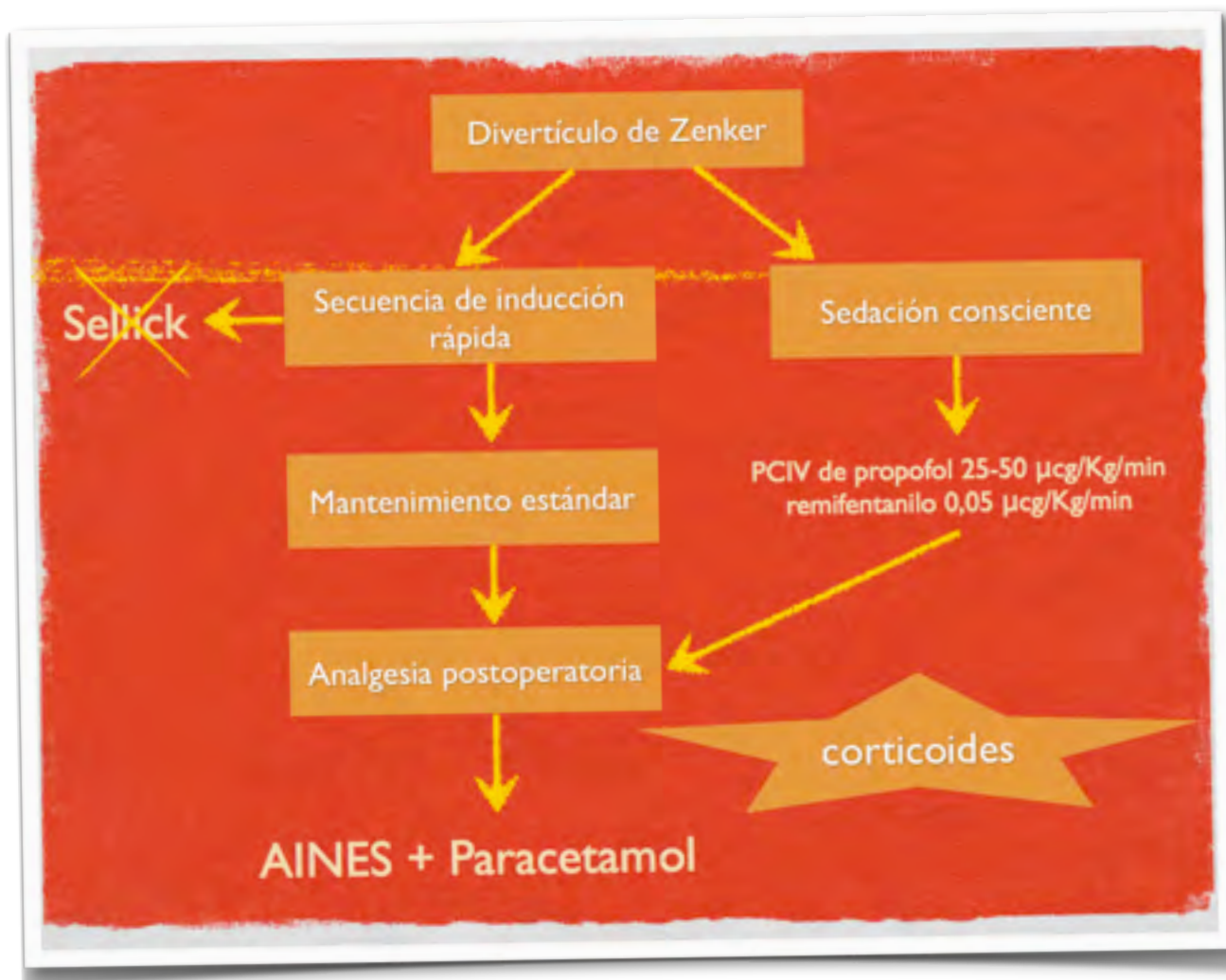


# Divertículo de Zenker



El divertículo de zenker es la herniación o protuberancia de mucosa y submucosa de la faringe posterior a través de los músculos constrictor de la faringe y cricofaríngeo. Se llama divertículo falso porque sólo consta de 2 capas y no de las 3.

