Divertículo Epifrénico.

Epiphrenic Diverticulum.

Josephine P. Campana-Román[1], Alex J. Cueva Ramírez[2], Luis A. Campana-Olazabal[1].

Resumen.

El divertículo epifrénico es una patología infrecuente en nuestro medio por lo que no se tiene una incidencia precisa de la misma. Se presenta el caso de una mujer adulta mayor con historia de vómitos post-prandiales de 10 años de evolución aproximadamente. En estudios por consulta externa de radiografías de esófago-estomago contrastado y tomografía se identifica imagen compatible con divertículo epifrénico. Se realizó diverticulectomía esofágica más miotomía tipo Heller con fundoplicatura parcial a lo Dor laparoscópica. La evolución fue favorable y salió de alta al quinto día, sin complicaciones. Actualmente la paciente se encuentra asintomática. Se presenta caso dada la baja incidencia de la patología en nuestro medio, así como mostrar el manejo quirúrgico por laparoscopia y hacer una breve revisión de la literatura.

Palabras clave: Divertículos esofágicos, divertículo epifrénico, diverticulectomía laparoscópica.

Abstract.

The epiphrenic diverticulum is an uncommon pathology in our environment, so there is no precise incidence of it. The case of an older adult woman with a history of post-prandial vomiting of approximately 10 years of evolution is presented. In studies by outpatient consultation of contrasted esophageal stomach radiographs and tomography, images compatible with epiphenic diverticula are identified. Esophageal diverticulectomy plus Heller type myotomy with partial fundoplication was performed by laparoscopic approach. The evolution was favorable and he was discharged on the 5th day, without complications. Currently the patient is asymptomatic. A case is presented given the low incidence of the pathology in our environment, as well as showing the surgical management by laparoscopy and making a brief review of the literature.

Keywords: Esophageal diverticula, epiphrenic diverticulum, laparoscopic diverticulectomy

Introducción.

Los divertículos esofágicos tienen una prevalencia poco frecuente de 0,06 a 4% [1,2] y de ellos el divertículo epifrénico representa del 2,5 al 14% de esa patología.[3-5] Se estima que la incidencia del divertículo epifrénico es de 1 en medio millón en el mundo aproximadamente.[6] El mecanismo de producción de estos divertículos parece ser que se debe a un efecto de pulsión, es decir, de una fuerza de adentro hacia fuera del tubo esofágico, que tiene como resultado la herniación o protrusión de la mucosa y submucosa a través de la muscular propia en forma de saco o bolsa diverticular. Esta fuerza de pulsión está relacionada con trastornos motores del esófago como pueden ser desorden motoro inespecífico (34%), desorden motor no especificado (13%), acalasia (12%) y esfínter esofágico inferior hipertensivo (9%). [7]

En el Perú no existen muchos reportes de casos de esta patología que fue el motivo principal que nos impulsa a publicar el presenta caso en video.

Caso.

Paciente mujer de 87 años, mestiza, con antecedente de cirugía de mama izquierda por lipoma y cirugía de catarata en ambos ojos, quien acude por consultorio externo porque refiere que desde hace 10 años apro-

Fecha de envío:
22 de octubre de 2019.

Fecha de aceptación:
7 de noviembre de 2019.

Proceso:
Revisión por pares.

Conflicto de intereses:
Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

[1] Servicio de Estómago y Esófago, Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima, Perú.
[2] Servicio de Cirugía General, Hospital Víctor Lazarte Echegaray, Trujillo, Perú.

Correspondencia:
Dra. Josephine Priscilla Campana Román
Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima, Perú
E-mail: priscillacampana@gmail.com

ximadamente presenta vómitos post prandiales, de contenido alimenticio y de mal olor asociado a dolor abdominal de tipo pulsátil en epigastrio de leve a moderada intensidad que irradia a región dorsal, el cual cede parcialmente con paracetamol. Además, no refiere pérdida ponderal considerable. De 1 año antes del ingreso tiene un esofagrograma con contraste vía oral donde se observa imagen de adición sacular en tercio distal a la altura de D10 de 52x57 mm y un cuello de 22 mm compatible con divertículo esofágico (Figura 1).

En las consultas previas al ingreso se le solicita radiografía de esófago-estómago-duodeno contrastada en donde se observa imagen por adición en tercio distal de esófago torácico a nivel de cara posterior lateral derecha de 62x61 mm que produce nivel hidroaéreo, que permite el paso del contraste al estómago y no presenta imagen por sustracción, por lo que se concluye en hallazgos radiológicos compatibles en relación con divertículo epifrénico (Figura 2 y 3). Luego se le pide une endoscopia digestiva alta (EDA) en la cual se observa divertículo en esófago distal de boca ancha, que no presenta contenido en su interior y con la mucosa indemne.

