



P-405 - DIVERTÍCULO EPIFRÉNICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

N. Estellés Vidagany, G. Garrigós Ortega, J.A. Díez Ares, A. Martínez Pérez, E. Martínez Pérez, R. Trullenque Juan, E. Martínez Mas, E. Martí Martínez y F. Blanes Masson

Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia.

Resumen

Introducción: Se denomina divertículo epifrénico al divertículo esofágico que se encuentra situado en los últimos 10 cm del esófago; supone menos del 10% del total. La mayoría surge por un mecanismo de pulsión debido a un trastorno motor subyacente, habitualmente la acalasia en alguna de sus formas. La prevalencia real se desconoce debido a que muchos de ellos son hallazgos incidentales. La disfagia, regurgitación y aspiración son las manifestaciones clínicas más frecuentes. Existen además síntomas derivados de las complicaciones del divertículo. Se estima que un 40% son asintomáticos. El tratamiento quirúrgico debe reservarse a casos muy sintomáticos, pues las cifras de fuga y mortalidad siguen presentes en nuestros días, aunque menores con las nuevas grapadoras y la cirugía mínimamente invasiva. Presentamos el caso clínico de una paciente con divertículo epifrénico sintomático que requirió intervención quirúrgica.

Caso clínico: Paciente de 76 años con antecedente de trasplante renal hacía 15 años. Consultó por clínica de 3 meses de evolución de disfagia y dolor retroesternal tras la ingesta que se aliviaba con la regurgitación. Asociaba pérdida de 14 Kg de peso por rechazo a comer debido a la sintomatología que presentaba. El tránsito baritado resultó diagnóstico observándose además vaciamiento lento y aumento del calibre del esófago proximal al divertículo. En la endoscopia digestiva alta se observó un gran divertículo en esófago inferior y esofagitis desde la boca del divertículo en dirección ascendente. No se consiguió obtener un registro manométrico por mala tolerancia y colaboración de la paciente. Con estos datos se indicó tratamiento quirúrgico, realizándose diverticulectomía, miotomía de Heller extendida 1 cm más allá del inicio de la línea de grapado y funduplicatura de Toupet por vía transhiatal laparoscópica. El postoperatorio curso sin incidencias, con adecuada tolerancia y desaparición de la sintomatología.

Discusión: Al tratarse el divertículo epifrénico de una enfermedad rara y encontrarse en muchas ocasiones como hallazgo incidental hace que sea difícil de estudiar y de realizar recomendaciones firmes sobre su tratamiento. Los puntos controvertidos ante un paciente con un divertículo epifrénico son principalmente qué técnica emplear y qué vía de abordaje. En cuanto a la técnica a emplear el punto más discutido es el asociar miotomía o no al tratamiento. El realizar diverticulectomía sin miotomía se ha asociado a elevadas tasas de recurrencia del divertículo y dehiscencias de la línea de grapado; por ello y dada la relación del divertículo con un trastorno motor subyacente el estándar de tratamiento para la mayoría de autores es la diverticulectomía, miotomía y técnica antirreflujo. El abordaje del divertículo puede realizarse por vía torácica o

abdominal. La toracoscopia permite una mejor exposición del divertículo pero presenta mayor dificultad para asociar una técnica antirreflujo, mientras que la laparoscopia tiene sus dificultades en casos de divertículos de gran tamaño por la dificultad en la disección del mismo.