Conforma la mayoría de los divertículos de esófago, y se ve mas en pacientes masculinos en especial mayores de 60 años.

Los síntomas van a depender mucho del tiempo y tamaño del divertículo, en un principio son sensación de cuerpo extraño en faringe, tos, disfagia, salivación y posteriormente regurgitación importante de comida, halitosis, odinofagia, etc...

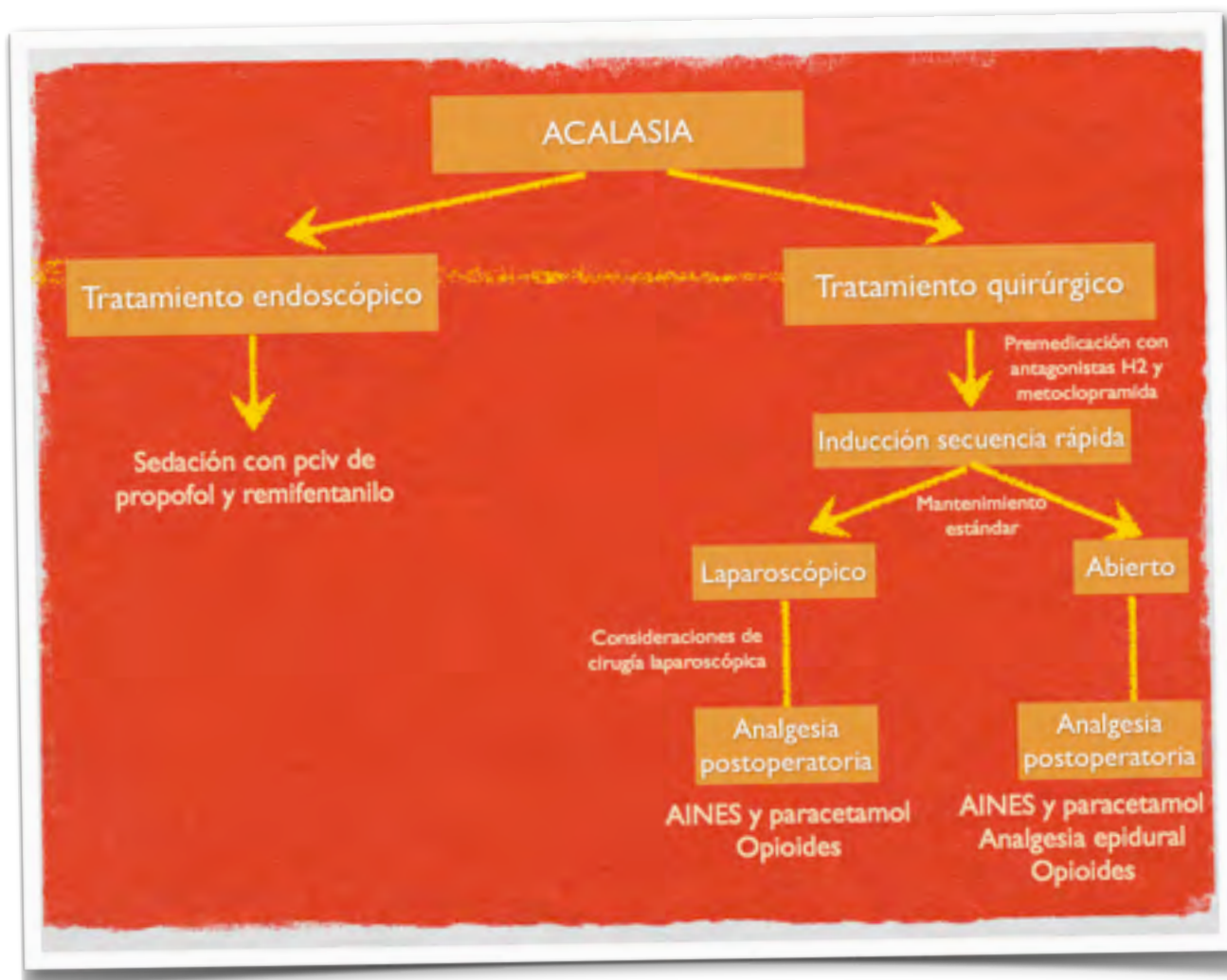
## CONSIDERACIONES ANESTÉSICAS:

Estos pacientes presentan aumento de secreciones y retención de comida en el divertículo, pueden tener antecedentes de neumonías a repetición y desnutrición dependiendo de la intensidad de los síntomas. La intubación debe ser de secuencia rápida sin maniobra de Sellick, ya que se considera una contraindicación por compresión del divertículo, motivo por el que no aconsejamos aplicarla.

