CIR ESP.2023;101(S3):S301

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

VC-045 - RESECCIÓN DE DIVERTÍCULO EPIFRÉNICO CON MIOTOMÍA DE HELLER Y FUNDUPLICATURA ANTERIOR DE DOR ROBÓTICA

Cidoncha Secilla, Ariadna; Luna, Alexis; Adell, Montse; Montmany, Sandra; Torrecilla, Andrea; Llorach, Núria; Rebasa, Pere; Serra, Xavier

Corporació Sanitari Parc Taulí, Sabadell.

Resumen

Introducción: Se presenta el caso de una paciente intervenida de resección de divertículo epifrénico vía robótica con miotomía de Heller y funduplicatura anterior de Dor.

Caso clínico: El caso trata de una paciente mujer de 65 años con antecedentes patológicos de hernia de hiato con clínica de pirosis de larga evolución, depresión en tratamiento farmacológico y neoplasia de mama, actualmente libre de enfermedad. A raíz de clínica de disfagia y regurgitaciones, se realiza fibrogastroscopia que objetiva gran divertículo epifrénico de 6 cm de diámetro. Se completa el estudio con manometría que objetiva peristalsis esofágica ineficaz con el 70% de ondas peristálticas ineficaces y reserva esofágica escasa. En las pruebas de sobrecarga no se observa compartimentalización ni alteraciones del esfínter esofágico inferior (relajación normal, no presencia de hernia de hiato). Se realiza tránsito esófago-gastro-duodenal dónde se observa el esófago dilatado identificando divertículo epifrénico de 8 cm de diámetro en tercio distal esofágico (a 2 cm de la unión gastroesofágica). A pesar de que el 90% de los divertículos epifrénicos son asintomáticos, dada la clínica de la paciente se indica diverticulectomía asistida por robot con miotomía de Heller y funduplicatura anterior de Dor asociadas. La cirugía se inicia con la colocación de cuatro trócares robóticos y dos trócares de asistencia: 3 trócares de 8 mm (flanco derecho, umbilical y flanco izquierdo); 1 trócar robótico de 12 mm en mesogastrio; trócar de asistencia de 5mm en hipocondrio derecho y trócar de 8 mm en flanco derecho (*airseal*). Se procede con la disección del hiato esofágico y el espacio retroesofágico, invididualizando el esófago distal. Mediante la tracción cuidadosa del esófago, se realiza la disección del mediastino inferior hasta localizar un gran divertículo epifrénico, que se diseca hasta su cuello. Una vez disecado en su totalidad y con el cuello identificado, se realiza la diverticulectomía con endograpadora mecánica, tutorizando el paso esofágico con endoscopio. Se realiza una sutura continua de la capa muscular esofágica con sutura absorbible barbada, cubriendo la línea de grapado de la mucosa. A continuación, se procede con la realización de la miotomía de Heller y la funduplicatura de anterior de Dor fijando el fundus al pilar derecho y a ambos lados de la miotomía con puntos de seda. La paciente presenta buena evolución pudiendo ser alta a domicilio al cuarto día posoperatorio. En el control al año de la intervención, tolera la dieta, no presenta disfagia ni reflujo gastroesofágico y es dada de alta por Cirugía.

Discusión: En los divertículos epifrénicos sintomáticos la técnica de elección es la diverticulectomía con miotomía extramucosa amplia asociada a una técnica antirreflujo (Dor o Toupet). Actualmente,

esta cirugía se puede llevar a cabo siguiendo diversas técnicas mínimamente invasivas, siendo la más utilizada la laparoscopia. El uso de plataformas robóticas podría mejorar la exposición de la unión esofagogástrica y facilitaría la realización de la miotomía y la funduplicatura. Sin embargo, a día de hoy no hay evidencia que demuestre diferencias entre los abordajes mínimamente invasivos disponibles en la actualidad.

0009-739X © 2023 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados