

edad. Suelen ser únicos y pueden ser de localización submucosa, intramurales o subserosos. La presentación clínica más frecuente son la hemorragia digestiva y dolor. Un tercio son diagnosticados de forma casual. Se localizan fundamentalmente en cuerpo (40%) y antro (25%)². Los métodos diagnósticos de imagen aportan información sobre la localización y extensión del tumor.

El rápido crecimiento del tumor así como otros indicios de malignidad como son tamaño mayor de 4 cm, borde irregular, ulceración o focos ecogénicos mayores de 3 mm, hacen necesaria la realización de un estudio anatomopatológico para filiar exactamente la estirpe tumoral. La punción guiada por endoscopia y la biopsia ecodirigida no presentan unos resultados fiables ya que al ser lesiones submucosas se debe atravesar la mucosa para obtener material suficiente para el estudio desvirtuándose así la muestra ya que se coge esencialmente la mucosa quedando la capa muscular poco representada^{3,4}.

Dentro del tratamiento laparoscópico de los tumores gástricos submucosos benignos o malignos de bajo grado, se puede hacer una clasificación según el tipo de abordaje en tres tipos: extragástrico, intragástrico o transgástrico⁵. El abordaje extragástrico se considera de elección en aquellos tumores situados en cara anterior gástrica, realizándose una enucleación a través de la serosa gástrica, como se realiza en los tumores submucosos esofágicos, evitando entrar dentro de la cavidad gástrica. Como principal complicación se ha descrito la aparición de deformidades y estenosis cuando se realizan amplias resecciones de pared gástrica, y este abordaje no tiene indicación para el tratamiento de tumores situados en pared posterior gástrica, cardias o región prepilórica⁶.

Los tumores situados en la pared posterior gástrica o cerca de la unión gastroesofágica pueden ser abordados transgástrica o intragástricamente. En el abordaje intragástrico se colocan los trocares dentro del estómago, tras distensión del mismo, a través de la pared abdominal. Para el abordaje transgástrico, como nuestro caso, el abordaje del tumor (la resección del mismo) se realiza a través de una gastrotomía en cara anterior gástrica. Las resecciones en cuña laparoscópicas mediante endograpadoras se pueden encuadrar dentro de estas resecciones transgástricas⁴⁻⁶.

Con estos dos últimos abordajes, se consigue una adecuada visualización del tumor cuando este se encuentra ya no solo en cara posterior, sino en posiciones de más difícil acceso como son aquellas localizadas cerca de la

unión gastroesofágica o en la región prepilórica. En estas localizaciones no son factibles las resecciones en cuña (*wedge resection*), por su proximidad al esófago y al duodeno, por lo que habría que optar por realizar gastrectomías parciales, aun siendo un tumor benigno. Con el este tipo de abordaje laparoscópico es posible realizar enucleaciones de tumores gástricos submucosos, incluso en aquellos de difícil localización para resecciones parciales⁶.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bandoh T, Isoyama T, Toyoshima H. Submucosal tumors of stomach: a study of 100 operative cases. *Surgery*. 1993;113:498-506.
2. Ludwig DJ, Traverso LW. Gut stromal tumours and their clinical behavior. *Am J Surg*. 1995;173:390-4.
3. Palazzo L, Landi B, Cellier C, Cuillerier E, Roseau G, Barbier JP. Endosonographic features predictive of benign and malignant gastrointestinal stromal cell tumours. *Gut*. 2000;46:88-92.
4. Rohatgi A, Singh KK. Laparoendoscopic management of gastrointestinal stromal tumors. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2003;13:37-40.
5. Tagaya N, Mikami H, Kogure H, Kubota K, Hosoya Y, Nagai H. Laparoscopic intragastric stapled resection of gastric submucosal tumors located near the esophagogastric junction. *Surg Endosc*. 2002;16:177-9.
6. Sun-Hwi H, Do Joong P, Young Hoon K, Kyoung Ho L. Laparoscopic surgery for submucosal tumors located at the esophagogastric junction and the prepylorus. *Surg Endosc*. 2009;23:1980-7.