Las principales complicaciones son las perforaciones, infecciones locorregionales que pueden evolucionar a mediastinitis, parálisis del recurrente, problemas de fonación temporales y fístulas cutáneoesofágicas.

# Acalasia

La acalasia es un desorden de la motilidad esofágica con ausencia de



peristalsis y aumento del tono del EEI. Se produce por degeneración del plexo mientérico de Auerbach, que produce una pérdida del efecto inhibitorio de las neuronas postganglionares que median la relajación del EEI. Por esta razón el efecto predominante es el de las neuronas colinérgicas produciendo un aumento del tono del EEI y evitando su relajación. Su incidencia 1:100000, viéndose mas en hombre que en mujeres. Los síntomas son disfagia progresiva, regurgitación, dolor retroesternal, y para su diagnóstico se ve un estrechamiento radiológico de la parte distal del esófago y ausencia de peristaltismo en la manometría.

No existe tratamiento curativo sino paliativo, para mejorar los síntomas disminuyendo la resistencia causada por el EEI y este puede

ser endoscópico mediante inyección intraesfinteriana de toxina botulínica pero solo un 60% de los pacientes presentan mejoría a los 6 meses y este número disminuye después de inyecciones sucesivas. También endoscópicamente se realiza la dilatación neumática con mejores resultados. Las complicaciones son perforación que puede ocurrir hasta en un 5% de los casos y reflujo gastroesofágico postdilatación hasta en un 30% de los casos.

Tratamiento quirúrgico: La miotomía de Heller laparoscópica y la funduplicación son el procedimiento de elección para la acalasia. El procedimiento consiste en división de las fibras musculares del esófago inferior y parte proximal del estómago, seguido de una funduplicación anterior o posterior parcial para prevenir el reflujo. Las complicaciones de la intervención son perforación esofágica, esofagitis y reflujo gastroesofágico en los casos en los que no se realiza la funduplicación. Es importante la prevención de la broncoaspiración en estos pacientes, confirmando un ayuno adecuado, con la premedicación con antagonistas H<sub>2</sub> o inhibidores de la bomba de protones, y mediante la realización de una intubación de secuencia rápida con maniobra de Sellick. Se valorará si es necesaria la colocación de una sonda nasogástrica para aspirar estómago o en este caso esófago antes de la intubación.

# Hernia de Hiato



La hernia de hiato es una protrusión de una parte del estómago en la cavidad torácica a través del hiato esofágico del diafragma

Existen tres tipos: por desplazamiento, paraesofágica y mixta. POR La tipo 1 o por desplazamiento representa el 90% de las hernias hiatales esofágicas, tiene connotación clínica por la incidencia tan alta reflujo gastroesofágico. En ella hay un desplazamiento axial de la unión esofagogástrica a través del hiato esofágico hacia el tórax. Estas hernias entran y salen del tórax con los cambios en las presiones intratorácica e intraabdominal.

La tipo 2 o paraesofágica se mantiene la unión esofagogástrica en su posición normal debajo del diafragma, pero el fondo y porciones sucesivamente mayores de la curvatura mayor del estómago se deslizan hacia el tórax, a través del hiato esofágico, a un lado del esófago.

Los síntomas son disfagia, pirosis, dolor retroesternal urente, regurgitación, disnea...

El tratamiento quirúrgico puede ser transabdominal (laparoscópico o abierto) mas funduplicatura.



# Cáncer de esófago



El cáncer de esófago presenta un mal pronóstico con un índice de supervivencia muy bajo debido principalmente a que el diagnóstico suele efectuarse en fases avanzadas de su evolución cuando ya no es susceptible de tratamiento curativo.

