

## DIVERTÍCULO DE ZENKER – RELATO DE TRÊS CASOS

### ZENKER'S DIVERTICULA – REPORT OF THREE CASES

Aderivaldo Coelho de Andrade, TCBC-PI<sup>1</sup>; Guilherme Brasileiro de Aguiar<sup>2</sup>; Sanna Grasielly Cardoso Rios<sup>2</sup>

#### INTRODUÇÃO

O divertículo faringoesofageano de Zenker é uma doença rara, representando 0,11% de 20000 esofagogramas e 1,8% dos doentes com disfagia<sup>1</sup>. Afeta geralmente a população idosa, principalmente do sexo masculino. Sua etiologia não é bem definida mas parece relacionar-se, na maioria das vezes, a uma disfunção no esfíncter superior do esôfago que não se abre adequadamente durante a deglutição, gerando uma pressão elevada no interior da faringe, com conseqüente herniação progressiva da mucosa e submucosa, através de um ponto de fraqueza na musculatura na parede posterior do esôfago, o triângulo de Killian<sup>2</sup>. O presente trabalho visa relatar três casos de pacientes com divertículo de Zenker submetidos ao tratamento operatório convencional, assim como discutir as diversas modalidades terapêuticas existentes.

#### RELATO DOS CASOS

JFR, 71 anos, masculino, com queixa de disfagia cervical, associada a deglutição ruidosa, regurgitação, abaulamento cervical esquerdo, acessos de tosse e emagrecimento progressivo há três anos. Realizou endoscopia digestiva e esofagograma que demonstraram divertículo faringoesofageano.

MAS, 78 anos, feminina, com relato de disfagia cervical, regurgitação e emagrecimento há dois anos. A endoscopia digestiva alta revelou orifício em transição faringoesofágica. O esofagograma mostrou volumoso divertículo faringoesofágico (Figura 1).

JFS, 64 anos, masculino, informava disfagia alta há dois anos, associada a emagrecimento. O Esfagograma evidenciou o divertículo de Zenker.

Após criteriosa avaliação das condições clínicas dos pacientes, os mesmos foram submetidos ao tratamento operatório que consistiu em diverticulectomia, por cervicotomia esquerda, com miotomia cricofaríngea, extendendo-se para esôfago superior, com extensão de aproximadamente 7 a 10cm (Figura 2). Os pacientes evoluíram bem no pós operatório. Atualmente todos eles estão bem, assintomáticos.



Figura 1 - Divertículo de Zenker ao esofagograma.

#### DISCUSSÃO

Os divertículos esofageanos são bolsas epitelizadas que se projetam para fora do lúmen esofágico, sendo, na sua maioria, adquiridos, ocorrendo predominantemente em adultos. Eles são classificados de acordo com a espessura da sua parede em verdadeiros, quando apresentam todas as camadas da parede esofágica; e falsos, quando são formados somente por mucosa e submucosa<sup>1</sup>. Quanto ao mecanismo de formação, podem ser classificados como de pulsão, quando a mucosa e a submucosa herniam através da musculatura devido a um aumento da pressão na luz do esôfago; ou de tração, quando um processo inflamatório adjacente ao esôfago

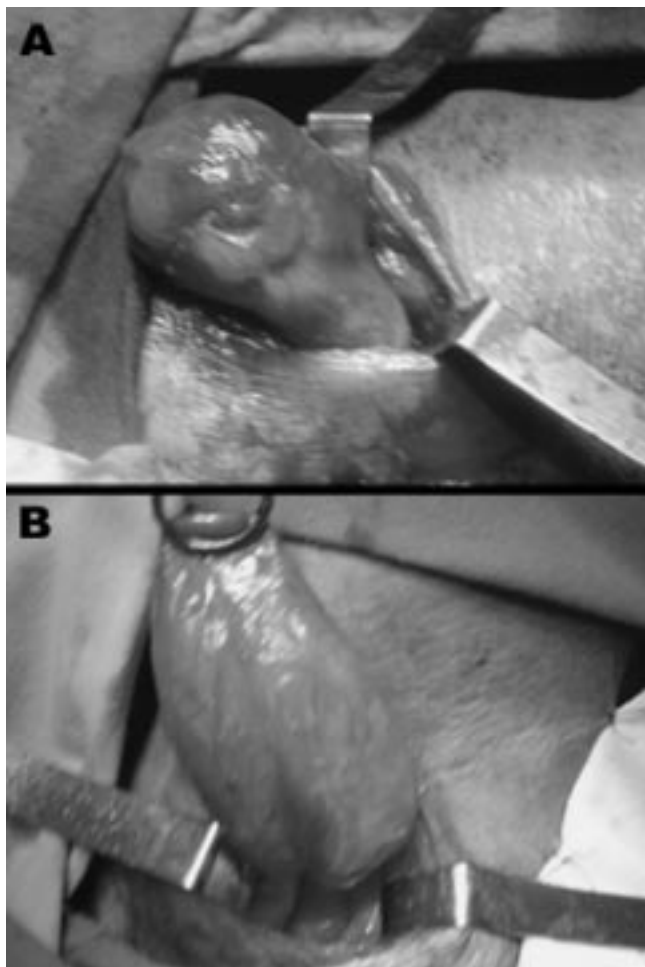
1. Médico Assistente da Clínica Cirúrgica do Hospital Getúlio Vargas.

