

Divertículo traqueal, un caso poco frecuente

Congenital tracheal diverticulum, an unusual case

RESUMEN

El divertículo traqueal es una entidad benigna caracterizada por una o múltiples invaginaciones de la pared traqueal. La mayor parte de ellos tanto congénitos como adquiridos son asintomáticos y suelen ser diagnosticados de forma casual.

Presentamos el caso de una mujer en la que se diagnostica un divertículo traqueal durante el estudio de extensión de un carcinoma epidermoide de laringe.

PALABRAS CLAVE:

Divertículo traqueal. Congénito. Tomografía axial computarizada.

SUMMARY

Tracheal diverticulum is a benign clinical entity formed by one or several invaginations of tracheal wall. Most of them, either congenital or acquired, are asymptomatic; due to that, its diagnosis tends to be incidental.

We describe a female's case, diagnosed of squamous cell laryngeal carcinoma and the incidental finding of a Tracheal Diverticulum in a Computerized Tomography.

KEY WORDS:

Tracheal diverticulum. Congenital. Computerized Tomography

Introducción

Los divertículos traqueales son invaginaciones de la pared traqueal descritos por primera vez en 1838 por Rokitsky. La prevalencia oscila de 0,3 al 1% de acuerdo a las series de autopsias de MacKinnon.

Caso Clínico

Presentamos el caso clínico de una mujer de 78 años de edad que acude al servicio de Otorrinolaringología por clínica de disfonía, tos no productiva y sensación de cuerpo extraño de más de 3 meses de evolución.

Se realiza exploración mediante nasofibroendoscopia en la que se visualiza tumoración de origen epiglótico con extensión laríngea.

Se toma una biopsia que es informada como Carcinoma epidermoide medianamente diferenciado de epiglotis.

Durante la realización de una Tomografía Computarizada cervico-torácica, dentro del estudio de extensión se descubre de forma casual un divertículo traqueal (figura 1).

Se observa una imagen aérea única de unos 2 cm. de diámetro mayor, situada en el lado izquierdo de la tráquea y a unos 4 cm. debajo de las cuerdas vocales. Comunica con la tráquea mediante una estrecha luz.

La imagen resulta muy sugestiva de divertículo traqueal. Posiblemente congénito ya que se trata de un divertículo único, de pequeño tamaño y con cartilago en su estructura histológica. Esto puede descartar el diagnóstico

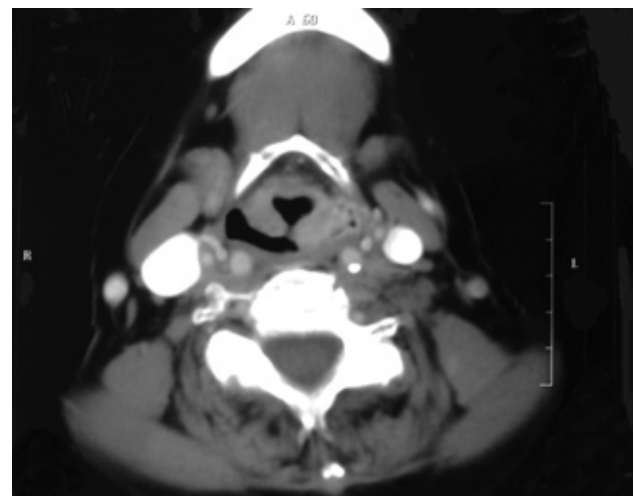


Figura 1: Imagen de TAC realizado en el estudio de extensión del tumor. Luz del divertículo y comunicación con la tráquea.

de evaginación, en el que la mucosa traqueal sale a través de un orificio herniario de la pared muscular que lo envuelve. Otros datos a favor del diagnóstico de divertículo congénito es que se trata de una paciente sin patología bronco pulmonar, no fumadora y completamente asintomática hasta el momento.

Tras consultar la bibliografía disponible y, ya que la paciente requería un abordaje de su patología oncológica, se decide seguir una conducta expectante con respecto al divertículo y continuar con el abordaje del tumor.

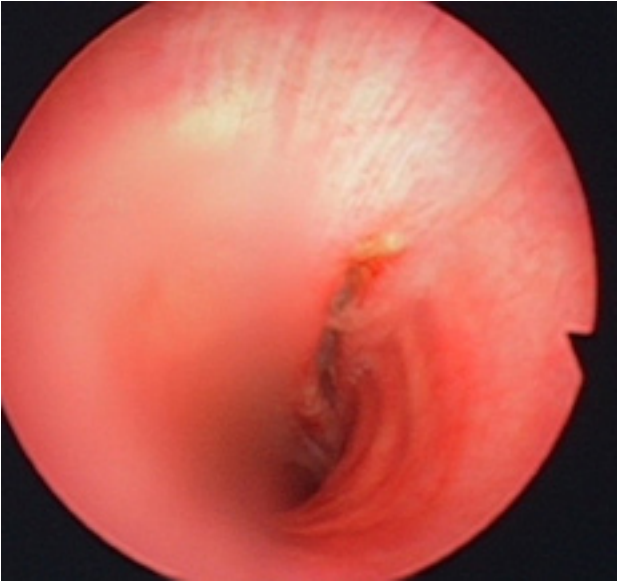


Figura 2: Luz del cuello del divertículo. Imagen de endoscopia a través del estoma tras realizar laringectomía.

