



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-178 - MÁS ALLÁ DEL ZENKER: DIAGNÓSTICO Y MANEJO QUIRÚRGICO DEL DIVERTÍCULO DE KILLIAN-JAMIESON

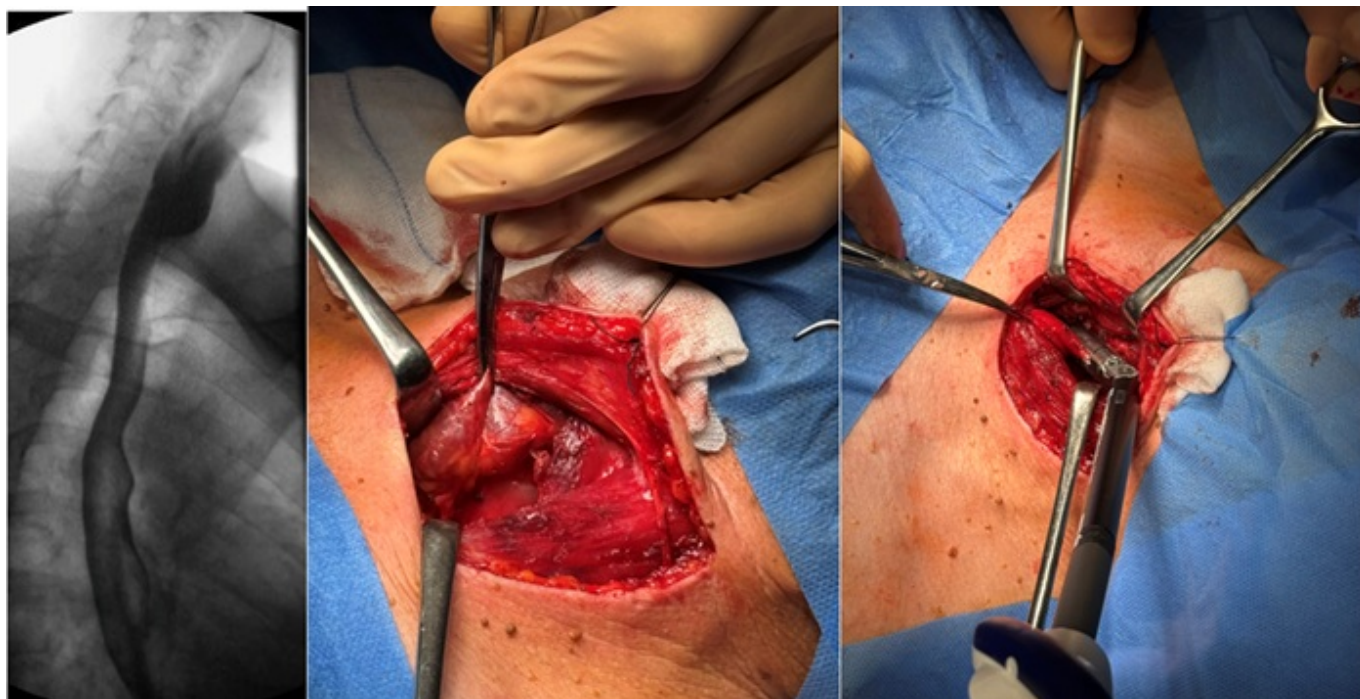
Rojas Villodre, Carolina; Bergillos Giménez, Manuel; Gómez Álvarez, Manuel; Membrives Obrero, Antonio; Briceño Delgado, Francisco Javier

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Resumen

Introducción: El divertículo de Killian-Jamieson (KJD) es un raro divertículo faringoesofágico que se origina en el espacio de Killian-Jamieson, debajo del músculo cricofaríngeo, con protrusión anterolateral en el esófago cervical. A diferencia del divertículo de Zenker, que se localiza posteriormente, el KJD presenta una relación anatómica estrecha con el nervio laríngeo recurrente, lo que hace que su manejo endoscópico sea más complejo y controvertido. Los síntomas habituales incluyen disfagia, regurgitación y sensación de cuerpo extraño faríngeo. Debido a su baja prevalencia, no existe un protocolo terapéutico estandarizado, siendo necesaria una valoración individualizada.

Caso clínico: Se presenta el caso de un varón de 53 años sin antecedentes médicos relevantes, que consultó por disfagia cervical progresiva para sólidos. La endoscopia mostró esofagitis inespecífica y pólipos fúndicos sugestivos de pólipos de glándulas fúndicas. Se descartó esofagitis eosinofílica mediante biopsias, y se consideró el reflujo gastroesofágico como la causa más probable. Tras modificación dietética, el paciente presentó mejoría parcial, aunque persistía la disfagia, especialmente con alimentos sólidos. Dado el empeoramiento clínico, se solicitó un esofagograma baritado que evidenció un divertículo anterolateral de 4 cm en el esófago cervical, compatible con KJD. La ecografía cervical reveló una glándula tiroidea levemente aumentada de tamaño con nódulos benignos (TI-RADS 1/2) y sin adenopatías. La manometría esofágica mostró motilidad normal, unión esofagogástrica tipo I y ausencia de obstrucción completa, aunque se observaron aperturas incompletas en decúbito supino. Tras valoración multidisciplinar, se descartó el tratamiento endoscópico por el tamaño y su proximidad al nervio laríngeo recurrente. Se realizó una diverticulectomía abierta con miotomía el 10 de diciembre de 2024. Intraoperatoriamente se constató que el divertículo era de mayor tamaño del estimado. Se identificó y preservó el nervio laríngeo recurrente izquierdo mediante estimulación vagal. Se realizó una miotomía 1 cm por debajo del divertículo, seguida de la resección con Endo-GIA. Se comprobó la integridad esofágica con azul de metileno y se reforzó la línea de sutura con Tachosil y se colocó drenaje tipo Blake. La cirugía duró 64 minutos. La evolución posoperatoria fue favorable, con reinicio de dieta líquida a las 6 horas, progresión a dieta triturada al segundo día y alta hospitalaria tolerando la alimentación oral. El estudio histopatológico mostró inflamación crónica subepitelial sin displasia ni malignidad.



Discusión: El KJD se diagnostica con frecuencia erróneamente como un divertículo de Zenker, aunque su localización anterolateral requiere un enfoque terapéutico distinto. La cercanía al nervio laríngeo recurrente limita el uso de técnicas endoscópicas en divertículos grandes. El tratamiento quirúrgico mediante abordaje transcervical abierto permite una adecuada visualización y protección de las estructuras adyacentes. La necesidad de miotomía es controvertida, ya que el KJD se origina por debajo del cricofaríngeo; sin embargo, algunos autores defienden su utilidad en casos sintomáticos con alteraciones de la motilidad. En este caso, se optó por su realización debido a la persistencia de síntomas y la dinámica esofágica observada. El paciente evolucionó favorablemente y con resolución de la disfagia. Este caso apoya el tratamiento quirúrgico abierto como opción eficaz y segura en divertículos sintomáticos de gran tamaño.