

Hospital Clínicoquirúrgico «Hermanos Ameijeiras»

Divertículos esofágicos por pulsión: técnicas quirúrgicas

Dr. Miguel Angel Martín González,¹ Dr. Albio Ferrá Betancourt² y Dr. Edelberto Fuentes Valdés³

RESUMEN

Los divertículos esofágicos por pulsión son los que con mayor frecuencia se diagnostican en el esófago. En el Hospital Clínicoquirúrgico «Hermanos Ameijeiras» se estudiaron 8 pacientes en el período de 1992 a 1995 y de 1999 a 2002. La media de edad fue de 59 años y el 50 % de los casos eran del sexo masculino. Del total de casos, 7 fueron divertículos faringoesofágicos y 1, epifrénico. Los tamaños variaron entre 1 cm a 12 cm, con una media de 3,9 cm y el tamaño de los cuellos entre 1 cm y 3 cm, con una media de 2,1 cm. A 5 de los divertículos de Zenker se les realizó diverticulectomía y a 2, diverticulopexia, siempre con miotomía del cricofaríngeo. En el caso del divertículo epifrénico se realizó diverticulectomía. Ninguna de las técnicas se asoció a complicaciones.

Palabras clave: Divertículo faringoesofágico, divertículo epifrénico, diverticulectomía, diverticulopexia.

Los divertículos esofágicos por pulsión son los más frecuentes de este órgano. Se considera así al divertículo faringoesofágico o de Zenker (70 %) y al divertículo epifrénico (20 %).¹ Ambos son considerados divertículos falsos, pues carecen de capa muscular. También son divertículos adquiridos, que se desarrollan como consecuencia de una obstrucción funcional u orgánica. Ésta origina una coordinación deficiente de la fuerza propulsora faringoesofágica o esofágica, con insuficiente relajación del esfínter esofágico superior o inferior respectivamente.

Se origina entonces una presión intraluminal muy elevada que obliga a la formación de los divertículos en el punto más débil de la capa muscular: el triángulo de Laimer-Killian, en el caso del divertículo de Zenker² y en los últimos 10 cm del esófago, en caso del epifrénico.³ En el primer caso el tratamiento es quirúrgico, mientras que en el segundo esta opción tiene sus indicaciones.

MATERIALES Y MÉTODOS

En el Hospital Clínicoquirúrgico «Hermanos Ameijeiras» se estudiaron los pacientes con diagnóstico de divertículo esofágico, que se atendieron en el período de 1992 a 1995 y de 1999 a 2002.

La serie estuvo compuesta por 8 pacientes: 7 con divertículos faringoesofágicos y 1, epifrénico. Se analizaron los tamaños de éstos y las técnicas quirúrgicas empleadas en cada caso.

RESULTADOS

Siete de los 8 pacientes tenían un divertículo de Zenker y uno, un divertículo epifrénico. La edad varió de 49 a 71 años, con una media de 59. El 75 % (6 pacientes) tenía más de 55 años.

El 50 % (4) de los pacientes era del sexo masculino, así que no se encontró relación alguna entre esta variable y la edad ($p > 0,05$).

El tamaño de los divertículos varió de 1 cm a 12 cm, con una media de 3,9 cm. Los cuellos de estos midieron entre 1 cm a 3 cm, con una media de 2,1 cm.

A 5 de los 7 divertículos de Zenker se les practicó diverticulectomía más miotomía del cricofaríngeo. Uno de ellos fue por recidiva después de una diverticulectomía sin miotomía, que fue practicada en otro centro un año antes, y a 2 se les realizó diverticulopexia más miotomía del cricofaríngeo.

Al divertículo epifrénico (Fig.), el cual tenía doble saco, uno a cada lado del esófago, se le realizó diverticulectomía. La manometría de este paciente demostró trastornos inespecíficos de la motilidad esofágica.



Figura. Divertículo epifrénico doble.

No hubo accidentes quirúrgicos ni complicaciones postoperatorias. No ha habido, en ninguno de los pacientes, recidiva de la enfermedad.

