

HOSPITAL UNIVERSITARIO
"DR. CELESTINO HERNÁNDEZ ROBAU"
SANTA CLARA, VILLA CLARA

INFORME DE CASO

DIVERTÍCULO DE ZENKER. PRESENTACIÓN DE UN PACIENTE

Por:

Dr. Ángel Isern Menéndez¹, MSc. Dr. Gilberto García Puentes² y Dr. Héctor García Delgado³

1. Especialista de I Grado en Administración de Salud y de I Grado en Gerontogeriatría. Máster en Longevidad Satisfactoria. Servicio de Geriatría. Hospital Universitario "Arnaldo Milián Castro". Santa Clara, Villa Clara. Asistente. UCM-VC. e-mail: angelim@hchr.vcl.sld.cu
2. Especialista de I Grado en Medicina General Integral y de I Grado en Gerontogeriatría. Máster en Longevidad Satisfactoria. Policlínico Comunitario "XX Aniversario". Santa Clara, Villa Clara. Instructor. UCM-VC. e-mail: gilgp@capiro.vcl.sld.cu
3. Especialista de I Grado en Cirugía General. Hospital Universitario "Arnaldo Milián Castro". Santa Clara, Villa Clara. Asistente. UCM-VC.

Descriptores DeCS:

DIVERTICULO DE ZENKER/cirugía

Subject headings:

ZENKER DIVERTICULUM/surgery

Los divertículos esofágicos no son enfermedades frecuentes; por lo general, suelen ser asintomáticos, afectan más al hombre que a la mujer en una relación de 2:1 y la mayor incidencia se sitúa en los 60 años de vida^{1,2}; se produce por incoordinación de ambos esfínteres esofágicos, a nivel faringoesofágico y cardial respectivamente, y se crea una zona de alta presión en la faringe o en el esófago inferior que da origen al divertículo, al herniarse la mucosa por la zona débil de la faringe^{2,3}.

La primera descripción anatómica del divertículo fue presentada por Ludlow en 1769, y en 1877 Zenker y Von Ziemsen describieron la fisiopatología básica de la enfermedad. Este trabajo descriptivo marcó un hito y dio origen al epónimo "divertículo de Zenker"⁴.

Pueden clasificarse, según su modo de desarrollo, en verdaderos o falsos, por pulsión o tracción, y según su clasificación en: divertículos faringoesofágicos (divertículos de Zenker), divertículos del tercio medio (divertículos parabronquiales) y divertículos del tercio inferior (divertículos epifrénicos)^{1,2}.

En la actualidad, se piensa que el divertículo se desarrolla como resultado de una falta de coordinación del tiempo de contracción y tono muscular del esfínter en la parte superior del esófago (músculo cricofaríngeo)^{5,6}. Los síntomas del divertículo de Zenker pueden ser variados, e incluyen los de una complicación respiratoria o un cuadro de desnutrición, en especial en los pacientes de la tercera edad^{1,2,5,6}.

Lo más constante, importante y precoz es la disfagia orofaríngea y la regurgitación de saliva y de partículas de alimentos consumidos varios días antes^{1,6}. Cuando estos divertículos se llenan de comida y se dilatan, pueden comprimir el esófago y provocar disfagia u obstrucción completa. Cuando el saco diverticular crece mucho, suele aparecer halitosis con regurgitación ruidosa de los alimentos a la boca varias horas o días después de ingeridos estos, fundamentalmente en la posición horizontal, y estos son los síntomas más frecuentes; sus características e intensidades varían de un enfermo a otro, y pueden sugerir crisis cardíacas⁷. Entre las complicaciones de los

divertículos esofágicos se mencionan: infección del saco diverticular, ulceración, hemorragia, compresión esofágica, arritmia cardíaca, neumonitis supurativa, perforación de la vía aérea o del mediastino y malignización^{2,3}.

Generalmente, el diagnóstico se confirma mediante radiografía, con un estudio de esófago-estómago-duodeno, con contraste de bario⁸, lo que pone de manifiesto el divertículo en el paciente, y determina su localización. La esofagoscopia es otra de las pruebas de gran valor diagnóstico, porque permite la visualización directa⁸⁻¹⁰, así como la tomografía axial computadorizada (TAC) y la resonancia magnética.

