

Divertículo traqueal: presentación de un caso

Eduard Bodet Agustí^a, Vicens Martínez Vecina^a, Coya Romeu Figuerola^a y Montse Monzón Gaspà^b

^aUnidad de Otorrinolaringología. Hospital Nostra Senyora de Meritxell. Escaldes-Engordany. Andorra.

^bServicio de Radiología. Hospital Nostra Senyora de Meritxell. Escaldes-Engordany. Andorra.

El divertículo traqueal es una entidad clínica raramente descrita en la literatura. Su origen es una debilidad congénita o adquirida de la pared traqueal. La mayoría de los divertículos traqueales producen poca clínica y son bien tolerados. La base del diagnóstico es los hallazgos radiológicos obtenidos por tomografía computarizada.

Presentamos el caso de un varón de mediana edad al que, por molestias faríngeas inespecíficas, se diagnostica divertículo traqueal mediante tomografía cervical.

Palabras clave: Divertículo traqueal. Tomografía computarizada. Pared traqueal.

Tracheal Diverticulum: A Case Report

Tracheal diverticulum is a clinical entity rarely reported in the literature. It results from a congenital or acquired weakness of the tracheal wall. Most tracheoceles cause few symptoms and are well tolerated. Diagnosis is often based on computerized tomography (CT) scan findings.

We describe a case of a middle-aged male presenting non-specific pharyngeal discomfort. A diagnosis of tracheal diverticulum was made based on a cervical CT scan.

Key words: Tracheal diverticulum. Computerized tomography. Tracheal wall

INTRODUCCIÓN

El divertículo traqueal o traqueocele es una cavidad aérea de situación paratraqueal secundaria a una debilidad congénita o adquirida de la pared traqueal.

Se trata de una entidad clínica rara, aunque su incidencia en alguna serie de autopsias puede alcanzar el 1 %¹.

Utilizando los términos "*tracheal diverticulum*" o "*tracheocele*" hemos realizado una búsqueda bibliográfica por medio de MEDLINE. Desde 1953 hasta enero de 2006, sólo encontramos 13 artículos referidos al traqueocele y 19 sobre el divertículo traqueal. De estos artículos, únicamente 9 pertenecen a revistas de nuestra especialidad.

La escasez de publicaciones sobre esta entidad se debe en parte a su rareza y en parte a sus pocos e inespecíficos síntomas, lo que dificulta el diagnóstico.

Presentamos el caso de un paciente de 50 años de edad que presentaba molestias faríngeas inespecíficas y al que se diagnosticó divertículo traqueal derecho mediante tomografía computarizada (TC).

CASO CLÍNICO

Un varón de 50 años de edad consultó en el servicio de otorrinolaringología de nuestro hospital por sensación de cuerpo extraño a nivel de hipofaringe derecha de 3 meses de evolución. No refería tos ni otros síntomas. Como único antecedente de interés, había una intervención reciente de apendicectomía, realizada con anestesia general sin incidencias en la intubación endotraqueal. Como la exploración otorrinolaringológica aparentemente fue normal y la clínica era poco específica, solicitamos un tránsito baritado esofagográfico como prueba complementaria inicial.

El tránsito baritado fue normal, lo que descartaba lesiones como un divertículo de Zenker. Pero el paciente insistía en la persistencia de molestias en la hipofaringe derecha, por lo que solicitamos una TC cervical.

La TC nos proporcionó el diagnóstico. En la región subclavicular derecha, en situación paratraqueal posterior, identificamos una imagen aérea bien delimitada de 2 cm de diámetro mayor, muy indicativa de divertículo traqueal (fig. 1). La TC torácica descartó otras lesiones parecidas a nivel bronquial.

Para intentar visualizar el orificio de comunicación entre el divertículo y la tráquea, realizamos una segunda TC cervical de alta resolución en inspiración y expiración forzadas, pero el volumen del divertículo traqueal no variaba y no fue posible localizar ninguna comunicación.

Tras consultar la poca bibliografía disponible sobre esta entidad, optamos por un tratamiento conservador, puesto que se trata de un divertículo traqueal de pequeño tamaño y escasa clínica en un paciente adulto.

Los autores no manifiestan ningún conflicto de intereses.

Correspondencia: Dr. E. Bodet Agustí.
Unidad de Otorrinolaringología.
Hospital Nostra Senyora de Meritxell.
Avda. Fiter i Rossell, 1-13. Escaldes-Engordany.
Principat d'Andorra.
Correo electrónico: ebodet@hotmail.com

Recibido el 23-2-2006.

Aceptado para su publicación el 21-8-2006.

Aproximadamente 7 meses después del inicio de los síntomas, el paciente refirió una mejoría espontánea de las molestias faríngeas y ha permanecido asintomático durante el último año.

DISCUSIÓN

En las publicaciones consultadas no hay una clara distinción entre los términos divertículo traqueal y traqueocele. Nosotros hemos utilizado el término divertículo traqueal por ser la nomenclatura más utilizada en las publicaciones más recientes.

