

Divertículo epifrénico

Epinephrine diverticulum

Moraima Emilia Vallés Gamboa,^I Orlando Rafael Expósito Reyes,^{II} Carlos Gaetano Ferreiro,^{III} Yaima Susana Rey Vallés^{IV}

^I Especialista de II Grado en Cirugía General. Asistente. Hospital Universitario "Celia Sánchez Manduley". Manzanillo, Granma.

^{II} Máster en Ciencias. Especialista de I Grado en Caumatología y Cirugía Plástica. Profesor Auxiliar. Hospital Universitario "Celia Sánchez Manduley". Manzanillo, Granma.

^{III} Especialista de I Grado en Cirugía General. Hospital Universitario "Celia Sánchez Manduley". Manzanillo, Granma.

^{IV} Residente de 1er. año de Cirugía General. Hospital Universitario "Celia Sánchez Manduley". Manzanillo, Granma.

RESUMEN

El divertículo epifrénico provocado por el aumento de la presión intraesofágica a causa de alteraciones motoras subyacentes es raro; representa cerca del 10 % de todos los divertículos esofágicos. Se presenta el caso de una paciente de 65 años de edad, que ingresó en el Servicio de Cirugía General con ictericia obstructiva por pancreatitis crónica. Se le realizó una triple derivación de Catell y durante la evolución posoperatoria comenzó a presentar vómitos que contenían alimentos sin digerir, fétidos, ingeridos con horas o días de antelación. Se le realizó una radiografía baritada de esófago, estómago y duodeno, con buen pase de contraste al duodeno, y se observó la presencia de un divertículo epifrénico de gran tamaño, responsable de los síntomas. Fue intervenida quirúrgicamente utilizando como vía de acceso una incisión media previa y vía transhiatal. Se practicó una vagotomía, diverticulectomía, miotomía esofágica extendida, procedimiento antirreflujo y yeyunostomía temporal para la alimentación precoz. La evolución fue favorable y la paciente está hoy asintomática.

Palabras clave: Divertículo epifrénico, trastorno motor esofágico.

ABSTRACT

The epinephrine diverticulum due to the increase of intraesophageal pressure by underlying motor alterations is a rare entity; it accounts for around the 10 % of all esophageal diverticula. This is the case of a female patient aged 65 admitted in the General Surgery Service presenting with obstructive jaundice by chronic pancreatitis. A triple Catell's bypass was carried out and during the postoperative course had vomiting containing non-digested fetid foods, ingested many hours or days ago. Barium radiography of esophagus, stomach and duodenum was obtained with a good contrast passage, verifying the presence of a very large epinephrine diverticulum causing the symptoms. She was operated on using as approach route a previous middle incision and trans-hiatal route. A vagotomy, diverticulectomy, extended esophageal myotomy, anti-reflux procedure and temporary jejunostomy for the early feeding. Course was favorable and patient remains asymptomatic.

Key words: Epinephrine diverticulum, esophageal motor disorder.

INTRODUCCIÓN

El divertículo epifrénico provocado por pulsión es el resultado de una hernia de la mucosa y submucosa a través del defecto de la pared muscular, en el punto de entrada de los vasos sanguíneos.¹⁻³ El 92 % de estos se consideran adquiridos, y aunque es una enfermedad esofágica infrecuente, ha aumentado al parecer como consecuencia de la mayor longevidad de la población.²

Hoy, gracias al empleo de la esofagomanometría, se considera que la mayoría de estos divertículos son consecuencia de trastornos motores esofágicos, lo que ha modificado la técnica quirúrgica.^{4,5} El propósito de este trabajo es informar a la comunidad científica sobre un nuevo caso diagnosticado y tratado utilizando una vía de acceso poco común en la actualidad.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 65 años de edad, del sexo femenino, raza blanca, con antecedentes de dolor retroesternal y regurgitación que ceden con tratamiento médico; acudió al servicio de urgencia con coloración amarilla de la piel y las mucosas. Fue estudiada y se diagnosticó una ictericia obstructiva. Fue intervenida quirúrgicamente y se practicó una triple derivación de Catell, por estenosis distal del colédoco, secundaria a una pancreatitis crónica. Al tercer día, después de retirar la sonda de Levine y comenzar con la vía oral, presentó vómitos con restos de alimentos sin digerir, ingeridos con horas o días de antelación, fétidos. Se sospechó la existencia de un edema de la neoboca y se indicó reposo del tubo digestivo y metoclopramida, tratamiento que se realizó de forma intermitente por la inestabilidad del cuadro clínico.

