

Divertículo de Zenker: Análise de 11 pacientes¹

Zenker's Diverticulum: Analysis of 11 patients

Cirilo Pardo Meo Muraro²
José Luís Braga de Aquino³
Marcos Roberto Meira e Silva⁴
José Eduardo Lintz⁴

RESUMO

Analisa retrospectivamente, onze pacientes submetidos a intervenção cirúrgica por Divertículo Faringoesofágico (Divertículo de Zenker) operados na disciplina de Moléstias do Aparelho Digestivo I do Departamento de Clínica Cirúrgica, do Hospital Universitário da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, SP. Foram analisados quanto a propedêutica diagnóstica e resultados com a técnica cirúrgica praticada, que foi a diverticulectomia associada à miotomia do músculo cricofaríngeo.

Unitermos: faringe, esôfago, divertículo de Zenker.

ABSTRACT

The authors analyzed retrospectively 11 patients operated for Pharyngoesophageal Diverticulum (Zenker's Diverticulum) in the discipline of Digestive System Diseases I of the Surgery Department, at the University Hospital of Pontifícia Universidade Católica de Campinas, SP. The study was carried out with patients interned in the period between 1985 and 1995, analyzing the diagnostic methods of the disease and the different treatment techniques proposed by the literature, in comparison with the technique practiced in this Service (diverticulectomy plus myotomy of cricopharyngeal muscle). New advances in diagnosis and treatment of Zenker's Diverticulum were also demonstrated.

Keywords: pharynx, esophagus, Zenker's diverticulum.

INTRODUÇÃO

O divertículo faringoesofágico (DFE) é uma procidência da mucosa faríngea, com formação de bolsa através da debilidade de fibras musculares da região do

triângulo de Killian³. Localiza-se na face posterior da faringe, situado imediatamente acima das fibras transversais do músculo cricofaríngeo.

Fisiopatologicamente decorre de uma desordem motora do esfíncter esofágico superior, embora o exato mecanismo de sua produção ainda seja discutível. Trata-se de falso divertículo, visto que é constituído pela mucosa e submucosa da faringe. Tem dimensões variadas chegando a atingir um volume de 150ml⁹.

A primeira descrição de DFE foi feita por Ludlow, na Inglaterra, em 1769⁶. No entanto, recebeu a denominação de Divertículo de Zenker por ter este autor publicado um caso clínico, no qual demonstrou herniação mucosa em musculatura cricofaríngea^{2,5,10,13}.

⁽¹⁾ Trabalho realizado na Disciplina de Moléstias do Aparelho Digestivo I, Departamento de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Ciências Médicas da PUC-Campinas.

⁽²⁾ Professor Titular, Responsável pela Disciplina, Coordenador do Departamento de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Ciências Médicas da PUC-Campinas, Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões.

⁽³⁾ Professor Titular do Departamento de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Ciências Médicas da PUC-Campinas, Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões.

⁽⁴⁾ Médicos Residentes do 2º ano de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da PUC-Campinas

O DFE é pouco freqüente, representando menos que dois por cento dos pacientes com doença esofágica, sendo predominante no sexo masculino e de maior ocorrência na sexta década da vida.

A disfagia é um sintoma freqüente da doença, podendo ocorrer até dois anos antes do aparecimento da mesma. Outros sintomas são sensação de acúmulo de alimento na região cervical, sialorréia, regurgitação e halitose. A tumoração cervical e odinofagia aparece com menos freqüência¹¹.

O diagnóstico é feito através da anamnese, exame físico e exame radiológico contrastado de esôfago. A endoscopia digestiva alta também tem valor propedêutico, não sendo isenta de complicações, uma vez que já foi descrita perfuração de esôfago após sua realização. Tem a vantagem, no entanto, de afastar enfermidades concomitantes como o câncer de esôfago. A esofagomanometria tem sido empregada em menor escala.

O tratamento do DFE é realizado pela diverticulotomia completada com a miotomia do músculo cricofaríngeo. Outras técnicas têm sido utilizadas como a diverticulopexia, onde se pratica a fixação do fundo do divertículo à parte alta da face posterior da faringe, sendo completada com a miotomia do músculo cricofaríngeo⁸. O tratamento endoscópico, onde se realiza apenas a miotomia é preconizado por alguns autores^{1,12}.

