



V-084 - ABORDAJE LAPAROSCÓPICO CON ASISTENCIA ENDOSCÓPICA DE DIVERTÍCULO ESOFÁGICO DE TERCIO MEDIO RECIDIVADO

Hurtado Pardo, Luis¹; Adriano Castro, Roberto¹; Mingol Navarro, Fernando¹; Bruna Esteban, Marcos¹; Menéndez Jiménez, Míriam¹; Sanz Ongil, Ramón²; Pérez Alonso, Carla¹; Vaqué Urbaneja, Javier¹

¹Hospital Universitario La Fe, Valencia; ²Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

Resumen

Introducción: La implementación de la endoscopia intraoperatoria en la cirugía esofagogástrica es de gran valor al ofrecer un soporte de ayuda durante el proceso quirúrgico. En el presente caso se realiza una diverticulectomía laparoscópica con asistencia endoscópica intraoperatoria de un divertículo recidivado de tercio medio.

Caso clínico: Se presenta el caso de un varón de 80 años con antecedente de un divertículo esofágico en tercio medio intervenido hace dos años realizándose una diverticulectomía por toracoscopia. Acude a consulta por persistencia de una clínica limitante de regurgitación y disfagia a líquidos con varios episodios de atragantamiento. Tras realizar un tránsito gastroesofágico se objetiva recidiva del divertículo con unas dimensiones de hasta 10 cm y un cuello diverticular de 5 cm. En la endoscopia digestiva alta se observa a 34 cm de la arcada ese mismo divertículo con restos alimentarios en su interior además de una esofagitis moderada. El TC realizado para la planificación quirúrgica delimita el cuello diverticular a 3 cm distal de la carina. Se decide realizar una diverticulectomía esofágica con miotomía y funduplicatura parcial anterior vía laparoscópica con control intraoperatorio mediante endoscopia. La realización de la endoscopia intraoperatoria en el presente caso fue de gran valor durante la cirugía en numerosos aspectos. En primer lugar, facilitó a localizar el divertículo durante la individualización del esófago. Además, la insuflación intermitente de neumo mediante el endoscopio ayudó a definir los límites del divertículo para su correcta su disección. En el momento de la diverticulectomía mediante endograpadora, la visión directa bajo endoscopia permitió su correcto grapado. Gracias a la endoscopia se pudo objetivar una perforación puntiforme a nivel de la diverticulectomía que se reparó mediante una sutura continua barbada. Por último la endoscopia permitió verificar la miotomía realizada, así como la funduplicatura parcial anterior. En el posoperatorio precoz el paciente presenta al 5º día un cuadro de insuficiencia respiratoria que precisa su ingreso en Reanimación. La realización de la endoscopia digestiva alta objetiva una perforación de 5 mm a nivel lateral de la diverticulectomía que se intenta cerrar con la colocación de clips. Tras la no resolución de la fuga se reinterviene el 8º día. Ante las dificultades por vía laparoscópica de acceder al mediastino y el riesgo de agravar la lesión esofágica, se decide convertir a laparotomía sin objetivar salida del azul de metileno instilado por SNG, por lo que se realiza un lavado profuso del mediastino y se colocan dos drenajes paraesofágicos en mediastino. Por último, se realiza la funduplicatura parcial anterior y se realiza una yeyunostomía de alimentación. Tras un posoperatorio progresivo favorable, el paciente es dado de alta 20º día

posoperatorio. En seguimiento actualmente en consultas externas, el paciente presenta una tolerancia oral conservada sin clínica de regurgitación ni disfagia.

Discusión: El empleo de la endoscopia intraoperatoria como ayuda en la cirugía ofrece una amplia perspectiva de herramientas que aproximan el proceso quirúrgico hacia el horizonte de la mejora de la calidad asistencial.