

TRATAMIENTO DE LA ESOFAGECTOMÍA TRAS DIVERTICULECTOMÍA

TREATMENT OF ESOPHAGEAL LEAKS AFTER DIVERTICULECTOMY

A. Garrido-Serrano, M.R. Ramos-León, R. Llorca-Fernández, I. Márquez-de la Rosa

Hospital Virgen de Valme. Sevilla.

Palabras clave: divertículo esofágico, fístula esofágica, prótesis esofágica.

Keywords: esophageal diverticulum, esophageal fistula, esophageal prosthesis.

Los divertículos esofágicos sintomáticos de tercio medio son poco frecuentes y sólo deben tratarse quirúrgicamente los casos sintomáticos debido a su elevada morbilidad¹. La fístula esofágica es la complicación más frecuente, hasta en un 20% de los casos² y supone un reto terapéutico.

Mujer de 62 años sin antecedentes de interés, que refiere disfagia tanto a sólidos como líquidos y regurgitación de alimentos no digeridos de cinco años de evolución, que se acompañan de

episodios de impactación alimenticia retroesternal que limitaban la ingesta y calidad de vida.

La exploración y analítica fueron normales.

Se realizó una endoscopia oral que mostró un esófago "en tirabuzón" con un divertículo de boca ancha en la unión de los tercios medio-distal, y se completó el estudio mediante TAC de tórax y esofagograma baritado que confirmaron el divertículo conocido de 6 cm de diámetro en la cara latero-posterior derecha (**Figura 1**), así como manometría esofágica compatible con espasmo esofágico difuso, proponiéndole a la enferma tratamiento quirúrgico que fue aceptado.

La paciente se intervino mediante toracoscopia practicándose esofagomiotomía y escisión del divertículo, pero cuatro días después comienza con cuadro febril y disnea detectándose en TAC hidroneumotórax derecho que requiere la implantación de tubo de drenaje pleural con sospecha de fístula pleuroesofágica que se confirma mediante contraste hidrosoluble.

Se realiza nueva endoscopia oral que muestra un orificio fistuloso en la sutura de 1 cm de diámetro, que se trata mediante la inserción de prótesis metálica totalmente recubierta tipo ELLA® de 30x25x30x135 mm (**Figura 2**). Desde ese instante los drenajes se volvieron nulos y tras administración de azul de metileno que no evidenció fuga se procedió a su retirada e inicio de dieta, siendo

CORRESPONDENCIA

Antonio Garrido Serrano
Hospital Virgen de Valme
Ctra. de Cádiz, Km 548,9 - 41014 Sevilla
agarser@telefonica.net

Fecha de envío: 04/09/2017
Fecha de aceptación: 18/10/2017

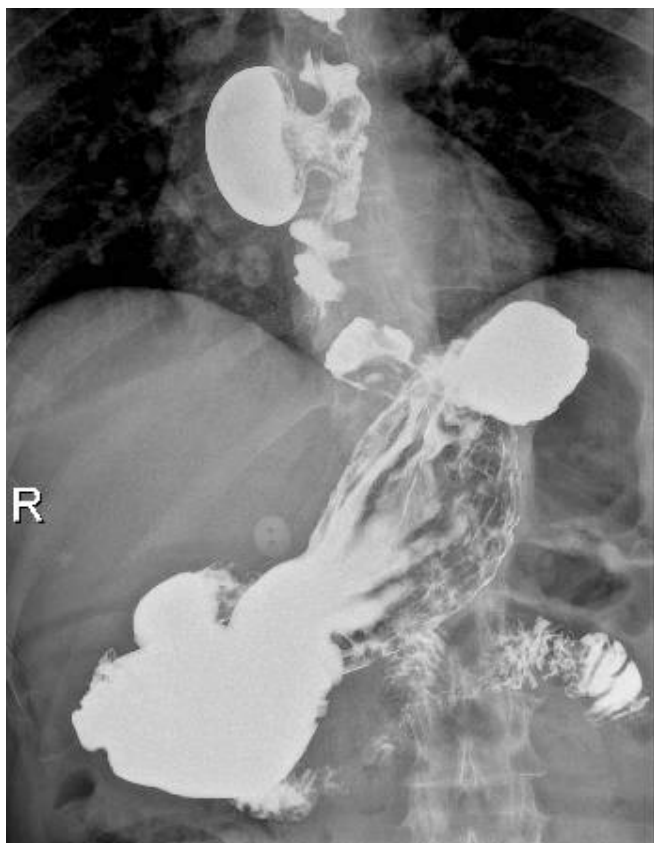


Figura 1
Imagen del divertículo en el esofagograma baritado.

