



El divertículo de Zenker como causa de neumonía aspirativa en paciente no anciano

Jaime Ruiz-Tovar¹

RESUMEN. La neumonía aspirativa es una patología típica de personas con alteraciones de conciencia y de la deglución. El divertículo de Zenker es un saco en la pared posterior de la faringe, donde se depositan restos alimentarios, y se manifiesta habitualmente por disfagia, halitosis y regurgitación. Presentamos el caso de una paciente de 59 años asintomática previamente, que comienza bruscamente con hemoptisis. La radiografía de tórax mostró un infiltrado en base pulmonar derecha y la TC una imagen de cavitación en lóbulo inferior derecho, así como dilatación esofágica como hallazgo casual. Un esofagograma demostró la presencia de un divertículo de Zenker. La paciente fue diagnosticada de neumonía aspirativa secundaria a broncoaspiración por el divertículo de Zenker y se instauró tratamiento antibiótico, al que respondió adecuadamente. Cuatro meses después se realizó diverticulectomía con miotomía del cricofaríngeo. La paciente no ha vuelto a presentar episodios de neumonía.

Palabras clave: Neumonía aspirativa, divertículo de Zenker, alteraciones de la deglución, broncoaspiración.

ABSTRACT. Aspirative pneumonia is typical of subjects with conscience or swallow disorders. Zenker's diverticulum is a pouch in the posterior wall of the pharynx, where food rests are stored, and whose main symptoms are dysphagia, halitosis and regurgitation. We describe a case of a previously healthy 59 years old woman with sudden hemoptysis. X-Ray showed a condensation in the right lung basis. CT-scan described cavitation in the right inferior lobe and dilation of the esophagus as a casual finding. Esophagogram showed a Zenker's diverticulum. An aspirative pneumonia secondary to a Zenker's diverticulum was diagnosed. The patient recovered uneventfully with antibiotic treatment. Four months later, diverticulectomy with cricopharyngeal myotomy was performed. The patient did not present any other case of pneumonia.

Key words: Aspirative pneumonia, Zenker's diverticulum, swallow disorders, broncoaspiration.

INTRODUCCIÓN

La neumonía aspirativa se produce por aspiración pulmonar del contenido de la orofaringe, siendo los anaerobios los gérmenes más frecuentemente implicados, aunque en los últimos años se ha comprobado la responsabilidad etiológica de flora mixta.¹ La aspiración ocurre en el 40-50% de las personas sanas, especialmente durante el sueño, pero alcanza el 90% cuando existe alguna alteración de conciencia o trastorno de la deglución.²

El divertículo de Zenker es un saco que se origina en la línea media posterior de la faringe entre los músculos tirofaríngeo y cricofaríngeo, que aparece como divertículo

de pulsión, secundario a una inadecuada apertura del músculo cricofaríngeo durante la deglución, lo que condiciona un aumento de presión en la faringe. En el divertículo se almacenan restos alimentarios, ocasionando disfagia, regurgitación y halitosis, aunque a veces se manifiesta como ruido durante la deglución o la presencia de una masa en el cuello.³

El objetivo de este trabajo es describir una neumonía aspirativa provocada por un divertículo de Zenker, que fue descubierto de forma incidental durante el estudio de la patología respiratoria.

CASO CLÍNICO

Mujer de 59 años sin antecedentes de interés acudió al Servicio de Urgencias por hemoptisis de comienzo súbito sin acompañarse de dolor torácico, disnea ni fiebre. A la exploración física destacaba la presencia de estertores crepitantes en base pulmonar derecha. La analítica mostró sólo ligera leucocitosis con neutrofilia y aumento del fibrinógeno, y la gasometría arterial pO₂ 60 mmHg, pCO₂ 41.5 mmHg, pH 7.43 y bicarbonato 28.1 mmol/L. La saturación arterial de oxígeno era 91.4%. El Gram y cul-

¹ Departamento de Cirugía General. Hospital Universitario Ramón y Cajal (Madrid-España).

