

# *Divertículos del Esófago*

**Dr. Ricardo Vega R<sup>1</sup>. Prof. Dr. Humberto Flisfisch F<sup>2</sup>.**

## **1.- Introducción**

Un divertículo esofágico (DE) es una dilatación infundibuliforme, que se produce en la pared del esófago. Puede ser resultado de un evento durante la organogénesis (congénitos) o adquiridos.

Los síntomas más importantes son la disfagia y las aspiraciones de contenido digestivo al árbol bronquial. Para su diagnóstico, el tránsito baritado, suele ser suficiente. El tratamiento es quirúrgico, recomendándose la intervención únicamente en los pacientes sintomáticos.

## **2.- Definición:**

Los divertículos son evaginaciones de la pared esofágica, en forma de bolsa ciega que comunica con la luz principal. Es una patología infrecuente, pero no excepcional, ya que puede ser muy invalidante si existe disfagia, e incluso potencialmente grave cuando se acompaña de aspiraciones.

Se clasifican en verdaderos o falsos, los primeros tienen todas las capas de la pared esofágica, los falsos no tienen todas las capas parietales. El término pseudo-divertículo resulta confuso, ya que podría corresponder a otras patologías y no necesariamente a una evaginación de la pared esofágica (Ej. glándulas submucosas dilatadas).(1,2)

## **3.- Clasificación:**

Se pueden clasificar de acuerdo a:

A).- Su localización en:

- 1.- Divertículo esofágico proximal (faringo-esofágico de Zenker)
- 2.- Divertículo esofágico medio (epibronquial o parabronquial)
- 3.- Divertículo esofágico distal (epifrénico o de tercio distal esofágico)

B).- Mecanismo de producción:

---

<sup>1</sup> Médico Cirujano, Escuela de Medicina Universidad de Chile. Campus Sur.

<sup>2</sup> Prof. Director Departamento de Cirugía Sur. Facultad de Medicina. Universidad de Chile.☐

- 1.- Divertículos por pulsión, debido a la salida de una “hernia” de mucosa y submucosa a través de una zona débil de la pared muscular por aumento de la presión intraluminal.
  - 2.- Divertículos por tracción, ocasionados por la retracción que sufre la pared esofágica por un proceso cicatricial próximo (post inflamatorio).
- C).- La constitución de su pared:
- 1.- Divertículos verdaderos, cuando todas las capas de la pared esofágica forman parte de la pared diverticular.
  - 2.- Divertículos falsos, cuando su pared está formada por mucosa o submucosa.
- D).- Su origen:
- 1.- Congénito
  - 2.- Adquirido

#### **4.- Epidemiología:**

Los divertículos esofágicos son raros con una prevalencia de 0.06 – 4%, basado esto en series endoscópicas y radiológicas, siendo el peak de presentación, la sexta y séptima década de la vida, según datos internacionales. En Chile, se desconoce su prevalencia.

#### **5.- Mecanismos de producción:**

La mayoría de los DE son adquiridos, y se piensa que son secundarios a fuerzas de tracción. Algunas veces ambos mecanismos pueden coexistir. Adhesiones periesofágicas de adenopatías bronquiales conducen típicamente a divertículos por tracción, siendo éstos pequeños, suspendidos, cónicos y de base ancha. La causa clásica es la TBC. Los mecanismos fisiopatológicos que conducen a DE por pulsión, son más complejos y se piensa que incluyen desórdenes de la motilidad esofágica, obstrucción funcional o mecánica, y debilidad focal de la pared esofágica. Bajo éstas condiciones, una fuerza suficiente de pulsión puede llevar a la herniación de la mucosa en el segmento de máxima presión y menos resistencia.(1-3)

A continuación, revisaremos las variedades más frecuentes de DE.

##### **A) Divertículo de Zenker (DZ).**

El DZ es la variedad más frecuente de divertículo esofágico, aproximadamente el 70% de ellos. Se trata de un divertículo por pulsión, localizado en la unión faringoesofágica. Se sitúa posterior, justo por encima del músculo cricofaríngeo a nivel del triángulo de Laimert, que representa una zona de mayor debilidad de la pared muscular de la faringe.

**Fisiopatología:** Debido a que su máxima incidencia se sitúa entre los 59 y 80 años, se considera un proceso adquirido. Su constante aparición en la zona posterior de la pared faríngea, justo por encima del músculo cricofaríngeo, sugiere la coexistencia de una zona débil de la pared, junto a un hiperperitonía de este músculo. El aumento de presión sobre la pared posterior de la faringe dará lugar a la herniación de la mucosa y submucosa a través de las fibras musculares, originándose el divertículo, que irá creciendo distalmente, interpuesto entre el esófago y la columna vertebral.

**Clínica y diagnóstico:** Aunque en ocasiones puede ser asintomático, la mayoría de los pacientes con DZ desarrolla síntomas. Los síntomas más comunes son disfagia, sialorrea, halitosis, deglución ruidosa, regurgitación del contenido del divertículo a la boca y, en ocasiones, síntomas relacionados con micro aspiraciones como tos irritativa, sibilancias, etc.

Algunos pacientes realizan maniobras como provocar la tos o compresión manual a nivel cervical para facilitar la deglución. En fases avanzadas podemos encontrar pérdida de peso y síntomas derivados de neumopatía secundaria a las aspiraciones. Raramente es palpable a nivel cervical y cuando ocurre, suele ser en el lado izquierdo. Una vez sospechada esta patología por la clínica, el siguiente paso diagnóstico, y prueba casi siempre definitiva, es el tránsito baritado que demostrará claramente la presencia del saco. La manometría y la endoscopia no tienen un valor importante en el diagnóstico de estos pacientes, y pueden resultar perjudiciales.

