



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-036 - DIVERTICULECTOMÍA LAPAROSCÓPICA Y MANEJO DE LA DEHISCENCIA DE SUTURA

Fernández Cepedal, Lara; Calle, Miguel; Gutiérrez, Oihane; Álvarez, Irene; Sarriugarte, Aingeru; Oleagoitia, Jesús María; Colina, Alberto; Serrano, Clara

Hospital de Cruces, Barakaldo.

Resumen

Introducción: El divertículo epifrénico es un divertículo por pulsión secundario a patología esofágica motora. No existe un consenso sobre el manejo y abordaje del mismo asociado a acalasia. Existen controversias sobre la necesidad de realizar la exéresis o no del divertículo debido a la morbilidad que se le añade a la cirugía. El mejor acceso ya sea por vía transtorácica o transabdominal, por vía abierta o por acceso mínimamente invasivo está aún en discusión aunque con los avances actuales se tiende a realizar un manejo menos invasivo. La dehiscencia de sutura puede llegar hasta el 23% según algunas series, su detección y manejo debe ser precoz, con una tendencia cada vez mayor al manejo endoscópico de la misma.

Caso clínico: Varón de 69 años refiere disfagia para sólidos y líquidos, regurgitación no ácida asociado a pérdida de peso. Gastroscoopia: Gran divertículo esofágico en cara posterior de 5 cm. Cardias con gran resistencia al paso del endoscopio compatible con acalasia. TAC: Dilatación esofágica con engrosamiento de su pared. Divertículo paraesofágico de 5 × 5 cm con un cuello de 2 cm junto a infiltrados en LID sugestivo de broncoaspiración. Manometría: Esófago con ausencia de peristaltismo con ondas simultáneas y repetitivas. Imposibilidad de paso de sonda a través del cardias. Se decide realizar por vía laparoscópica miotomía de Heller junto a diverticulectomía. Se utilizan cinco trócares, tres de 12 mm y dos de 5 mm. Tras seccionar la pars flácida y la membrana frenoesofágica se disea a través de hiato esofágico hasta observar un gran divertículo en cara posterolateral derecha del esófago, se libera de sus adherencias y se secciona en su base con dos cargas EndoGia 45 mm morada. Posteriormente se realiza la miotomía de Heller asociando una técnica antirreflujo tipo Toupet. Extracción con bolsa a través de un trocar de 12 mm. Durante el postoperatorio derrame pleural en aumento con sospecha de dehiscencia de sutura que se confirma con TAC y tránsito EGD, manejado con colocación de tubo de tórax, dieta absoluta y antibioterapia en un inicio. Ante aumento del mismo se realiza gastroscoopia confirmándose la presencia de una fístula, procediéndose a la colocación de una prótesis recubierta. Evolución favorable siendo dado de alta y siendo retirada 3 meses tras la intervención. La vía laparoscópica es una técnica factible y segura que permite acceder a divertículos de esófago distal y que permite un buen acceso para realizar la miotomía. El diagnóstico y manejo de las complicaciones debe ser rápido y agresivo. La dehiscencia de la sutura es la más temida siendo posible su manejo endoscópico en pacientes sin inestabilidad hemodinámica una opción válida para la resolución de la misma.

Discusión: Con los avances en los últimos años, el abordaje laparoscópico está en auge, de elección en divertículos que se encuentren a menos de 10 cm de cardias facilitando por dicha vía la realización de un antirreflujo. El manejo endoscópico de la dehiscencia de sutura es seguro y factible en paciente

seleccionados.