

Ágreda Moreno B
 Artal Sánchez R
 Serrano Añón E
 Sebastián Cortés JM
 Alfonso Collado JJ
 Vallés Varela H

Hospital Clínico Universitario
 "Lozano Blesa". Zaragoza.

Divertículo traqueal

Tracheal diverticulum

RESUMEN

El divertículo traqueal o traqueocele es una alteración infrecuente de la tráquea. Puede ser adquirido o congénito, y se forma por una herniación de la mucosa traqueal a través de una zona de debilidad entre los anillos traqueales. Puede ser asintomático, o causar síntomas respiratorios y digestivos, crónicos y recurrentes, como tos persistente, infecciones respiratorias de repetición y regurgitación. La complicación más importante que puede producir es la dificultad a la hora de una intubación orotraqueal. El tratamiento, cuando es necesario, consiste en el cierre quirúrgico del defecto traqueal.

PALABRAS CLAVE:

Divertículo traqueal, traqueocele.

SUMMARY

Tracheocele or tracheal diverticulum is a rare tracheal alteration. It can be congenital or acquired, and it's formed by the herniation of the tracheal mucosa through a weak area between the tracheal rings. It can be asymptomatic, or it can also cause respiratory and digestive, chronic and recurrent symptoms, such as persistent cough, respiratory infections and regurgitation. The most important complication that it can produce, is the difficulty of an orotracheal intubation during a general anesthesia. The treatment, when it's necessary, consists on the surgical closure of the tracheal defect.

KEY WORDS:

Tracheal diverticula, tracheocele.

Introducción

El traqueocele ó divertículo traqueal es una patología muy poco frecuente, y su prevalencia en series de autopsias es del 1%^{1,2,3}. Puede ser adquirido o congénito, y se forma por herniación de la mucosa a través de una zona de debilidad en la musculatura de la pared traqueal, entre el cartílago y la pars membranosa posterior de los anillos traqueales^{1,2,3,4,5,6,7}. La localización más frecuente es la zona posterolateral derecha^{1,2,4,5,7}. Esto se debe a que el esófago y el cayado aórtico se encuentran en la parte izquierda, dando fortaleza a la pared y evitando así la herniación de la mucosa⁵.

Los divertículos únicos y con pedículos anchos son adquiridos, mientras que los que tienen bocas estrechas, suelen ser congénitos^{1,3,5}. La causa principal de su formación, es un aumento prolongado de la presión intra-traqueal, lo que tiene lugar en la enfermedad pulmonar crónica, ó en casos de tos persistente^{1,2}.

El epitelio que reviste el traqueocele es epitelio respiratorio normal^{2,6}, pero el tejido elástico en su pared, se encuentra destruido¹ y no hay cartílago, glándulas mucosas ni músculo liso^{3,5}. Normalmente están rellenos de aire, al contrario que los congénitos, que están ocupados por moco².

La clínica más frecuente es la tos persistente^{2,5,6}, infecciones respiratorias recurrentes⁴, porque las secreciones retenidas se vierten esporádicamente al árbol respiratorio

o neumonía por aspiración^{4,5}. También pueden aparecer crisis de disnea⁵, diagnosticada a veces como asma bronquial⁴, disfonía causada por parálisis de cuerdas vocales por compresión del nervio recurrente^{1,3,5}, disfagia intermitente⁵, esputo purulento o dificultad en la intubación orotraqueal^{3,5}. Si es voluminoso, puede dar sensación de masa cervical durante el esfuerzo respiratorio⁶.

Para realizar el diagnóstico, la radiografía de tórax no suele mostrar una imagen precisa, por lo que la técnica de elección será la TC cervical^{1,4,5,7}, donde observamos una colección aérea de límites precisos en la región posterolateral derecha de la tráquea. La confirmación diagnóstica se realiza mediante broncoscopia rígida ó flexible^{1,4}, donde se puede observar la comunicación del traqueocele con la luz traqueal.

El diagnóstico diferencial se debe hacer con todas las masas cervicales paratraqueales. Entre ellas, podemos nombrar el laringocele, el faringocele, la hernia pulmonar cervical, el bocio tiroideo, el higroma quístico, el linfoma de Hodgkin ó el divertículo de Zenker¹.