Antecedentes patológicos personales:

- Hipertensión arterial.
- Absceso hepático amebiano operado por vía laparoscópica.

Datos positivos al examen físico:

- Mucosas hipocoloreadas y secas.
- Tensión arterial de 100/60 mm Hg y frecuencia cardíaca de 100/min.
- Abdomen excavado, con herida quirúrgica sin signos de infección, ausencia de bazuqueo gástrico.
- TCS: edemas en miembros inferiores.
- Pliegue cutáneo, disminución marcada de la masa muscular y panículo adiposo.

Complementarios:

- Hemograma: 74 g/L.
- Ionograma: Sodio, 132 meq/L; potasio, 3,3 meq/L.
- Electrocardiograma: Taquicardia sinusal.
- Radiografía baritada de esófago, estómago y duodeno: presencia de divertículo epifrénico de gran tamaño, donde se retiene y flocula el contraste; el contraste pasa sin dificultad al gastroyeyuno (figura 1).

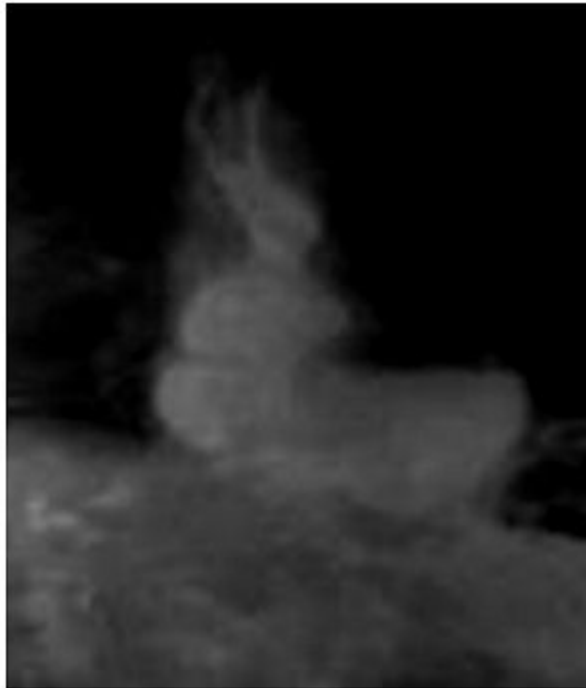


Figura 1. Radiografía baritada de esófago, estómago y duodeno.

Tratamiento quirúrgico. Apertura de la incisión media previa, abordaje esofágico transhiatal, vagotomía troncular, disección esofágica, diverticulectomía, sutura cerrada en dos planos del cuello del divertículo, miotomía extendida al arco aórtico lateral a la sutura y hasta aproximadamente 1,5 cm de la unión cardioesofágica, valvuloplastia de Toupet. Yeyunostomía temporal para alimentación (figura 2).



Figura 2. Imagen posoperatoria.

Resultados anatomopatológicos: Divertículo con presencia de áreas de ulceraciones e inflamación crónica.

DISCUSIÓN

El diagnóstico del divertículo epifrénico se realizó por radiología baritada del esófago, y se encontró localizado en la región posteroizquierda de este órgano, con dos divertículos de menor tamaño en el lado opuesto y ondas terciarias, lo cual confirmó la asociación a un trastorno motor esofágico (figura 1). La localización más frecuente de estos divertículos es la pared posterior derecha del esófago, y en menor número, saliendo de la parte izquierda a unos 2 a 10 cm por encima del cardias, como han documentado varios autores.¹⁻⁵ La radiografía baritada de esófago ofrece suficiente información sobre la enfermedad y puede mostrar la asociación a trastornos motores como acalasia, hipertensión del esfínter esofágico inferior, espasmo esofágico difuso, irregularidad y estenosis de la luz, que pueden hacer sospechar la presencia de un carcinoma. Puede existir un divertículo solitario, dos y hasta tres, o imágenes pseudodiverticulares, retención prolongada de bario, así como ulceraciones. En este paciente, el buen pase de contraste al duodeno descartó la posibilidad de un trastorno de la evacuación gástrica. Otros medios diagnósticos posibles son la tomografía axial computarizada, la esofagoscopia y la biopsia.^{1,2-7}

La intervención quirúrgica previa de este paciente pudo haber desencadenado los síntomas del divertículo y del trastorno motor preexistente, al ser ocupado el hemiabdomen superior por un asa delgada y aumentar la presión intraabdominal. Después de una vagotomía selectiva por úlcera péptica se describen graves síntomas en divertículos antes asintomáticos.⁵ En este caso, para la reparación del divertículo, se utilizó la vía transhiatal, por contraindicación de la mínima invasiva y la torácica dado el estado precario de la paciente; esta vía brindó la posibilidad de

la extirpación del divertículo de forma confiable. Durante el procedimiento no se conservaron los nervios vagos por la necesidad de hacer descender el esófago y por la existencia de una gastroyeyunostomía. La esofagocardiomiectomía se realizó extendida al arco aórtico por la presencia de otros dos divertículos y la falta de manometría esofágica, lo que obliga a realizar un procedimiento antirreflujo.