Correspondencia y solicitud de sobretiros:

Dr. Jaime Ruiz-Tovar
Corazón de María Núm. 64, 7º J
28002 - Madrid (España)
Tel: 630534808
E-mail: jruiztovar@gmail.com

tivo de esputo fueron negativos, así como la tinción de Ziehl-Nielsen para *Mycobacterium tuberculosis*. La radiografía de tórax mostraba infiltrado en base pulmonar derecha (Figura 1a). Mediante TC toracoabdominal se observó imagen compatible con neumonía en segmento posterior de lóbulo inferior derecho con cavitación (Figura 1b) y, como hallazgo radiológico, dilatación de esófago (Figura 2a). El esofagograma mostró divertículo en esófago cervical concordante con divertículo de Zenker y la esofagoscopia un divertículo en tercio superior de esófago con mucosa sin alteraciones (Figura 2b). Se diagnosticó a la paciente de neumonía aspirativa secundaria a broncoaspiración por el divertículo de Zenker y se instauró tratamiento antibiótico con clindamicina 600 mg/8h iv durante 4 semanas, al que respondió adecuadamente. Cuatro meses después se intervino quirúrgicamente a la enferma, realizándose diverticulectomía y miotomía del músculo cricofaríngeo. La paciente se recuperó sin complicaciones, no volviendo a presentar nuevos episodios de neumonía.

DISCUSIÓN

El divertículo de Zenker es una patología adquirida, que aparece predominantemente en edades avanzadas de la vida.³ Además de los síntomas típicos del divertículo de Zenker (disfagia, regurgitación y halitosis), otras manifestaciones más raras son tos, pérdida de peso y neumonías de repetición.^{4,5} Peracchia et al⁶ describen en su serie de 95 pacientes la presencia de neumonías aspirativas de repetición en un 20% de ellos, siempre acompañadas de disfagia y regurgitación.

En nuestro caso la neumonía apareció en una de las localizaciones típicas de neumonías aspirativas; los gérmenes asientan predominantemente en segmentos declives en el momento de la aspiración por acción de la gravedad, siendo los segmentos más afectados los apicales de lóbulos inferiores y los apico-posteriores de lóbulos superiores, ya que la aspiración se suele producir en decúbito supino. Predominan en pulmón derecho por mayor verticalidad de su bronquio principal.¹ La imagen radiológica suele mostrar condensaciones en parénquima pulmonar, como se observa en la placa de tórax de nuestra paciente, que evolucionan formando cavidades, como muestra la TC de nuestro caso realizada posteriormente (Figura 1a y b). La formación de esta cavidad se debe a necrosis tisular, que se origina habitualmente por la infección por gérmenes anaerobios.²

Las manifestaciones clínicas típicas de la neumonía aspirativa son: expectoración purulenta abundante, en ocasiones de olor pútrido, fiebre alta y dolor pleurítico, aunque a veces se presenta con un curso solapado de varias semanas de evolución consistente en febrícula,

expectoración escasa y síndrome constitucional.¹ Nuestra paciente mostró una forma de presentación atípica para una neumonía, consistente únicamente en hemoptisis, no acompañada de disnea, dolor torácico ni fiebre. En nuestro caso fue el infiltrado que mostraba la radiografía de tórax, lo que orientó al diagnóstico de neumonía. La presencia de condensación con áreas de cavitación en la TC llevó al diagnóstico de neumonía por gérmenes anaerobios.

La dilatación esofágica fue un hallazgo casual en la TC y no logró identificarla como divertículo de Zenker. Esto se debe a que la TC no es la mejor prueba para el diagnóstico del divertículo de Zenker (Figura 2a y b). Hoy en día, el esofagograma sigue siendo la prueba de primera elección para el diagnóstico de esta entidad, mientras que el empleo de la endoscopia oral es controvertido, por el riesgo de perforación del divertículo.³

El tratamiento del divertículo de Zenker sintomático es quirúrgico. La técnica más empleada en nuestro medio es la diverticulectomía con miotomía del músculo cricofaríngeo, con la que se consigue una tasa de éxito cercana al 95%. Otras técnicas posibles son la diverticulopexia con miotomía del cricofaríngeo y la miotomía del cricofaríngeo no acompañada de diverticulectomía o diverticulopexia. La literatura recomienda el empleo de miotomía del cricofaríngeo en divertículos menores de 1 cm y diverticulopexia con miotomía cricofaríngea en divertículos de moderado tamaño, reservando la diverticulectomía con miotomía para divertículos grandes, ya que es una técnica que asocia mayor morbilidad.³ La técnica endoscópica está en boga en la actualidad, ofreciendo una tasa de éxito similar a la de la cirugía abierta, pero con mínima morbilidad y menor tiempo de estancia hospitalaria, presentando sólo una tasa de recurrencia ligeramente mayor que la de la cirugía abierta, que puede ser tratada nuevamente por vía endoscópica.⁷

