

III. DIVERTICULOS DEL ESÓFAGO

Dr. Salustio Montalva Nouveau

A. Definición

Los divertículos en el esófago son formaciones anatómicas saculares de la pared, que a modo de evaginaciones sobresalen desde el lumen esofágico principal. Se pueden ubicar en cualquier punto del esófago y pueden ser únicos o múltiples. Fueron descritos en necropsias en 1764 por Von Ludlow. En 1987, Zenker opera por primera vez un divertículo faringoesofágico. Su frecuencia es baja y se calcula que corresponde al 5% de las autopsias y al 1,5 - 2,0 % de todos los estudios radiológicos y endoscópicos del tubo digestivo alto.

B. Clasificación

1. Según su constitución anatómica:

- i. Divertículos Verdaderos:* están constituidos por todas las capas de la pared del esófago: mucosa, submucosa y muscular (capa circular interna y longitudinal externa)
- ii. Divertículos Falsos:* constituidos por mucosa y submucosa que se hernian a través de defectos de la capa muscular del esófago.

2. Según mecanismo de producción:

- i. Divertículos por Pulsión:* son aquellos secundarios a un aumento mantenido de la presión intraluminal esofágica, en relación a la existencia de zonas débiles de la capa muscular del esófago. En este grupo se clasifican los divertículos faringoesofágico y epifrénico. Se trata en virtud del mecanismo de producción, de divertículos falsos.
- ii. Divertículos por Tracción:* como su nombre indica, se producen por tracción ejercida por estructuras vecinas al esófago; es el caso de adenopatías mediastínicas (más frecuente en la época de la alta incidencia de TBC

de la alta incidencia de TBC pulmonar), que por procesos de inflamación, cicatrización y adherencias, determinan retracción y tracción secundaria de la pared esofágica en su totalidad. Son, por lo tanto, divertículos verdaderos (constituidos por todas las tunicas del esófago). A este grupo pertenecen los divertículos del esófago torácico o del tercio medio o también llamados epibrónquicos.

3.- Según localización en el esófago:

- i. En esófago cervical o llamados faringoesofágicos o divertículo de Zencker:* Estos divertículos han sido subdivididos según su tamaño en tipo 1, tipo 2 y tipo 3 por Lahey. Siendo el tipo 1 más pequeño y el tipo 3 el más grande.
- ii. En esófago torácico o también llamados epibrónquicos o medio torácicos.*
- iii. Del tercio inferior del esófago o epifrénicos.*

4.- Según su origen:

- i. Congénitos:* corresponden en general a los divertículos múltiples y los medio torácicos (también pueden ser adquiridos).
- ii. Adquiridos:* son los divertículos por pulsión en general.

C. Factores condicionantes

En la etiopatogenia de los divertículos del esófago, se reconocen ciertos factores asociados y condicionantes, como la existencia de zonas débiles en las capas musculares del órgano; el divertículo faringoesofágico protruye a través del triángulo de Killian, que es una zona débil de la pared posterior de la faringe y que se encuentra entre el músculo constrictor inferior de la faringe, y por el borde superior del esfínter cricofaríngeo. Una zona de debilidad similar se encuentra en el

encuentra en el tercio distal del órgano, por donde aparece el divertículo epifrénico.

La acalasia del esófago y la esofagitis cáustica suelen asociarse a divertículos del esófago.

D. Fisiopatología del divertículo faringoesofágico de Zenker

Aunque controvertida, hay planteamientos aceptados por la mayoría de los autores.

Se atribuye a una pérdida de la sincronización del proceso de la deglución. Existe una falta de relajación sincrónica del esfínter cricofaríngeo frente a la violenta contracción faríngea que impulsa el bolo alimentario hacia el esófago. La hiperpresión producida en la cavidad faríngea, se focaliza en un punto de menor resistencia en la cara posterolateral izquierda del esófago (triángulo de Killian), y determina la protrusión de la mucosa esofágica, produciéndose así el divertículo faringoesofágico por pulsión.

E. Cuadro clínico

El divertículo más sintomático es el faringoesofágico, que a su vez representa el 75 % de todos los divertículos. Se observa más allá de la quinta década de la vida y predomina en el sexo masculino con una relación de 4/1. El 70 % de los epibrónquicos y el 50 % de los epifrénicos, son asintomáticos.

Los epifrénicos suelen asociarse a otras patologías, de las cuales toman prestada su sintomatología (hernia hiatal, esofagitis de reflujo, acalasia, cáncer de esófago, espasmo difuso, etc.). Los divertículos epifrénicos corresponden aproximadamente al 15% del total y pueden confundirse, por su sintomatología inespecífica, con patologías médicas como la coronaria.