La decisión de operar se basa frecuentemente en la preferencia del médico y el paciente, aunque no parece haber discrepancias en los criterios que justifican la intervención. La cirugía está indicada en los divertículos sintomáticos, cuando coexistan alteraciones del tránsito esofágico y si los divertículos son de gran tamaño o muestran alguna complicación, utilizando el abordaje por toracoscopia o vía laparoscópica siempre que no existan contraindicaciones.^{6,8,9-11} La miotomía desde el cuello del saco hasta el cardias se considera un procedimiento esencial, dada la evidente relación con los trastornos motores esofágicos.^{3,5-8,9} Algunos autores la realizan solamente en presencia de cardioespasmo y otros la contraindican cuando existe reflujo gastroesofágico o cuando la presión del esfínter esofágico inferior está por debajo de lo normal por manometría.⁸⁻¹⁰ Esta operación debe ser complementada con un procedimiento antirreflujo, técnica obligada para muchos autores cuando se trata de este tipo de divertículo esofágico.^{5-7,11,12}

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Michael H, Fisher RS. Treatment of epiphrenic and mid-esophageal diverticula. *Curr Treat Options Gastroenterol*. 2004;7(1):41-52.
2. Fasano NC, Levine MS, Rubesin SE, Redfern RO, Laufer I. Epiphrenic diverticulum: clinical and radiographic findings in 27 patients. *Hepatogastroenterology*. 2003;18(1):9-15.
3. Altorjay A, Botos B, Odor S, Sárkány A, Illés I, Varga I, Szilágyi A. Dilemmas arising from surgical treatment of epiphrenic diverticulum. *Orv Hetil*. 2005;146(19):959-63.
4. Varghese TK Jr, Marshall B, Chang AC, Pickens A, Lau CL, Orringer MB. Surgical treatment of epiphrenic diverticula: a 30-year experience. *Ann Thorac Surg*. 2007;84(6):1801-9.
5. Palanivelu C, Rangarajan M, Maheshkumaar GS, Senthilkumar R. Minimally invasive surgery combined with peroperative endoscopy for symptomatic middle and lower esophageal diverticula: a single institute's experience. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*. 2008;18(2):133-8.
6. Lai ST, Hsu CP. Carcinoma arising from an epiphrenic diverticulum: a frequently misdiagnosed disease. *Ann Thorac Cardiovasc Surg*. 2007;13(2):110-3.
7. Granderath FA, Pointner R. Laparoscopic transhiatal resection of giant epiphrenic esophageal diverticulum. *Dis Esophagus*. 2007;20(4):353-7.
8. Lázár G, Szentpáli K, Paszt A. Minimally invasive surgical treatment for mid-esophageal and epiphrenic diverticula. *Magy Seb*. 2005;58(6):352-6.
9. Chen L, Walser EM, Schnadig V. Fatal hemorrhage secondary to ulcerated epiphrenic pseudodiverticulum. *Arch Pathol Lab Med*. 2006;130(6):867-70.

10. Kim KW, Berkmen YM, Auh YH, Kazam E. Diagnosis of epiphrenic esophageal diverticulum by computed tomography. *J Comput Tomogr.* 2005;12(1):25-8.
11. Guirroli E, Rizzetto C, Rampado S, Ancona E. Long-term outcome of operated and unoperated epiphrenic diverticula. *J Gastrointest Surg.* 2008;12(9):1485-90.
12. Zaninotto G, Portale G, Costantini M, Merigliano S, Valentini M, Pera M, *et al.* Incomplete esophageal myotomy and early recurrence of an epiphrenic diverticulum. *Dis Esophagus.* 2005;18(1):64-6.

Recibido: 3 de julio de 2009.

Aprobado: 26 de octubre de 2009.

Moraima Emilia Vallés Gamboa. Hospital Universitario "Celia Sánchez Manduley".
Circunvalación, carretera Campechuela. Manzanillo, Granma. Correo electrónico:
mori@golfo.grm.sld.cu