

PRESENTACIÓN DE CASO

Presentación de dos casos interesantes de divertículos epifrénicos operados por toracoscopia

Presentation of two interesting cases of epiphrenic diverticula operated on by thoracoscopy

Jorge Gerardo Pereira Fraga,^I Miguel Ángel Martínez Alfonso,^{II} Sigfredo de la Caridad Montero Ferrer,^{III} Rosalba Roque González,^{IV} Ana Bertha López Milhet,^V José Manuel Hernández Gutiérrez^{VI}

^I Especialista de I Grado en Cirugía General. Instructor de Cirugía General. Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso. La Habana, Cuba.

^{II} Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesor Auxiliar de Cirugía General. Investigador Auxiliar. Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso. La Habana, Cuba.

^{III} Doctor en Ciencias. Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesor Titular de Cirugía General. Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso. La Habana, Cuba.

^{IV} Doctora en Ciencias. Especialista de II Grado en Cirugía General. Máster en Educación Médica Superior. Profesora Titular de Cirugía General. Investigadora Auxiliar. Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso. La Habana, Cuba.

^V Especialista de I Grado en Cirugía General. Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso. La Habana, Cuba.

^{VI} Especialista de II Grado en Cirugía General. Asistente de Cirugía General. Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso. La Habana, Cuba.

RESUMEN

El divertículo epifrénico es una enfermedad poco frecuente, pero constituye el 20 % de los divertículos del esófago, y se consideran falsos porque están constituidos, fundamentalmente, por mucosa y submucosa, y se deben a trastornos de la motilidad esofágica e incoordinación del esfínter esofágico inferior. Su localización más frecuente es en los últimos 10 a 12 cm del esófago distal, por lo que muchos lo llaman supra diafragmáticos. Su síntoma fundamental es la disfagia, aunque en ocasiones cursan asintomáticos, sobre todo, los pequeños, y tienen indicaciones quirúrgicas precisas. Se presentan 2 pacientes operados en el Centro Nacional de Cirugía Endoscópica en los meses comprendidos entre noviembre de 2009 y marzo de 2010, con diagnóstico de divertículos esofágicos epifrénicos. Se muestran los

complementarios para el diagnóstico, el proceder quirúrgico con la vía utilizada y las complicaciones.

Palabras clave: divertículo epifrénico, toracoscopia, diverticulectomía, cirugía de mínimo acceso.

ABSTRACT

The epiphrenic diverticulum is an uncommon disease, but account for the 20 % of esophageal diverticula and are considered as false due to its constitution mainly by mucosa and submucosa and are provoked by esophageal motility disorders and no coordination of lower esophageal sphincter therefore called supradiaphragmatic. Its fundamental symptom is the dysphagia, although occasionally becomes asymptomatic mainly the small ones and have precise surgical prescriptions. Author present two cases operated on the National Center of Endoscopic Surgery during November, 2009 and March, 2010 diagnosed with epiphrenic esophageal diverticula. Complementary analysis for diagnosis, the surgical procedure and the route used as well as the complications are showed.

Key words: epiphrenic diverticulum, thoracoscopy, diverticulectomy, minimal-access surgery.

INTRODUCCIÓN

Se presentan 2 pacientes operados en el período de noviembre de 2009 a marzo de 2010, ambos referían como síntoma fundamental la disfagia. A los 2 se le realizaron endoscopias en las que se observan las bases anchas de ambos divertículos, que se comprobaron por el estudio contrastado; a los 2 se le realizó manometría esofágica, que informa, en uno de ellos, la asociación con una acalasia esofágica. Se realizó en el primer paciente la diverticulectomía por toracoscopia izquierda, y al segundo el mismo proceder asociado con una miotomía esófago-gástrica por el hemitórax derecho. La estancia hospitalaria fue de 5 y 7 días respectivamente, con una evolución satisfactoria. La complicación reportada fue el empiema pleural izquierdo a los 9 días de posoperatorio. El tratamiento fue quirúrgico, con evolución satisfactoria y alta a los 20 días. Queda demostrado que la cirugía de mínimo acceso brinda una buena opción para esta enfermedad, y es esta la primera referencia por acceso mínimo reportada a nivel nacional.

