

CASO CLÍNICO 5

DIVERTÍCULO GIGANTE DE ZENKER

DRA. VALOR A. HOSPITAL PERPETUO SOCORRO (BADAJOZ).

El divertículo de Zenker es un tipo de divertículo que se desarrolla en la hipofaringe, típicamente entre el músculo cricofaríngeo (CP) y el músculo constrictor faríngeo inferior. Solo afecta a las capas de la mucosa y la submucosa y no afecta a la capa muscular, por lo que es un falso divertículo. También puede ocurrir en otras partes del esófago, como entre las fibras oblicuas y transversales del músculo CP, conocida como área de Killian-Jamieson, y entre el músculo CP y los músculos esofágicos, conocido como triángulo Laimer⁽¹⁾. Presentan distinta nomenclatura en relación a su localización, de modo que el divertículo faringoesofágico o cricofaríngeo recibe el nombre de divertículo de Zenker.

Dicho divertículo es de pulsión en contraposición a los del tercio medio esofágico que suelen ser *divertículos* de tracción. Es una evaginación de la mucosa que se produce en dicha zona, zona débil anteriormente descrita, produciéndose en la cara posterior del esófago, pero en su crecimiento se sitúa en el lado izquierdo del cuello, creciendo hacia abajo.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente varón de 84 años de edad con antecedentes personales de HTA y prostatismo que ingresa a cargo de medicina interna por infección respiratoria, hiperreactividad bronquial e insuficiencia renal aguda prerrenal. Realizándose pruebas complementarias durante el ingreso para descartar TEP (tromboembolismo pulmonar).

Al ingreso refería epigastralgia y pirosis que afirma sufrir hace tiempo. Pero durante su estancia hospitalaria presenta varios episodios de vómitos tras crisis de tos o alimentación. En uno de estos episodios llega a sufrir parada cardiorrespiratoria que responde a reanimación cardiopulmonar con posterior cuadro de vómitos que obligan a dejarle en dieta absoluta.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS AL INICIO DEL ESTUDIO:

- Auscultación patológica: silibancias y ronus.
- Hemograma: leucocitosis (13.400) resto normal.
- Coagulación: fibrinógeno 887, resto normal.
- Bioquímica: glucosa 126, urea 65, creatinina 1,34, sodio 138, potasio 2,5.

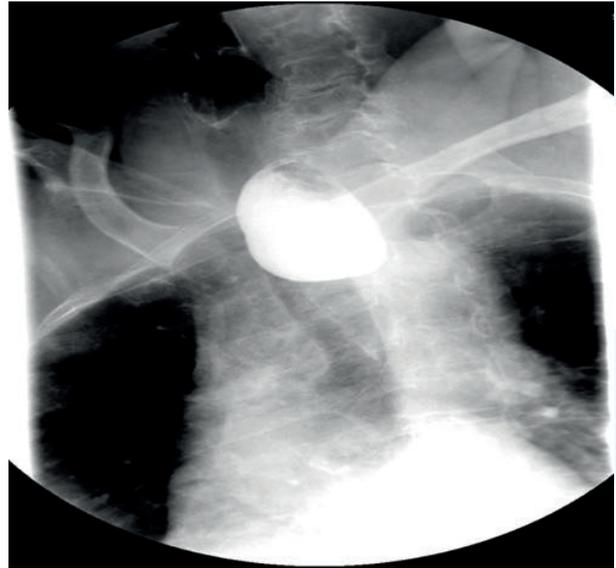


FIGURA 1: Endoscopia digestiva alta (EDA) donde se aprecia dilatación importante de la vía digestiva compatible con divertículo de Zenker.



FIGURA 2: TAC cervical donde se especifica el tamaño del divertículo gigante de Zenker.

