

## Divertículo de Zenker. Informe de dos casos

Miguel Emilio García-Rodríguez,\* Pedro Figueredo-Guerra\*\*

### Resumen

Se presentaron dos casos de divertículos de Zenker o hipofaríngeos, diagnosticados y operados en el Servicio de Cirugía General del Hospital General Docente "Martín Chang Puga" de Nuevitas, Camagüey, Cuba. Se señala la clasificación de los divertículos, así como los diferentes procedimientos diagnósticos y quirúrgicos. Nuestros casos eran hombres en la tercera década de la vida, cuyos síntomas fundamentales consistieron en disfagia para los sólidos y síntomas respiratorios. La evolución posterior a la intervención quirúrgica fue satisfactoria, con seguimiento clínico por más de dos años.

**Palabras clave:** divertículo esofágico, divertículo de Zenker, esofagoscopia.

### Summary

We present two cases of Zenker's diverticuli (or hypopharyngeal diverticuli), diagnosed and operated on in the Servicio de Cirugía General del Hospital General Docente "Martín Chang Puga" de Nuevitas. We classify the diverticuli, as well as the different diagnostic and surgical procedures. Both of the cases are male, in their 30s, with basic symptoms of dysphagia with solid foods and also with respiratory symptoms. Patients were surgically intervened, with a satisfactory postoperative evolution during a 2-year follow-up.

**Key words:** esophageal diverticuli, Zenker's diverticuli, esophagoscopy.

## Introducción

Los divertículos del esófago constituyen una entidad relativamente infrecuente. En numerosas ocasiones son sintomáticos y se presentan en la tercera década de la vida, por lo que es común no se dé importancia a los síntomas vagos de disfagia, atribuyéndolos fundamentalmente a razones funcionales, y los divertículos sólo son diagnosticados cuando en forma fortuita se realiza una radiografía.<sup>1</sup>

Los divertículos esofágicos ocurren predominantemente en tres sitios anatómicos:<sup>2</sup>

1. En la unión de la faringe con el esófago (divertículo faringoesofágico de Zenker o hipofaríngeo).

2. En la porción media del esófago torácico, cerca de los ganglios linfáticos hiliares, subcarinales y paratraqueales de Rokitsanski (divertículo mediotorácico).
3. En los últimos 10 cm del esófago por encima del hiato, en la cara anterior o lateral de éste (divertículos epifrénicos de Grenet).

Los divertículos faringoesofágicos y epifrénicos son divertículos por pulsión, y los mediotorácicos son generalmente por tracción. Así mismo, los divertículos por pulsión están recubiertos solamente por mucosa; los debidos a tracción, por todas las capas de la pared esofágica.<sup>3</sup>

El divertículo de Zenker es el más frecuente y representa entre 54 y 82 % de todos los divertículos esofágicos; los parabronquiales representan entre 10 y 18 % y los epifrénicos son los más escasos, con una incidencia que oscila entre 2.5 y 14 %.<sup>3,4</sup>

## Descripción de casos

### Caso 1

Hombre de 72 años de edad anteriormente sano, quien acudió a consulta porque desde dos o tres años atrás comenzó con trastornos en la deglución de los alimentos, sensación de "atoro" y crisis repetidas de broncoaspiración, principalmente en la noche. La exploración clínica, los exámenes de laboratorio y la radiografía de tórax fueron normales. La radiografía de esó-

\* Especialista de segundo grado en Cirugía General, Hospital General Docente "Martín Chang Puga", Nuevitas, Camagüey, Cuba. Instructor en Cirugía General.

\*\* Especialista de primer grado en Medicina Interna, verticalizado en Medicina Intensiva, Hospital General Docente "Martín Chang Puga", Nuevitas, Camagüey, Cuba.

### Solicitud de sobretiros:

Miguel Emilio García-Rodríguez,  
Edificio 12, plantas, apartamento L-0 Micro II, Nuevitas,  
72520 Camagüey, Cuba.  
Tel.: 5332 44597.  
E-mail: emiguel@shine.cmw.sld.cu

Recibido para publicación: 19-10-2005

Aceptado para publicación: 08-12-2005



**Figura 1.** Localización del divertículo por vía cervical izquierda.

fago-estómago-duodeno mostró un divertículo. Mediante esofagoscopia se observó el orificio de entrada del divertículo en el esófago. El paciente fue intervenido quirúrgicamente, efectuándole resección del divertículo por vía cervical izquierda (figura 1); fue dado de alta sin complicaciones al cuarto día del posoperatorio.