Como se ha mencionado anteriormente, la neumonía aspirativa es una enfermedad propia de adultos en edad avanzada y en pacientes jóvenes constituye una excepción. Su diagnóstico en edades tempranas obliga a investigar la presencia de trastornos de la deglución, que condicionen la aparición de neumonía por aspiración o abscesos pulmonares. En nuestro caso, el hallazgo de dilatación esofágica en la TC nos hizo sospechar la presencia de una alteración esofágica, y el esofagograma permitió diagnosticar el divertículo de Zenker. Creemos oportuno realizar un estudio de motilidad esofágica a todo paciente no anciano diagnosticado de neumonía aspirativa, en busca de trastornos de la deglución. Este estudio debe incluir un esofagograma, que permite valorar alteraciones tanto anatómicas como motoras, una manometría esofágica, que registra las presiones en distintas zonas de la luz esofágica y determina la presencia de alteracio-

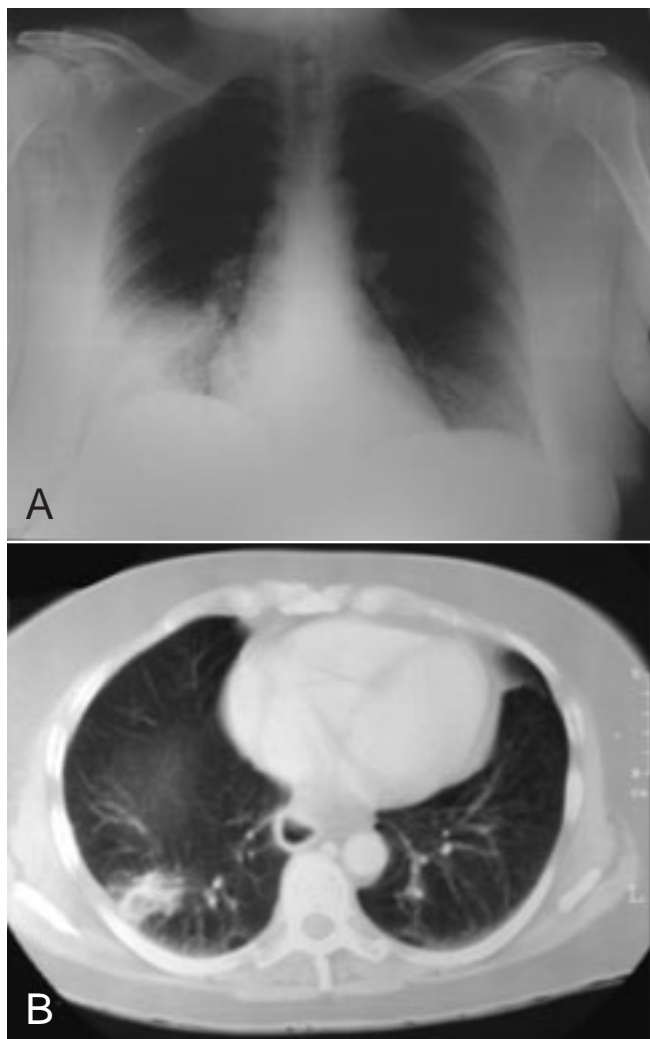


Figura 1: **A,** Rx tórax PA. Infiltrado en base pulmonar derecha. **B,** TC torácico. Condensación con cavitación en segmento posterior de lóbulo inferior derecho.

nes motoras, y, en ocasiones, una esofagoscopia, cuando se sospecha una disfagia de origen mecánico. Tanto trastornos motores como mecánicos de la deglución pueden determinar una aspiración pulmonar.⁸

CONCLUSIÓN

La presencia de un divertículo de Zenker condiciona la regurgitación de alimentos, lo que implica un riesgo de broncoaspiración y neumonía por anaerobios. Como muestra este caso, la broncoaspiración puede producirse incluso en ausencia de síntomas de regurgitación. La broncoaspiración es típica de ancianos y personas con alteraciones de conciencia, por lo que ante un paciente no anciano con adecuado nivel de conciencia que pre-

