

en la [tabla 1A](#). La edad media fue 102,1 años (desviación estándar [DE]: 2,8 y rango intercuartil [RIC]: 100–117). La estancia media fue 5,7 días (DE: 13,3 y RIC: 1–97). Los diagnósticos principales de hospitalización fueron neumonía en 58 (49,2%) centenarios, insuficiencia cardiaca en 11 (9,3%), infección del tracto urinario en 10 (8,5%), fractura de cadera e ictus en 6 (5,1%) pacientes, respectivamente. Fallecieron el 28% de los centenarios ingresados. En la [tabla 1B](#) se muestran los resultados de los 19 centenarios hospitalizados entre junio de 2008 y diciembre de 2009, quienes contaron con una valoración geriátrica integral. De este subgrupo, 5 (26%) presentaron hipertensión arterial, 2 (11%) eran diabéticos, 2 (11%) tenían antecedente de enfermedad pulmonar obstructiva crónica y 5 (26%) no registraron ninguna comorbilidad, hospitalización o cirugía previas. Con respecto a la medicación, 12 (63%) no recibía ningún fármaco antes del ingreso, y el resto tomaba entre 1–4 medicamentos.

En conclusión, en el HCH, en Lima-Perú, la mayoría de centenarios hospitalizados son mujeres, siendo la neumonía la principal causa de ingreso, falleciendo uno de cada 4 pacientes durante su estancia hospitalaria. Con respecto a la situación clínica, la mayoría no presenta comorbilidad importante ni polimedicación, son funcionalmente dependientes, presentan pérdida sensorial, deterioro cognitivo moderado-severo y síndrome de caídas.

Bibliografía

- Martín-Sánchez FJ, Fernández-Alonso C, Hormigo AI, Jiménez-Díaz G, Roiz H, Bermejo-Boixareu C, et al. Perfil clínico y mortalidad a 90 días de los pacientes centenarios atendidos en servicios de urgencias hospitalarios. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2016; <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2015.12.008>

- National Institute on Aging, National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services, World Health Organization. Global Health and Aging. [libro electrónico]. 2011 oct [actualizado 22 Ene 2015; consultado 1 Dic 2015]. Disponible en: <https://www.nia.nih.gov/research/publication/global-health-and-aging/note-about-data-behind-report>
- Ramos-Rincón J, Sánchez-Martínez R, Sastre-Barceló J, Tello-Valero A. Nonagenarios hospitalizados en un hospital general en España. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2013;48:202–5.
- Gálvez M. Demografía del envejecimiento: La transición demográfica. En: Varela L, editor. Principios de Geriatria y Gerontología. Segunda Edición Lima, Perú: Centro Editorial de la Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2011. p. 25–32.
- Martina Chávez M. Perú: demanda de atención del adulto Mayor por problemas de salud 2006–2010. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2012.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: estimaciones y proyecciones de población, 1950–2050. Boletín de Análisis Demográfico N.º 36. Lima; 2009.

Tania Tello Rodríguez^{a,b,*}, Luis Fernando Varela Pinedo^{a,b}, Pedro José Ortiz Saavedra^{b,c} y Ximena Guevara Linares^{a,b}

^a Departamento de Medicina, Hospital Cayetano Heredia, Lima, Perú

^b Instituto de Gerontología, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú

^c Facultad de Medicina, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: tania.tello.r@upch.pe (T. Tello Rodríguez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2016.04.003>

0211-139X/

© 2016 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Divertículos esofágicos: una causa infrecuente de agudización en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica



Esophageal diverticulum: A rare cause of exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease

Las exacerbaciones de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se consideran episodios de inestabilidad que favorecen la progresión de la enfermedad¹. Si bien dichos episodios se deben mayoritariamente a infecciones, otras enfermedades concomitantes como son las cardiopatías o el reflujo gastroesofágico pueden desencadenar o complicar estas agudizaciones. No obstante, poco se ha descrito acerca del papel de las microaspiraciones en relación con la existencia de divertículos esofágicos.