Cuando el divertículo esofágico aumenta progresivamente de tamaño o se complica, y el paciente presenta manifestaciones clínicas molestas, la única opción es la corrección quirúrgica del divertículo. Existen dos tipos principales de procedimientos: abierto y endoscópico⁷⁻⁹. El divertículo se puede extirpar (diverticulectomía), invertir (inversión o invaginación) o suspender en los tejidos posteriores para que no acumule residuos (diverticulopexia)¹⁰. El corte bajo endoscopia de la pared común entre el divertículo y el esófago (faringoesofagotomía interna, método de Dohlman) ha sido utilizado con buenos resultados^{9,10}. En la actualidad, la vía de la toracoscopia asistida por video está adquiriendo gran interés, y cada vez son más los pacientes intervenidos con éxito¹⁰.

Presentación del paciente

Paciente de 73 años de edad, masculino, raza blanca, con antecedentes patológicos personales de haber sido operado por fractura de cadera derecha hace seis años y de habersele practicado prostatectomía hace cuatro años; además, presenta osteoartritis generalizada. Es recibido en el servicio de Gerontogeriatría del Hospital Universitario "Dr. Celestino Hernández Robau", por presentar, desde hace aproximadamente un año, dificultad para deglutir los sólidos, acompañado en ocasiones de sensación de ahogo y tos quintosa durante la alimentación; la disfagia se hizo más intensa en los últimos tres meses, y ha interferido en su alimentación. En los 10 días que precedieron al ingreso, el paciente y su familia comenzaron a notar fetidez en el aliento, y se le diagnosticó una neumopatía inflamatoria.

Como datos positivos al examen físico se encontró:

Aparato respiratorio: Murmullo vesicular disminuido globalmente, con estertores crepitantes finos localizados en las bases pulmonares, frecuencia respiratoria: 24 x min.

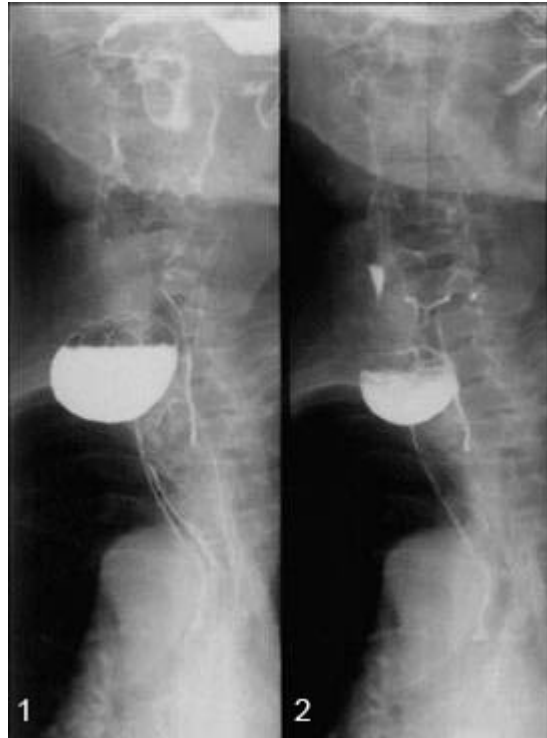
Cuello: Ligeramente aumento de volumen en la región anterosuperior izquierda; no se definen límites de tumoración alguna a la palpación.

Sistema osteomioarticular: Ligera dificultad para la marcha, con aumento de la base de sustentación.

Los exámenes complementarios realizados al ingreso mostraron los siguientes resultados: Eritrosedimentación, ligeramente acelerada: 45 mm/gl; leucograma: leucocitosis de 14×10^9 /gl con predominio de polimorfonucleares. El resto de los exámenes fueron normales.

Exámenes imaginológicos: Radiografía de tórax en vista anteroposterior: Se observan lesiones de aspecto inflamatorio en ambas bases pulmonares.

Se suministra al paciente antibioticoterapia y se toman medidas generales; una vez rebasado el proceso inflamatorio pulmonar se estudia la disfagia, para lo que se le realiza una radiografía contrastada de esófago (Figs 1 y 2) en la que se detecta una gruesa imagen por adición a nivel del esófago cervical, con ligera proyección hacia la izquierda: se concluye como un divertículo de Zenker grado IV. Esofagoscopia: se demuestra la magnitud y se señala la presencia de un divertículo faringoesofágico.



Figs 1 y 2 Se observa imagen por adición en esófago cervical.

Realizado el diagnóstico, se discute el caso con el servicio de Cirugía del Hospital Universitario “Arnaldo Milián Castro”, y se decide practicar la intervención quirúrgica.

Se accedió al divertículo por la vía cervical izquierda, y se realizó una diverticulopexia y la inversión que son procedimientos abiertos, ya que se accede al divertículo mediante una incisión en el cuello. Se realizó entre clamps, a fin de evitar posibles escapes de contenido diverticular o faríngeo. A los siete días posteriores a la operación, se retiró el drenaje y la sonda de Levine esofágico, dejados en el transoperatorio.