**Tratamiento:** La base del tratamiento del DZ ha sido históricamente la cirugía (4,5). Sin embargo, los métodos no quirúrgicos mínimamente invasivos se están utilizando cada vez más. Los métodos de corrección quirúrgica de un DZ son:

- 1.- Diverticulectomía (el más usado)
- 2.- Miotomía del cricofaríngeo, dejando inalterado el DZ.
- 3.- Miotomía del cricofaríngeo con diverticulectomía.

## **B) Divertículos Epifrénicos:**

Este tipo de divertículos pueden aparecer a cualquier nivel del tercio esofágico distal. Su exacta prevalencia es desconocida, ya que muchos de ellos son asintomáticos, aunque se considera que son más cinco veces menos frecuentes que los faringo-esofágicos.

**Fisiopatología:** Aunque la fisiopatología exacta es desconocida, se sabe gracias a los procedimientos manométricos esofágicos, que los pacientes con divertículos epifrénicos presentan, en muchas ocasiones trastornos motores tales como espasmo esofágico difuso.

**Clínica y diagnóstico:** A diferencia de los divertículos de Zenker, muchos de los divertículos epifrénicos son asintomáticos o presentan síntomas mínimos como disfagia moderada. Sin embargo, algunos pacientes desarrollan síntomas progresivamente incapacitantes, tales como disfagia severa, regurgitación con posibles aspiraciones y dolor torácico. Debido a que en ocasiones, alcanzan grandes tamaños, existe la posibilidad de sufrir aspiraciones graves, especialmente nocturnas.

El diagnóstico, al igual que en los divertículos faríngeo-esofágicos, se realiza fácilmente con el tránsito baritado esofágico. Sin embargo, teniendo en cuenta la asociación con otros trastornos motores, es aconsejable realizar en todos los casos una esofagoscopia y un estudio manométrico que serán de gran utilidad a la hora de decidir la técnica quirúrgica.

**Tratamiento:** Aunque hay autores que defienden la indicación quirúrgica incluso en los asintomáticos, basándose en la posibilidad de desarrollar complicaciones graves, tales como aspiraciones masivas; la mayoría se inclina por la cirugía exclusivamente en los casos con síntomas severos.(6)

La técnica quirúrgica también puede ser objeto de controversia, aunque la mayoría de los autores siguen la empleada por el grupo de la Clínica Mayo y que, básicamente, consiste en diverticulectomía seguida de una amplia miotomía extra mucosa distal al divertículo, asociada. Si hay evidencias de reflujo gastroesofágico, se agrega técnica antirreflujo, habitualmente una funduplicatura. Los resultados de

la cirugía son, en general, muy satisfactorios y conseguidos con una baja morbimortalidad.

### **C) Divertículos Epibronquiales:**

Se trata de un divertículo verdadero en situación medio torácica (parabronquial) y cuyo mecanismo de producción es la tracción que sufre la pared esofágica como consecuencia de un proceso inflamatorio local, habitualmente tuberculoso, de adenopatías mediastínicas.

La incidencia de estas lesiones ha bajado paralelamente con la disminución de la tuberculosis pulmonar, por lo que hoy en día, se diagnostican raramente; ya que, habitualmente son asintomáticos. El diagnóstico suele ser casual, tras realizar un tránsito baritado o una esofagoscopia por otro motivo. Cuando hay síntomas, estos están relacionados con complicaciones como la hemorragia y las fístulas a la vía aérea.

La mayoría de estas lesiones no precisa tratamiento y solo se recurrirá a la cirugía cuando aparezcan complicaciones.(7)

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Cassivi SD, Deschamps C, Nichols FC 3rd, Allend MS, Pairolero PC. *Diverticula of the esophagus*. Surg Clin North Am. 2005, Jun; 85 (3): 495-503, IX.
2. Deschamps C, Trastek UF. *Esophageal diverticula*. En: Shields TW, LoCicero J, Ponn RB, editors. General Thoracic Surgery, 5ª edition. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia; 2000 p. 1839-49.
3. Lerut T. *Esophageal diverticula*. En: Pearson FG, Deslaviere J, Ginsberg RJ, Hiebert CA, McKneally MF, Urschel HC, editors. Esophageal Surgery. New York: Churchill Livingstone; 1995 p. 417-24.
4. Ellis FH, Schlegel JF, Lynch VP, Payne WS. *Cricopharyngeal myotomy for pharyngeoesophageal diverticulum*. Ann surg 1969; 170: 340-9.
5. Ferreria LE, Simmons DT, Baron TH. *Zenker1 diverticula: pathophysiology, clinical presentation, and flexible endoscopic management*. Dis Esophagus 2008, 21 819: 1-8
6. Soares R, Herbella FA, Prachand VN, Ferguson MK, Patti MG. *Epiphrenic diverticulum of the esophagus. From pathophysiology to treatment*. J Gastrointest Surg 2010 Dec; 14 (12) 2009-15.
7. N. Llobregat Poyán, JA Garrido Alises, G. Puyeras Llodra y F.S. Pérez Piqueras. *Therapeutic orientations in esophageal diverticula*. Gastroenterología Integrada 2001; 2 (4): 231-236.