Donde sí parece haber acuerdo es en que hay formas congénitas y formas adquiridas de los divertículos traqueales. Para algunos autores, la variedad congénita es el resultado de una anomalía embrionaria, y puede contener en sus paredes elementos traqueales normales como músculo o cartílago^{2,3}. Sin embargo, las formas adquiridas, relacionadas con enfermedad broncopulmonar crónica y procedimientos quirúrgicos traqueales^{4,5}, parecen corresponder a una simple invaginación externa de la mucosa traqueal a través de un orificio herniario en la pared muscular debilitada de la tráquea.

Otra diferencia descrita entre formas adquiridas y congénitas de los divertículos traqueales es el tamaño de su orificio de comunicación con la tráquea, que es mayor en las formas adquiridas y estrecho en las formas congénitas². En estas últimas puede ser imposible su identificación incluso durante la disección quirúrgica⁶.

Nuestro paciente no tiene antecedentes de enfermedad broncopulmonar crónica ni procedimientos quirúrgicos traqueales. Además, en cuanto al divertículo, no conseguimos identificar con TC de alta resolución su comunicación con la tráquea y no cambió su volumen en las maniobras respiratorias forzadas, todo compatible con un orificio de comunicación muy estrecho. Estos dos argumentos, la ausencia de antecedentes y la estrecha comunicación, señalan el origen congénito de nuestro divertículo traqueal.

Al igual que en la mayoría de las publicaciones consultadas, en nuestro paciente el divertículo traqueal se localiza en el lado derecho de la tráquea. Mucho más raros son los divertículos traqueales izquierdos^{1,4}.

La clínica de los divertículos traqueales es inespecífica. Los síntomas más frecuentes son las molestias faríngeas y la tos, con o sin expectoración. Como complicaciones excepcionales se ha descrito la parálisis laríngea recurrente por compresión⁷, la aparición de neumomediastino tras una intubación endotraqueal dificultosa⁸ y disnea por un divertículo de carina en un lactante⁹.

El diagnóstico es básicamente radiológico mediante TC². El examen broncoscópico puede ser útil para intentar vi-

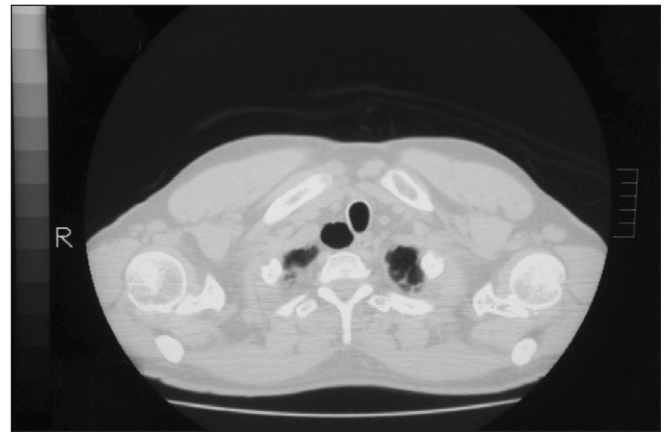


Figura 1. Imagen de tomografía computarizada cervical. Divertículo traqueal de 2 cm de diámetro, situado en la región subclavicular derecha.

sualizar el orificio del divertículo. El esofagograma con bario excluye un divertículo esofágico en adultos o una fístula traqueo-esofágica en niños.

No hay consenso en cuanto al tratamiento del divertículo traqueal. En general se propone un tratamiento médico conservador de los síntomas. El tratamiento quirúrgico se reserva para los divertículos de mayor tamaño con un propósito estético⁶, casos pediátricos con síntomas respiratorios graves⁹ o formas más sintomáticas con sobreinfecciones frecuentes¹⁰.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mackinnon D. Tracheal diverticulum. *J Pathol Bacteriol.* 1953;65:513-7.
2. Early EK, Bothwell MR. Congenital tracheal diverticulum. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2002;127:119-21.
3. Frenkiel S, Assimes IK, Rosales JK. Congenital tracheal diverticulum. A case report. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 1980;89:406-8.
4. Henderson CG, Harrington RL, Izenberg S, Dyess DL, Silver FM. Tracheocele after routine tracheostomy. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1995;113:489-90.
5. Hoffman HT, Baker SR. Tracheostoma diverticulum following tracheoesophageal puncture. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 1990;116:1074-6.
6. Mathur NN, Sardana P, Singh VP, Bais AS. Adult tracheocele with large cervical presentation. *J Laryngol Otol.* 1999;113:364-5.
7. Caversaccio MD, Becker M, Zbaren P. Tracheal diverticulum presenting with recurrent laryngeal nerve paralysis. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 1998;107:362-4.
8. Moller GM, Ten Berge EJ, Stassen CM. Tracheocele: a rare cause of difficult endotracheal intubation and subsequent pneumomediastinum. *Eur Respir J.* 1994;7:1376-7.
9. Adham M, Chappuis JP, Floret D, Bouvier R, Cottin X. [Congenital diverticulum of the tracheal carina in neonates]. A case report. *Pediatric.* 1992;47:41-4.
10. Koffi-Aka V, Marceau A, Cottier J-Ph, Renjard L, Beutter P. Tracheocele: une cause rare de gêne pharyngée. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac.* 2002;119:186-8.