En el caso del divertículo de Zenker, la sintomatología depende de su tamaño. Su crecimiento y la acumulación de alimentos, saliva, secreciones y detritus

en su interior, produce un síndrome esofágico con disfagia y halitosis; se observan además, tos y "carraspera" por irritación laríngea, e infecciones broncopulmonares por aspiración. En la medida que aumenta de tamaño, se agravan los síntomas, pudiendo llegar a la afagia y la caquexia. El paciente refiere aumento de volumen cervical izquierdo, luego de ingerir alimentos y vaciamiento o desaparición del mismo con maniobras de masaje o compresión manual. Esto se puede comprobar con la deglución líquidos. Es importante la reversibilidad de este aumento de volumen cervical.

F. Exámenes complementarios

Además de la historia clínica y los hallazgos del examen físico (aumento volumen cervical fluctuante), los métodos de estudio complementario son de gran utilidad.

1. *Rx EED*: ésta proporciona la clásica imagen en moneda en la proyección antero posterior, a nivel del cuello. Para casos de menor tamaño, siempre debe tomarse placas en proyecciones lateral y oblicua. En la proyección lateral, se puede observar una imagen alargada que rechaza el esófago hacia adelante.

2. *Endoscopia*: debe realizarse con extrema precaución por el riesgo de perforación. Su mayor utilidad está en la toma de biopsias cuando hay lesiones asociadas o cuando se sospecha una degeneración de la mucosa (mucosa ectópica gástrica, por ejemplo). En los divertículos pequeños y en los epibrónquicos, la endoscopia no sirve para el diagnóstico ya que suele ser informada como normal. En cambio, su rendimiento aumenta en el estudio de los divertículos epifrénicos, que se localizan 5 - 6 cms. sobre el cardias.

3. *Manometría Esofágica*: sus resultados varían según el método utilizado. Estudios realizados por Ellis en el divertículo de Zenker han mostrado una

presión de reposo normal del esfínter cricofaríngeo en el 55% de los casos, no obstante, Csendes comunica la presencia de un esfínter cricofaríngeo de 25 mm. Hg (normal: 50-70), y con una longitud de 2,6 cms. (normal: 3-4)

En los divertículos epibrónquicos, la manometría ha demostrado trastornos motores sugerentes de espasmo difuso (Borrie en 1980). Braghetto y Csendes, en 23 pacientes portadores de divertículos del tercio medio del esófago, demostraron ondas esofágicas de amplitud normal (40 mm. Hg) y coexistencia de espasmo difuso esofágico en el 26% de los casos.

En los divertículos epifrénicos, que en la mayoría de los casos se localizan en el lado derecho, el estudio por manometría del esfínter esofágico inferior (EEI) ha demostrado alteraciones motoras en el 70% de los casos (relajación incompleta, ondas de contracción vigorosas en el tercio distal del esófago). Coexistiría el diagnóstico de espasmo difuso del esófago en el 30% de los casos.

Experiencias nacionales, han encontrado una presión promedio del EEI de 10 mm. Hg; con ondas esofágicas de 47 mm. Hg.

G. Complicaciones

Las complicaciones de los divertículos se observan especialmente en aquellos por pulsión, como el faringo-esofágico (de Zencker) y el epifrénico. Su presencia en general, representa una indicación quirúrgica. Las más frecuentemente observadas con: (a) Perforación, (b) Hemorragia, (c) Inflamación e Infección, y (d) Malignización de su epitelio (mucosa gástrica ectópica); en el caso de los divertículos epibrónquicos, se agregan la fistulización a bronquio, la mediastinitis y el empiema pleural.

H. Tratamiento

La cirugía está indicada en el divertículo de Zenker y en los epibrónquicos y epi-

frénicos muy sintomáticos y/o complicados.

El divertículo faringoesofágico de Zenker se opera por cervicotomía izquierda y se efectúa diverticulectomía y sección del esfínter cricofaríngeo. Las complicaciones post-operatorias más frecuentes descritas son: (a) Fístula esofágica cervical (generalmente de cierre espontáneo), (b) Estenosis esofágica cervical, (c) Recidiva, y (d) Otras como la mediastinitis, la disfonía, la infección de herida operatoria y las infecciones respiratorias.

En el divertículo epibrónquico, sólo se justifica la cirugía cuando son muy grandes y sintomáticos o cuando se complican. Se operará por toracotomía derecha o izquierda, efectuando la extirpación del divertículo y la esofagorrafia. En estos casos es fundamental asegurar una vía de alimentación, ya sea enteral (por sonda nasoyeyunal o por yeyunostomía) y/o parenteral.

En el divertículo epifrénico, lo frecuente es el tratamiento de la patología asociada responsable de la sintomatología, y la resección del divertículo solo está indicada cuando producen compresión extrínseca del esófago por su gran tamaño, o cuando se complican (infección, perforación, malignización).