Se le pide tomografía tóraco-abdominal con contraste donde se evidencia imagen redondeada en la cara lateral derecha del tercio distal de esófago compatible con divertículo epifrénico.

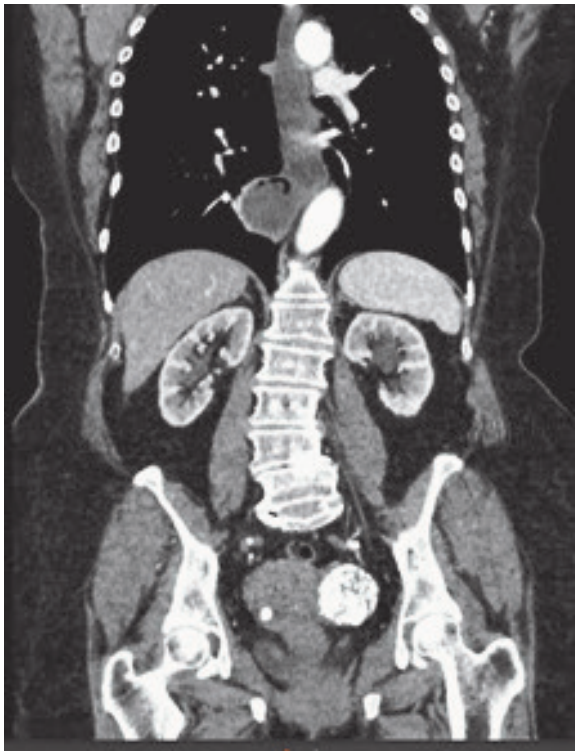
Se decide por tratamiento quirúrgico laparoscópico en donde se encuentra divertículo epifrénico de 5x5 cm ubicado en la cara lateral derecha, a 4 cm del hiato esofágico, adherido a pleura parietal, por lo que se tuvo que hacer apertura de pleura de 3 cm aprox. y luego repararla. Se realiza resección diverticular con 3 disparos de auto sutura de 60 mm azul y se refuerza con sutura continua con PDS 00, miotomía de Heller con monopolar 6 cm hacia cefálico y 2 cm hacia caudal. También se realizó fundoplicatura a lo Dor y se colocó dren Jackson-Pratt en hiato esofágico. Paciente toleró procedimiento y pasó a la unidad de recuperación en estado consciente. Paciente cursa sin complicaciones durante el postoperatorio por lo que se le da de alta al 5to día.

Discusión.

Los divertículos esofágicos son poco comunes y se pueden clasificar según su localización anatómica en faringo-esofágicos, medio esofágicos y epifrénicos[8], y en cuanto a su mecanismo fisiopatológico, se diferencian en dos diferentes tipos: divertículos por tracción, debido a un proceso inflamatorio que involucra al esófago, o por pulsión, asociados a un trastorno de motilidad asociado[9-11]. Los divertículos epifrénicos son en

Figura 1. Esofagrograma con contraste que muestra imagen compatible con divertículo epifrénico.

Figura 2. TAC Tóraco-abdomino-pélvica donde se aprecia imagen diverticular en esófago distal (corte coronal).

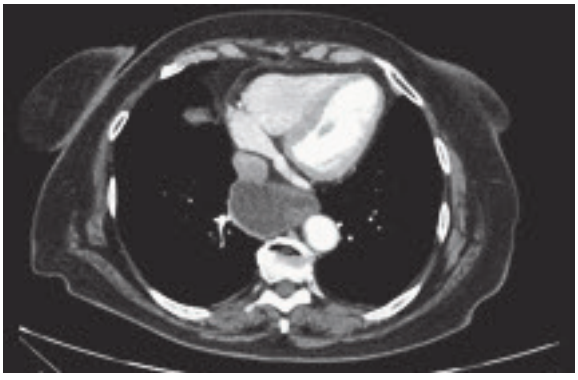


realidad falsos divertículos o pseudodiverticulos tipo pulsión, donde solo son evaginaciones de la mucosa y submucosa a través de la capa muscular, que se localizan por lo general en los últimos 10 cm. del esófago y tienen una predilección a presentarse en el lado posterior derecho del mismo[12].

