LUMEN ET VIRTUS
ISSN: 2177-2789

DIVERTÍCULO DE ZENKER: DIAGNÓSTICO E ABORDAGEM EM UM CASO CLÍNICO

https://doi.org/10.56238/levv15n43-118

Data de submissão: 24/11/2024 **Data de publicação:** 24/12/2024

Helen Brambila Jorge Pareja
Orientadora
Cirurgiã Geral e do Ap. Digestivo
Universidade do Oeste Paulista
E-mail: Brambila_hj@hotmail.com

Elisangela Maria Nicolete Rampazzio
Médica
Universidade do Oeste Paulista
E-mail: Lis.nicolete@gmail.com

Anna Cardoso Imperador
Acadêmica de medicina
Universidade do Oeste Paulista
E-mail: annaimperador@yahoo.com

Bianca dos Santos Beletato
Acadêmica de medicina
Universidade do Oeste Paulista
E-mail: biabeletato@outlook.com

Gabriel Ferreira Ribeiro Miguel
Acadêmico de medicina
Universidade do Oeste Paulista
E-mail: gabrielmiguel37@gmail.com

Guilherme Cesar de Souza Saito
Acadêmico de medicina
Universidade do Oeste Paulista
E-mail: guilhermecsaito@gmail.com

RESUMO

O divertículo de Zenker (DZ) é uma condição rara que ocorre na junção esôfago-faríngea, caracterizada pela formação de um falso divertículo sem envolvimento muscular. Esse divertículo surge no triângulo de Killian, entre os músculos cricofaríngeo e constritor inferior da faringe. Sua principal causa é a falha no relaxamento do esfíncter esofágico superior, aumentando a pressão intrabolus e favorecendo a herniação. Os sintomas incluem disfagia, regurgitação de alimentos, halitose, emagrecimento e complicações respiratórias, como broncoaspiração. A prevalência é baixa, com maior incidência em homens, geralmente após a quarta década de vida. O diagnóstico é realizado por exames como a deglutição de bário, endoscopia e manometria. O tratamento cirúrgico, como diverticulectomia ou cricofaringectomia, é indicado para casos sintomáticos ou divertículos grandes, prevenindo

complicações graves. O prognóstico melhora com tratamento adequado, evitando complicações como pneumonia recorrente e obstrução esofágica. O diagnóstico diferencial inclui acalasia, estenose esofágica e neoplasias.

Palavras-chave: Divertículo de Zenker, Cirurgia, Esofagoplastia.

1 INTRODUÇÃO

O divertículo de Zenker (DZ) foi inicialmente descrito por Lodlow em 1769. É uma patologia caracterizada pela formação de um falso divertículo esofagiano, pois não envolve a camada muscular. Surge na junção esôfago-faríngea, formado pelas camadas mucosa e submucosa que se destacam através de uma área eventualmente enfraquecida1. DZ emana do esôfago posterior em um triângulo instituladо deiscência de Killian, composto pelo músculo cricofaríngeo inferior e pelo músculo constritor inferior da faringe lateralmente[2].

O DZ não é apenas uma condição anatômica, mas uma patologia cujas implicações clínicas compreendem implicações à qualidade de vida, com consequências sérias, demandando atenção médica especializada para a realização de um tratamento eficaz e prevenção de complicações[3].

Há a hipótese de que, para o desenvolvimento de DZ, uma variedade de circunstâncias predisponentes à herniação dentro do triângulo de Killian devem estar presentes, como distúrbios associados com função do esfincter esofágico superior, motilidade esofágica anormal ou encurtamento esofágico. As pressões intrabólicas aumentadas observadas em pacientes com DZ podem ser secundárias à passagem do bolo alimentar prejudicada em resultado da doença do refluxo gastroesofágico ou associada a ela[4].

Neste contexto, a causa primordialmente mais aceita do DZ é a falha no relaxamento do esfincter esofágico superior (EES) levando a um aumento anormal da pressão intrabolus faríngea, porém, o divertículo se mostra um distúrbio multifatorial5. DZ pode ser originado de um sistema de deglutição disfuncional, provavelmente causado por musculo cricofaríngea isolada (CPM) aumentado ou fibrótico (ou falha de relaxamento completo) provocando elevação da pressão dentro do lúmen e uma fraqueza relativa entre as fibras musculares[6].