El 95 % de todos los cánceres de esófago se engloban dentro las histologías epidermoide y adenocarcinoma. En las últimas décadas la presentación de adenocarcinoma ha aumentado considerablemente siendo ahora el 60% de las neoplasias debido a un incremento de la incidencia de esófago de Barret. Se suele dar



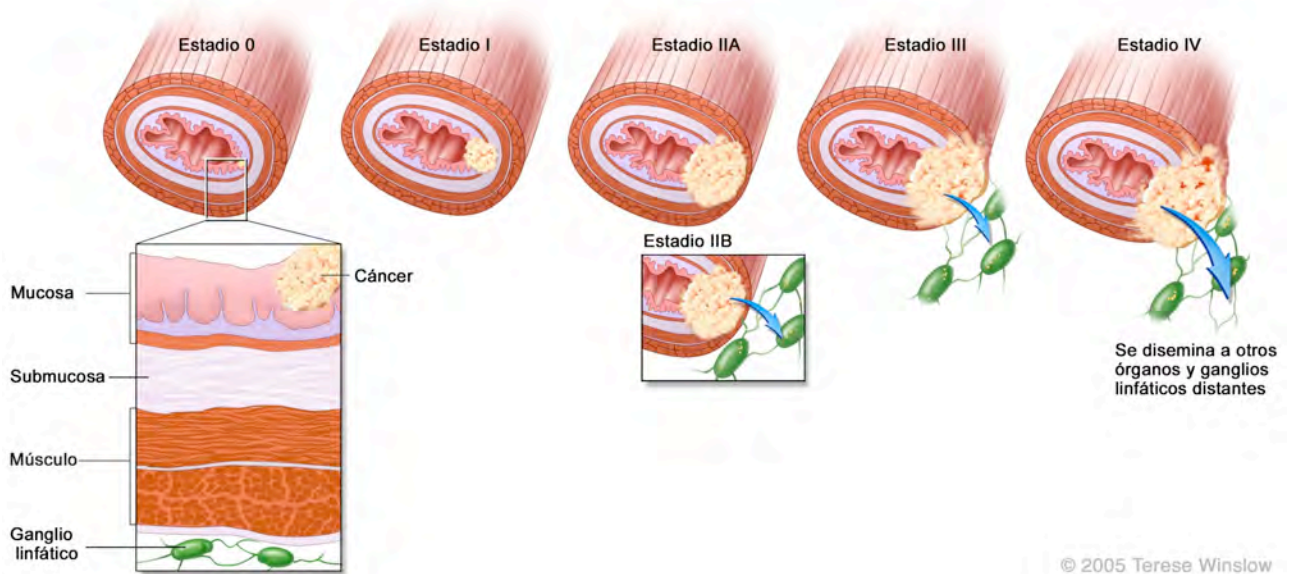
entre la 5<sup>o</sup> y 6<sup>o</sup> década de la vida, aunque en los últimos años se ha observado un incremento de incidencia de adenocarcinoma en paciente jóvenes a expensas de esófago de Barret malignizado. Entre los factores de riesgo mas importantes se encuentran:

