

Divertículo esofágico por tracción secundario a carcinoma papilar de tiroides localmente avanzado: reporte de un caso

Traction esophageal diverticulum secondary to locally advanced papillary thyroid carcinoma: a case report

Mónica Vieth* , Fernando Martínez* 

Hospital General de Itapúa, Servicio de Cirugía General. Encarnación, Paraguay.

RESUMEN

Se reporta un caso de divertículo esofágico por tracción en una mujer de 37 años con carcinoma papilar de tiroides avanzado. La ecografía tiroidea y la citología por punción confirmaron una alta sospecha de malignidad. La tomografía computarizada con contraste y la endoscopia digestiva alta no evidenciaron afectación esofágica preoperatoria. Durante la tiroidectomía total se confirmó la invasión extratiroidea y se identificó de manera incidental un divertículo esofágico por tracción. Durante la disección se produjo una apertura esofágica accidental que fue reparada de forma primaria en el mismo acto quirúrgico. La paciente fue remitida a los servicios de oncología y medicina nuclear para tratamiento adyuvante. Al mes de la intervención, la paciente evolucionó de manera asintomática, sin signos de fuga ni dificultad para deglutir.

Palabras claves: divertículo esofágico; carcinoma papilar de tiroides; tiroidectomía.

ABSTRACT

A case of traction esophageal diverticulum is reported in a 37-year-old female patient with advanced papillary thyroid carcinoma. Thyroid ultrasound and fine-needle aspiration cytology confirmed a high suspicion of malignancy. Contrast-enhanced computed tomography and upper gastrointestinal endoscopy showed no preoperative evidence of esophageal involvement. During a total thyroidectomy, extrathyroidal invasion was confirmed, and a traction esophageal diverticulum was incidentally identified. During dissection, an accidental esophageal opening occurred and was primarily repaired in the same surgical procedure. The patient was referred to oncology and nuclear medicine for adjuvant treatment. At one month postoperatively, she remained asymptomatic, with no signs of leakage or dysphagia.

Keywords: esophageal diverticulum; papillary thyroid carcinoma; thyroidectomy.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma papilar de tiroides constituye aproximadamente del 80 al 85 % de todas las neoplasias malignas tiroideas. Entre un 5 % y un 15 % de los pacientes desarrollan extensión extratiroidea macroscópica, invadiendo estructuras adyacentes como los músculos, el nervio laríngeo recurrente, la tráquea,

el esófago y la laringe ⁽¹⁾. Cualquier tumor con extensión extratiroidea macroscópica que invade el esófago se clasifica en el estadio T4a ⁽¹⁾.

La invasión esofágica por carcinoma papilar de tiroides ocurre en aproximadamente el 21 % de los casos localmente invasivos y suele comprometer inicialmente la capa muscular, preservando la mucosa. Esta característica dificulta en gran medida su identificación endoscópica preoperatoria ⁽²⁾. Por otro lado, el divertículo esofágico por tracción es una condición poco frecuente, con una prevalencia menor al 1 % en la población ⁽³⁾. Estos son divertículos verdaderos que incluyen todas las capas de la pared esofágica. Su asociación con neoplasias tiroideas invasivas es excepcional.

El presente reporte tiene como objetivo describir un caso clínico inusual de carcinoma papilar de tiroides localmente avanzado con invasión esofágica y un divertículo por tracción asociado, el cual fue diagnosticado de forma incidental durante el acto quirúrgico.

CASO CLÍNICO

Una paciente de 37 años, previamente sana, consultó al Servicio de Cirugía por una tumoración en la región anterior del cuello de crecimiento progresivo, con aproximadamente 4 años de evolución. En los 6 meses previos a la consulta, refirió presentar disfagia progresiva para sólidos y líquidos, disnea y sensación de cuerpo extraño en la garganta. No refirió odinofagia, pirosis, regurgitación ni pérdida de peso. Al examen físico se constató una masa cervical, de consistencia dura, fija a planos profundos y que generaba disfagia. Se realizó una ecografía tiroidea que identificó un tumor con nódulos de alta sospecha (clasificación TI-RADS 5). La punción aspiración con aguja fina confirmó el diagnóstico de malignidad (Bethesda VI). La tomografía computarizada de cuello con contraste evidenció el tumor infiltrando planos musculares profundos; no reportó infiltración esofágica ni la presencia de divertículos. (Figura 1)

* Hospital General de Itapúa, Servicio de Cirugía General. Encarnación, Paraguay.