PRESENTACIÓN DE CASOS

Caso no. 1

Paciente de 67 años de edad, con HC No. 4755, con antecedentes de disfagia de años de evolución, que llega al servicio de cirugía remitido por especialistas en vías digestivas, con el diagnóstico de un gran divertículo de esófago de la parte media e inferior del esófago, de una base ancha de más de 6 cm (Fig. 1). Dentro de los estudios realizados para su diagnóstico se encuentran: endoscopia digestiva

superior, estudio contrastado de esófago, estómago y duodeno, y manometría esofágica que no muestra trastornos relevantes de motilidad. Se le concluye el estudio con pruebas funcionales respiratorias, que resultaron satisfactorias.



Fig. 1. Esofagograma en el que se aprecia un gran divertículo con proyección al hemotorax izquierdo (paciente no. 1).

Se le opera el 15 de noviembre de 2010, y se le realiza toracoscopia izquierda con 4 puertos de trabajo, con la asistencia de un gastroenterólogo que nos localiza el divertículo en su parte central (Fig. 2).



Fig. 2. Endoscopia en la que se observa el saco diverticular con su fondo deprimido por una pinza del cirujano (paciente no. 1)

Se realizó diverticulectomía esofágica con suturadores mecánicos lineales, utilizando dos peines de sutura (Fig. 3), y se deja sonda pleural izquierda en la línea posterior del séptimo espacio intercostal, que fue uno de los puertos de trabajo.



Fig. 3. Sección del saco diverticular y sutura con suturador mecánico lineal (paciente no. 1).

Previa fluoroscopia con contraste hidrosoluble y al no comprobarse fuga anastomótica, se comienza con dieta líquida a las 72 h de operado. La evolución fue satisfactoria en los 5 días del posoperatorio, por lo que se le da el alta con dieta líquida y papilla, que tolera perfectamente. Esta evolución fue satisfactoria hasta los 9 días de la operación, en que presenta un cuadro de fiebre de 38° de temperatura, que lo obliga a regresar al centro y reingresarlo como un posible foco bronco neumónico.

Se impone tratamiento médico con antibióticos, y a los 7 días, después de una mejoría clínica y radiológica, se observa la presencia de un derrame que plantea la posibilidad de una posible dehiscencia (Fig. 4). Se lleva nuevamente al salón y se le realiza una enterostomía alimentaria y después una toracoscopia por los mismos puertos anteriores, se entra en una cavidad de tercio medio e inferior del tórax, lleno de pus, se lava y aspira. No se precisa perforación y se le deja nuevamente un drenaje pleural conectado a un sello de agua, asociado esto a una cefalosporina de tercera generación. El paciente evoluciona lenta pero satisfactoriamente, se le remite de nuevo al centro, y es dado de alta con la vía oral restablecida. Es seguido en consulta, está asintomático, sin disfagia, con un aumento considerable de peso, y con 5 meses de operado en el momento de realizado este trabajo.

Caso no. 2

Un paciente de sexo masculino, con 47 años de edad, con HC no. 950410, con antecedentes de disfagia, regurgitaciones y dolor retroesternal de aproximadamente 12 meses de evolución, acompañado de pérdida de peso. Se estudia y se diagnostica por estudio contrastado (Fig. 5), endoscopia y manometría esofágica un divertículo esofágico epifrénico, con proyección en la radiografía de tórax anteroposterior hacia la derecha y bien bajo, además de una base ancha y asociado con una acalasia esofágica. Concluido el estudio, y previas pruebas respiratorias funcionales, se

decide intervenir. Este paciente fue ingresado antes de la operación para mejorar su estado con nutrición enteral y parenteral.



Fig. 4. Empíema a los 9 días de operado (paciente no. 1).