Se realiza intubación orotraqueal salvando la máxima dificultad^{6,8} que presentan estas entidades como es la posibilidad de introducción accidental del tubo endotraqueal y como consecuencia la producción de un neumomediastino secundario a perforación accidental del divertículo.

Se completa la cirugía programada realizando laringectomía total sin complicaciones durante el postoperatorio.

Tras realizar la cirugía, la paciente se encuentra asintomática. Repetimos la fibroendoscopia a través del estoma, donde se aprecia la comunicación del divertículo con la luz traqueal con movimientos sincrónicos con la respiración (figura 2).

Hemos seguido a la paciente durante un año tras la laringectomía, permaneciendo por el momento asintomática y libre de enfermedad.

Discusión

Según la literatura^{2,3} existen dos tipos de divertículos traqueales, congénitos y adquiridos variando en función de su localización, características e histología.

Las diferencias radican en que los congénitos son más frecuentes en hombres que en mujeres, orificio de comunicación estrecho, más frecuentes en el lado derecho de la tráquea, único de tamaño de unos 2 cm. e histología similar al resto de la tráquea.

La mayoría son asintomáticos, tanto congénitos como adquiridos.

Pueden ser reservorio de secreciones, causar infecciones⁹ en el árbol traqueo bronquial de forma crónica. La tos puede ser causa o consecuencia del divertículo como resultado de una estimulación del nervio vago. Estos desórdenes pueden ir acompañados de hemoptisis, disnea, disfagia y episodios de traqueobronquitis⁵ o estridor. Además de parálisis del recurrente resultado directo de la compresión⁷ producida por el divertículo.

El diagnóstico se basa en la Tomografía Computerizada^{1,4} que ayuda en el diagnóstico diferencial de las lesiones congénitas o adquiridas dependiente de la presencia o ausencia de cartílago⁴, el tamaño del cuello y del divertículo. (La creación de nuevas técnicas en 3D ayudan a los diagnósticos morfológicos de la enfermedad).

La broncoscopia es útil en confirmar el diagnóstico, aunque existen casos donde la comunicación con la luz traqueal no es visible.

La realización de tratamiento o abstención terapéutica dependerá del estado físico del paciente, edad y sobretodo la sintomatología que ocasione.

Las opciones incluyen resección quirúrgica, cauterización endoscópica con láser, electrocoagulación o tratamiento conservador. Los tratamientos quirúrgicos se suelen recomendar en pacientes jóvenes y sintomáticos.

Bibliografía

1. Bodet E, Marínez-Vecina V, Romeo C, Monzón-Gaspá M. Divertículo traqueal: presentación de un caso. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2007;58:278-9.
2. Soto-Hurtado EJ, Penuela-Ruiz L, Rivera-Sanchez I, Torres-Jimenez. Tracheal diverticulum: a review of the literature. *Lung.* 2006; 184(6):303-7.
3. Ampollini L, Bobbio A, Carbognani P, Rusca M. Incidental radiological finding of tracheal diverticulum. *Eur J cardiothorac Surg.* 2007; 31(3):545.
4. Early EK, Bothwell MR. Congenital tracheal diverticulum. *Otolaryngol Head and Neck.* 2002; 127: 119-21.
5. Lazzarini de Oliveira LC, Costa de Barros-Franco CA, Gomes de Salles CL, De Oliveira AC. A 38 year old man with tracheomegaly, tracheal diverticulosis and bronchiectasis. *Chest.* 2001; 120: 1018-20.
6. Davies R. Difficult tracheal intubation secondary to a tracheal diverticulum and a 90 degree deviation in the trachea. *Anaesthesia.* 2000; 55:923-5.
7. Caversaccio MD, Becker M, Zbaren P. Tracheal diverticulum presenting with recurrent laryngeal nerve paralysis. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 1998;107:362-4.
8. Ching SL, Chow MY. Difficult lung isolation in a patient with an undiagnosed tracheal diverticulum. *J cardiothorac Vasc Anesth.* 2003; 17:355-6.
9. Koffi-Aka V, Marceau A, Cottier J-Ph, Renjard L, Beutter P. Tracheocèle: une cause rare de gene pharyngée. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac.* 2002;119:186-8.

Correspondencia

Dra. Cristina Gascón Rubio
Piqueras, 98
26006 LOGROÑO (La Rioja)
mcgascon@riojasalud.es