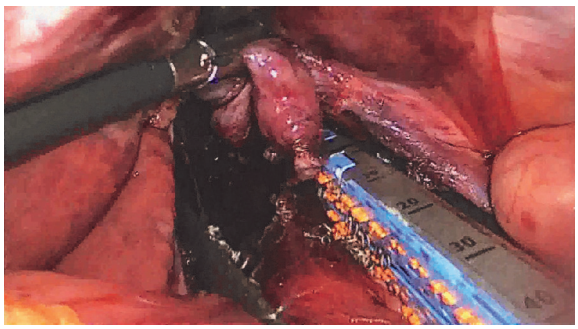
Se postuló además, que la protrusión de la mucosa y submucosa era debida a un aumento de la presión intraesofágica secundaria a un trastorno motor[13]. No se tiene muy en claro su verdadera prevalencia pues los casos asintomáticos o leventemente sintomáticos son raramente diagnosticados. La bibliografía informa de una leve preferencia en presentarse en varones pero en este caso tenemos a una mujer adulta mayor con la patología en mención. Así mismo estos divertículos se presentan en pacientes de mediana edad y en mayores. Los divertículos múltiples se pueden observar hasta en el 20% de pacientes diagnosticados.

Los síntomas más frecuentes en pacientes con divertículos epifrénicos son disfagia y regurgitación. La disfagia se asocia a veces con obstrucción del esófago. La regurgitación de alimentos no digeridos es de gran volumen y que con frecuencia ocurre por la noche, que probablemente se deban a los cambios en la posición. También se ha reportado dolor retroesternal o pirosis, o los dos, pero lo que no se puede determinar muchas veces es que si estas molestias se debe al trastorno motor, al divertículo o a la enfermedad de reflujo gastroesofágico concomitante. Las complicaciones pulmonares por aspiración se producen en el 24 a 45% de los pacientes, pero a menudo son subestimadas pero que pueden llevar incluso a la muerte a los pacientes con esta patología. Además se ha reportado la posible degeneración de los divertículos como en carcinoma de células escamosas primario, neoplasias benignas raras, particularmente el leiomioma. Es muy raro que los divertículos sufran ulceras, sangrados o perforación espontaneo.

Figura 3. TAC Tóraco-abdomino-pélvica donde se aprecia imagen diverticular en esófago distal (corte axial).



Video 1. Disponible en: https://youtu.be/01HiwEY19lY



El tratamiento quirúrgico se centra en 2 principios básicamente: resección del divertículo y el tratamiento del trastorno de motilidad esofágico subyacente para mejorar la obstrucción funcional.

En la actualidad hay consenso en intervenir a los pacientes con síntomas esofágicos severos o aquellos en los que se haya objetivado un empeoramiento clínico en relación con un incremento considerable del tamaño diverticular. Los sujetos con manifestaciones respiratorias de cualquier magnitud, más aún si el saco es grande, también tienen indicación quirúrgica. Del mismo modo, la degeneración neoplásica de la mucosa esofágica dentro del divertículo requiere cirugía[14].

Sin embargo, Altorki y col defienden la cirugía electiva en todo individuo con divertículo epifrénico para evitar eventos respiratorios que pongan en peligro la vida del paciente. Casi la mitad de los sujetos que constituyen su serie presentaban complicaciones pulmonares en el momento del diagnóstico y en 3 de ellos los síntomas respiratorios eran las únicas manifestaciones de la enfermedad[15].

En cuanto a la técnica quirúrgica el estándar para la mayoría de los autores combina diverticulectomıa, cardiomiotomıa esofágica y técnica antirreflujo. Otras opciones descritas en la literatura son diverticulectomıa aislada, diverticulectomıa con miotomıa sin antirreflujo, miotomıa sola o con antirreflujo y esofaguectomıa.

La opción terapéutica más común en cuanto al manejo del saco es la exéresis, sin embargo, también se ha descrito la invaginación en la luz esofágica de pequeños divertículos con buenos resultados, Belsey y Col afirman que la pexia es un procedimiento seguro y capaz de eliminar la estasis de alimentos en su interior. No hemos observado morbimortalidad asociada directamente a la diverticulopexia, mientras que la diverticulectomıa implica la posibilidad de dehiscencia de sutura, recidiva del divertículo y estenosis esofágica [16].

Sin embargo, existe una posibilidad de la malignizacion de la mucosa esofágica en el interior del saco diverticular[17], por lo que la indicación quirúrgica en divertículos epifrenicos es la extirpación y se reservaría la diverticulopexia en pacientes con mal estado nutricional y enfermedades asociadas, así se evitan las complicaciones del posible fallo de la sutura.