O objetivo deste trabalho foi analisar o resultado e as complicações do tratamento cirúrgico pela técnica utilizada.

MATERIAL E MÉTODOS

Foram estudados 11 pacientes com divertículo de Zenker, operados no período de 1985 a 1995, na disciplina de Moléstias do Aparelho Digestivo I do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (FCM/PUC-Campinas). A média de idade dos pacientes foi de 62,5 anos, sendo a idade mínima de 42 anos e a máxima de 74 anos. Destes, oito eram do sexo masculino e três do sexo feminino. O diagnóstico em todos os pacientes foi realizado através de exame físico, estudo radiológico contrastado e endoscópico.

O tratamento realizado em todos os doentes foi a diverticulotomia associada à miotomia do músculo cricofaríngeo através de cervicotomia. Em dois pacientes foi realizada sutura mecânica e nos demais sutura manual. Todos foram acompanhados no pós-operatório por um período que variou de um a dez anos, com exames radiológicos e endoscópicos.

RESULTADOS

Na terapêutica utilizada não foram encontradas grandes dificuldades técnicas ou intercorrências, sendo

que em um dos pacientes foi associada a técnica de Lind para hérnia hiatal mais esofagite de refluxo. Na evolução pós-operatória não foi observada mortalidade, sendo que dois pacientes apresentaram deiscência de sutura e fistula cervical.

Atualmente, 9 dos 11 pacientes apresentaram-se assintomáticos e satisfeitos com o tratamento. Dois com disfagia leve apresentavam, na endoscopia, discreta diminuição de distensibilidade. Um outro paciente apresentava apenas dor cervical. Em nenhum paciente verificou-se recidiva da doença. Quanto às complicações pós-operatórias, três doentes (27%) tiveram deiscência e fistula da sutura do esôfago, enquanto que apenas 1 (9%) apresentou infecção local, tratada clinicamente.

DISCUSSÃO

O Divertículo de Zenker consiste em um divertículo de pulsão, oriundo de uma desordem motora do esfíncter esofágico superior. Neste grupo de pacientes foi analisado através de exames clínicos e complementares (radiológicos e endoscópicos), obtendo-se bons parâmetros para a escolha do tratamento. Atualmente o estudo manométrico do esfíncter esofágico superior (EES) tornou-se um importante fator tanto para o esclarecimento da fisiopatologia, como para o planejamento terapêutico. MIGLIORE et al.⁷, traz um estudo manométrico relatando a desordem motora do EES, encontrada nos pacientes com esta doença.

Segundo a literatura mundial, há uma predominância do Divertículo de Zenker no sexo masculino, entre 30 e 50 anos de vida. Os sintomas mais encontrados são a disfagia e a regurgitação, que nesta casuística foram encontrados respectivamente em 81% e 45% dos pacientes. Quanto à sintomatologia, os sintomas freqüentemente encontrados foram disfagia e regurgitação (Tabela 1).

Tabela 1. Sintomatologia.

Casos	Freqüência	
	nº	%
Sintomas		
Disfagia	9	81
Regurgitação	5	45
Sialorréia	3	27
Halitose	2	18
TU Cervical	2	18
Odinofagia	1	9

O período dos sintomas variou entre seis meses e seis anos, com a média de três anos. Nesta casuística, um dos pacientes havia sido submetido a tratamento endoscópico, que consistiu em miotomia do cricofaríngeo,

realizada em um outro serviço, tendo desenvolvido fistula esôfago-cervical. Como afecções concomitantes, dois pacientes apresentavam hérnia de hiato e esofagite.

Pelo pequeno desconforto que o paciente apresenta no início do quadro, geralmente procura o serviço médico já com divertículos de médio a grande volume (médio: 2-4cm; grande: > 4cm). Esta amostra de pacientes, revelou um bom resultado, utilizando-se a técnica de diverticulotomia associada à miotomia do músculo cricofaríngeo via cervicotomia, com uma baixa morbidade, com índices de deiscência e fistula respectivamente de 27% e 9%. Não houve complicações como hemorragia, paralisia de corda vocal e nenhum paciente morreu. Também, ainda não observamos caso de recorrência do divertículo, em um acompanhamento que variou de um a dez anos. Em uma análise retrospectiva de 888 pacientes operados na Mayo Clinic, no período de 1944 a 1978, revelou taxas de complicações de mortalidade¹⁰ (Tabela 2).

