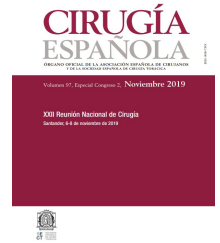




# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-086 - BOCIO ENDOTORÁCICO, ASOCIACIÓN CON DIVERTÍCULO DE ZENKER

*Martín Arnau, Belén; Pérez, José Ignacio; Clos, Montserrat; González, José Antonio; Moral, Antonio*

*Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.*

### Resumen

**Introducción:** Los divertículos de Zenker (también conocidos como divertículos cricofaríngeos) (DZ) son protrusiones de la mucosa faríngea a través del denominado triángulo de Killian, situado entre el músculo constrictor inferior y el músculo cricofaríngeo. Una mayor presión hipofaríngea durante la deglución, junto con una resistencia inferior en la pared posterior, son factores en su patogénesis.

**Caso clínico:** Mujer de 75 años con antecedentes de hernia de hiato, bocio hipertiroideo y adenocarcinoma de recto (T3 N1M0). En la TC toracoabdominal de seguimiento oncológico, se identifica un bocio multinodular con prolongación endotorácica, desplazamiento y compresión de la tráquea y el esófago, así como nivel hidroaéreo en situación paratraqueal superior al bocio (figs. 1 y 2). La paciente refería sensación de disfagia y leve dificultad respiratoria con el decúbito que había empeorado en los últimos meses, por lo cual se indica intervención quirúrgica. Se realiza un abordaje mediante cervicotomía evidenciando bocio voluminoso, con prolongación endotorácica, asociado a un divertículo de Zenker íntimamente adherido al hemitiroides izquierdo (figs. 3 y 4). Tras la disección del lóbulo tiroideo izquierdo y la identificación de las glándulas paratiroides, se identifica el nervio laríngeo recurrente izquierdo que se encontraba desplazado y que discurría entre el divertículo y el voluminoso lóbulo tiroideo. Se realiza la divercúlectomía con sutura mecánica y miotomía del músculo cricofaríngeo. El postoperatorio discurrió sin complicaciones, sin hipocalcemia ni trastornos fonatorios o respiratorios. Al sexto día posquirúrgico se realiza tránsito esofagogastroduodenal (fig. 5) sin evidencia de fugas por lo que se inicia dieta oral, con correcta evolución. La anatomía patológica definitiva fue: bocio multinodular con focos regresivos y divertículo con un epitelio estratificado mucoso reactivo e inflamación crónica, compatible con divertículo de Zenker.

**Discusión:** La mayoría de los divertículos esofágicos (DE) son asintomáticos diagnosticándose incidentalmente, como sucedió en nuestro caso. Un 25% pueden ser sintomáticos, siendo la disfagia una de las manifestaciones más frecuentes. Se cree que la asociación del divertículo faringoesofágico con el bocio intratorácico resulta casual, aunque algunos autores conjeturan que la disfagia inducida por la presión de la masa mediastínica sobre el esófago puede ser un factor contribuyente. Contra esta teoría es la rareza de dicha asociación, solo se han descrito otros tres casos en la literatura hasta ahora. Las indicaciones clásicas del tratamiento quirúrgico son: diverticulitis, disfagia, regurgitación, perforación y mediastinitis. La broncoaspiración es una indicación, aún en ausencia de síntomas esofágicos. Sin embargo, existen diferencias en el consenso en función de tamaño y la sintomatología. Para algunos autores, la sola presencia del divertículo constituye indicación quirúrgica, mientras que otros consideran que no es necesario el tratamiento para los asintomáticos. En nuestra experiencia, el abordaje simultáneo de las lesiones tiroideas benignas y el divertículo faringoesofágico, resulta factible, sin incremento de las complicaciones.