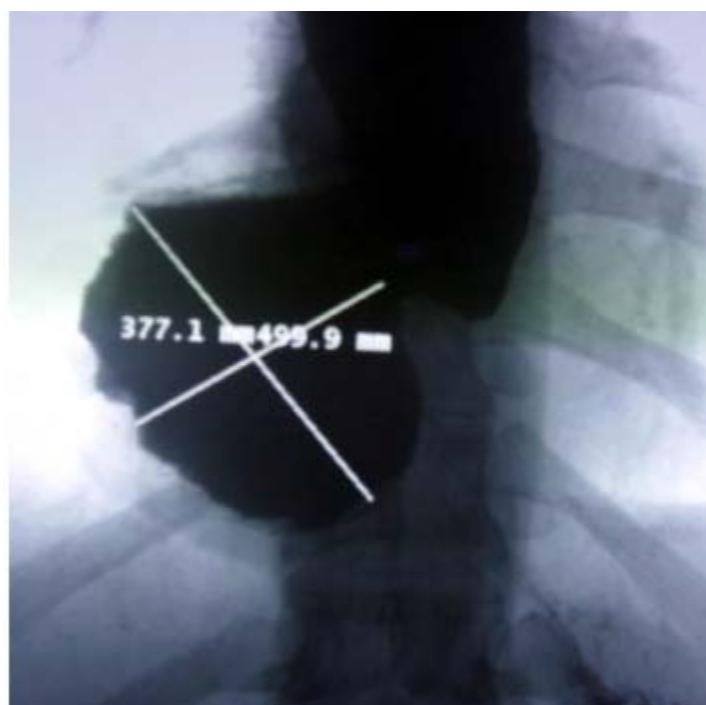


Fig. 5. Fluoroscopia con contraste hidrosoluble de divertículo (paciente no. 2)

Se adopta como vía para acceder al divertículo una toracoscopia derecha. Se opera, se realiza una diverticulectomía derecha con una miotomía hasta 1,5 cm por debajo de la unión esófago-gástrica (Fig. 6), se le deja drenaje, y es remitido a terapia intermedia en las primeras 48 h. Al igual que el primer paciente, previa fluoroscopia con contraste hidrosoluble, se decide comenzar con dieta líquida y papilla a las 72 h, y su mantenimiento durante los primeros días, seguido en consulta con buena evolución, libre de síntomas y con ganancia de peso.

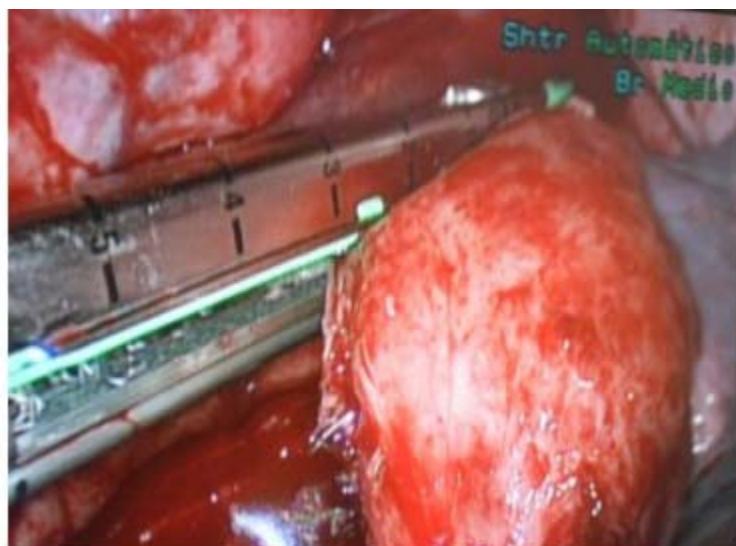


Fig. 6. Resección del divertículo del hemitórax derecho (paciente no. 2)

DISCUSIÓN

Los divertículos epifrénicos no son muy frecuentes. Su operación solo se realiza ante la presencia de síntomas progresivos, o que produzcan incapacidades, cuando tienen un tamaño grande, o si aumentan de forma progresiva, incluso, si no provocan síntomas y si se requiere intervenir otras enfermedades esofágicas asociadas, como la hernia hiatal, si es factible, entonces es que se le opera.¹⁻³

Con el advenimiento de la cirugía de mínimo acceso, estos procederes, que no son muy cotidianos, se comenzaron a realizar por esta vía, porque se demostró la factibilidad de la técnica para tales casos.^{4,5} En Cuba existen reportes de esta cirugía por el modo convencional, y la mayoría de los reportes son por toracoscopia izquierda.

