

Divertículo de Zenker en un anciano

Zenker´s diverticulum in an old patient

MsC. Julio A. Sáez Bedoya,¹ MsC. Ernesto Casamayor Callejas² y MsC. Elvis Pardo Olivares³

- ¹ Especialista de I Grado en Medicina Interna. Máster en Enfermedades Infecciosas. Instructor. Hospital General "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba.
- ² Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Máster en Urgencias Médicas. Residente de Cuarto año de Cirugía General. Hospital General "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba.
- ³ Especialista de II Grado en Cirugía General. Máster en Urgencias Médicas. Profesor Asistente. Investigador Agregado. Hospital General "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se presenta el caso clínico de un anciano con divertículo de Zenker y disfagia de 5 años de evolución, que aparecía de forma intermitente. Con el transcurso del tiempo se agudizaron los síntomas y signos de la enfermedad, por lo que acudió al Hospital General Clínicoquirúrgico "Dr. Juan Bruno Zayas" en Santiago de Cuba, donde fue diagnosticado e intervenido quirúrgicamente, con resultado satisfactorio.

Palabras clave: anciano, divertículo de Zenker, disfagia, cirugía, atención secundaria de salud

ABSTRACT

The case report of an elderly with Zenker´s diverticulum and five-year-clinical course dysphagia which appeared intermittently is shown. With the passing of time, symptoms and signs of the disease worsen, thus he was assisted at "Dr Juan Bruno Zayas" General Clinical and Surgical Hospital from Santiago de Cuba, where he was surgically treated, with satisfactory results.

Key words: elderly, Zenker´s diverticulum, dysphagia, surgery, secondary health care

INTRODUCCIÓN

El divertículo de Zenker fue primeramente descrito por Ludlow en 1769, pero se le ha adjudicado el nombre de Zenker, pues fue quien lo describió detalladamente en 1878.

Al respecto, este es el más frecuente de los divertículos esofágicos y se presenta generalmente en pacientes mayores de 60 años. Se trata de un divertículo de pulsión, favorecido por la hipertonia del músculo constrictor inferior de la faringe y el incremento

de la presión sobre la mucosa de la zona faringoesofágica, en el espacio de debilidad del triángulo de Killian, durante la deglución. Con el tiempo, el divertículo aumenta de volumen y se desliza hacia abajo por detrás del esófago en el espacio prevertebral, con la posibilidad de llegar hasta el mediastino. Los divertículos esofágicos por pulsión son los más frecuentes de este órgano.¹

Se señalan así al divertículo faringoesofágico o de Zenker (70 %) y al divertículo epifrénico (20 %). Al originarse una presión intraluminal muy elevada, se produce la formación de los divertículos en el punto más débil de la capa muscular: el triángulo de Laimer-Killian, en el caso del divertículo de Zenker, y en los últimos 10 cm del esófago, en el del epifrénico.^{2,3}

Al inicio, los divertículos de Zenker son asintomáticos y solo son descubiertos mediante un estudio radiológico indicado por otras razones.

En Cuba, dicha afección no se presenta con frecuencia en la práctica clínica. En este trabajo se hace referencia al primer paciente diagnosticado por divertículo de Zenker en el Hospital Clínicoquirúrgico "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" de la provincia de Santiago de Cuba, donde también recibió tratamiento quirúrgico.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso clínico de un anciano de 62 años, con antecedentes familiares y personales de salud, quien 5 años antes del ingreso comenzó a presentar dificultad al deglutir los alimentos sólidos, de manera intermitente, pues estos se detenían en la región anterosuperior del cuello, según alusión del paciente, lo cual le obligaba a ingerir gran cantidad de líquidos y, en ocasiones, le provocaba la regurgitación de dichos alimentos.

El paciente se mantuvo con los síntomas sin asistir a ninguna institución médica hasta que estos se agudizaron, además comenzó a notar un aumento de volumen en la región anterosuperior y lateral izquierda del cuello, que aparecía conjuntamente al dolor torácico, cuando ingería una gran porción de comida. Con este cuadro clínico acude al hospital donde es ingresado para efectuarle un estudio.

Al examinarle físicamente se encontró una ligera desnutrición proteicoenergética y además se constató, mientras se le palpaba, un ligero aumento de volumen en la región anteriormente descrita, por debajo de la parte media del músculo esternocleidomastoideo, que se hacía más evidente cuando el paciente ingería gran cantidad de alimentos y luego desaparecía cuando este vomitaba.

Inicialmente los divertículos de Zenker son asintomáticos, pero posteriormente van apareciendo síntomas confusos, tales como tos recurrente, molestias en la garganta, sialorrea y disfagia intermitente, sobre todo cuando se ingieren alimentos sólidos. Con el aumento de volumen y el descenso de la bolsa diverticular, se produce una compresión extrínseca del esófago y aumenta la disfagia cervical, también surgen sonidos de gorgoteo a la deglución, regurgitaciones de alimentos (muchas veces ingeridos con gran tiempo de antelación), halitosis, disfonía, dolor retroesternal e infecciones respiratorias repetidas.

Para ayudarse en la deglución, los pacientes desarrollan diversas maniobras, como aclararse la garganta, toser voluntariamente y comprimir el cuello en el área donde se encuentra el divertículo. En ocasiones la disfagia puede ser total.⁴

El diagnóstico se confirmó mediante estudios imagenológicos del tórax y examen contrastado de esófago. Al realizarle los rayos X de tórax (**figura 1**), solo se encontró un aumento de la trama broncovascular y no se observó un nivel hidroaéreo en el cuello,

descrito en la literatura revisada,⁵ puesto que este solo aparece cuando el saco diverticular es grande.

