

**Discusión:** La mayoría de los divertículos se originan por pulsión ante trastornos funcionales o de motilidad esofagogástrica como la acalasia o el espasmo esofágico difuso. La indicación quirúrgica se establece en pacientes con síntomas graves, siendo controvertida en leves al tratarse en ocasiones de un hallazgo incidental. El tratamiento consiste en la resección del divertículo y en el tratamiento del trastorno motor subyacente incluyéndose la miotomía, funduplicatura y generalmente el cierre de los pilares diafragmáticos. Tradicionalmente la diverticulectomía se practicaba por abordaje torácico con una elevada morbimortalidad. Actualmente se recomienda el abordaje laparoscópico que permite una mejor visualización, si bien no está

exenta de complicaciones, como la fistula a través de las grapas, la perforación esofágica o la reconversión a cirugía abierta.