Tabela 2. Resultados de diverticulotomia.

Resultados	Pacientes	
	nº	%
Morbidade		
Paralisia de corda vocal	28	3.1
Infecção	27	3.0
Fistula	16	1.8
Mortalidade	11	1.2
Recorrência	32	3.6

Existem várias alternativas de tratamento para o DFE, como miotomia associada à diverticulopexia, apenas miotomia via endoscópica, além da técnica utilizada neste trabalho diverticulotomia associada à miotomia do músculo cricofaríngeo. Laccourreya⁴ em (1994), fez estudo comparativo entre diverticulotomia e diverticulopexia, mostrando os seus resultados que indicam menor morbidade, utilizando-se a diverticulopexia (Tabela 3).

Tabela 3. Morbidade em diverticulotomia versus diverticulopexia.

Morbidade	Diverticulotomia		Diverticulopexia	
	%	(n/N)	%	(n/N)
Hematoma	7.1%	(1/14)	10.4%	(3/29)
Infecção	14.3%	(2/14)	6.9%	(2/29)
Mediastinite	7.1%	(1/14)	-	-
Estenose	7.1	(1/14)	-	-
Duração da cirurgia	50-100 (média 78)		50-140 (média 83)	

Por outro lado, BENJAMIN¹ reporta 15 casos tratados através de miotomia com laser via endoscópica,

mostrando ser um procedimento de fácil execução, baixo índice de morbidade e requerendo curto tempo de internação.

Como foi demonstrado, o diagnóstico e tratamento do Divertículo de Zenker vem adquirindo novos avanços, levando à escolha de um tratamento com menores índices de morbi-mortalidade.

CONCLUSÃO

Concluimos que a diverticulotomia associada à miotomia do músculo cricofaríngeo, constitui-se em tratamento adequado para o Divertículo de Zenker, por levar o paciente à cura da moléstia com morbi-mortalidade aceitável.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BENJAMÍN, B. Laser treatment of pharyngeal pouch. *Aust N Z J Surg*, Victoria, v.61, p.909-913, 1991.
- COOK, I.J. et al. Pharyngeal (Zenker's) diverticulum is a disorder of upper esophageal sphincter opening. *Gastroenterology*, Philadelphia, v.103, p.1229-1235, 1992.
- KILLIAN, G. *Veber der Mind der Speiserohre*. Zohrenheikd Krankheiten Luftwege, 1908 p. 41.
- LACCOURREYE, O. et al. Esophageal diverticulum. *Laryngoscope*, St. Louis, v.104, p.130, July 1994.
- LERUT, T. Esophageal diverticula. *Hepatogastroenterology*, Stuttgart, v.39, p.95-96, 1992.
- LUDLOW, A., A case of obstructed deglutition from a preternatural dilatation of and bag formed in the pharynx. *Med Soc Phy*, London, v.3, p.35-101, 1769.
- MIGLIORI, M., PAYNE, H., JEYASINGHAM, K. Pathophysiologic basis for operation on Zenker's diverticulum. *Ann Thorac Surg*, New York, v.57, p.1616-1621, 1994.
- MORTON, P.R. Inversion of Zenker's diverticulum: the preferred option. *Head Neck*, New York, p.253-256, May/June 1993.
- MURARO, C.P.M., Camargo, J.G.T. *Temas de gastrocirurgia*, 1991. p.24-27, (Apostila).
- PAYNE, W.S. The treatment of pharyngoesophageal diverticulum. *Hepatogastroenterology*, Stuttgart, v.39, p.109-114, 1992.

11. PONETTE, E., COOLEN, J. Radiological aspects of Zenker's diverticulum. *Hepatogastroenterology*, Stuttgart, v.39, p.115-122, 1992.
12. VAN OVERBEEK, J.J.M. Meditation on the pathogenesis hypopharyngeol (Zenker's) diverticulum and a report of endoscopia treatment in 545 patients. *Am Otol Rhinol Laryngol*, St Louis, v.103, p.178-184, 1994.
13. ZENKER, F.A., VON ZIEMSEN, H., KRANKHEITEN. Des oesophagus. In: VON ZIEMSEN, H. (ed). *Handbuch der speciellen pathologie un therapie. Leipzig: FCW Vogel, 1874.* v.7: part I, p.1-87.

Recebido para publicação em 21 de agosto e aceito em 1 de outubro de 1997.