Autor Correspondiente: Dra. Mónica Vieth - Correo: dramonicavieth@gmail.com

Recibido: 20/05/2026 - Revisado: 11/06/2026 - Aceptado: 28/07/2026

Revisor: Dr. Carlos Arce Aranda  MSP y BS

Proceso de revisión: Evaluación por pares a doble ciego.

Editor: Eduardo González Milto  Universidad Nacional de Asunción; San Lorenzo, Paraguay

 Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons

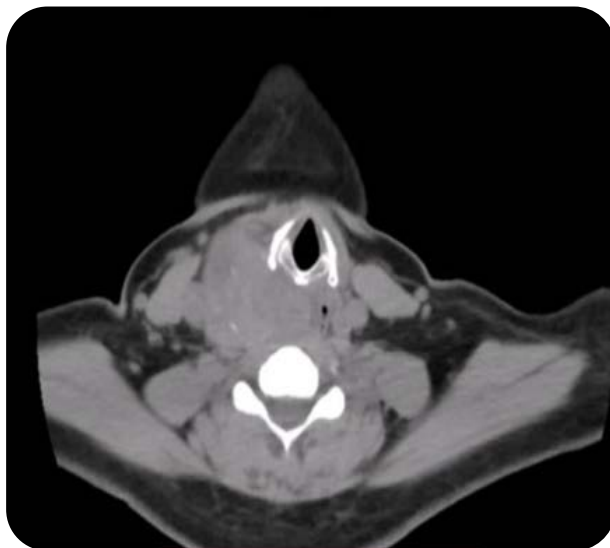


Figura 1. Tomografía computarizada de cuello. Se observa un tumor tiroideo derecho con infiltración de los planos musculares profundos.

La fibrobroncoscopia reveló la infiltración de la mucosa de la laringe y de los cartílagos aritenopiglóticos, así como la tumoración derecha desplazando la cuerda vocal y un marcado desplazamiento traqueal por efecto de masa. *Figura 2.*



Figura 2. Fibrobroncoscopia que muestra el desplazamiento y la compresión de la tráquea causados por el tumor.

Por antecedente de hematemesis se le realiza una endoscopia digestiva alta, la cual no arroja datos positivos de valor.

Ante el diagnóstico de una neoplasia tiroidea derecha localmente avanzada, con alta sospecha de extensión extratiroidea y síntomas compresivos progresivos de la vía aérea superior, se indicó una tiroidectomía total mediante abordaje cervical.

Durante la exploración quirúrgica, se evidenció que el tumor invadía los músculos del cuello (esternocleidomastoideo y músculos pretiroideos) y la pared lateral del esófago. Tras la

compleja disección de la masa del lóbulo derecho, firmemente adherida a las estructuras profundas, se constató de manera incidental la presencia de un divertículo esofágico por tracción. Este se ubicaba en el tercio medio esofágico y se encontraba fuertemente adherido al tumor tiroideo, rodeado por una intensa fibrosis peritumoral. *Figura 3.*

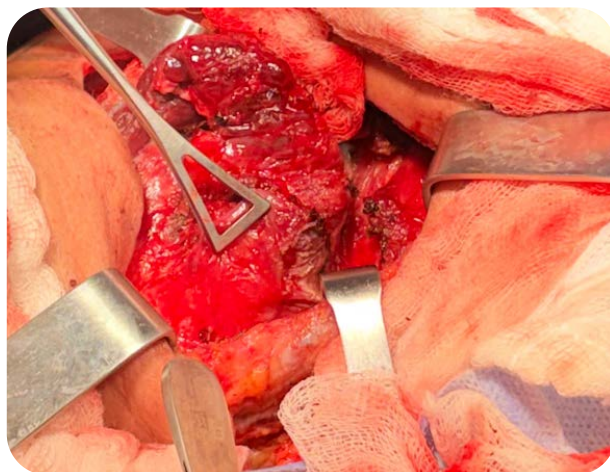


Figura 3. Hallazgo intraoperatorio. Divertículo esofágico por tracción localizado en el tercio medio, firmemente adherido al tumor tiroideo con intensa fibrosis peritumoral.

