



P-123 - DIVERTÍCULO DE KILLIAN-JAMIESON

Josa Martínez, Benito Miguel; Sáez Carlin, Patricia; Lasses, Bibiana; García Fernández, Andrés; Talavera, Pablo; Sánchez Pernaute, Andrés; Torres García, Antonio José

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Resumen

Introducción: El divertículo de Killian-Jamieson (KJ) fue descrito por Ekberg y Nylander en 1983. Se trata de un divertículo del esófago cervical menos frecuente que el divertículo de Zenker (DZ), con una relación de incidencia de 1:4. El diagnóstico y diferenciación de estos dos divertículos se realiza mediante estudios radiológicos y endoscópicos. El divertículo de KJ se origina en la pared antero-lateral del esófago cervical a través del espacio Killian-Jamieson, por debajo del músculo cricofaríngeo; mientras que el DZ se desarrolla en la zona posterior, por encima del músculo cricofaríngeo. Presentamos un caso de un divertículo de KJ que fue tratado con diverticulectomía.

Caso clínico: Paciente mujer de 53 años de edad con sensación de bulto cervical y disfagia. La endoscopia mostró un divertículo faringoesofágico tras pasar la boca de Killian en la cara anterior del esófago. El tránsito baritado mostró un divertículo en la zona de unión faringoesofágica anterolateral izquierda, que vaciaba mal y producía compresión sobre el esófago. En decúbito supino con hiperextensión cervical se realizó cervicotomía lateral izquierda, retracción lateral del músculo esternocleidomastoideo accediendo al compartimento cervical profundo tras sección del músculo omohioideo. Para mejorar la exposición se realiza la ligadura de los vasos tiroideos medios, con control del nervio laríngeo inferior izquierdo, seguidamente se disecciona el divertículo y se realiza la diverticulectomía y miotomía del cricofaríngeo. Se deja drenaje penrose. La paciente evolucionó satisfactoriamente y fue dada de alta en 48h.

Discusión: El KJ es un divertículo esofágico cervical poco frecuente en comparación con el DZ, por ello es a menudo mal identificado y diagnosticado como DZ. No es un divertículo verdadero, ya que no involucra todas las capas de la pared esofágica. Su etiología no está clara, se cree que su formación se debe al aumento de la presión intraluminal sobre la pared del esófago en el espacio de Killian-Jamieson. La clínica de presentación es la disfagia orofaríngea, a sólidos y líquidos. La retención de material alimenticio y las secreciones puede dar lugar a regurgitación tras las comidas, halitosis, tos crónica y neumonías por aspiración. Estos síntomas son más frecuentes con los DZ. Por el contrario, los pacientes con divertículo KJ son generalmente asintomáticos o tienen síntomas atribuibles a la anormal motilidad de la faringe debido a la localización por debajo del cricofaríngeo que suele permanecer cerrado. En 2001, Rubesin y Levine revisaron una serie de 16 pacientes con KJ y 26 con DZ; encontraron que sólo el 19% de los pacientes con KJ eran sintomáticos comparado con el 62% de los DZ. Las alternativas terapéuticas son quirúrgica o endoscópica. La experiencia endoscópica del ZD cuestiona el enfoque tradicional de cirugía abierta. La diverticulectomía

endoscópica crea una comunicación entre el divertículo y la luz del esófago para el drenaje del divertículo. En el tratamiento endoscópico existe riesgo de lesión del nervio laríngeo recurrente ya que el espacio KJ se encuentra en la proximidad del punto de entrada del nervio en el laringe, además de una incidencia de recidiva 5 veces superior a la técnica quirúrgica.