

Correspondencia

Dr. Daniel Schönfeld
Sanatorio de la Ciudad
Laprida 42
CP 9120 - Puerto Madryn
Email: danielschonfeld@infobia.com.ar

Recibido: 26/01/09 - Aceptado: 26/02/09

Divertículo traqueal

Autores: Daniel Schönfeld¹, Manuel Juárez², Fabián Carrizo²

¹Neumólogo: Sanatorio de La Ciudad-Puerto Madryn

²Clínico: Sanatorio de la Ciudad-Puerto Madryn

Resumen

Dentro de las lesiones quísticas con aire que podemos hallar en la región cervical o mediastinal superior se encuentra el divertículo traqueal. El origen del mismo pueden ser congénito o adquirido y la resolución puede ser médica o quirúrgica de acuerdo a la sintomatología que ocasione. Presentamos un caso que se diagnosticó en la Tomografía Computada (TC) de un paciente que consultó por tos con expectoración recurrente que se atribuyó a tal formación. Ante el diagnóstico causal de tal sintomatología se decidió un tratamiento médico conservador.

Palabras clave > divertículo traqueal, defecto traqueal, tomografía computada

Abstract. Tracheal diverticulum

Tracheal diverticulum was already described as an aired cystic lesion in the cervical and superior mediastinal areas by Rokitanski in 1838. It can be a congenital or acquired disorder and its treatment can be either medical or surgical. We present a case in which a tracheal diverticulum was diagnosed using computed tomography (CT) in a patient who complained of recurrent productive cough. The patient was given conservative medical treatment.

Key words > tracheal diverticulum, tracheal defect, computed tomography

Introducción

La presencia de divertículos en la tráquea se ha comunicado con poca frecuencia en la literatura desde la descripción original por Rokitansky en 1838. Su diagnóstico puede hacerse por el estudio de los síntomas que estos generan o ser un hallazgo incidental en las imágenes solicitadas con otra finalidad.

Presentamos un caso en un paciente añoso, sin patología respiratoria previa, con síntomas atribuibles a dicha formación y una revisión de las etiologías, síntomas y conductas a plantearse ante esta patología.

Caso clínico

Paciente masculino de 70 años que consulta por dolor precordial atípico y expectoración amarroada recurrente. Tiene como antecedentes enolismo y fibrilación auricular tratada con amiodarona y acenocumarol.

Refiere desde la adolescencia expectoración habitual, con preferencia matinal, en ocasiones mucosa y en otras purulenta, de resolución espontánea o con tratamientos breves de antibióticos, que no ha afectado sus tareas habituales ni generado síntomas que llevaran a internaciones por dicho motivo. No presenta antecedentes de tabaquismo, quirúrgicos ni maniobras de instrumentación de la vía aérea superior.

No se obtuvieron datos significativos en el examen físico ni en los exámenes de rutina. Ante la persistencia de la expectoración con aislados episodios de hemoptisis se efectuó Tomografía computada (TC) helicoidal donde se observa formación de paredes finas ubicada en la región mediastinal paratraqueal superior derecha de 17×40 mm, que impresiona unicameral y de contenido aéreo (**figuras 1 y 2**) en la que mediante reconstrucción tridimensional se ve conexión con luz traqueal (**figuras 3 y 4**) compatible con divertículo.

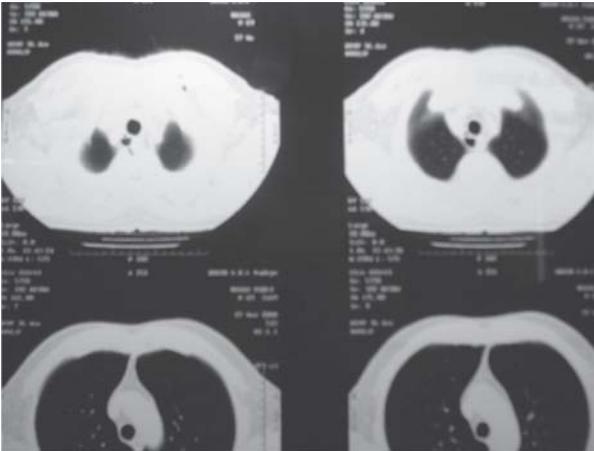


Figura 1



Figura 3



Figura 2



Figura 4

Discusión

Ante el hallazgo de una formación quística con aire en el cuello y/o en región mediastinal superior se plantean varios diagnósticos diferenciales, por ejemplo faringocele, laringocele, divertículo de Zenker, hernias de la región apical del pulmón, bullas para-apicales o divertículo traqueal.

