



VC-035 - DIVERTÍCULO ESOFÁGICO EPIFRÉNICO: UNA CIRUGÍA INFRECUENTE

García Cacho, María Belén; Herrero Fabregat, Adrián; Gil-Albarellos Marcos, Rafael; Andrés Ramírez, Jaime; Martínez Galilea, María; García Tricio, Enrique; García Tejero, Aitana

Hospital San Pedro de La Rioja, Logroño.

Resumen

Introducción: Los divertículos esofágicos son evaginaciones de la luz que incluyen varias o todas las capas de su pared, pudiendo aparecer en toda su longitud. Su incidencia se cree menor del 1%. Si aparecen en los 10 cm distales, los denominamos divertículos epifrénicos (10-20% de todos los divertículos esofágicos). Son denominados como falsos divertículos al estar compuestos por mucosa y submucosa. Aparecen por pulsión, habitualmente asociados a trastornos motores primarios. La localización más habitual es en la cara posterolateral derecha. Hasta el 60% pueden ser asintomáticos. Sus síntomas son disfagia, halitosis, regurgitación, aspiración o dolor torácico. En muy raras ocasiones se complican con perforación, sangrado o desarrollo de carcinoma. El estudio previo incluye estudio baritado, manometría y endoscopia; esto permitirá valorar la altura del divertículo, su tamaño, la afectación de la mucosa y posibles trastornos motores asociados.

Caso clínico: Se presenta el caso de una paciente de 65 años derivada a Cirugía General tras ser diagnosticada de divertículo epifrénico derecho. Sus síntomas eran disfagia e impactaciones alimentarias. Como antecedentes presentaba artritis reumatoide, dermatomiositis y una mastectomía derecha con linfadenectomía axilar. En tratamiento habitual con metrotexato. Se le había realizado previamente un EGD que mostraba un divertículo esofágico con retención de contenido y reflujo, también una gastroscopia que localizaba el divertículo a 34cm de la arcada dentaria y a 5cm de la UGE. Completamos el estudio con un TAC torácico con hallazgos superponibles y una manometría sin alteraciones. Se realizó una diverticulectomía con miotomía y funduplicatura de Toupet sin incidencias. Se comprobó el grapado quirúrgico mediante gastroscopia intraoperatoria. Dada de alta al 6º día posoperatorio sin incidencias, con buena tolerancia oral y habiéndose retirado el drenaje. A la semana reingresó por fiebre, dolor torácico y elevación de reactantes de fase aguda. Se realizó TAC con contraste oral y gastroscopia, descartando fuga de la línea de grapas. El TAC mostraba un derrame pleural derecho, que no se consideró subsidiario de drenaje. Se manejó de manera conservadora con 8 días de antibioterapia IV. Al 9.º día fue dada de alta afebril y con buena situación general. La anatomía patológica describió un fragmento esofágico con forma sacular de 3,5 x 2 x 2 cm, compatible con divertículo esofágico. Presentó buena evolución durante el seguimiento en CEX, permaneciendo asintomática y habiendo sido dada de alta a los 3 meses pos-IQ.

Discusión: El divertículo esofágico epifrénico es una entidad infrecuente. De presentar sintomatología la técnica de elección es la diverticulectomía con miotomía asociada a técnica

antirreflujo, bien vía laparoscópica trashiatal o bien por toracotomía, en función de la altura del mismo. Por ello es fundamental un correcto preoperatorio para planificación quirúrgica. De sospechar una complicación posoperatoria lo primero que debemos descartar es la fuga de la línea de grapas, por la morbimortalidad que conlleva. Otra de las complicaciones posoperatoria serían la aparición de neumonía, empiema o abscesos. Su tratamiento laparoscópico se considera una técnica eficaz y segura, siempre en manos de cirujanos expertos y con un correcto estudio preoperatorio para la adecuación de la técnica.