Presentamos el caso de un varón de 82 años con antecedentes personales de extabaquismo desde hace 10 años con un índice paquetes-año de 80 y fibrilación auricular, que es remitido desde atención primaria a consulta de neumología con diagnóstico de paciente con EPOC con frecuentes exacerbaciones, precisando 3 ingresos hospitalarios en el año previo. Durante la entrevista clínica el paciente comenta disnea a moderados esfuerzos (mMRC 2), 3 episodios de bronquitis en el último año que han requerido tratamiento antibiótico, así como expectoración crónica de característica mucoide que aumentaba tras la ingesta, molestias retroesternales y halitosis sin clara sintomatología de reflujo gastroesofágico. Los resultados de las pruebas funcionales respiratorias fueron los siguientes: cociente volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV₁)/capacidad vital forzada (FVC) 0,39; FEV₁: 1,07 l (47%); FVC: 2,71 l (95%); VR: 3,90 l (153%); CPT: 7,16 l (131%); DLCO: 77% y KCO: 77%. Las pruebas cutáneas de alérgenos resultaron negativas. La TC de tórax describió la existencia de

enfisema centrolobulillar con engrosamiento bronquial, presencia de bronquiectasias de escaso calibre en ambas bases pulmonares y 2 dilataciones saculares en tercio medio esofágico compatibles con divertículos de tracción que se confirmaron en el estudio baritado gastro-esofágico-duodenal ([fig. 1](#)). Los niveles de alfa



Figura 1. Divertículos esofágicos localizados en tercio medio del esófago.

1-antitripsina, IgG, IgA, IgM y subtipos de IgG se encontraban dentro de la normalidad. La broncoscopia descartó la presencia de lesiones endobronquiales y objetivó abundantes secreciones cuyos cultivos no mostraron aislamiento de germen. Con el diagnóstico de EPOC con obstrucción grave al flujo aéreo que presenta frecuentes exacerbaciones en relación con microaspiraciones por divertículos esofágicos se solicita valoración por el servicio de cirugía general. Tras analizar el caso finalmente se realiza resección de los mismos, obteniendo una disminución de las agudizaciones y no precisando ingreso hospitalario tras la intervención.

Los divertículos esofágicos son evaginaciones de la luz del esófago con participación de toda su pared². Su prevalencia es actualmente desconocida, afectando principalmente a varones de mediana edad^{3,4}. Aquellos localizados en el tercio medio e inferior son habitualmente asintomáticos siendo diagnosticados de forma casual. En los casos sintomáticos la disfagia, la tos tras ingesta de líquidos y la regurgitación son las presentaciones frecuentemente descritas, relacionando su existencia con un trastorno motor esofágico subyacente^{3,5}.

El diagnóstico será realizado a través de un tránsito baritado, recomendándose tratamiento quirúrgico para aquellos divertículos complicados y/o sintomáticos siendo la técnica más aceptada la diverticulectomía asociada a miotomía amplia del esófago⁵. En los casos asintomáticos no existe un criterio terapéutico aceptado de modo unánime. En nuestros casos, la resección de los divertículos

obtuvo una disminución de las exacerbaciones probablemente relacionado con la reducción en la presencia de microaspiraciones.

Bibliografía

1. Miravittles M, Soler-Cataluña JJ, Calle M, Molina J, Almagro P, Quintano JA, et al. Spanish guideline for COPD (GesEPOC). Update 2014. Arch Bronconeumol. 2014;50 Suppl 1:S1–16.
2. Parrilla Paricio P, Aguayo Albasini JL, Ramírez Romero P, Ortiz Escandell A, Martínez de Haro LF. Divertículos esofágicos. Cir Esp. 1987;41:102–7.
3. Evander A, Little AG, Ferguson MK, Skinner DB. Diverticula of the mid and lower esophagus. Pathogenesis and surgical management. World J Surg. 1986;10:820–8.
4. Schima W, Schober E, Stacher G, Franz P, Uranitsch P, Pokieser E, et al. Association of mid-oesophageal diverticula with oesophageal motor disorders. Videofluoroscopy and manometry. Acta Radiol. 1997;38:108–14.
5. Altorki NK, Sunagawa M, Skinner DB. Thoracic esophageal diverticula. Why is operation necessary? J Thorac Cardiovasc Surg. 1993;105:260–4.

Juan Marco Figueira Gonçalves

Servicio de Neumología y Cirugía Torácica, Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, Tenerife, España

Correo electrónico: juanmarcofigueira@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2016.05.001>
0211-139X/

© 2016 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.