Al momento de realizar la extirpación del tumor que invadía la pared, se produjo una apertura accidental de aproximadamente 4,5 cm en la cara lateral del esófago, a nivel del divertículo y en sentido longitudinal *Figura 4.* Se procedió a realizar la resección del saco diverticular y la reparación primaria de la pared esofágica en dos planos: el cierre de la mucosa con puntos interrumpidos y el cierre de la capa muscular, ambos con suturas absorbibles. Se completó la tiroidectomía total preservando el nervio laríngeo recurrente y las glándulas paratiroides.

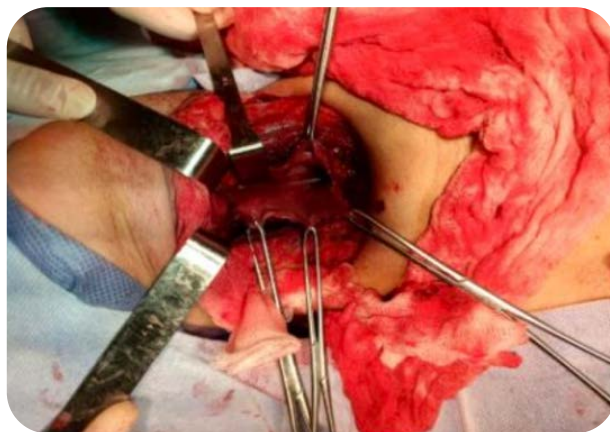


Figura 4. Hallazgo intraoperatorio. Identificación de los cabos abiertos del esófago para su reparación primaria.

Se dejó un drenaje tubular en el lecho quirúrgico y una sonda nasogástrica para descompresión y alimentación enteral temprana. En el postoperatorio inmediato, la paciente fue mantenida en ayuno oral, recibiendo nutrición exclusivamente por sonda durante 5 días. Al quinto día, no se constataron signos de fugas ni fístulas de la sutura esofágica, por lo que se retiró la sonda nasogástrica y se inició una progresión dietética la cual fue bien tolerada.

El informe de anatomía patológica definitiva reportó un

carcinoma papilar de tiroides, variante clásica, con extensión extratiroidea macroscópica a músculos estriados y a la pared esofágica. Los márgenes quirúrgicos se encontraban comprometidos (resección R2) y se documentaron metástasis en 3 de los ganglios resecados. Dado el estatus de resección incompleta y la presencia de invasión macroscópica, la paciente fue derivada a los servicios de Oncología y Medicina Nuclear para el inicio de tratamiento adyuvante con yodo radioactivo (I-131) y se inició terapia de supresión con levotiroxina.

Al mes de la cirugía, la paciente se encontraba completamente asintomática, tolerando una dieta oral regular sin complicaciones de la sutura esofágica, sin disfagia y sin signos clínicos de recurrencia locorregional. En estricto seguimiento multidisciplinario.

DISCUSIÓN

El carcinoma papilar de tiroides localmente avanzado con extensión extratiroidea representa uno de los mayores desafíos en la cirugía oncológica de cabeza y cuello. La invasión esofágica, reportada en aproximadamente el 21 % de los casos localmente invasivos, suele comprometer la capa muscular preservando la mucosa, lo que explica por qué la endoscopia digestiva resultó negativa en la evaluación preoperatoria de este caso ⁽²⁾. Asimismo, la tomografía computarizada con contraste tampoco logró caracterizar el divertículo ni la infiltración esofágica directa, lo que subraya la necesidad de considerar estudios esofágicos más dedicados y minuciosos en pacientes con cáncer tiroideo avanzado y síntomas digestivos.

El divertículo esofágico por tracción es un divertículo verdadero que incluye todas las capas de la pared. En el caso presentado, la tracción fue generada directamente por la severa fibrosis y las adherencias peritumorales del carcinoma papilar, constituyendo una asociación clínica extremadamente rara en la literatura médica ⁽³⁾. La ausencia de un diagnóstico preoperatorio representó un factor de riesgo para la lesión iatrogénica ocurrida. La reparación primaria inmediata con cierre en dos planos, asociada a drenaje tubular y soporte nutricional enteral temporal, constituye el tratamiento de elección en las perforaciones esofágicas reconocidas de forma intraoperatoria, con resultados favorables ^(4,5).

