

Carlos Arce Aranda¹, Chong Lee¹

Laura Goiburú¹, Ana Soskin²

Aníbal Filártiga Lacroix¹

¹Departamento de Cirugía Torácica,
Primera Cátedra de Clínica Quirúrgica,
Hospital de Clínicas,
Universidad Nacional de Asunción

²Servicio de Anatomía Patológica,
Hospital de Clínicas,
Universidad Nacional de Asunción

Rev UN Med 2012 1(1): 107-111

Divertículos múltiples del esófago medio

INTRODUCCIÓN

Los divertículos del esófago se clasifican de acuerdo a su localización. El divertículo de Zenker es una saculación faríngea por encima del esfínter esofágico superior, los del esófago medio se ubican hasta 5 cm por debajo de la carina, y los divertículos epifrénicos se localizan en los últimos 10 cm del órgano [1]. Los divertículos del tercio medio del esófago son infrecuentes; se estima que se presentan entre el 0.02% y el 0.77% de la población [2-4]. Se presenta un caso de divertículo del esófago medio intervenido quirúrgicamente en el servicio y se hace una revisión de la literatura.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente varón, 70 años, procedente del área rural, con antecedente de tuberculosis pulmonar tratado hace 40 años. Acudió a la consulta por disfagia (intermitente y progresiva) con pérdida de peso y odinofagia esporádica. Al examen físico no hubo datos llamativos de interés. Los estudios laboratoriales de rutina no evidenciaron alteraciones importantes. La endoscopia digestiva alta mostró orificios compatibles con divertículos en el esófago, entre 20 y 24 cm de la arcada dentaria superior. No se observó hernia hiatal ni esofagitis.

La radiografía contrastada esófago-gástrica puso en evidencia la presencia de formaciones compatibles con divertículos a nivel del esófago medio (Figura 1). El paciente fue sometido a cirugía programada, bajo anestesia general con intubación selectiva pulmonar. Se realizó una toracotomía posterolateral derecha, liberando las adherencias pulmonares a la pared, secuelas de su infección tuberculosa, hasta llegar al mediastino. Una vez disecado el esófago en toda su extensión e

identificado los divertículos se colocaron puntos de referencia en los mismos (Figura 2) para poder retraerlos. Se realizó la resección de los divertículos con ayuda de dos disparos de sutura mecánica TA 30 (carga verde) y sección posterior, acompañado de miotomía (Figuras 3 y 4). Se dejó una sonda nasogástrica de descompresión y un drenaje pleural. La evolución fue satisfactoria. El esofagograma de control al 5º día (Figura 5) no mostró fuga de contraste, reiniciando el paciente la alimentación vía oral y obteniendo el alta al 7º día postoperatorio. La anatomía patológica confirmó el diagnóstico de divertículos esofágicos, sin alteraciones en la mucosa. Actualmente el paciente se encuentra asintomático.

DISCUSIÓN

La falta de coordinación en la relajación en cualquiera de los esfínteres esofágicos (superior y/o inferior), produce aumento de la presión intraluminal y la protrusión de la mucosa con la formación de los divertículos. El aumento de la presión de la hipofaringe puede ser la causa del divertículo de Zenker. Así mismo, cuando el esófago es retraído o "empujado" de manera anormal se producen los divertículos en los tercios medio e inferior. Las fuerzas de "pulsión" que se presentan en los trastornos de la motilidad como el espasmo esofágico difuso y la acalasia pueden ocasionar los divertículos epifrénicos [1,2]. Los procesos inflamatorios alrededor del esófago y su fibrosis posterior, secundarios a tuberculosis o por tumores mediastinales fueron consideradas las causas principales de los divertículos del esófago medio y por tanto fueron denominados como divertículos de tracción [2,5].

