



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



V-067 - TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO DEL DIVERTÍCULO EPIFRÉNICO

Marín Calahorrano, Juan Pablo; Ruiz Marcuello, Fernando; Morollón Loriz, María José; Uribarrena Amezaga, Rafael

Hospital Quironsalud, Zaragoza.

Resumen

Introducción: Los divertículos epifrénicos son raros, son una patología del tercio inferior esofágico. Se consideran falsos divertículos porque son una herniación de la mucosa y submucosa a través de las capas musculares. Representan cerca del 10% de todos los divertículos esofágicos. Habitualmente están en el lado derecho. Prevalencia de 0,015% en EEUU, 0,77% en Japón y 2% en Europa. Sólo el 15-20% de los pacientes son sintomáticos. Los divertículos epifrénicos del esófago suelen estar asociados con un problema motor esofágico. En su génesis son importantes, la debilidad del músculo esofágico, la relajación incompleta del EEI y la presión faríngea aumentada. Los síntomas son disfagia, regurgitación, dolor torácico, náuseas, vómitos... La broncoaspiración y las neumonías por aspiración son complicaciones graves que producen.

Caso clínico: Paciente varón de 47 años de edad. Remitido a consultas por presentar RGE grave, sobre todo nocturno, mal controlado con IBPs. Crisis de pseudoaspiración y regurgitación. Gastroscopia: divertículo esofágico a 30 cm de arcada dentaria, a 5 cm de unión EG en cara lateral izquierda. TAC: divertículo epifrénico izquierdo de 6 cm en pared lateral izquierda, cuello de 2,5 cm. Esfagograma: divertículo de 9 cm de eje mayor, cuello de 24 mm a 5 cm de unión EG. Se programa para cirugía por vía laparoscópica: diverticulectomía + miotomía esofágica + funduplicatura de Dor. Evolución posoperatoria favorable, se realiza TAC con contraste oral el 2º dpo, que confirma ausencia de complicaciones y se da de alta al quinto día posoperatorio. El paciente mejoró de sus síntomas de regurgitación y de pseudoaspiración.

Discusión: La vía tradicional ha sido la toracotomía izquierda pero se ha comprobado que la laparoscopia es una técnica segura, eficaz y bien tolerada. Habitualmente, la diverticulectomía con miotomía y funduplicatura por vía laparoscópica es el tratamiento quirúrgico adecuado. El cuello del divertículo se puede exponer y seccionar satisfactoriamente desde el abdomen y la miotomía y la funduplicatura se realizan mejor desde el abdomen que desde otras vías de abordaje. Se realiza una endoscopia para identificar el cuello del divertículo y comprobar no estenotar la luz durante la sección con endograpadora. Después de la diverticulectomía realizamos miotomía de Heller y funduplicatura de Dor. La miotomía se realiza opuesta al sitio del divertículo y sobrepasando 1-1,5 cm la unión esófago gástrica.