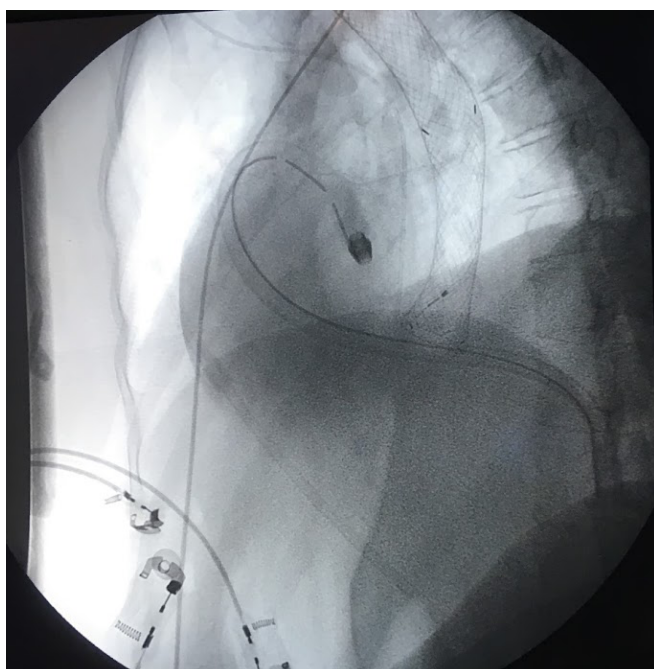


Figura 2
Imagen radiológica de la prótesis una vez expandida.

dada de alta una vez completado el tratamiento antibiótico; seis semanas después se retiró la prótesis esofágica.

Los divertículos esofágicos de tercio medio son poco frecuentes y generalmente asintomáticos, pero en caso de presentar clínica la disfagia es el síntoma más frecuente hasta en un 80% de los casos, seguido de la regurgitación de alimentos no digeridos, pérdida de peso y episodios de neumonía por aspiración; se identifica un trastorno de la motilidad esofágica en un 86% de los pacientes, por lo que el tratamiento quirúrgico recomendado es la diverticulectomía más miotomía esofágica³. Las complicaciones de esta técnica pueden presentarse en la mitad de los pacientes tratados siendo la fístula la más frecuente, por lo que debido a su alta morbimortalidad el tratamiento quirúrgico sólo debe reservarse a casos sintomáticos^{1,2}. Su tratamiento resulta controvertido pues la evidencia se basa en casos aislados, así algunos autores recomiendan tratamiento antibiótico, drenaje de colecciones y reintervención precoz, pero en los últimos años se han aplicado técnicas endoscópicas que son un procedimiento mínimamente invasivo, más rápido, permite una ingesta oral precoz y menor hospitalización por lo que resultan costo-efectivos y disminuyen la morbimortalidad⁴.

En casos de pequeños defectos se han empleado con éxito técnicas de sellado con pegamentos biológicos como la fibrina, aplicación de cianocrilato⁵ o el clipaje del defecto, pero en nuestro caso dado el tamaño del orificio y la miotomía asociada se decidió la inserción de una prótesis metálica totalmente recubierta.

El éxito técnico de este procedimiento es muy elevado 99-100%, con una tasa de cierre de la fístula en torno al 80%, pero una de las limitaciones es la migración de la prótesis que ocurre entre el 8-23%, mayor que en casos de neoplasia⁶.

Para prevenir esta complicación se han empleado técnicas de fijación de la prótesis a la pared esofágica mediante aplicación de clips o métodos de sutura, que consiguen una menor probabilidad de migración, pero tienen posibilidad de complicaciones máxime en una pared esofágica debilitada por una miotomía. Por ello empleamos la prótesis esofágica descrita que posee un calibre mayor que las convencionales y una importante fuerza de expansión radial en sus extremos que previene su migración, pudiendo además ser retirada mediante inclusión en un sobretubo por lo que no traumatiza la pared esofágica.

Por último si bien estudios animales demuestran que en cuatro semanas prácticamente el 100% de estos defectos han cerrado, se recomienda la retirada de la prótesis entre las 4-6 semanas.

Bibliografía

1. Laubert T, Hildebrand P, Roblick UJ, Kraus M, Esnaasshari H, Wellhoner P et al. MIS approach for diverticula of the esophagus. *Eur J Med Res* 2010; 24: 390-396.

2. Fernando HC, Lucketich JD, Samphire J, Alvelo-Rivero M, Christie NA, Buenaventura PO et al. Minimally invasive operation for esophageal diverticula. *Ann Thorac Surg* 2005; 80: 2076-2080.

3. Macke RA, Lucketich JD, Pennathur A, Bianco V, Awais O, Gooding WE et al. Thoracic esophageal diverticula: A 15-year experience of minimally invasive surgical management. *Ann Thorac Surg* 2015; 100: 1795-1802.

4. Kumar N, Thompson CC. Endoscopic therapy for postoperative leaks and fistulae. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 2013; 23: 123-136.

5. Kotzampassi K, Elefthiaridis E. Tissue sealants in endoscopic applications for anastomotic leakage during a 25-year period. *Surgery* 2015; 157: 79-86.

6. Wilson JL, Louie BE, Farivar AS, Vallieuer E, Aye RW. Fully covered self-expanding metal stents are effective for benign esophagogastric disruptions and strictures. *J Gastrointest Surg* 2013; 17: 2045-2050.