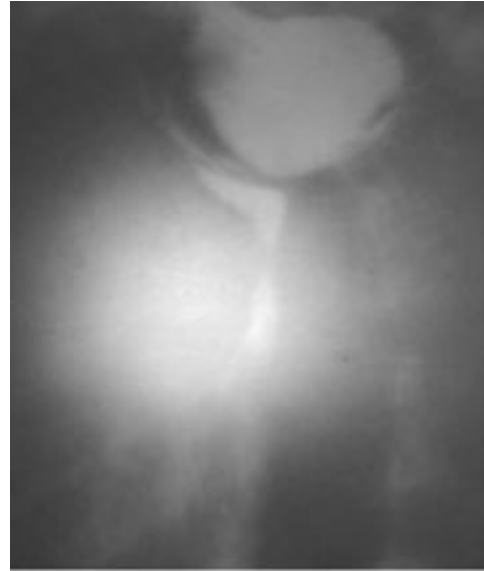
#### Caso 2

Hombre de 74 años de edad con antecedente de salud. Varios años antes comenzó a presentar disfagia, en especial para los sólidos, así como salivación espesa; tenía sensación de masa en el lado izquierdo del cuello, sobre todo cuando ingería alimentos líquidos. En la exploración clínica, con la maniobra de McNealy y McCallister se identificó un divertículo faringoesofágico o de Zenker. Los exámenes de laboratorio fueron normales. En la radiografía contrastada se encontró un divertículo faringoesofágico (figura 2). Se realizó diverticulectomía por vía cervical, sin complicaciones (figura 3); el paciente fue dado de alta al cuarto día del posoperatorio.

Ambos casos fueron seguidos por consulta médica y no presentaron ninguna sintomatología; el resultado del estudio histológico fue negativo para células neoplásicas en ambos casos.

### Discusión

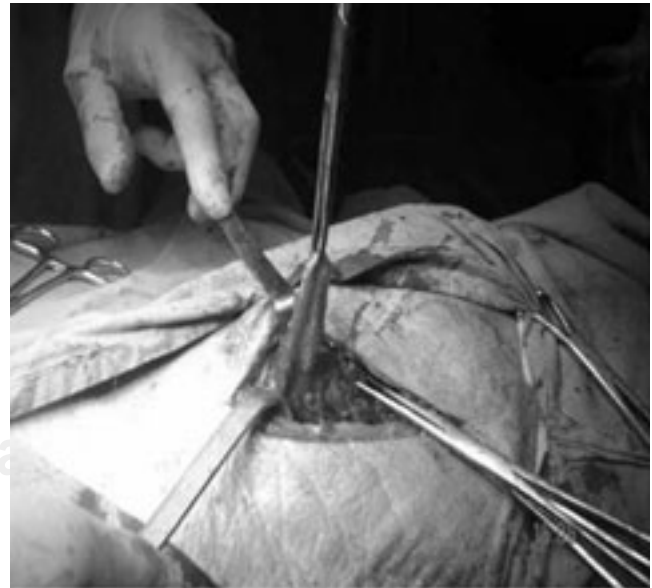
Los divertículos esofágicos no son enfermedades frecuentes, por lo general suelen ser asintomáticos, afectan más al hom-



**Figura 2.** Imagen diverticular en radiografía contrastada del esófago.

bre que a la mujer en una relación de 2:1 y la mayor incidencia se sitúa entre los 30 y 60 años de vida.<sup>1,2</sup>

Esta enfermedad se produce por incoordinación de ambos esfínteres esofágicos, a nivel faringoesofágico y cardial respectivamente,<sup>5,6</sup> creándose 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.<sup>7,8</sup>



**Figura 3.** Diverticulectomía por vía cervical izquierda.

La disfagia, el dolor retroesternal, la regurgitación, los episodios de broncoaspiración y la sensación de masa en el cuello, son los síntomas más frecuentes,<sup>9</sup> como sucedió en nuestros pacientes; si bien las características e intensidades de estos síntomas varían de un enfermo a otro, pueden sugerir crisis cardíacas.<sup>10,11</sup>

Entre las complicaciones de los divertículos esofágicos destacan la infección del saco diverticular, ulceración, hemorragia, compresión esofágica, arritmia cardíaca, neumonitis supurativa, perforación de la vía aérea o del mediastino y malignización.<sup>12,13</sup>

