

Divertículo de Zenker no Diagnóstico Diferencial de Disfagia

Carolina Seabra Pacheco Gabrielli Alcântara¹, Marcela Santos Carvalho¹, Andrea Magaginini Torres¹, Wendy Carmo Aguiar¹, Elora Silva Lopes Leitão¹, Janine Capobiango Martins², Nathália Monerat Rinto Blazuti Barreto²

1- Acadêmica Interno do Curso de Medicina do UniFOA

2- Médica Residente em Clínica Médica – Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa

Introdução:

O Divertículo de Zenker (DZ) é considerado um pseudo-divertículo (de pulsão), pois é constituído pela herniação da mucosa hipofaríngea através de uma área frágil entre as fibras oblíquas dos músculos faríngeo inferior e cricofaríngeo, em combinação com altas pressões intraluminais.^{1,2} Pelo pequeno desconforto que o paciente apresenta no início do quadro, geralmente procura o médico já com divertículo de médio a grande volume (médio: 2-4 cm; grande: >4 cm)³. Já os divertículos pequenos de Zenker geralmente são assintomáticos, mas quando crescem a ponto de reter alimentos e saliva, podem causar disfagia, halitose e aspiração.^{4,5} Os principais sintomas apresentados são: disfagia cervical (89,8%), regurgitação de alimentos (71,8%), tosse (30,7%) e perda de peso (25,6%).^{1,3} Habitualmente aparece em pacientes com mais de 60 anos de idade e mostra uma proporção de dois homens para uma mulher.^{4,6,7} Os portadores da doença apresentam-se com quadro clínico típico, como já citado e de fácil confirmação diagnóstica pela radiografia contrastada do esôfago-estômago-duodeno.⁵ O tratamento consiste em diverticulectomia cirúrgica e miotomia cricofaríngea, ou marsupialização na qual um dispositivo de grampeamento endoscópico é usado para a incisão muscular.³ Não há evidência que suporte o apelo de que a abordagem endoscópica é melhor que os procedimentos cirúrgicos "antigos"; o tratamento endoscópico e cirúrgico do DZ têm resultados comparáveis para segurança e efetividade; e a pesquisa cirúrgica sobre esse tema necessita de trabalhos que propiciem um maior nível de evidências.⁴ A vantagem que o tratamento endoscópico tem sobre a cirurgia é que pode ser realizado com anestesia tópica da orofaringe, já que a doença é mais comum nas idades mais avançadas com os doentes muitas

vezes com comprometimento cárdio-respiratório, impossibilitando uma anestesia geral.²

Objetivos:

Apresentar um relato de caso sobre DZ e breve análise de artigos publicados em periódicos científicos indexados ou textos de livros que abordem o tema direta ou indiretamente, visando melhor conhecimento sobre este relevante tema.

Relato de Experiência:

C. S., 66 anos, tabagista de longa data, estilista e diabético, morador da cidade de Barra Mansa/RJ, deu entrada no hospital de nível terciário, com queixa de dor abdominal associada a episódios de hematêmese. Relatou disfagia para alimentos sólidos, perda ponderal nos últimos seis meses de aproximadamente 10kg. Ao exame: facies caquética, hipocorado (2+/4+); desidratado (1+/4+); aparelho cardiovascular, respiratório e digestório normais; durante a internação foi realizado a endoscopia digestiva alta (EDA) que foi inconclusiva devido à presença de restos alimentares e obstrução esofágica proximal impedindo progressão no trato gastrointestinal, sugerindo a presença de divertículo esofágico e/ou acalasia. Optou-se por solicitar a seriografia baritada do esôfago para esclarecimento do processo obstrutivo a qual evidenciou DZ. Foi solicitada a tomografia computadorizada (TC) cervical que evidenciou um espessamento do esôfago proximal, sem nenhuma outra alteração sugestiva de neoplasia. Diante disso foi pedido o parecer para a cirurgia e segue em pré operatório.

Conclusão:

A principal suspeita diagnóstica foi neoplasia, pois o paciente apresentava alta carga tabágica associada a importante perda ponderal, induzindo o raciocínio clínico para uma doença mais grave. Conforme exposto no relato, uma simples seriografia baritada de esôfago poderia fazer o diagnóstico de DZ, reduzindo o tempo de internação hospitalar, gastos com exames desnecessários e resolução rápida e eficaz da patologia apresentada.

Referências:

1. Hajar, Nemer; Malafaia, Osvaldo; Strobel, Rodrigo; Cantarelli, Alessandra; Coelho, Júlio C. U. Divertículo de Zenker: estudo retrospectivo de casos / Zenker

CONGRESSO DO CURSO DE MEDICINA 2014
Tema: “O desafio da Atenção Básica como escola”

diverticulum: retrospective study of cases. **Rev. méd. Paraná;58(1):17-23, jan.-jun. 2000. ilus.**

2. ANDREOLLO, Nelson Adami et al . Tratamento cirúrgico do divertículo de zenker. **Rev. Col. Bras. Cir.**, Rio de Janeiro , v. 25, n. 1, fev. 1998 .

3. OKANO, Nelson et ai. Divertículo fazer esôfago Análise de 24 patients Portadores fazer divertículo de Zenker. **Acta Cir. Bras.** , São Paulo, v. 15, Supl. 2, 2000.

4. MURARO, Cirilo Pardo Meo; AQUINO, José Luiz Braga de; SILVA, Marcos Roberto Meira e; LINTZ, José Eduardo. Divertículo de Zenker: análise de 11 pacientes / Zenker's diverticulum: analysis of 11 patients. **Rev. ciênc. méd. PUCAMP;6(2/3):95-8, maio-dez. 1997.**

5. SILVEIRA, Marnier Lopes da; VILHORDO, Daniel Weiss; KRUEL, Cleber Dario Pinto. Divertículo de Zenker.: TRATAMENTO endoscópico contra cirúrgico . **Rev. Col. Bras. Cir.**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 5, outubro 2011. Disponível em

6. ANDREIS, Elmes Luis; GUERRA, Enilde Eloena; LEMOS, Rafael Rodrigues. Divertículo de Zenker. **Rev. Col. Bras. Cir.** , Rio de Janeiro, 28 v., n. 4, agosto 2001.

7. SENAGA, Cristiano Matsumoto et al. Divertículo de Zenker. **Rev. Assoc. Med. Bras.** , São Paulo, v. 53, n. 2, abr 2007.

8. **Palavras-chave:** Divertículo de Zenker; Disfagia; Caquexia.

carolinaaalcantara@hotmail.com