



# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-124 - DIVERTÍCULO ESOFÁGICO COMO CAUSA DE DISFAGIA Y DESNUTRICIÓN EN UN VARÓN DE 55 AÑOS

*Simó Blay, Mario; Tormos Torqual, Bárbara; Añón Iranzo, Elena; Esteve Juan, José Antonio; Costa Guillo, Patricia; García del Olmo, Nuria; Aguiló Lucia, Javier*

*Hospital Lluís Alcanyís, Xàtiva.*

### Resumen

**Introducción:** Los divertículos esofágicos constituyen una evaginación de la luz del esófago. Se clasifican según su localización en faringoesofágicos, torácicos y epifrénicos, o en función de su mecanismo de producción, por pulsión o por tracción. Son poco frecuentes y suelen estar producidos por tracción. Generalmente asintomáticos, sin embargo, cuando son de gran tamaño pueden condicionar disfagia y regurgitación. El diagnóstico se establece mediante un tránsito esofagogástrico, endoscopia digestiva alta y TAC. Está indicado el tratamiento quirúrgico en caso de sintomatología o tamaño igual o mayor a 2 cm.

**Caso clínico:** Se presenta un caso de divertículo esofágico localizado en tercio inferior, por tracción, sintomático, en un paciente sin historia previa de tuberculosis o neoplásica. Se trata de un varón de 55 años, con antecedentes de VHC, enolismo y tabaquismo, ingresado por disfagia para sólidos de un mes, regurgitaciones de alimentos sin digerir y pérdida de 10 kg. El TAC evidenció una dilatación del esófago torácico y una imagen diverticular en la pared lateral derecha del esófago inferior de 22 × 20 mm. El tránsito objetivaba dicho divertículo que se rellenaba tras la administración de contraste, con adecuado peristaltismo esofágico, pero sin constatar un vaciamiento completo. La gastroscopia identificaba el divertículo de boca ancha a 38 cm de incisivos. Tras mejorar el estado nutricional, el paciente se interviene por vía laparoscópica abdominal transhiatal, resecándose el divertículo con endograpadora, asociándose una técnica antirreflujo tipo Dorr. En el posoperatorio presentó una neumonía nosocomial con evolución posterior favorable. A los diez meses consultó por disfagia a sólidos y a líquidos, desnutrición, caquexia y pérdida de peso. En el TAC presentaba una imagen de divertículo adyacente a la línea de grapado, que se confirmó endoscópicamente. Dados los hallazgos se indicó intervención quirúrgica, previa mejoría del estado nutricional. Se realizó inicialmente un abordaje abdominal, disecando y liberando la unión esofagogástrica, pero dada la dificultad de tratar el divertículo por la intensa fibrosis, se optó por realizar una toracotomía posterolateral derecha, realizándose una resección del divertículo mediante endograpadora con control endoscópico intraoperatorio. El posoperatorio transcurrió sin incidencias siendo alta a los 5 días, con correcta tolerancia oral.

**Discusión:** Los divertículos esofágicos torácicos son poco prevalentes. Su etiología está ligada a procesos inflamatorios pulmonares. Los grandes y sintomáticos condicionan un deterioro del estado nutricional, que puede asociarse a una mayor morbilidad posoperatoria. Por ello, es importante

asegurar una adecuada nutrición preoperatoria. En el caso presentado, la sospecha inicial de la disfagia al año de la primera intervención, fue una estenosis secundaria a la cirugía, pero se descartó mediante las pruebas complementarias. En cuanto a la cirugía, especialmente en la recidiva, es necesario el abordaje torácico, por toracoscopia si es posible. En este caso se optó por la toracotomía por la intensa fibrosis periesofágica. Es muy conveniente y una garantía, el control endoscópico intraoperatorio de la luz esofágica para asegurar que, además de la resección completa del divertículo, no se produce una estenosis esofágica. En el caso presentado el abordaje laparoscópico transhiatal inicial fue insuficiente para la resección completa del divertículo