A prevalência do DZ é incomum, no Brasil varia entre 0,01% e 0,1%, porém é provável que esses valores sejam subestimados, pois pacientes com divertículo podem ser assintomáticos e, devido a isso, não procuram atendimento médico. Os pacientes diagnosticados com DZ são, em sua maioria, do sexo masculino, sendo 58% mais prevalente do que em mulheres, apresentando-se raramente antes da quarta década de vida[7].

As manifestações clínicas envolvem disfagia, regurgitação de alimentos não digeridos, murmúrios no pescoço após alimentação, halitose e emagrecimento. Sintomas compressivos e complicações respiratórias ocasionais, como broncoaspiração e pneumonia, também podem aparecer. Pacientes com DZ habitualmente exibem uma longa história de disfagia (98%) seguida por uma sensação de “comida presa na garganta”[8].

Os sistemas de estadiamento de Lahey, Mortons e Van Overbeek são usados para avaliação de um divertículo de Zenker. Estes sistemas de estadiamento são usados para descrever o grau do divertículo de Zenker, que podem ser: estágio 1, sendo uma pequena protusão da mucosa; estágio 2,

protusão sem alteração do alinhamento do esôfago e hipofaringe; estágio 3 onde o divertículo está alinhado com a hipofaringe e o esôfago é deslocado anteriormente. A deglutição de bário com videofluoroscopia é o método radiográfico usado para estadiamento, fornece informações sobre seu tamanho, localização e características do revestimento mucoso e diagnostica a condição[9].

Os exames de diagnósticos envolvem o exame contrastado da faringe-esôfago estômago (sendo este o principal). A endoscopia digestiva alta ou a manometria auxiliam no diagnóstico diferencial9.

No exame de raio-X com contraste observamos a formação do DZ como uma bolsa ou saco que se projeta para fora da parede posterior. A endoscopia consegue mostrar diretamente o DZ, que se apresenta como uma dilatação ou projeção anômala. Já a manometria, que é um exame que mede a pressão e a coordenação dos músculos ao longo do esôfago, fornece informações referentes a dinâmica da deglutição e a função dos músculos quando realizada em casos de divertículo de Zenker.[10]

Apenas as lesões sintomáticas necessitam de tratamento, lesões menores que 2 centimetros raramente exigem intervenção. Em determinados casos de divertículo de Zenker relacionados à acalasia, a aplicação de toxina botulínica pode ser eficaz para aliviar os sintomas de disfagia. Para divertículos de Zenker maiores, a cirurgia é recomendada[11].

O prognóstico do Divertículo de Zenker varia; a ausência de tratamento resulta no aumento do tamanho do divertículo, o que pode levar a complicações sérias de saúde. O manejo conservador envolve modificações na dieta entre outras recomendações. Os pacientes costumam se beneficiar de terapia fonoaudióloga ajudando a melhorar os sintomas, embora não resolva o problema de forma definitiva. A solução do DZ vem com o tratamento cirúrgico como a diverticulectomia ou cricofaringectomia[11].

O tratamento cirúrgico é o mais indicado, pois permite uma visualização mais adequada da área acometida, permitindo a remoção completa do divertículo. Essa abordagem é recomendada para evitar complicações decorrentes do aumento do tamanho do divertículo, como por exemplo, pneumonia recorrente, perfuração do saco diverticular e obstrução esofágica[12].

O divertículo de Zenker pode apresentar diagnósticos diferenciais que envolvem várias condições que podem causar sintomas similares, entre eles podemos citar acalasia que é um distúrbio da motilidade esofágica; estenose esofágica que pode ser provocada por refluxo gastroesofágico; ou até mesmo neoplasias[13].

Embora raros, cânceres, como carcinomas de células escamosas, podem estar presentes em conjunto com um divertículo de Zenker. É imperativo descartar isso durante uma avaliação. Deve-se perguntar sobre histórico de tabagismo e consumo de líquidos muito quentes ou muito frios (chás, café, etc.). Outros diagnóstcos diferenciais que se deve pensar são acalasia, doença do refluxo gastroesofágico (DRGE), esôfago de Barret, esofagite (radiação, imunocomprometimento, infecções

sexualmente transmissíveis), derrame no cenário agudo e ulcerações devido à retenção de alimentos. É importante ser minucioso na avaliação desses pacientes[8].

