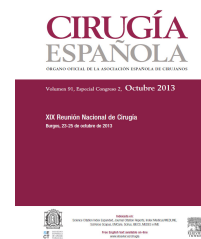




Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-398 - CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA EN EL DIVERTÍCULO EPIFRÉNICO ASOCIADO A ACHALASIA

C. Gracia Roche¹, R. Cerdán Pascual¹, J. Bernal Jaulin¹, I. Gascón Ferrer¹, S. Cantín Blázquez², M. Herrero López¹, S. Paterna López¹, M.L. Gutiérrez Díez¹ y J.M. Esarte Muniain¹

¹Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza. ²Hospital de Alcañiz, Alcañiz.

Resumen

Introducción: Los divertículos epifrénicos localizados en el tercio inferior del esófago suponen menos del 10% del total, siendo una patología muy poco frecuente. El tratamiento quirúrgico está indicado en aquellos pacientes con clínica o complicaciones respiratorias. Presentamos un caso de divertículo epifrénico asociado a achalasia, que fue abordado por vía laparoscópica.

Caso clínico: Paciente de 57 años de edad con antecedente de gangliosidosis tipo 2 (enfermedad de Sandhoff). Ingresa en medicina interna por cuadro de pérdida de peso de un mes de evolución a consecuencia de vómitos alimenticios continuos sin relación con la ingesta. La exploración física muestra caquexia, sequedad de mucosas y amiotrofia generalizada. Se realiza tránsito gastroesfágico que muestra dilatación del esófago hasta tercio distal, con presencia de un divertículo de gran tamaño. La endoscopia digestiva detecta una dilatación esofágica con un divertículo epifrénico gigante de unos 3 cm de diámetro a nivel de tercio inferior con restos alimenticios en su interior. Estenosis cardial en relación con probable achalasia esofágica. Manometría esofágica: compatible con achalasia avanzada. Tras haber sido tratado por endocrinología para corregir el cuadro de malnutrición se remite a nuestro servicio. Es intervenido mediante abordaje laparoscópico realizándose diverticulectomía con endograpadora, cardiomiectomía de Heller y funduplicatura de Dor. El postoperatorio cursa sin complicaciones siendo dado de alta al 7º día postoperatorio con desaparición de la disfagia y los vómitos.

Discusión: Los divertículos esofágicos son evaginaciones tapizadas por mucosa esofágica y comunican con la luz principal. Los epifrénicos suponen menos del 10% del total. Su prevalencia real es desconocida, ya que la mayoría son asintomáticos. Predomina en varones mayores de 60 años. El tamaño es variable, se localizan con mayor frecuencia en la derecha y generalmente son únicos. La mayoría surgen por un mecanismo de pulsión, originado por trastornos funcionales que afectan a la motilidad esofágica y relajación del esfínter esofágico inferior. La achalasia de cardias es la patología más frecuentemente relacionada. La clínica consiste en disfagia, regurgitaciones y pérdida de peso. Está indicado el tratamiento quirúrgico en los pacientes sintomáticos. La técnica quirúrgica estándar consiste en diverticulectomía, cardiomiectomía esofágica y técnica antirreflujo parcial. La toracotomía posterolateral izquierda fue el acceso de elección hasta mediados de los años noventa. Actualmente el abordaje abdominal está cobrando importancia debido a la laparoscopia. El ángulo de entrada de la endograpadora lineal, en paralelo al esófago, es el óptimo para seccionar el cuello del saco y la endoscopia intraoperatoria permite comprobar la integridad de la mucosa esofágica. El

empleo de tutores evita el estrechamiento esofágico iatrogénico que producimos si ceñimos en exceso la endoGIA al cuello del divertículo. La estancia hospitalaria de los pacientes intervenidos mediante laparoscopia es menor. La indicación quirúrgica debe partir de una completa historia clínica junto con las correspondientes pruebas complementarias que establecerán la correlación entre la clínica, las características del divertículo y el trastorno motor asociado. La intervención recomendada es diverticulectomía, cardiomiectomía esofágica y funduplicatura parcial. El abordaje laparoscópico debe ser realizado por cirujanos expertos y ofrece buenos resultados a corto, medio y largo plazo.