La complicación más importante que puede surgir, que puede ser letal, se trata de la formación de un neumomediastino al perforar el divertículo durante una intubación orotraqueal. También puede ocurrir que el tubo se obstruya al impactar contra la pared del divertículo^{1,4,7}, dando problemas para ventilar al paciente anestesiado.

El tratamiento es médico y conservador, con mucolíticos y antibióticos, hasta que dé síntomas importantes o aparezca una complicación. En el caso de que fuera necesaria la cirugía, se realizaría una resección del saco, cerrando el defecto traqueal^{1,5,6}, y reforzando, si fuera necesario, la pared traqueal con un parche libre de cartílago costal⁶.

Como conclusión, debemos recordar que ante todo paciente con síntomas de tos persistente e infecciones respiratorias recurrentes, debemos sospechar, y descartar, la existencia de un divertículo traqueal, por las complicaciones graves que pudiera tener en el caso de necesitar, en un momento dado, una intubación orotraqueal.

Caso Clínico

Paciente de 38 años que refiere sensación de cuerpo extraño hipofaríngeo de varios meses de evolución, así como un leve ruido al presionar en la región cervical anterolateral derecha, y con la deglución. La fibroendoscopia, la radiografía de tórax y el esofagograma resultan normales, pero al realizar un TC cervical, se observa un probable divertículo traqueal, que se confirma mediante broncoscopia. Dada la poca relevancia de los síntomas, y conjuntamente con el servicio de Cirugía Torácica, se decide actitud expectante, reservando la cirugía en el caso de que se agraven los síntomas.

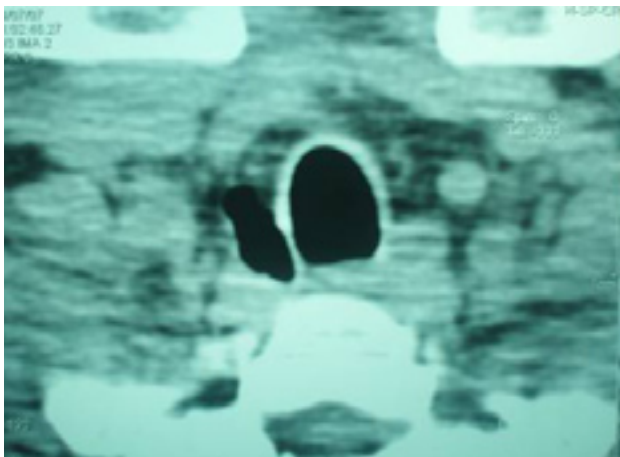


Figura 1:
En TC se aprecia colección aérea paratraqueal posterolateral derecha.



Figura 2:
Colección aérea posterolateral derecha de límites bien definidos.

Bibliografía

1. Endo S, Saito N, Hasegawa T, Sato Y, Sohara Y. Tracheocele: surgical and thoracoscopic findings. *Ann Thorac Surg.* 2005 Feb; 79(2):686-7.
2. Porubsky EA, Gourin CG. Surgical treatment of acquired tracheocele. *Ear Nose Throat J.* 2006 Jun;85(6): 386-7.
3. Teker AM, Lorenz RR, Lee WT, Murthy SC. Radiology quiz case 1. Tracheocele. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2007 Sep;133(9):940,942-943.
4. Briganti V, Tavormina P, Testa A, Oriolo L. Giant tracheocele following primary tracheostomy closure in a 3 year old child. *Interact Cardiovasc Thorac Surg* 2004;3: 411-2.
5. Möller GM, ten Berge EJ, Stassen CM. Tracheocele: a rare cause of difficult endotracheal intubation and subsequent pneumomediastinum. *Eur Respir J.* 1994 Jul;7(7):1376-7.
6. Scholl PD. Adult tracheocele. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1994 Oct;111(4):51-21.
7. Fuentes E. Divertículo traqueal. Presentación de un caso. *Rev Cubana Cir.* 2007;46(1)

Correspondencia

Dra. Beatriz Ágreda Moreno
Urb. Parque Roma, bloque D-4, piso 7º D
50010 ZARAGOZA