

Diverticolo da trazione esofago-cervicale

Leonardo Trentadue
Medico di medicina generale
Ferrandina (MT)

Un paziente di 52 anni si presenta in ambulatorio con la figlia, per riferirmi quanto accaduto la sera precedente. La figlia mi racconta che il padre stava incominciando a cenare, quando ha sentito che stava soffocando; il boccone non progrediva e l'assunzione successiva di acqua "ritornava indietro". Di fronte a questa situazione ha assestato al padre un colpo fermo e deciso con la mano, all'altezza del torace. La sua presenza di spirito ha permesso la risoluzione del problema, perché il padre ha potuto ingoiare il boccone di cibo sospeso e riprendersi completamente, senza bisogno di chiamare la guardia medica.

Storia clinica

Dal 2002 il paziente soffre di iperuricemia cronica controllata con allopurinolo e dieta. Dal 2005 ha manifestato i primi sintomi di diabete mellito di tipo 2. Attualmente è in terapia con glimepiride, ASA a basso dosaggio e statine.

Da circa un anno si è instaurata ipertensione arteriosa di grado medio, che ben risponde a lisinopril 20 mg/die.

Alcuni mesi fa il paziente ha riferito sintomi di malattia da reflusso gastroesofageo. In tale occasione ho prescritto il breath test, che è risultato positivo per *Helicobacter pylori*. Ciò ha comportato la prescrizione di una triplice terapia sequenziale a base di pantoprazolo 40 mg e amoxicillina 1 g bis in die per 5 giorni; pantoprazolo 40 mg + claritromicina 500 mg + tinidazolo 500 mg bis in die per altri 5 giorni. Tutto quindi sembra andare per il meglio, quando avviene l'episodio di soffocamento, risolto positivamente.

Iter diagnostico

Dopo la visita, che non evidenzia nulla di significativo, prescriviamo un'esofagogastroduodenoscopia per indagare sulle possibili cause dell'episodio di soffocamento.

Il paziente esegue l'indagine e dopo alcuni giorni torna in ambulatorio con il referto diagnostico.

Referto dell'esofagogastroduodenoscopia: a 30 cm dall'arcata dentaria si evidenzia grosso diverticolo anteriore contenente ingestivi. Dopo estrazione di parti di alimenti, si evidenzia il fondo dello stesso privo di lesioni organiche. Nulla al terzo medio inferiore. Cardias in sede, pervio. Nulla da segnalare a carico dello stomaco, piloro, bulbo e seconda porzione del duodeno. Biopsia antrale per ricerca *Helicobacter pylori*. Diagnosi finale: diverticolo da trazione esofago-cervicale. Urea breath test negativo.

Commento

Molto probabilmente il diverticolo da trazione si è instaurato nell'esofago del paziente dall'età pediatrica a causa di un complesso prima-

rio con linfadenite mediastinica cronica, che è esitata in cicatrizzazione con conseguente trazione della parete esofagea e formazione del voluminoso diverticolo.

Come si può apprezzare dai referti (figura 1), il cibo si è indovato nel diverticolo formando un bolo di grosse dimensioni che, fuoriuscendo dall'orifizio diverticolare, andava a ostruire il lume esofageo, con pericolo di soffocamento ed eventuale polmonite *ab ingestis*.

Invio il paziente dal chirurgo toracico che dà indicazione per l'esecuzione della diverticolectomia.

Approfondimento

Una definizione molto precisa di diverticolo è stata formulata da Pettinari: formazione per lo più sac-

Figura 1

Immagini endoscopiche del diverticolo con il bolo di cibo



ciforme, circoscritta, di natura patologica, a carattere permanente, formata dagli strati della parete esofagea più o meno alterati, comunicante con il suo lume mediante un orifizio di dimensioni variabili.

La fascia di età più colpita va dai 40 ai 60 anni, con una prevalenza nel sesso maschile.

La classificazione dei diverticoli esofagei comprende diverticoli congeniti (molto rari) e acquisiti, che a loro volta si suddividono in diverticoli da pulsione e diverticoli da trazione.

I primi sono la conseguenza di un aumento patologico della pressione nel lume esofageo e sono caratterizzati soprattutto da disfagia e rigurgito con alitosi.

La sede più colpita è la giunzione faringo-esofagea che rappresenta, nella dimensione del triangolo di Laimer, un *locus minoris resistentiae*. Il più frequente di questi diverticoli faringoesofagei è il diverticolo di Zenker che consegue a un'incoordinazione funzionale faringoesofagea e ad un più raro disordine della motilità esofagea.

La presenza di una disfagia persistente a livello cervicale dovrebbe fare ipotizzare la possibilità di un diverticolo da pulsione che, una volta formato, tende a dislocarsi sulla stessa linea del faringe, entrando in competizione con esso per l'accoglimento del cibo ingerito. La ruminazione si accompagna alla disfagia che, a causa della compressione dell'esofago, si accentua sempre di più fino a determinare l'insorgenza di tosse, faringiti, raucedine, alitosi, disfonia (se è compresso il nervo ricorrente) e sincope (se c'è compressione vagale e carotide).

Meno frequenti sono i diverticoli da pulsione che colpiscono il terzo inferiore dell'esofago (diverticoli epifrenici), per la cui genesi sembra più importante, a parte la predisposizione genetica, l'incoordinazione esofagea funzionale e motoria.

L'altro gruppo di diverticoli, al quale il caso clinico si riferisce, riconosce un'eziopatogenesi diversa: implica un processo infiamma-

torio cronico di lunga durata che fissi una zona della parete esofagea persistentemente rigida durante l'esplicazione delle dinamiche esofagee.

La zona dell'esofago più colpita è quella epibronchiale ed entra in causa soprattutto la flogosi delle linfoghiandole mediastiniche, a genesi tubercolare, che coinvolge la zona periesofagea. Si determina così una trazione della parete esofagea che esita nella formazione del diverticolo.

Generalmente nella parete di questi diverticoli sono conservate le tre tuniche, anche se a volte può mancare la tunica muscolare.

► Diagnosi

Per la diagnosi dei diverticoli esofagei l'indagine di prima scelta è la radiografia associata a pasto di bario. L'esofagogastroduodenoscopia è invece controindicata o va ese-

guita con estrema precauzione per il pericolo che l'endoscopio possa imboccare la via del diverticolo e provocare una perforazione.

Va evidenziato che, nel caso clinico riportato non è stato possibile valutare *de visu* la sintomatologia acuta di soffocamento e che il racconto per interposta persona non poteva essere esaustivo, considerando le variabili stocastiche, ai fini di una corretta prescrizione dell'EGDS.

La manometria può essere utile per evidenziare un'eventuale ipertonia dello sfintere esofageo superiore.

► Terapia

La terapia è essenzialmente chirurgica ed è rappresentata, per il diverticolo di Zenker, dalla miotomia cricofaringea senza resezione del diverticolo, se si tratta di diverticoli di piccole dimensioni oppure dalla diverticolectomia.