. Hábitos dietéticos

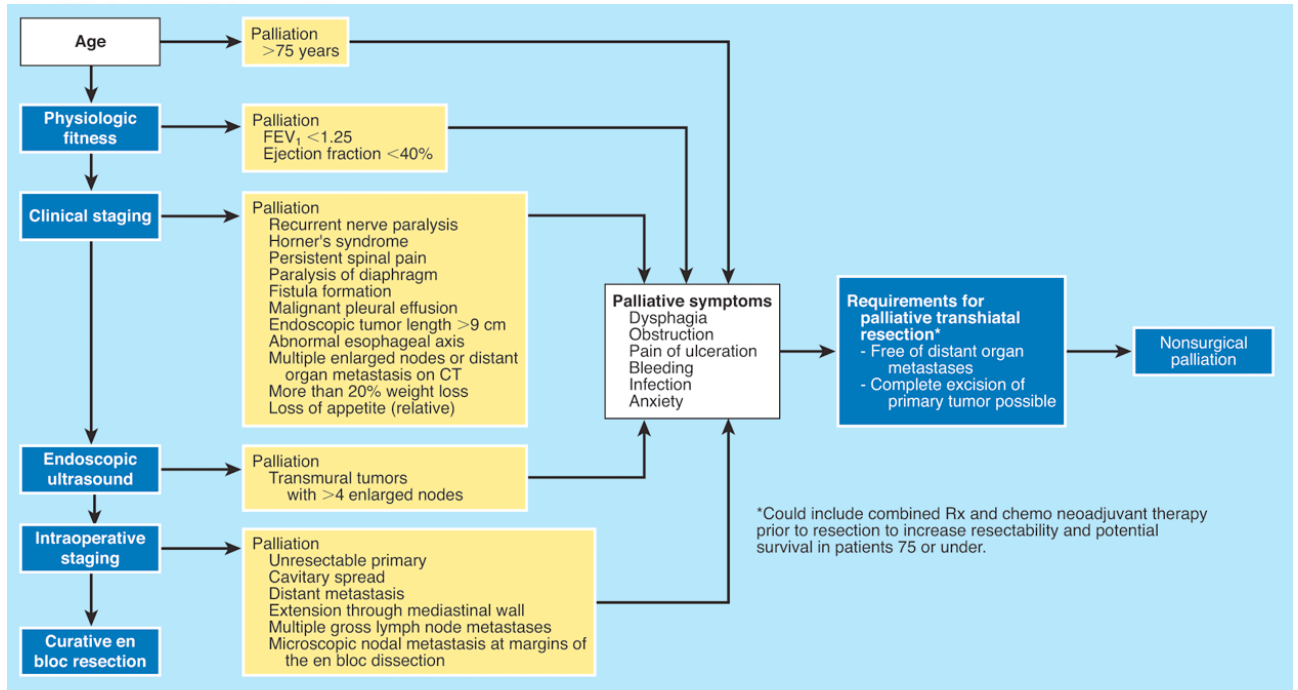
. Alcohol y tabaco: En el 80-90% de los carcinomas de esófago se encuentra consumo de éstos. Son factores independientes y si se asocian se multiplican sus efectos. Grandes bebedores multiplican su riesgo 12 veces y fumadores entre 2 y 6 veces.

.Factores genéticos

Síntomas clásicos como la disfagia, dolor y pérdida de peso suelen aparecer cuando la neoplasia se encuentra en fase avanzada.



El estadiaje es muy importante a la hora de valorar la realización o no de cirugía, ya que sólo los estadios muy precoces son susceptibles a intervención quirúrgica con fines curativos.



Source: Brunicaudi FC, Andersen DK, Billiar TR, Dunn DL, Hunter JG, Matthews JB, Pollock RE: *Schwartz's Principles of Surgery, 9th Edition*: <http://www.accessmedicine.com>  
Copyright © The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved.

También hay que tener en cuenta los factores de morbimortalidad tanto en el intraoperatorio como en el pre y postoperatorio.

Factores de morbimortalidad		
Preoperatorio	Intraoperatorio	Postoperatorio
Edad	Abordaje quirúrgico	Analgesia
Enfermedades pulmonares	Anestesia combinada	Restricción <u>fluidoterapia</u>
Factores cardiológicos	Transfusiones	<u>Extubación</u> precoz
Factores hepáticos	Duración	Control digestivo
Quimioterapia/Radioterapia	Respuesta inflamatoria	Control aspiración
<u>Tipo histológico</u>		Fisioterapia respiratoria
Volumen hospitalario		Nutrición
Estado nutricional		
Estado físico		





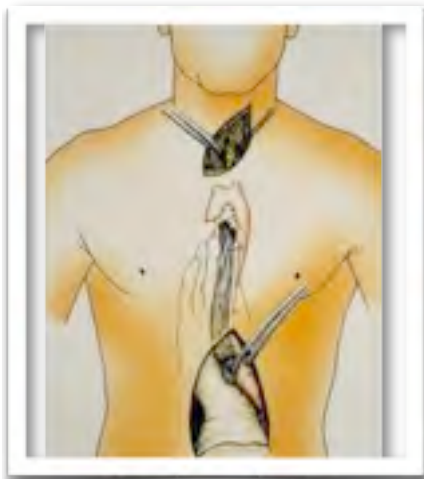
Los tipos de intervención son varios, entre los mas comunes se encuentran:

- Esofaguectomía abierta en bloque (Iwor Lewis)
- Esofaguectomía abierta transhiatal
- Esofaguectomía mínimamente invasiva

Y el abordaje dependerá de la experiencia del cirujano de la localización del tumor.