2 METODOLOGIA

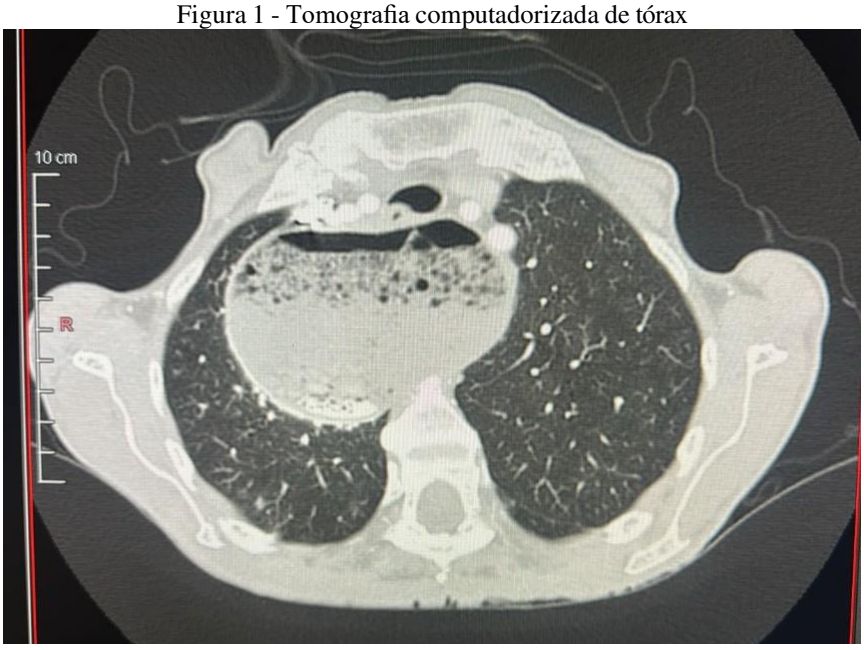
Estudo do tipo Relato de caso, cujas informações foram coletadas por meio de revisão de prontuário médico. Em paralelo, para sustentar as ideias discutidas neste artigo, foi feita uma revisão de literatura em bases de dados científicas como PubMed e Scielo. A produção deste artigo científico seguiu as normativas propostas pelo Conselho Nacional de Pesquisa (CONEP).

3 RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 76 anos, admitida em serviço de saúde privado com queixa de emagrecimento (12kg), êmese após as refeições e disfagia, sem associação com hiporexia. Relata que quadro iniciou há 3 anos com piora gradual e agravamento da êmese e da disfagia nos últimos 3 dias. Nega outros sintomas associados, assim como nega alterações de hábito intestinal. Paciente previamente tratada como doença do refluxo gatroesofágico, apresenta como comorbidade somente hipertensão arterial sitêmica, com uso diário de propranolol.

Submetida a tomografia computadorizada de tórax (figura 1) que evidenciou grande massa em região cervical. À endoscopia digestiva alta evidenciou esôfago cervical com óstio diverticular de base larga e grande volume, ainda com resíduo alimentar, sem alterações de mucosa. Estômago apresentando lago mucoso claro, sem sangue ou resíduo alimentar, sem alterações de distensibilidade, fundo e corpo sem anormalidades.

Figura 1 - Tomografia computadorizada de tórax



Fonte: os autores.

Paciente submetida à exames laboratoriais sem alterações para programação cirúrgica. A cirurgia foi realizado ressecção do saco diverticular (figura 2). Paciente evolui bem em pós- operatório, com boa aceitação da dieta um dia após e alta hospitalar com resolução sintomatológica.

Figura 2 - ressecção cirúrgica do saco diverticular esofagiano.



Fonte: os autores.

4 DISCUSSÃO

Neste estudo foi apresentado o caso clínico de uma paciente de 76 anos que relatava perda de peso, êmese pós-prandial e disfagia progressiva ao longo dos últimos 3 anos. Apresenta histórico de doença do refluxo gatroesofágico (DRGE) e hipertensão arterial sistêmica.

Segundo Howell[6] o quadro clínico apresentado nesse trabalho se enquadra nos sintomas típicos do Divertículo de Zenker (ZD). A alegação de vômitos pós-prandial é uma das manifestações mais comuns em pacientes com DZ, pois devido à retenção de alimentos no divertículo pode causar regurgitação e vômitos[8]. A perda de peso também é consistente, pois há dificuldade em se alimentar adequadamente devido à disfagia, o que pode causar perda de peso significativa.