El hallazgo de un carcinoma en un divertículo faringoesofágico constituye una rareza. De los 961 casos quirúrgicos operados en la Clínica Mayo de 1930 a 1968, solamente tres se complicaron con carcinoma.<sup>14</sup> Se desconocieron las causas que originaron la degeneración maligna de los divertículos, aunque hubo ciertos factores predisponentes como la larga evolución y la edad avanzada de los enfermos. Se señala, además, la irritación crónica e inflamación resultante de la comida retenida y de las secreciones de estos divertículos, o el traumatismo por compresión de los divertículos contra la columna cervical para vaciar el saco.<sup>15,16</sup> El estudio de esófago-estómago-duodeno con contraste puso de manifiesto el divertículo en todos de los casos, y determinó su localización.<sup>14</sup>

La esofagoscopia es una prueba de gran valor diagnóstico y debe realizarse en todo paciente con divertículo esofágico, porque permite la visualización directa.<sup>13,14</sup>

Respecto al tratamiento, cuando el divertículo esofágico, por el aumento progresivo de su tamaño o alguna de sus complicaciones, comienza a tener manifestaciones clínicas, la única opción que permite una acción terapéutica definitiva es la corrección quirúrgica del divertículo, la cual puede acompañarse de miotomía cricofaríngea interna (la cual no fue utilizada en nuestros casos). 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.<sup>15,16</sup> En una serie que reunió a 211 pacientes, Van Overbeck y Hoeksema (1982) observaron buenos resultados en 91.5 % y una incidencia de 5 % de perforación esofágica. La vía de abordaje quirúrgico de elección es la cervicotomía, en la proyección del divertículo.<sup>17</sup>

## Referencias

1. Gaissert H, Wain J, Morris PJ, Malt RA. Esophageal diverticula. In: Oxford Textbook of Surgery. Oxford: Medical Publications;1994. pp. 885-888.
2. Rebout E, Fuentes P, Giudicelli R. Les diverticules de l'oesophage. En: Fuentes P, Eds. Estomac Intestin. París: Encycl Med Chir;1988. pp. 885-888.
3. D'Ugo D, Cardillo G, Granono P, Coppola R, Margaritora S, Picciochi A. Esophageal diverticula. Physiopathological basis for surgical management. Eur J Cardiothorac Surg 1992;6:330-334.
4. Miani S, Mattiali A, Erba M, Marconato R, Boneshi M, Giuffrida G. The physiopathology and therapy of esophageal diverticula. Minerva Chir 1994;48:381-386.
5. Giuli R, Estenne B, Richard C, Lortat-Jacob J. Les diverticules de l'oesophage. A propos de 221 cas. Ann Chir 1993;48:635-643.
6. Fegiz G, Paolini A, De Marchi C, Tosato F. Surgical management of esophageal diverticula. World J Surg 1994;18:957-965.
7. Lahey F, Warren K. Esophagen diverticula. Surg Gynecol Obstet 1974;198:98-99.
8. Banet Díaz R, Moreno González-Bueno C. Divertículos esofágicos. Bol Fund Jimenez Diaz 1981;1:845-848.
9. Orringer M. Epiphrenic diverticula: fact and fable. Ann Thorac Surg 1994;54:481-486.
10. Habein HC Jr, Lirklin JW, Clagett OT, Moersch HJ. Surgical treatment of lower part of the esophagus: a clinical study of one hundred forty nine nonsurgical cases. Arch Intern Med 1956;97:768-777.
11. Herreras-Gutiérrez J, García-Montes J. Criterios actuales en la ERGE, clínica y complicaciones. En: Scoll M, Rosrahola E, eds. Enfermedad por reflujo gastroesofágico. Barcelona: Edika Med;1996. pp. 37-44.
12. Carvajal Balaguera J, Mallagraty Casas S, Martínez Cruz R. Fístula broncoesofágica y broncolitiasis. Arch Bronconeumol 1995;31:184-187.
13. Jorgensen T, Martínez C, Nuñez J, Sanz R, Ruiz D, Ropegui L, Tamames E. Carcinoma en divertículo de Zenker de larga evolución. Rev Esp Enf Digest 1994;85:203-207.
14. Kahrilas P, Clouse R, Hogan W. American Gastroenterological Association. Technical review on the clinical use of esophageal manometry. Gastroenterology 1995;107:1865-1887.
15. Payne WS. Tratamiento quirúrgico del divertículo esofágico. En: Shackelford's Surgery of the Alimentary tract. 3ra ed. Philadelphia: Saunders;1991. pp. 297-317.
16. Dohlman G, Mattsson O. The role of the cricopharyngeal muscle in cases of hypopharyngeal diverticula: a cineroentgenographic study. Am J Roentgen 1959;81:561.
17. Benacci J, Deschamps C. Epiphrenic diverticulum: results and surgical treatment. Ann Thorac Surg 1993;2:1109-1113.