Desde entonces, se comenzó a alimentar por vía oral, de forma escalonada.

Comentario anatomopatológico: En el examen hístico se observó tejido revestido por epitelio escamoso estratificado de tipo esofágico y lámina propia con congestión vascular, lo que es característico del divertículo esofágico de Zenker

A los 21 días de operado se indicó una radiografía contrastada de esófago, donde se observó la desaparición del saco herniario, sin adherencias, fístulas ni estenosis. No existieron complicaciones postoperatorias. El paciente presentaba una total y completa recuperación de sus síntomas, se sentía satisfecho de su estado de salud, unido a su excelente evolución clínica, lo que demuestra el éxito del tratamiento realizado a este paciente.

Comentario

Los divertículos del esófago constituyen una afección relativamente infrecuente, son asintomáticos y afectan más al hombre que a la mujer; su mayor incidencia se sitúa entre los 30 y 60 años de vida. El paciente estudiado era un hombre de la séptima década de la vida, cuyos síntomas fundamentales consistieron en disfagia para los sólidos; otros de los síntomas que aparecen atípicamente en el anciano y se encontraron en este paciente fueron la desnutrición y la sepsis respiratoria, que enmascararon el cuadro y en ocasiones condujeron a tomar una conducta errónea, al no pensar en esta enfermedad, porque es común no dar importancia a los síntomas vagos de disfagia, síntoma cardinal, pues estos se atribuyen, fundamentalmente, a razones funcionales, y entonces son diagnosticados cuando, de forma fortuita, se realiza una radiografía.

La radiografía contrastada de esófago, estómago y duodeno es el medio diagnóstico de certeza a utilizar, y en otras instituciones se realiza fluoroscopia de la zona. La esofagoscopia se indica para investigar la presencia de un tumor maligno u otra enfermedad (hernia hiatal, reflujo gastroesofágico) muy frecuente en el adulto mayor^{2,5}. La esofagodiverticulostomía endoscópica, descrita por Mosher en 1917 y popularizada por Dohlman y Mattsson⁷⁻¹⁰, aun con las diferentes modificaciones para realizarla (aditamentos especiales, láser, videoendoscopia transoral)⁷⁻⁹, no tiene seguidores en nuestro país.

La vía de acceso quirúrgico de elección es la cervicotomía, a través de una incisión paralela al borde anterior del músculo esternocleidomastoideo, del lado por el que protruye la tumoración, que con mayor frecuencia es el izquierdo.

Referencias bibliográficas

1. Senaga CM, Corralo Berozo CM, López AF, Chojniak R. Divertículo de Zenker. Rev Assoc Med Bras. 2007;53(2):108.
2. Durán Poveda M, Timón Peralta J, Martínez Cortijo S, Torres Waldhaus N, Sanz Sánchez M, Santomé Argibay F, *et al*. Divertículo de Zenker. Revisión de su incidencia. Medifam. 2007 Dic;11(10).
3. Saad E, Serrano L, Lafuente A, Hansen M, Kido N. Divertículo de Zenker nuestra experiencia. Prensa Med Argent. 2007 Mayo;84(3).
4. Ferreira LE, Simmons DT, Baron TH. Zenker's diverticula pathophysiology, clinical presentation and flexible endoscopic management. Dis Esophagus. 2008;21(1):1-8.
5. Hannan SA, Alusi G. Images in clinical medicine. Zenker's diverticulum. N Engl J Med. 2006 Jun 8;354(23):e24.
6. Ummels C, Konsten J, Janzing H, Sassen S. Classical operative therapy for Zenker's diverticulum. Acta Chir Belg. 2007 Sep;107(5):557-9.
7. Martín González MA, Ferrá Betancourt A, Fuentes Valdés E. Divertículos esofágicos por pulsión: técnicas quirúrgicas. Rev Cubana Cir. 2005 Oct-Dic;44(4).
8. Martínez Marín J. Barra cricofaríngea (aplasia cricofaríngea). Informe de un caso. Rev Col Gastroenterol. 2006;21(4 Suppl).
9. Helmstaedter V, Ángel A, Huttenbrink KB, Guntinas-Lichius O. Carbon dioxide laser endoscopic diverticulotomy for Zenker's diverticulum: results and complications in a consecutive series of 40 patients. ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec. 2009;71(1):40-4.
10. Kos MP, David EF, Mahieu HF. Endoscopia carbon dioxide laser Zenker's diverticulotomy revisited. Ann Otorhinolaryngol. 2009 Jul;118(7):512-8.

Recibido: 20 de febrero de 2010

Aprobado: 8 de octubre de 2010