Perfil clínico protraído e crônico, como o da paciente que começou há 3 anos, com piora gradual e agravamento recente, é típico de DZ, como explicitado por Álvarez3. O divertículo geralmente se forma de forma relativamente lenta, com sintomas que prosseguem ao longo dos anos e causam impacto direto na qualidade de vida, conforme Álvarez3. A paciente, que já tinha diagnóstico de DRGE, pode ter apresentado alterações na motilidade esofágica que pode predispor à formação de DZ. A falha do esfincter esofágico superior (EES) em relaxar também pode estar associada à DRGE5, uma

vez que o aumento da pressão no esôfago e a dificuldade de controle do EES também contribuem para o surgimento de DZ.

A imagem concedida pela tomografia computadorizada é congruente com o diagnóstico de DZ, pois mostra uma grande massa cervical emanando da parede esofágica.

O tratamento cirúrgico realizado, com ressecção do saco diverticular, foi adequado considerando o tamanho e o divertículo sintomático, de maneira compativel ao sugerido por Fraga11. A rápida recuperação pós-operatória e a resolução dos sintomas após a cirurgia, com a paciente tolerando a dieta no dia seguinte à operação, também apontam para uma boa resposta à intervenção. Conforme estabelecido na literatura, a diverticulectomia é essencialmente a forma preferida de tratamento de divertículos relativamente grandes ou sintomáticos12, pois elimina os sintomas e previne complicações graves.

O caso clínico relatado é uma materialização do que tem sido discutido na literatura sobre divertículo de Zenker, uma vez que a paciente apresentou sintomas tipicos como disfagia afiliada à vômitos e perda de peso — sintomas que podem ser ligados a um diagnóstico confirmado por imagem. Os resultados do tratamento cirúrgico revelaram a sua eficácia, pois resultou em rápida recuperação e cura da condição e melhora da qualidade de vida da paciente.

CONflITOS DE INTERESSE

Os autores afirmam não haver qualquer potencial conflito de interesse que possa comprometer a imparcialidade das informações apresentadas neste artigo científico.

REFERÊNCIAS

UOTI, Sandra. Zenker's diverSculum: epidemiology, management, and treatment outcomes. 2024.

SØFTELAND, Eirik Østensen et al. Endoluminal treatment for Zenker's diverSculum–a populaSon-based observaSonal study. Scandinavian Journal of Gastroenterology, v. 59, n. 2, p. 218-224, 2024.

ÁLVAREZ, Mónica Orgaz et al. ZENKER e KILLIAN: Nomes de esôfago proximal que todo residente/radiologista deve conhecer. Seram, v. 1, n. 1, 2022.

MACHADO, LARA; VÉO, MAGALHÃES. O TRATAMENTO CIRÚRGICO DO DIVERTÍCULO DE ZENKE.

ADELIEN, Adelien. Zenker DiverSculum. Archives of The Medicine and Case Reports, v. 2, n. 3, p. 175-188, 2021.

HOWELL, Rebecca J. et al. Cricopharyngeus muscle dysfuncSon and Hypopharyngeal diverScula (eg, Zenker): a mulScenter study. The Laryngoscope, v. 133, n. 6, p. 1349-1355, 2023.

RAMÍREZ, Arecio Peñaloza et al. Tratamento endoscópico do diver(culo de Zenker. Revista de Medicina e Cirurgia, v. 32, n. 2, p. 129-134, 2023.

Nesheiwat Z, Antunes C. Zenker Diver(culo. 8 de agosto de 2023. In: StatPearls [Internet]. Ilha do Tesouro (FL): Publicação StatPearls; Janeiro de 2024–. PMID: 29763172.

GARCÍA, Erika Deyanira Montenegro et al. DiagnósSco y tratamiento del Diver(culo de Zenker, ar(culo de revisión. Polo del Conocimiento: Revista cien&fico-profesional, v. 7, n. 4, p. 19, 2022.

DELL'ANNA, Giuseppe et al. The Endoscopic Management of Zenker's Diverticulum: A Comprehensive Review. Diagnostics, v. 14, n. 19, p. 2155, 2024.

FRAGA, Anna Luiza Guimarães et al. Abordagem geral do Diver(culo de Zenker: uma revisão narraSva. Revista Eletrônica Acervo Médico, v. 18, p. e10950-e10950, 2022.

ÁLVAREZ, Mónica Orgaz et al. ZENKER e KILLIAN: Nomes de esôfago proximal que todo residente/radiologista deve conhecer. Seram, v. 1, n. 1, 2022.

BLANCO, Anabel Meneses; CUEVAS, Alberto Suárez; REYES, Mario Roberto Capote. Divertículo de Zenker. Presentación de caso. Medimay, v. 30, n. 3, p. 357-401, 2023.