2. Estudante de Medicina da UFPI.

Recebido em 03-12-2004

Aceito para publicação em 06-06-2005

Trabalho realizado na Clínica Cirúrgica do Hospital Getúlio Vargas e Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Piauí - UFPI, Teresina- PI.



**Figura 2 - A e B:** divertículo de Zenker antes da ressecção cirúrgica.

traciona a sua parede, levando à formação da saculação. Podem ser localizados na região faringoesofágica, parabrônquica e epifrênica, sendo a primeira a mais comum. O divertículo de Zenker é falso, de pulsão e faringoesofágico<sup>1</sup>.

Embora não completamente esclarecido, acredita-se que a disfunção do músculo cricofaríngeo seja o responsável pela formação do divertículo de Zenker. Schulze<sup>3</sup> estudou a morfologia do músculo cricofaríngeo em 20 pacientes com essa doença, demonstrando anormalidades morfológicas em 80% destes. Essas anormalidades incluíam variação excessiva no tamanho das fibras, agrupamento de fibras atróficas, formações em alvo, entre outras<sup>3</sup>.

Sua sintomatologia principal é a disfagia cervical<sup>2</sup>, acompanhada ou não de outros achados como regurgitação, broncoaspiração, tosse e halitose. Nos pacientes do presente relato, a disfagia também esteve presente como queixa principal. O exame contrastado com bário estabelece o diagnóstico, constituindo no exame padrão para investigação clínica. A Endoscopia digestiva alta com biópsia é útil na investigação de possíveis comorbidades e na exclusão de malignidade. Outros exames de imagem são, a princípio, desnecessários<sup>2</sup>.

Sua terapêutica pode ser feita por cervicotomia, consistindo na ressecção isolada do divertículo; ressecção ou diverticulopexia associadas à miotomia cricofaríngea, sendo que a associação com miotomia se mostrou mais eficaz, trazendo menos complicações precoces como fístulas, bem como levando a melhores resultados tardios. Outra opção que se estabeleceu nos últimos anos foi a diverticulotomia endoscópica, seja com o uso de grameadores, seja com laser de CO<sub>2</sub>, com bons resultados. A técnica aberta tem obtido melhores índices de diminuição dos sintomas, especialmente em pacientes com divertículos pequenos<sup>4</sup>, embora a técnica endoscópica tenha se mostrado eficiente, com um menor tempo de recuperação e hospitalização<sup>2,4</sup>. Alguns autores têm tratado divertículo de Zenker com a aplicação de toxina botulínica na base do divertículo, relatando bons resultados no alívio da disfagia<sup>5</sup>. Nos casos do presente relato, foi utilizada a técnica convencional de acesso por cervicotomia esquerda, associada a miotomia extensa, obtendo-se bons resultados.

## ABSTRACT

*Pharyngoesophageal diverticula are epithelial-lined pouches that protrude from the esophageal lumen. They were studied by Zenker in 1878, receiving the denomination of Zenker's diverticulum. They are false diverticula since they don't have all layers of the esophageal wall. Although they are most common esophageal diverticula. Their incidence is of 3% of the patient presenting dysphagia. Current, there are several therapeutic modalities, from dilatation of the esophagus to surgery with resection of the diverticulum. The report refers to three patients with Zenker's diverticulum who underwent conventional surgical treatment (Rev. Col. Bras. Cir. 2006; 33(3): 200-202).*

**Key words:** Zenker diverticulum; Deglutition disorders; Surgery.

## REFERÊNCIAS

1. Okano N, Vargas EC, Moryia T. Divertículo de esôfago: análise de 24 pacientes portadores do divertículo de Zenker. Acta Cir Bras. 2000; 15(Supl. 2):60-2.
2. Townsend CM Jr., Beauchamp RD, Evers M. Sabiston Textbook of Surgery: The biological basis of modern surgical practice. 16<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Saunders; 2001.
3. Schulze SL, Rhee JS, Kulpa JI. Morphology of the cricopharyngeal muscle in Zenker and control specimens. Ann Otol Rhinol Laryngol. 2002; 111(7 Pt 1):573-8.
4. Gutschow CA, Hamoir M, Rombaux P. Management of pharyngoesophageal (Zenker's) diverticulum: which technique?. Ann Thorac Surg. 2002; 74(5):1677-82; discussion 1682-3.
5. Spinelli P, Ballardini G. Botulinum toxin type A (Dysport) for the treatment of Zenker's diverticulum. Surg Endosc. 2003; 17(4):660.

## Como citar este artigo:

Andrade C, Aguiar GB, Rios SGC. Divertículo de Zenker: relato de três casos. Rev Col Bras Cir. [periódico na Internet] 2006 Mai-Jun; 33(3). Disponível em URL: <http://www.scielo.br/rcbc>

## Endereço para correspondência:

Dr. Aderivaldo Coelho de Andrade  
Rua Pedro Vasconcelos, 1790 / 501  
Noivos  
64045-050 – Teresina – PI  
E-mail: damderi@hotmail.com