

Divertículo gigante del esófago torácico

Giant midesophageal diverticula

Julián David Martínez Marín, MD.¹

RESUMEN

Los divertículos del tercio medio del esófago (esófago torácico) son una rara entidad. Es diagnosticada de manera incidental pues la mayoría de pacientes no manifiesta síntomas. Son verdaderos divertículos de pulsión y en más de 2/3 de los casos se asocian con alteraciones de la motilidad esofágica.

Sólo requieren tratamiento endoscópico o quirúrgico los pacientes con síntomas y en especial con manifestaciones respiratorias secundarias a episodios de broncoaspiración. Se presenta el caso de un hombre con esta alteración atendido en nuestra institución.

Palabras clave

Disfagia, divertículo, esófago torácico.

SUMMARY

The midesophageal diverticula (in the thoracic esophagus) are strange entities. They are diagnosed unexpectedly since most of the patients do not show any symptoms. They are Zenker diverticula and epiphrenic diverticula and in more than 2/3 of the cases they are associated with cases of esophageal motility disorders.

Only the patients with symptoms and specially those with secondary respiratory signs and inhalation episodes require endoscopic or surgical treatment. We have a case of one man with this disease who was treated at our institution.

Key words

Dysphagia, diverticulum, thoracic esophagus.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Hombre de 62 años que consulta porque ocasionalmente siente que los alimentos de consistencia sólida, como la carne de res se quedan “detenidos en el pecho” y luego progresan hacia el estómago de manera espontánea. Estos episodios se presentan desde dos meses atrás. No informa padecer dolor torácico, pirosis, regurgitación o síntomas respiratorios, tampoco hay pérdida de peso. No informó antecedentes patológicos importantes. El examen físico fue normal.

La endoscopia digestiva alta mostró en tercio medio del esófago un divertículo de 5 cms de diámetro, con escasos restos alimentarios; que no impidió el paso

distal del equipo. El tercio inferior del esófago, el estómago y el duodeno fueron normales.

Los Rx de esófago mostraron en el tercio medio del órgano una imagen sacular de 5 cms de diámetro, sin que se observara alteración del calibre (figuras 1 y 2).

Una vez informado de su diagnóstico y de sus alternativas terapéuticas el paciente opta por continuar manejo con modificaciones en la consistencia de su dieta.

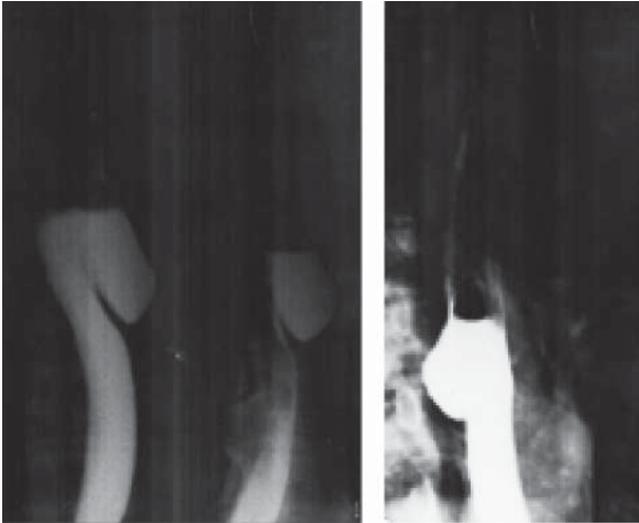
COMENTARIOS

Los divertículos del esófago se clasifican de acuerdo a su localización: el divertículo de Zenker es una saculación faríngea por encima del esfínter esofágico

¹ Profesor Asociado, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.

Fecha recibido: 10-08-08/ Fecha aceptado: 02-10-08

superior. Los del esófago medio se ubican hasta 5 cms por debajo de la carina y los divertículos epifrénicos se localizan en los últimos 10 cms del órgano (1).



Figuras 1 y 2. Divertículo gigante del esófago medio.

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, generalmente no ocasionan síntomas y casi siempre son descubiertos de manera incidental. Hasta en el 3% de los pacientes que consultan por disfagia, ésta es ocasionada por un divertículo del esófago (2-4).

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 traccionado 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.

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).

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).

Un estudio de 51 pacientes con divertículos mostró alteraciones de la motilidad esofágica en el 73% y disfunción del esfínter esofágico inferior en el 53% de ellos (7).

Una serie con 218 pacientes de un hospital de referencia y estudiados por Rx (esofagograma), mostró que 8 (3,6%) de ellos tenían divertículos del esófago medio y alteraciones de la motilidad. Los autores concluyen que este tipo de divertículos son de pulsión (8).

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 (9).

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 (10-12). Los pacientes asintomáticos no requieren de tratamiento alguno.

El tratamiento quirúrgico mínimamente invasivo por toracoscopia es el recomendado en pacientes con disfagia o con cuadros de broncoaspiración (10). El tratamiento endoscópico (diverticulotomía) se ha empleado con éxito y con mínimas complicaciones (13).

REFERENCIAS

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. Castrucci G, Porziella V, Granome PL, Picciocchi A. Tailored surgery for esophageal body diverticula. *Eu J Cardiothorac Surg* 1998; 14: 380-387.
8. Hoghooghi D, Coakley FV, Breiman RS, Qayum A, Yeh BM. Frequency and etiology of midesophageal diverticular at barium esophagography. *Clin Imaging* 2006; 30: 245-247.
9. Do Nascimento FA, Lemme EM, Costa MM. Esophageal diverticula: pathogenesis, clinical aspects, and natural history. *Dysphagia* 2006; 21: 198-205.
10. Altorki NK, Sunagawa M, Skinner DB. Thoracic esophageal diverticular. Why operation is necessary? *J Thorac Cardiovasc Surg* 1993; 105: 260-264.
11. Hoffmann JC, Pistorius G, Muller P, Zeitz M. Unusual case of a large midesophageal diverticulum mimicking unstable angina pectoris. *J Intern Med* 2002; 251: 355-360.
12. Hadi U, Rameh C. Giant midesophageal diverticulum presenting as food impaction: case report and review of literatura. *Am J Otolaryngol* 2007; 28: 122-125.
13. Schubert D, Kuhn R, Nestler G, Lippert H, Pross M. Endoscopic treatment of a mid-esophageal diverticulum. *Endoscopy* 2004; 36: 735-737.