

Mujer en estado de caquexia y ensanchamiento mediastínico

F. M. Jiménez Macías, R. Asencio Marchante y E. Lissen Otero
Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Caso clínico

Se trata de una mujer de 80 años sin antecedentes patológicos de interés, que ingresó en nuestro servicio refiriendo desde hacía cinco años disfagia progresiva, regurgitación de alimento y halitosis. El cuadro se exacerbó en los últimos meses con pérdida progresiva de peso. En la exploración destacaba estado de caquexia con un peso de 32 kg y una talla de 1,48 m (índice de masa corporal: 15,2 kg/m²), importante pérdida de masa grasa y muscular y signos severos de deshidratación. Resto de la exploración sin hallazgos. El hemograma y estudio de coagulación fueron normales. En la bioquímica se objetivó urea de 110 mg/dl; creatinina, 1,1 mg/dl, y proteínas totales, 54 g/l, siendo el resto de los parámetros normales. Se realizó radiografía simple de tórax, que mostró ensanchamiento del mediastino superior con nivel hidroaéreo (fig. 1).



Fig. 1.

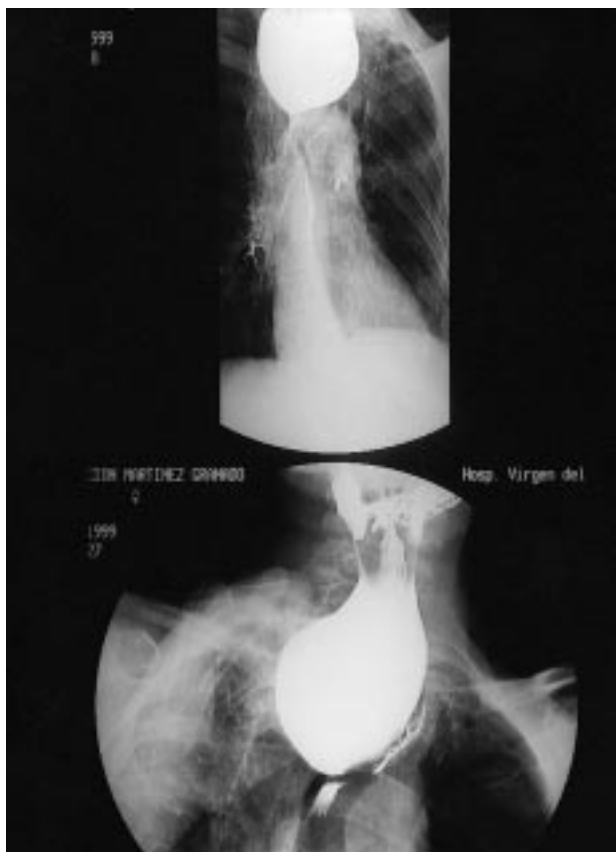


Fig. 2.



Fig. 3.

Evolución

La imagen radiológica y la clínica que refería la paciente sugería patología esofágica alta. Se le efectuó un estudio digestivo baritado (figs. 2 y 3), observándose un gran divertículo esofágico localizado en el mediastino superior de contornos homogéneos, que comprimía la luz esofágica. La endoscopia oral confirmó la existencia de una gran formación diverticular, con restos de contraste y luz esofágica prácticamente virtual, por lo que fue muy laboriosa la colocación de una sonda nasogástrica de alimentación. La tomografía axial computarizada (TAC) (fig. 4) reveló un divertículo faringoesofágico de gran tamaño que se extendía caudalmente hasta contactar con el cayado aórtico. La paciente fue intervenida quirúrgicamente, realizándose una miotomía cricofaríngea más diverticulectomía, obteniéndose una pieza quirúrgica sacular de unos 5 cm de diámetro. El informe anatomopatológico confirmó el diagnóstico. Tras el postoperatorio se restableció la función deglutoria, ganando peso y normalizándose la analítica.

Diagnóstico

Divertículo de Zenker.

Comentario

El divertículo de Zenker es una patología faringoesofágica adquirida que se produce por pulsión o protu-

sión de la mucosa y submucosa esofágica, a través de las fibras musculares del cricofaríngeo, como consecuencia de una alteración de la actividad motora del esfínter esofágico superior, con pérdida de la coordinación de esta actividad y la contracción faríngea^{1,2}. En periodos iniciales emerge de la pared posterior esofágica, y conforme aumenta de tamaño se desplaza caudalmente. Habitualmente origina regurgitación, halitosis y disfagia leve. En casos extremos y excepcionales, como en nuestra paciente, la propia gravedad y el gran tamaño del divertículo lleno de alimentos era capaz de comprimir la luz esofágica, originando disfagia progresiva, hasta el punto de provocar estado de caquexia extrema³.

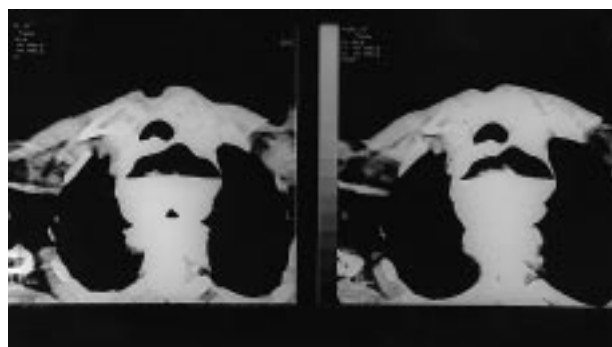


Fig. 4.

El tratamiento quirúrgico para divertículos menores de 2 cm suele ser miotomía cricofaríngea, mientras que para los mayores de 2 cm hay que realizar además diverticulectomía⁴.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lichtenstein GR. Esophageal rings, webs, and diverticula. En: Haubrich WS, et al, eds. Bockus gastroenterology (5.ª ed). Philadelphia: WB Saunders, 1995; 518-533.
2. Hardford WV. Diverticula of the hypopharynx and esophagus, the stomach, and the small bowel. En: Sleisenger MH, Fordtran JS, eds. Gastrointestinal and liver disease (6.ª ed). Philadelphia: WB Saunders, 1998; 309-316.
3. Achkar E. Zenker's diverticulum. Digestive Diseases and Sciences 1998; 16:144-151.
4. Ochando CF, et al. Diagnostic and treatment of Zenker's diverticulum: review of our series pharyngo-esophageal diverticula. Hepatogastroenterology 1998; 45:447-450.