Para llegar al diagnóstico de certeza, y considerados como regla de oro, los estudios a realizar son: la endoscopia, el estudio contrastado de esófago, estómago y duodeno, y la manometría esofágica.^{6,7}

Los casos presentados fueron tratados uno por toracoscopia izquierda y el otro por la derecha. Se tomó en consideración para la decisión de abordar uno u otro hemitórax, la endoscopia y el estudio contrastado. Ambos casos fueron tratados por 4 puertos de trabajo, 2 de 5 mm y 2 de 10 y 12 mm, aunque al final uno se amplió para la extracción de la pieza en una bolsa.

Lo más importante se considera que es, previa exploración de la cavidad y localización exacta del divertículo, la ubicación del trocar por donde se va a utilizar el suturador mecánico, considerando que debe utilizarse un calibrador para los peines a utilizar.

Los pacientes que tengan algún trastorno de la motilidad esofágica o esfínter esofágico inferior, deben ser tratados con miotomía esófago gástrica y algún proceder antirreflujo, sobre todo, en pacientes jóvenes.⁸

La presencia de un endoscopista es esencial durante el transoperatorio, no solo para ubicación del divertículo, sino también a la hora de la sutura y la miotomía en

el caso que se realiza. Igualmente, se considera que estos pacientes deben ser trasladados en el posoperatorio a una sala de cuidados intermedios.

La cirugía torácica videoasistida permite la intervención del divertículo epifrénico a través de uno u otro hemitórax, pero es necesaria la realización de la endoscopia transoperatoria y la disposición adecuada de los trócares para la sutura mecánica. El entrenamiento del equipo quirúrgico es lo que garantiza el éxito de la cirugía, además, naturalmente, de los cuidados posoperatorios necesarios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martín González MA, Ferrá Betancourt A, Lloréns Figueroa JA, Fuentes Valdés E. Divertículo epifrénico doble: presentación de un caso. Rev Cubana Cir [serie en internet]. 2005 Dic [citado 22 de octubre de 2011];44(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932005000400009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
2. Carrere N, Pradere B. Esophageal diverticula. J Chir (Paris). 2004 Mar;141(2):85-92.
3. Rosati R, Fumagalli U, Bonavina L, Peracchia A. Diverticulectomy, Myotomy, and Fundoplication through Laparoscopy. Annals of surgery. 1998;227(2):174-8.
4. Ruiz D, Ortiz E, Martínez D, Munitz R. Divertículos epifrénicos: ¿cuándo y cómo operar? Cir Esp. 2009 April;85(4):196-204.
5. Vega K, Andrade R. Divertículo epifrénico. Descripción de un caso clínico y revisión de la literatura. Rev Colom Cir. 2006 ene-mar;21(1):63-7.
6. Italo Bragheto M, Owem Korn B, Valladares H. Divertículos esofágicos. Tratamiento quirúrgico. Gastro latinoam. 2005;16(2):122-6.
7. Dhiren N, Reginald V, De Meester T, Theisen J, Peters JH. Physiologic Basis for the Treatment of Epiphrenic Diverticulum. Annals of surgery. 2002;235(3):346-54.
8. Martin González MA, Ferrá Betancourt A, Fuentes Valdés E. Divertículos esofágicos por pulsión: técnicas quirúrgicas. Rev Cubana Cir [serie en internet] 2005 [citado 22 de octubre de 2011];44(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932005000400004&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Recibido: 20 de mayo de 2010.

Aprobado: 10 de julio de 2010.

Jorge Gerardo Pereira Fraga. Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso. Calle Párraga No. 215, entre San Mariano y Vista Alegre, municipio 10 de Octubre. La Habana, Cuba. Correo electrónico: jorge.pereira@infomed.sld.cu