Una revisión de la literatura a partir de 1925 da la clara impresión de que hay sólo unos pocos ca-

sos de divertículos de tercio medio del esófago. La localización exacta del punto anatómico de origen de estos divertículos no puede establecerse sobre la base de los datos disponibles, pero parece ser de 5 a 7 cm distal a la bifurcación de la tráquea. No se han encontrado diferencias clínicas entre los sexos [6]. El contenido de estos divertículos prácticamente nunca se menciona en la literatura. Do Nascimento y colaboradores informaron una serie de 27 pacientes con divertículos esofágicos: 13 con divertículos en el tercio medio, 11 en tercio distal y 3 con formaciones en los tercios medio e inferior. Identificaron alteraciones de la motilidad en el 85% de los casos y enfermedad por reflujo gastroesofágico en el 25% de los pacientes. Los autores sugieren que estas formaciones son verdaderos divertículos de pulsión [7].

En la mayoría de los pacientes los divertículos del esófago medio no ocasionan síntomas y estos son diagnosticados de manera incidental por estudios radiológicos o endoscópicos. Se han informado principalmente en pacientes mayores de 60 años de edad, con disfagia para alimentos sólidos y con grandes formaciones saculares (divertículos gigantes) que consultan por episodios de impactación alimentaria, con dolor torácico anginoso o con síntomas respiratorios nocturnos secundarios a episodios de broncoaspiración. En pacientes con divertículo del esófago medio, la disfagia ha sido reportada en el 70% de los casos, dolor torácico

en 58%, y síntomas sugerentes de reflujo gastroesofágico en 42%. En nuestro paciente, la disfagia fue el síntoma predominante, que mejoró casi en un 100% en el postoperatorio inmediato. Los pacientes asintomáticos no requieren tratamiento alguno.

El tratamiento quirúrgico mínimamente invasivo por videotoracoscopia es el recomendado en pacientes con disfagia o con cuadros de broncoaspiración [5-7]. Nosotros no lo hemos indicado por los antecedentes de tuberculosis que presentaba el paciente, lo cual generalmente conlleva a muchas adherencias pleurales que imposibilitan una creación de neumotórax para videocirugía. El tratamiento endoscópico (diverticulotomía) se ha empleado con éxito y con mínimas complicaciones [7] en otras partes del mundo, aunque nosotros no tenemos experiencia al respecto. Está en discusión aún la realización sistemática de la miotomía en los divertículos esofágicos por tracción. En este caso lo hemos realizado. En la actualidad, y por los hallazgos de la manometría esofágica, se considera que la causa más frecuente de estos divertículos son las alteraciones de la motilidad esofágica y por ende son verdaderos divertículos de pulsión [6,7].

En conclusión, los divertículos del esófago medio son raros, se presentan la mayoría de las veces con disfagia y la opción terapéutica recomendada es la resección de los divertículos, asociado o no a una miotomía.

BIBLIOGRAFIA

1. Greenwald E, Rawlinson JD, Marshall JK. A distinctive case of dysphagia. JAMC 2004;170:42.
2. Gerard FP, Sabety AM. Pulsion diverticulum of the mid-thoracic Esophagus: Report of Two Cases. Chest 1996;49:655-658.
3. Svane S. Giant midesophageal pulsion diverticulum: a report of two operated cases. Ann Thorac Surg 2001;71:1692-1694.
4. Thomas ML, Anthony AA, Fosh BG, Finch JG, Maddern GJ. Oesophageal diverticular. Br J Surg 2001;88:629-642.
5. Sánchez P, Castillo A, Mier y Díaz J, Robledo F, Blanco R. Experiencia en el manejo de divertículos esofágicos. Cirugía & cirujanos 1999;67:54-58.
6. Rice TW, Baker ME. Mid-thoracic esophageal diverticula. Semin Thorac Cardiovasc Surg 1999;11:352-357.
7. Pinto do Nascimento FA, Oliveira EM, Costa M. Esophageal Diverticula: Pathogenesis, clinical aspects and natural history. Dysphagia 2006;21:198-205.