El divertículo traqueal es una patología benigna de la pared traqueal extremadamente rara, que representa alrededor del 2% de los casos de este tipo de lesiones, aunque con el advenimiento de la TC su hallazgo incidental ha aumentado.

Teniendo en cuenta características estructurales de su pared, situación anatómica y etiología los podemos dividir en congénitos y adquiridos¹.

Los congénitos podrían representar alteraciones en la segmentación del árbol respiratorio superior o un esbozo de pulmón supernumerario. Tienen una pared con componentes similares a la traqueal, con epitelio respiratorio, músculo liso y cartílago², generalmente son únicos y se ubican en la región superior de la tráquea a 4-5 cm de las cuerdas vocales y preferentemente en posición posterior y lateral derecha con un orificio de comunicación con la luz traqueal muchas veces imperceptible a la observación endoscópica.

Los adquiridos aparecen en relación con procedimientos quirúrgicos locales o en tosedores crónicos por enfermedad pulmonar o bronquial; no presentan ubicación preferencial, son únicos o múltiples, se producen por una herniación muco-

sa a través de la pared muscular debilitada y tienen un orificio de comunicación traqueal más amplio. Hay también una asociación de divertículo traqueal con traqueobroncomegalia (Mounier-Kuhn, síndrome de Fanconi)³ y se han informado casos como una secuela de la traqueostomía⁴. Clínicamente se puede presentar de diferentes maneras, siendo lo más frecuente que los pacientes refieran tos recurrente, acompañada de esputo que en ocasiones puede ser sanguinolento y de predominio matinal o ser solamente irritativa por estimulación vagal⁵. Más raramente se describen síntomas como sensación de cuerpo extraño o hinchazón del cuello, disnea, estridor o disfonía por compromiso del nervio laríngeo recurrente⁶ pudiendo también ser causa de disfagia y de neumonías a repetición⁷.

De tener el diagnóstico previo debe ser reportado, en caso de procedimientos quirúrgicos, ya que se han descrito accidentes por intubación, con lesión o perforación traqueal.

El diagnóstico se basa en la tomografía computada que ayuda a diferenciar las lesiones congénitas o adquiridas dependiendo de la ubicación, presencia o ausencia de cartílago, el tamaño del cuello y del divertículo. Las nuevas técnicas en 3D ayudan a los diagnósticos morfológicos de la enfermedad⁸.

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

El tratamiento en general es conservador, teniendo en cuenta que es una patología histológicamente benigna y que muchas veces su hallazgo es incidental en un procedimiento diagnóstico.

Si los síntomas que ocasionara por complicaciones infecciosas severas a repetición o si, por su desarrollo anatómico, generase trastornos estéticos o compresión/irritación de estructuras vecinas puede resolverse de forma quirúrgica con excelentes resultados y escasa morbilidad⁹.

En el caso de nuestro paciente, por la ausencia de antecedentes quirúrgicos o respiratorios de trascendencia, la ubicación anatómica que presentaba y la falta de visualización de la boca del mismo por endoscopía, estimamos que se trataba de un divertículo congénito y ante la buena tolerancia de la sintomatología que se podría atribuir al mismo, se optó por tratamiento médico conservador.

Referencias

1. Soto-Hurtado EJ, Peñuela-Ruiz L. Tracheal diverticulum: a review of the literature. *Lung* 2006; 184: 303-7.
2. Early EK, Bothwell MR. Congenital tracheal diverticulum. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2002; 127: 119-21.
3. Surprenant EL, O'Loughlin BJ. Tracheal diverticula and tracheobronchomegaly. *Dis Chest* 1966; 49: 345-51.
4. Henderson CG. Tracheocele after routine tracheostomy. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1995; 113: 489.
5. Infante M, Mattavelli F, Valente M. Tracheal diverticulum: a rare cause and consequence of chronic cough. *Eur J Surg* 1994; 160: 315-16.
6. Caversaccio MD, Becker M, Zbaren P. Tracheal diverticulum presenting with recurrent laryngeal nerve paralysis. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1998; 107: 362-64.
7. Takiguchi Y, Uruma R, Kuroda Y, et al. Case of Congenital Tracheal Diverticulum with repeated Pneumonias. *Journal of the Japan Society of Bronchology* 2005; 27: 136-38.
8. Early EK, Bothwell MR. Congenital tracheal diverticulum. *Otolaryngol Head and Neck* 2002; 127: 119-21.
9. Koffi-Aka V, Marceau A, Cottier J-Ph, Renjard L, Beutter P. Tracheocèle: une cause rare de gêne pharygée. *Ann Otolaryngol Cihr Cervicofax* 2002; 119: 186-8.