



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-103 - DIVERTÍCULO ESOFÁGICO FANTASMA, MANEJO DIAGNÓSTICO TERAPÉUTICO

García Picazo, Alberto; Alegre Torrado, Cristina; González González, Lucía; Pérez Zapata, Ana; Ortiz Aguilar, Manuel; García Caspueñas, Sandra; Rodríguez Cuéllar, Elías; Ferrero Herrero, Eduardo

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción: El divertículo Zenker es el más frecuente de los divertículos del esófago (75%). Aunque es una patología poco frecuente, su incidencia podría ser mayor, ya que se calcula que el 50% son asintomáticos. Se originan en zonas de debilidad muscular en la transición entre la faringe y el esófago (triángulo de Laimer y Killian), además, es habitual que presenten alteración en la motilidad esofágica (hipertonía del músculo cricofaríngeo). Las manifestaciones clínicas suelen ser disfagia, regurgitación, halitosis y neumonías broncoaspirativas. El diagnóstico se confirma por tránsito esofagográfico y gastroscopia. La indicación quirúrgica se establece en los divertículos sintomáticos o mayores de 1 cm, consistiendo en diverticulectomía y miotomía del músculo cricofaríngeo.

Caso clínico: Paciente varón de 81 años que refiere varios meses de evolución de disfagia a sólidos, tos seca, episodios de regurgitación y rinorrea. Asociado a lo anterior describe pérdida de 10 kg en los últimos seis meses. No refiere pirosis ni dispepsia. Se solicita tránsito esofagográfico objetivándose divertículo faringoesofágico con la deglución. Debido al aumento de la intensidad de la clínica y la disminución en la calidad de vida del paciente, se decidió realizar tratamiento quirúrgico con abordaje mediante cervicotomía lateral izquierda, localizándose el esófago cervical pero sin poder objetivar con claridad el divertículo esofágico, por lo que se solicita valoración endoscópica intraoperatoria mediante la cual se localiza mínimo orificio diverticular en esófago cervical, coincidente con hallazgo intraoperatorio de defecto de la muscular esofágica (> 0,5 cm), decidiéndose no realizar resección aunque sí miotomía del cricofaríngeo, comprobando la estanqueidad esofágica con suero salino. La evolución posoperatoria fue favorable, siendo dado de alta a las 48 horas de la intervención quirúrgica. En la consulta al mes de la intervención, el paciente refiere mejoría de la disfagia para sólidos y menor regurgitación. En el tránsito esofagográfico de control se aprecia mínimo defecto de repleción alargado en la unión del esófago cervical y torácico, posiblemente en relación con secuela del divertículo de Zenker.

Discusión: Los divertículos de Zenker presentan un reto a nivel diagnóstico ya que, al menos el 50% de ellos son asintomáticos, por lo que hay que tener una gran sospecha clínica. Preoperatoriamente se confirma el mismo mediante tránsito esofagográfico y endoscopia digestiva alta, esta última no realizada en el paciente. En ocasiones, a pesar del diagnóstico clínico y radiológico, no se consigue localizar de forma intraoperatoria y es necesario el apoyo endoscópico. Los divertículos de Zenker

son una patología infrecuente donde se debe tener una gran sospecha clínica para su diagnóstico. En su tratamiento, a parte de la escisión diverticular, se deber realizar una miotomía del cricofaríngeo. La presencia de apoyo endoscópico intraoperatorio puede resultar de gran utilidad en estos pacientes.