Salvador Morales-Conde, Isaías Alarcón*, María Socas, Antonio Barranco y Javier Padillo

Unidad de Gestión Clínica de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: isaiasalarcon@gmail.com (I. Alarcón).

0009-739X/\$ - see front matter

© 2010 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.ciresp.2011.05.001

Divertículo faringoesofágico perforado como causa de infección cervical y mediastínica

Perforated pharyngoesophageal diverticulum as a cause of cervical infection with mediastinal extension

La presencia de un divertículo faringoesofágico fue descrita por primera vez en 1764 por Lundlow tras realizar una autopsia a un paciente que padecía disfagia alta y regurgi-

taciones^{1,2}. Desde entonces son muchas las complicaciones descritas en la literatura derivadas de este tipo de enfermedad. De todas ellas, la mediastinitis secundaria a la perforación

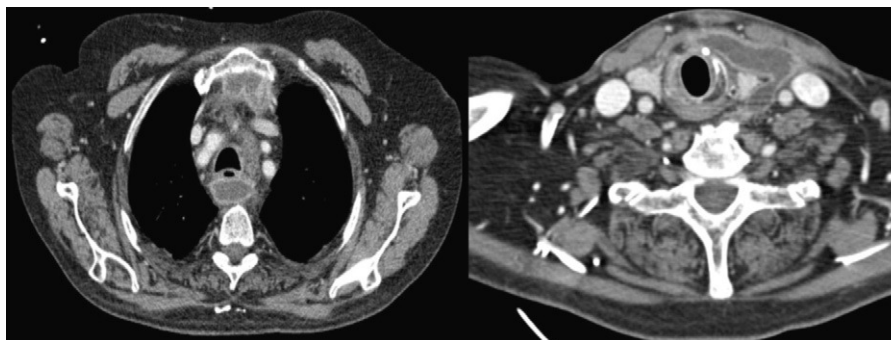


Figura 1 – Tomografía computarizada prequirúrgica. Abscesos cervicomedialstínicos.

espontánea de un divertículo de Zenker es una entidad excepcional.

A continuación presentamos el caso de un varón de 74 años de edad que acudió al Servicio de Urgencias de su hospital de referencia por un cuadro clínico de disnea, odinofagia y disfagia asociado a síndrome febril de 48 horas de evolución. A la exploración se objetivaba edema a nivel del seno piriforme izquierdo y región laterocervical izquierda con dolor a la palpación. La tomografía computarizada (TC) cervical fue compatible con un absceso en la región infrahioides a nivel del espacio faringomucoso y parafaríngeo izquierdo por lo que se procedió a la realización de una cervicotomía lateral izquierda con el objetivo de drenar la colección. Una TC de control realizada 4 días después mostró un empeoramiento radiológico con colecciones a nivel cervical anterior bajo y mediastino superior por lo que se decidió el traslado del paciente a nuestro Servicio (fig. 1).

A su llegada a nuestro centro el paciente se encontraba afebril, con constantes mantenidas y buena saturación basal. La analítica mostraba una ligera neutrofilia (80,9%) sin leucocitosis. Ante la mala evolución radiológica se decidió reintervenir quirúrgicamente al paciente. En un primer tiempo se procedió a la reapertura de la cervicotomía previa drenándose abundantes colecciones purulentas y observándose lo que parecía un divertículo esofágico fistulizado. Se realizó la diverticulectomía, múltiples lavados con suero con iodopovidona y se colocó un drenaje tipo Penrose. En un segundo tiempo y mediante una toracotomía posterolateral derecha a través del cuarto espacio intercostal se procedió a la apertura de la pleura mediastínica drenándose una colección purulenta situada a nivel para- y retrotraqueal. Asimismo se realizaron lavados de la cavidad con suero con iodopovidona y se colocaron 2 drenajes endotorácicos. En el octavo día postoperatorio una TC cervicotorácica mostró la resolución completa de las múltiples colecciones abscesificadas preexistentes aunque persistía una colección retroesofágica de 3 cm localizada a nivel del tercio medio del esófago que decidimos tratar de manera conservadora con antibióticos y agentes fibrinolíticos a través del drenaje. Un tránsito esofágico realizado el quinto día postoperatorio descartó la existencia de posibles fístulas. Tras 28 días de ingreso hospitalario, el paciente fue dado de alta manteniéndose afebril, sin evidencia de infección y con una buena función respiratoria.