Algunos autores abogan por la realización sistemática de la miotomía[18], mientras que otros limitan su práctica a pacientes con evidentes trastornos manométricos. Debido a que en pacientes con manometría normal puede provocar estenosis esofágica por reflujo tras la miotomía sin funduplicatura y se considera incorrecto seccionar un esfínter sano para luego crear un mecanismo antirreflujo de sustitución. También se apoyan en los buenos resultados que obtienen en algunos pacientes con manometría normal a los que se realiza una diverticulectomıa sin miotomıa[19].

En cuanto a la técnica de reflujo, la mayoría de los autores asocian una técnica antirreflujo. Se considera necesario completar la intervención con una técnica antirreflujo si la miotomıa se extiende 1,5–2cm en la pared gástrica. La sección muscular de la unión esófago gástrica, unida a la disminución en la capacidad de aclaramiento esofágico, apoyan esta técnica.

Referencias bibliográficas

1. Watanabe S, Matsuda K, Arima K, et al. Detection of subclinical disorders of the hypopharynx and larynx by gastrointestinal endoscopy. Endoscopy 1996;28:295-8.
2. Herbella F, Patty MG. Modern pathophysiology and treatment of esophageal diverticula. Arch Surg 2012;397:29-35.
3. López Montaño J L, Acosta Varona J, Valladares Lorenzo R y Pila Pérez R. Divertículos esofágicos. Comunicación de 2 divertículos de Zenker. Rev Cubana Cir. 2003; 42(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00347493200300200012
4. Petras E. R. Gastrointestinal System. In: Gattuso P, Reddy V. B, David O, Spitz D. J, Haber M.H, editors. Differential Diagnosis in Surgical Pathology. Philadelphia: Elsevier; 2015. p. 291
5. Ciriza R C, Canga R F, Dutari V J, Castel L I. Divertículos epifrénicos y medio esofágicos: una causa poco frecuente de disfagia esofágica. Hallazgos en la manometría esofágica de alta resolución. Rev Esp Enferm Dig 2015; 107(5):316-321. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/diges/v107n5/es_nota2.pdf
6. Trastek VF, Payne WS. Esophageal diverticula. In: Shields TW, ed. General thoracic surgery. Philadelphia: Lea & Febiger; 1989. p. 989-1001
7. Enrique Covian. Cirugía de Galindo. Tomo I de Esófago. Capítulo de Divertículos esofágicos: Torácicos y epifrénicos. 2009 pág. 1-9
8. Costantini M, Zaninotto G, Rizzetto, et al. Oesophageal diverticula. Best Pract Res Clin Gastroenterol 2004;18:3-17.
9. Vicentine F, Herbella F, Silva L, et al. High resolution manometry findings in patients with esophageal epiphrenic diverticula. Am Surg 2011;77:1661-4.
10. Schima W, Schober E, Stacher G, et al. |Association of midoesophageal diverticula with oesophageal motor disorders. Acta Radiol 1997;38:108-14.
11. Khan N, Ismail F, van der Werke I. Oesophageal pouches and diverticula: A pictorial review. S Afr J Surg 2012;50:71-5.
12. Postlethwait RW: Diverticula of the esophagus. In Postllethwait RW, Editor: Surgery of the esophagus. Norwalk, CT, 1986, Appleton Century Crotis, p 129.
13. Benacci JC, Deschamps C, Trastek VF, et al. Epiphrenic diverticulum: Results of surgical treatment. Ann Thorac Surg 1993;55:1109-14.
14. Fernando HC, Luketich JD, Samphire J, Alvelo-Rivera M, Christie NA, Buenaventura PO, et al. Minimally invasive operation for esophageal diverticula. Ann Thorac Surg. 2005
15. Altorki NK, Sunagawa M, Skinner DB. Thoracic esophagealdiverticula. Why is operation necessary? J Thorac CardiovascSurg. 1993
16. Belsey R. Functional disease of the esophagus. J Thorac Cardiovasc Surg. 1966
17. Honda H, Kume K, Tashiro M, Sugihara Y, Yamasaki T, Narita R, et al. Early stage esophageal carcinoma in an epiphrenic diverticulum. Gastrointest Endosc. 2003
18. Fekete F, Vonns C. Surgical management of esophageal thoracic diverticula. Hepatogastroenterology. 1992
19. Hudspeth DA, Thorne MT, Conroy R, Pennell TC. Management of epiphrenic esophageal diverticula. A fifteen-year experience. Am Surg. 1993