



V-039 - ABORDAJE ROBÓTICO TRANSHIATAL DE DIVERTÍCULO ESOFÁGICO EPIFRÉNICO

Bermeo Jarrín, Esteban; Alonso Vallés, Alejandro; Ballester Vázquez, Eulalia; Julià Verdaguer, Elisabet; Pasalodos Barceló, Ana; Moral Duarte, Antonio; Fernández-Ananin, Sonia

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Resumen

Introducción: Los divertículos esofágicos representan una patología infrecuente, y su clasificación se realiza según la localización anatómica. Los divertículos epifrénicos –situados en los últimos 10 cm del esófago, habitualmente entre 4 y 8 cm por encima del cardias– constituyen cerca del 20% de los casos. Su formación se atribuye a un aumento de la presión intraluminal secundaria a trastornos motores esofágicos. Desde el punto de vista clínico y terapéutico, es fundamental no solo abordar el divertículo en sí, sino también la alteración motora subyacente, dado que esta suele ser la responsable del cuadro clínico y de la recurrencia posoperatoria si no se trata adecuadamente.

Caso clínico: Varón de 72 años, con antecedentes de hipertensión arterial y EPOC, sin cirugías previas, que consultó por disfagia progresiva a sólidos, regurgitación, halitosis y pirosis con mala respuesta a inhibidores de bomba de protones. La evaluación diagnóstica (TEGD y endoscopia) reveló un divertículo esofágico derecho de 45 mm de diámetro, ubicado a 33 cm de la arcada dentaria, con un cuello de 1 cm, asociado a hernia de hiato tipo I. La manometría confirmó la presencia de espasmo esofágico distal. Una tomografía toracoabdominal con reconstrucción 3D situó el divertículo a 5,5 cm del hiato diafragmático, permitiendo el abordaje abdominal. Se realizó una cirugía robótica con disección del espacio supradiafragmático, resección del divertículo mediante endograpadora, y verificación de estanqueidad con azul de metileno. Se practicó una miotomía sobre la cara anterior del esófago distal, con control endoscópico intraoperatorio para descartar lesiones mucosas inadvertidas. Finalmente, se completó el procedimiento con cierre de pilares diafragmáticos y funduplicatura parcial posterior tipo Toupet. El tiempo operatorio fue de 186 minutos. El posoperatorio cursó sin complicaciones. El paciente inició la tolerancia oral a las 24 horas y fue dado de alta al tercer día. Durante los primeros tres meses de seguimiento se mantuvo completamente asintomático.

Discusión: El manejo inicial de esta patología se realizaba mediante abordaje toracoscópico; no obstante, con el tiempo, se ha consolidado una preferencia por la vía transhiatal, al considerarse menos invasiva y con resultados clínicos favorables. Más recientemente, el abordaje endoscópico intervencionista ha emergido como una alternativa prometedora en casos seleccionados. En este contexto, el desarrollo de la cirugía robótica ha permitido optimizar el abordaje transhiatal, ofreciendo una mejor visualización, mayor precisión en la disección y menor traumatismo tisular, lo cual resulta especialmente beneficioso en intervenciones técnicamente complejas como la

diverticulectomía esofágica. El abordaje transhiatal robótico es una técnica segura y eficaz para la resección de divertículos epifrénicos de gran tamaño. Este abordaje puede permitir una curva de aprendizaje más accesible en comparación con otras técnicas mínimamente invasivas, a la vez que podría reducir la morbilidad asociada a esta técnica quirúrgica.