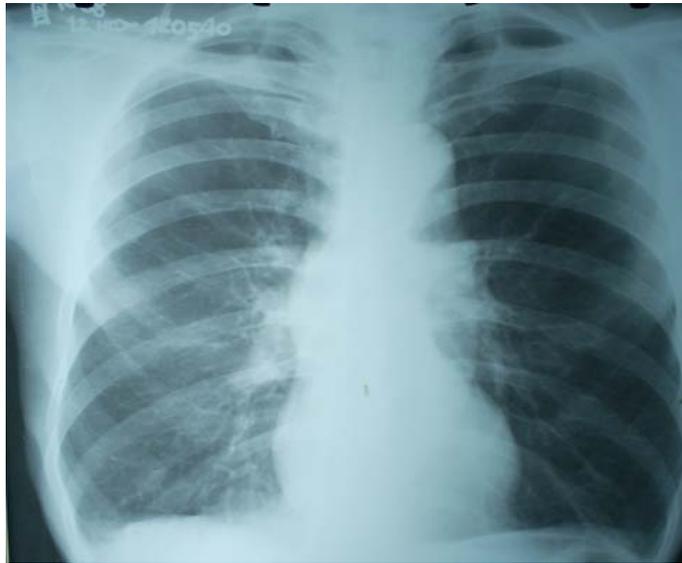


Figura 1. *Reforzamiento de la trama broncovascular*

Al llevar a cabo el estudio baritado de esófago (**figura 2**), se constató una gran imagen sacular en la porción cervical y el resto del esófago, con características normales.



Figura 2. *Dilatación sacular del esófago cervical*

También le fue efectuado un estudio contrastado de esófago bajo control fluoroscópico (**figura 3**), donde se evidenció la imagen sacular descrita en el estudio anterior.



Figura 3. *Dilatación sacular en el esófago*

El único tratamiento establecido para esta afección es el quirúrgico, por lo que el paciente fue trasladado al servicio de cirugía donde fue intervenido satisfactoriamente.

COMENTARIOS

Debido a que el divertículo de Zenker aparece en una zona débil: las capas que constituyen el esófago, va evolucionando por fases, en dependencia de su tamaño, lo cual produce las manifestaciones clínicas en la persona afectada, quien generalmente acude a la asistencia médica en etapas avanzadas de la enfermedad.

La endoscopia faringoesofágica debe evitarse por el riesgo de perforación iatrogénica del divertículo; solo es necesaria, con las máximas precauciones y después de confirmada radiológicamente la existencia, la posición y el tamaño del divertículo, cuando se sospeche que hay una úlcera o un tumor, para poder corroborarlo mediante una biopsia.

Usualmente no es necesario realizar otras investigaciones imagenológicas como la tomografía axial computarizada o la resonancia magnética nuclear. Tampoco se precisa de la valoración manométrica del esfínter esofágico superior, pues no es concluyente y solo muestra incoordinación muscular durante la deglución.

Los síntomas del divertículo de Zenker pueden ser variados e incluyen los de una complicación respiratoria o un cuadro de desnutrición, especialmente en la ancianidad. La complicación más grave es la broncoaspiración, que puede llevar a la bronconeumonía y el absceso del pulmón. Otras complicaciones son el sangrado y la perforación del divertículo, así como su transformación maligna, la cual debe sospecharse si adicionalmente aparecen anorexia y pérdida de peso.⁶

El divertículo de Zenker es una afección poco frecuente y únicamente se indica tratamiento quirúrgico, ya sea para los divertículos voluminosos o los pequeños. Como las manifestaciones clínicas dependen más de la hipertonia del músculo cricofaríngeo que

del tamaño del divertículo, siempre debe realizarse algún procedimiento adicional dirigido a la solución de este trastorno motor, que es el causante de la propia existencia de este proceso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carrere N, Pradere B. Esophageal diverticula. *J Chir (Paris)* 2000;141(2):85-92.
2. Orringer MB. Tumors, Injuries, and Miscellaneous Conditions of the Esophagus. En: Greenfield LJ, Mulholland M, Oldham KT, Zelenock GB, Lillemoe KD. *Surgery. Scientific Principles and Practice*. 2 ed. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1997:694-735.
3. Mattioli F, Puglisi M, Bottaro P. Our experience with pharyngo-esophageal Zenker's diverticulum. *Chir Ital* 2003;55(6):777-84.
4. Costantini M, Zaninotto G, Rizzetto C, Narne S, Ancona E. Oesophageal diverticula. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2004; 18(1):3-17.
5. Siddiq MA, Sood S, Strachan D. Pharyngeal pouch (Zenker's diverticulum). *Postgrad Med J* 2001; 77(910):506-11.
6. Martín González MA, Ferrá Betancourt A, Fuentes Valdés E. Divertículos esofágicos por pulsión: técnicas quirúrgicas. *Rev Cubana Cir* 2005; 44(4).
<http://bvs.sld.cu/revistas/cir/vol44_4_05/cir04405.htm> [consulta: 14 abril 2009].

Recibido: 30 de abril de 2010

Aprobado: 12 de mayo de 2010

Dr. Julio A. Sáez Bedoya. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", carretera del Caney sn, entre 22 y 24, reparto Pastorita, Santiago de Cuba, Cuba.
Dirección electrónica: saezbedoya@hospclin.scu.sld.cu