



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-083 - RESECCIÓN DE DIVERTÍCULO EPIFRÉNICO POR LAPAROSCÓPICA

Tudela Lerma, María; Monturiol Jalon, Jose María; de Tomás Palacios, Jorge; Gómez Lanz, Laura; Steiner, Miguel Ángel

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Resumen

Introducción: Los divertículos esofágicos epifrénicos suelen ser adquiridos, la mayoría surge por un mecanismo de pulsión debido a un trastorno motor esofágico. Más del 90% son asintomáticos y el tamaño no se relacionan con la gravedad de los síntomas. El tránsito con bario es probablemente la prueba más importante, no sólo en la evaluación de los síntomas, sino también en la planificación de la cirugía. Esta prueba define el tamaño del divertículo, la ubicación de su cuello y la distancia desde la unión gastroesofágica. El tratamiento quirúrgico se realizará en los divertículos sintomáticos independientemente del tamaño.

Caso clínico: Se expone el caso de un paciente varón de 74 años sin antecedentes relevantes que inició estudio por clínica de retención de alimentos y regurgitación. El tránsito baritado esofagogástrico mostró un gran divertículo epifrénico izquierdo de 8cm de eje graneado caudal y cuello ancho y una alteración del peristaltismo primario esofágico. La gastroscopia confirmó su presencia a 35 cm de la arcada dentaria. Además el esófago presentaba morfología "en sacacorchos" en probable relación con ondas terciarias. No fue posible realizarle una manometría por intolerancia del estudio. Se realizó cirugía programada por vía abdominal y abordaje laparoscópico. El hallazgo intraoperatorio, fue de un divertículo esofágico en tercio distal izquierdo muy adherido a la pleura y al mediastino. La técnica quirúrgica consistió en la resección (calibrada con sonda 40F) del divertículo en su cuello con una endograpadora y sobresutura barbada de la línea de grapas con posterior comprobación endoscópica intraoperatoria. Se asoció una miotomía de Heller de 6 cm en el esófago y 2 cm en el estómago preservando el nervio vago izquierdo. Finalmente se realizó una plicatura de los pilares y una funduplicatura de Toupet. La evolución del paciente fue satisfactoria, tolerando dieta oral y procediéndose al alta al 4º día posoperatorio.

Discusión: La cirugía mínimamente invasiva se ha convertido en una herramienta necesaria para el tratamiento de las enfermedades benignas del esófago como es el caso de los divertículos epifrénicos. Las ventajas del abordaje laparoscópico incluyen la oportunidad de dar una orientación superior a la grapadora para reseccionar el divertículo, la aproximación fácil al hiato, y una mejor exposición de la unión gastro-esofágica para llevar a cabo tanto la miotomía como la funduplicatura. La introducción de una grapadora capaz de realizar la transección del cuello del divertículo sin dejar de ser paralelo al eje del esófago, ha sido una fortaleza y contribuye a un uso más amplio del enfoque laparoscópico. Otra consideración, es el tamaño del cuello, cuando es muy amplio, es posible que se necesiten dos o más disparos y las líneas de sutura pueden cruzarse creando un sitio potencial de fístula. El abordaje laparoscópico para la resección de los divertículos epifrénicos, aunque técnicamente difícil, debe considerarse hoy como el tratamiento quirúrgico de elección para la mayoría de los pacientes. El abordaje transtorácico debe utilizarse en aquellos que tienen divertículos gigantes o muy altos, o cuando no se disponga de conocimientos sobre técnicas mínimamente invasivas.