### **Esofaguectomía abierta (Iwor Lewis)**

Consiste en una laparotomía media superior con resección de nódulos, hasta curvatura menor; creación de conducto gástrico con o sin piloroplastia y cierre de laparotomía, seguida de una toracotomía anterolateral con paciente en DLI. Resección del esófago y nódulos, y anastomosis del conducto gástrico con esófago remanente. Colocación de tubos de drenaje torácico.



### **Esofaguectomía transhiatal**

Consiste en la resección del esófago y nódulos linfáticos palpables a través del hiato esofágico

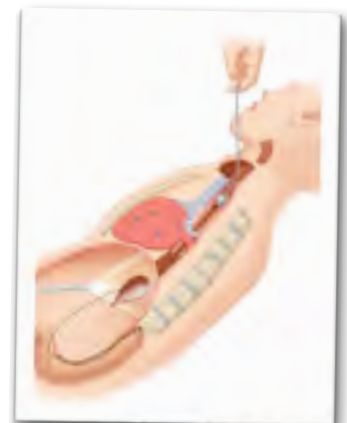
Ventajas: Es la técnica más rápida. No hay manipulación pulmonar y hay menor número de complicaciones respiratorias.

Menor dolor postoperatorio.

Desventajas: No hay resección de todos los ganglios linfáticos.

### **Mínimamente invasiva**

El abordaje transhiatal se realiza mediante 5 o 6 incisiones abdominales para laparoscopia y





una incisión cervical. También pueden realizarse abordajes toracoscópicos.

Ventajas: menor incidencia de complicaciones respiratorias y menor dolor postoperatorio con rápida recuperación.

Otros abordajes: Three-field, two-field, etc

Complicaciones precoces	Complicaciones tardías
<p><u>Médicas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Respiratorias: <u>Atelectasias</u>, <u>derrame pleural</u>, <u>neumotórax</u>, <u>neumonía</u>, <u>SDRA</u>.</li><li>- Cardíacas: <u>Arritmias</u>.</li></ul> <p><u>Quirúrgicas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Fuga <u>anastomótica</u>.</li><li>- Lesión del n. <u>laríngeo</u> recurrente.</li><li>- <u>Necrosis de la plastia</u>.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Estenosis de la <u>anastomosis</u>.</li><li>- Retraso de vaciamiento de la <u>plastia</u>.</li><li>- <u>Dumping precoz</u>.</li><li>- <u>Esofagitis</u>.</li></ul>

Es importante la sospecha temprana de todas estas complicaciones ya que el retraso en el diagnóstico de las mismas compromete de manera importante el pronóstico de estos pacientes.

Muy importante en el manejo anestésico el uso de analgesia epidural torácica ya que mejora la microcirculación del conducto y de la anastomosis y permite una mejor recuperación respiratoria con facilidad para realización de fisioterapia respiratoria.

La ventilación de protección pulmonar es imprescindible en los casos en los que se realiza toracotomía y ventilación unipulmonar, ya que disminuye la incidencia de complicaciones pulmonares, siendo ideal VT de entre 5-6 ml/Kg, optimización de la PEEP, y



CONSORCI  
HOSPITAL GENERAL  
UNIVERSITARI  
VALÈNCIA



evitar presiones pico y plateau por encima de 35 y 25 respectivamente.

La fluidoterapia será guiada por objetivos, reponiendo pérdidas hemáticas e insensibles pero sin crear un exceso de líquidos, teniendo en cuenta que los balances han de ser negativos o neutros hasta el segundo día postoperatorio.

Deberá considerarse la extubación precoz y de la VMNI para disminuir la incidencia reintubación.