El estudio anatomopatológico (fig. 2) fue compatible con un divertículo esofágico que medía 3,2 x 1,5 cm y que presentaba áreas de epitelio escamoso ulceradas, identificándose en la estroma adyacente una capa submucosa.

El divertículo faringoesofágico, también denominado divertículo de Zenker, es una protrusión de la mucosa y submucosa de la pared posterior de la faringe a través de los músculos constrictor de la faringe y cricofaríngeo, en la llamada dehiscencia de Killian. Su prevalencia es baja, entre el 0,01 y el 0,11%, y se presenta con mayor frecuencia en varones, entre la séptima y octava década de la vida³. En cuanto a la etiología, Cook et al² confirmaron que en los pacientes con divertículos de Zenker existía una afección en el esfínter esofágico superior de carácter constrictivo, generalmente fibrosis, que disminuía la *compliance* del esfínter y consecuentemente producía un aumento de la presión en la faringe e intrabolus en cada deglución.

Desde el punto de vista clínico, el 80-90% de los pacientes refieren disfagia. Otros síntomas asociados pueden ser la

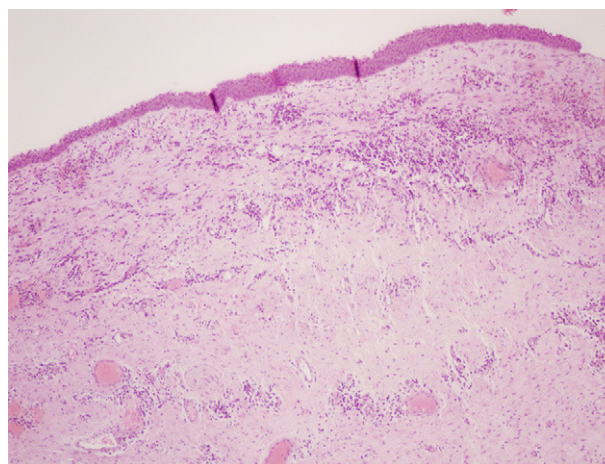


Figura 2 – Hematoxilina-eosina 100x. La lesión muestra un revestimiento de tipo escamoso carente de atipia citoarquitectural, bajo el cual subyace un tejido fibrovascular con presencia de inflamación de tipo crónico, con abundantes células plasmáticas. Se distinguen en profundidad fibras musculares lisas con un patrón escasamente organizado.

regurgitación de alimentos, la halitosis o la ronquera. Además, un 30-40% de los pacientes refieren tos crónica y episodios repetidos de broncoaspiración, muchos de ellos asociados a neumonías secundarias⁴. Otras complicaciones descritas aunque menos frecuentes son la hemorragia⁵, la malignización⁶ o la fistulización a la vía aérea⁷. En algunos casos se ha descrito también la presencia de mucosa ulcerada en el seno del divertículo⁸, sin embargo, la formación de múltiples abscesos cervicomediastínicos como consecuencia de la perforación espontánea de un divertículo faringoesofágico ulcerado de forma espontánea es una entidad excepcional e insólita. Realizando una búsqueda exhaustiva en la literatura médica no hemos encontrado ningún caso de características similares. En cambio, sí existen casos descritos de perforación diverticular accidental secundaria a procesos endoscópicos⁹.