DISCUSIÓN

Los síntomas del divertículo de Zenker pueden ser variados e incluyen los de una complicación respiratoria o un cuadro de desnutrición, en especial en los pacientes de la tercera edad. Es por ello que su tratamiento siempre debe ser quirúrgico.¹

La cirugía puede realizarse por vía transcervical o por vía endoscópica (endoscopio rígido o flexible). Entre las del primer grupo tenemos la miotomía sólo del cricofaríngeo, la cual es utilizada para los divertículos pequeños, y la diverticulopexia o diverticulectomía, asociadas a la miotomía del cricofaríngeo. En el segundo grupo se encuentran la diverticulostomía transoral con suturadores mecánicos, con láser o coagulación,⁴ que se emplea especialmente en los pacientes de alto riesgo o de edad avanzada.¹

Entre uno y otro grupo se prefiere utilizar el de técnica abierta, porque se obtienen mejores resultados a largo plazo.⁵ Opinamos que la miotomía del cricofaríngeo siempre debe practicarse cuando el abordaje es transcervical, ya que ello nos permite eliminar la obstrucción funcional que originó el divertículo, independientemente que se acompañe o no de una diverticulectomía o una diverticulopexia.

En la resección el tiempo quirúrgico y la posibilidad de complicaciones son algo mayores que en la fijación, sin embargo en la actualidad se recomienda dejar la fijación para los enfermos de edad avanzada y practicar la resección en los divertículos mayores de 6 cm y en los pacientes jóvenes, con lo que se disminuye el riesgo de aparición de un cáncer en el saco diverticular, que aunque es poco frecuente no deja de presentarse.^{6,7} En los divertículos epifrénicos se recomienda la operación ante la presencia de síntomas progresivos o que produzcan incapacidades, cuando tienen un tamaño grande o aumenta este de forma progresiva incluso si no producen síntomas y cuando se requiera operar otras enfermedades esofágicas asociadas, como la hernia hiatal.

La técnica quirúrgica empleada en la mayoría de los pacientes es la toracotomía izquierda por sexto o séptimo espacio intercostal, junto con una esofagomiotomía extramucosa larga hasta el arco aórtico que incluya la unión esofagogástrica. Se añade un proceder antirreflujo, preferiblemente no mayor de 240°. Ello evita la recidiva del divertículo o la filtración en la línea de sutura.² Sólo en los escasos pacientes, en quienes no se pueda demostrar la existencia de anomalías funcionales u orgánicas asociadas, es que se puede individualizar el tratamiento quirúrgico definitivo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carrere N, Pradere B. Esophageal diverticula. J Chir (Paris). 2000;141(2):85-92.

2. Orringer MB. Tumors, Injuries, and Miscellaneous Conditions of the Esophagus. In: Greenfield LJ, Mulholland M, Oldham KT, Zelenock GB, Lillemoe KD. Surgery. Scientific Principles and Practice. 2ª ed. Philadelphia: Lippincott-Raven;1997. pp. 694-735.
3. Mattioli F, Puglisi M, Bottaro P. Our experience with pharyngo-esophageal Zenker's diverticulum. Chir Ital. 2003; 55(6):777-84.
4. Costantini M, Zaninotto G, Rizzetto C, Narne S, Ancona E. Oesophageal diverticula. Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2004;18 (1):3-17.
5. Zaninotto G, Narne S, Costantini M, Molena D, Cutrone C, Portale G, *et al.* Tailored approach to Zenker's diverticula. Surg Endosc. 2003;17(1):129-33.
6. Leporrier J, Salame E, Gignoux M, Segol P. Zenker's diverticulum: diverticulopexy versus diverticulectomy. Ann Chir. 2001;126(1):42-5.
7. Siddiq MA, Sood S, Strachan D. Pharyngeal pouch (Zenker's diverticulum). Postgrad Med J. 2001; 77(910): 506-11.

Recibido: 2 de diciembre de 2004. Aprobado: 15 de noviembre de 2005.

Dr. Miguel Angel Martín González. Calle A N.º 101ª, entre 5ta y Calzada, Vedado.

Municipio Plaza de la Revolución. Ciudad de La Habana. Correo electrónico:

miguelm@infomed.sld.cu

¹Especialista de I Grado en Cirugía General.

²Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesor Asistente.

³Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesor Asistente.