Desde la perspectiva oncológica, la tiroidectomía total en bloque es el abordaje quirúrgico de elección en los tumores clasificados como T4a. Aunque la resección R2 se asocia a un pronóstico más reservado, aunque está demostrado que el tratamiento adyuvante con I-131 mejora significativamente la supervivencia específica, el control locorregional y reduce las tasas de recurrencia en pacientes con tumores que presentan

extensión extratiroidea, metástasis ganglionares confirmadas o enfermedad residual macroscópica ^(6,7). En pacientes con carcinoma papilar de tiroides y sospecha clínica de extensión posterior o lateral, deben considerarse estudios esofágicos preoperatorios exhaustivos. La sospecha intraoperatoria de invasión debe mantenerse alta ante disecciones que presenten severa fibrosis; y el manejo y seguimiento multidisciplinario son imprescindibles, especialmente en contextos de resecciones quirúrgicas incompletas ^(7,8,9).

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Concepción/diseño de trabajo: Fernando Martínez, Mónica Vieth

Recolección/obtención de datos/información: Fernando Martínez

Análisis e interpretación de datos: Fernando Martínez

Redacción del borrador del manuscrito: Fernando Martínez

Revisión crítica del manuscrito: Mónica Vieth

Aprobación de la versión final del manuscrito: Fernando Martínez, Mónica Vieth

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses relacionado con el presente trabajo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se obtuvo el consentimiento informado de la paciente para la publicación de este caso clínico, garantizando la confidencialidad de sus datos personales de acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki (1975 y sus revisiones).

APROBACIÓN ÉTICA

No se requirió aprobación del Comité de Ética Institucional dado el carácter de reporte de caso sin intervención experimental.

DECLARACIÓN DE USO DE IA

Durante la preparación de este manuscrito se utilizó una herramienta de inteligencia artificial generativa asistida exclusivamente para la mejora de la redacción, el estilo y la corrección ortotipográfica del texto.

Todo el contenido científico, los datos clínicos, el análisis, las interpretaciones, las conclusiones y las decisiones editoriales fueron establecidos, revisados críticamente y aprobados en su totalidad por los autores.

Los autores asumen plena responsabilidad por la exactitud científica, la integridad del contenido y la validez de todas las afirmaciones presentadas en el manuscrito final.

REFERENCIAS

1. Brunicaudi FC, Andersen DK, Billiar TR, Dunn DL, Hunter JG, Matthews JB, et al., editors. Schwartz's principles of surgery. 11th ed. New York: McGraw-Hill; 2019.
2. Haugen BR, Alexander EK, Bible KC, Doherty GM, Mandel SJ, Nikiforov YE, et al. 2015 American Thyroid Association management guidelines for adult patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. *Thyroid*. 2016;26(1):1-133. Doi: 10.1089/thy.2015.0020.
3. Korean Society of Thyroid-Head and Neck Surgery. Guideline for the surgical management of locally invasive differentiated thyroid cancer from the Korean Society of Head and Neck Surgery. *Clin Exp Otorhinolaryngol*. 2023;16(1):1-19. Doi: 10.21053/ceo.2022.01732.
4. StatPearls Publishing. Esophageal Diverticula. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [actualizado 24 de abril de 2023; citado 11 de agosto de 2026]. Disponible en: <https://www.statpearls.com/point-of-care/2090>.
5. Axtell AL, Saarnio J, Mennander A, Vento A, Salminen US, Koivisto T, et al. Management and outcomes of esophageal perforation. *Dis Esophagus*. 2022;35(1):doab071. Doi: 10.1093/dote/doab071.
6. Tang J, Zhang W, Guo Q, Wang H, Li S, Zhang H, et al. The role of radioactive iodine therapy in papillary thyroid cancer. *Onco Targets Ther*. 2018;11:3551-3560. Doi: 10.2147/OTT.S160752.
7. Anwar SL, Lv Y, Feng Z, Wu S, Wang Y. Extrathyroidal extension and cervical node infiltration are associated with recurrences and shorter recurrence-free survival in differentiated thyroid cancer: a cohort study. *Thyroid Res*. 2022;15(1):13. Doi: 10.1186/s13044-022-00131-7.
8. Kim JH, Shin JH, Song HY. Esophageal perforation during thyroidectomy: a literature review. *Edorium J Surg*. 2024;11:100059S05MM2024.
9. Biancari F, Saarnio J, Mennander A, Vento A, Salminen US, Koivisto T, et al. Outcome of patients with esophageal perforation: a single-center experience. *Dis Esophagus*. 2022;35(1).