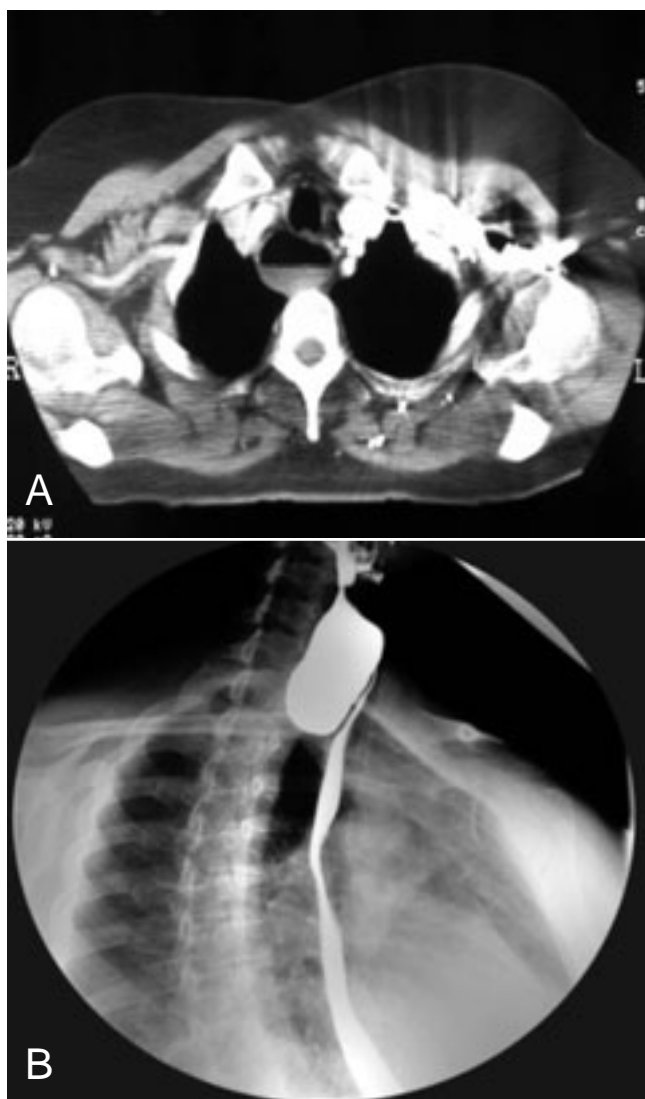


Figura 2: **A,** TC torácico. Dilatación esofágica. **B,** Esofagograma. Divertículo de Zenker.

sente una neumonía aspirativa se debe pensar en alteraciones de la deglución, debiéndose realizar en estos casos un estudio de motilidad esofágica en busca de trastornos motores y/o mecánicos.

REFERENCIAS

1. Ortega CB, Villamor J, López CL. Neumonías (II). En: Villamor J. Neumología. Patología Médica. Madrid: Medicina 2000, 1996: 161-90.
2. Kasper DL. Infecciones por microorganismos anaerobios mixtos. En: Harrison. Principios de Medicina Interna. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana, 1998: 1134-41.

3. Aly A, Devitt G, Jamieson GG. Evolution of surgical treatment for pharyngeal pouch. *Br J Surg* 2004; 91: 657-64.
4. Mulder CJ, den Hartog G, Robijn RJ, Thies JE. Flexible endoscopic treatment of Zenker's diverticulum: a new approach. *Endoscopy* 1995; 27(6): 438-42.
5. Philippsen LP, Weisberger EC, Whiteman TS, Schmidt JL. Endoscopic stapled diverticulotomy: treatment of choice for Zenker's diverticulum. *Laryngoscope* 2000; 110(8): 1283-6.
6. Peracchia A, Bonavina L, Narne S, et al. Minimally invasive surgery for Zenker's diverticulum: analysis of results in 95 consecutive patients. *Arch Surg* 1998; 133(7): 695-700.
7. Richtsmeier WJ. Endoscopic management of Zenker's diverticulum: The staple-assisted approach. *Am J Medicine* 2003; 115(3A): 175S-178S.
8. Goyal RK. Enfermedades del esófago. En: Harrison. *Principios de Medicina Interna*. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana, 1998: 1803-12.