En cuanto al tratamiento, cuando existe perforación esofágica y una mediastinitis secundaria, este debe estar dirigido al control del foco séptico, drenaje adecuado de las colecciones, administración de antibióticos y asegurar una nutrición adecuada del paciente. En estos casos, son varias las opciones quirúrgicas entre las que se encuentran la diverticulectomía o diverticulepexia con o sin miotomía del cricofaríngeo, la exclusión esofágica, e incluso un tratamiento tan radical como la esofagectomía de urgencia. En cualquier caso se debe actuar con la mayor brevedad posible ya que el retraso diagnóstico-terapéutico constituye uno de los factores pronósticos más importantes. Aun así, la mortalidad global de las perforaciones esofágicas está en torno al 10-20%¹⁰.

En conclusión, la mediastinitis secundaria a la perforación de un divertículo faringoesofágico ulcerado es una afección excepcional que requiere un adecuado manejo diagnóstico-terapéutico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Deschamps C, Trastek VF. Esophageal diverticula. En: Shields TW, LoCicero J, Ponn RB, editores. *General Thoracic Surgery*. 5.ª edición. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000. p. 1839-49.
2. Cook IJ, Gabb M, Panagopoulos V, Jamieson GG, Dodds WJ, Dent J, et al. Pharyngeal (Zenker's) diverticulum is a disorder

- of upper esophageal sphincter opening. *Gastroenterology*. 1992;103:1229-35.
3. Carrère N, Pradère B. Esophageal diverticula. *J Chir*. 2004;141:85-92.
 4. Ferreira L, Simmons D, Baron T. Zenker's diverticula: pathophysiology, clinical presentation, and flexible endoscopic management. *Dise Esophagus*. 2008;21:1-8.
 5. Kensing KP, White JG, Korompai F, Dyck WP. Massive bleeding from a Zenker's diverticulum: Case report and review of the literature. *South Med J*. 1994;87:1003-4.
 6. Morales García D, Casanova Rituerto D, García de Polavieja M, Rodilla IG, Naranjo Gómez A. Epidermoid carcinoma on Zenker's diverticulum. *An Med Interna*. 2002;19:27-30.
 7. Senders CW, Babin RW. Management of benign fistulae between Zenker's diverticulum and the trachea. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 1983;92:349-52.
 8. Odemis B, Ataseven H, Basar O, Ertugrul I, Yüksel O, Turhan N. Ulcer in the basis of Zenker's diverticulum mimicking esophageal malignancy. *J Natl Med Assoc*. 2006;98:1177-80.
 9. Nutter KM, Ball OG. Esophageal diverticula: current classification and important complications. *J Miss State Med Assoc*. 2004;45:131-5.
 10. Chirica M, Champault A, Dray X, Sulpice L, Munoz-Bongrand N, Sarfati E, et al. Esophageal perforations. *J Visc Surg*. 2010;147:117-28.

Gerardo Andrés Obeso Carillo^{a,*}, Montserrat Blanco Ramos^a, Eva María García Fontán^a, Alberto Pérez Pedrosa^b y Pedro Gil Gil^c

^aServicio de Cirugía Torácica, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Vigo, Pontevedra, España

^bServicio de Anatomía Patológica, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Vigo, Pontevedra, España

^cServicio de Cirugía General y Digestiva, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Vigo, Pontevedra, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: andresobca@hotmail.com (G.A. Obeso Carillo).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2011 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.ciresp.2011.05.003

Fístula enterovesical provocada por una sonda vesical permanente

Enterovesical fistula caused by an indwelling bladder catheter

Las fístulas enterovesicales (FEV) representan una dolencia poco frecuente, siendo la causa de un ingreso por cada 3.000 pacientes de un hospital¹. Existen múltiples etiologías, que van desde una diverticulitis aguda hasta un cáncer de vejiga. Una causa excepcional son las provocadas por el decúbito de una sonda vesical permanente.

Se presenta el caso de un varón de 93 años de edad con antecedentes personales de diabetes mellitus tipo II, tuberculosis, apendicectomía, vertebroplastia y hernioplastia inguinal. El paciente era portador de una sonda vesical permanente por haber sufrido un cuadro de retención aguda de orina tras el postoperatorio de una resección mandibular