- Radiografía de tórax: cardiomegalia, hilios congestivos, redistribución vascular. Patrón intersticial bilateral.
- ECG: ritmo sinusal con extrasístoles ventriculares.
- Gammagrafía V/Q: no se puede realizar ventilación por falta de colaboración del paciente y por tanto ni afirmar ni negar TEP, pero la perfusión de pulmón derecho es normal y la del izquierdo disminuido globalmente.
- TAC tórax: arterias pulmonares mayores preservadas. Defectos de repleción en ramas para lóbulo superior derecho (LSD) que podrían estar en relación a TEP. Esófago superior anómalamente dilatado. No descartándose patología esofágica. Hay pequeñas adenopatías mediastínicas. Afectación pulmonar difusa bronquiolar, consolidaciones alveolares postero-basales y bronquiectasias.

Tras el hallazgo en la TAC de esófago dilatado y la clínica de vómitos compatible con obstrucción digestiva alta se solicita endoscopia digestiva alta (EDA) (imagen 1) y TAC de cuello (imagen 2) con diagnóstico de divertículo de Zenker.

TRATAMIENTO

Se contacta con el servicio de ORL del Hospital Perpetuo Socorro (Badajoz) que procede a realizar exéresis del divertículo de Zenker por cervicotomía, objetivándose intraoperatoriamente una formación diverticular gigante en fondo de saco a nivel del esófago cervical de 5 cm de diámetro x 2,5 cm.

Tras 10 días de la intervención se realiza tránsito esofagogástrico tras la administración de contraste oral yodado sin observarse fugas por lo que se inicia tolerancia oral con buena respuesta y evolución.

DISCUSIÓN

Los *divertículos* son evaginaciones de la pared esofágica, en forma de bolsa ciega, que comunican con la luz del esófago.

Normalmente se presenta en pacientes con edad superior a 50 años, en algunos casos es un hallazgo casual. En otros, se produce disfagia alta, halitosis, regurgitaciones de olor fétido y aspiraciones con crisis de sofocación como es el caso de nuestro

paciente. Es importante el diagnóstico y tratamiento quirúrgico de estos pacientes puesto que se han descrito algunos casos de degeneración maligna (aunque han sido raros) y de serlo la estirpe histológica más frecuente es el carcinoma epidermoide⁽⁴⁾.

El diagnóstico se consigue mediante esofagograma (tránsito baritado) y/o endoscopia. El tratamiento está indicado en divertículos sintomáticos y en los de gran volumen por el riesgo de complicaciones que conlleva^(3,5).

La técnica está en función del tamaño del divertículo, de su edad y estado general decantándose por miotomía cricofaríngea con diverticulectomía o diverticulopexia ó cirugía endoscópica transoral^(1,2,4), usándose grapadoras o técnica láser, siendo ésta última más rápida para mejoría de síntomas que el uso de grapadoras^(1,2). El tratamiento quirúrgico mediante miotomía, se ha considerado como el tratamiento de elección. Recientemente la miotomía transmucosa mediante cirugía endoscópica con láser CO₂ se presenta como una alternativa en los pacientes con disfagia y broncoaspiración severas, se informan buenos resultados⁽⁶⁾. Durante la cirugía, es vital dividir el músculo cricofaríngeo para aliviar la zona de presión elevada y eliminar la bolsa del divertículo. Una miotomía de 1 cm es adecuada en la mayoría de los casos⁽¹⁾. Además, la cirugía presenta tiempos de intervención y de hospitalización más largos que por vía endoscópica pero es de preferencia en casos de pacientes con dificultad para extender el cuello, abrir la boca lo suficiente, en desgarros de mucosa, en divertículos gigantes (como es nuestro caso) o en menores de 2,5 cm⁽⁴⁾.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nesheiwat Z, Antunes C. Source StatPearls [Internet]. Zenker diverticulum - Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2018-2018 Apr 15.
2. Håkon Pharo Skaug, Amy Østertun Geirdal ,Kjell Brøndbo. Laser diverticulotomy for Zenker's diverticulum-does it improve quality of life? Eur Arch Otorhinolaryngol (2013) 270: 2485-2490
3. Karen Kost, MD, FRCSC, Kouros Parham, MD. Management decisions for Zenker diverticulum in the elderly.2017. ENT-Ear, Nose & Throat Journal; 96(9): 363-364.

4. MORALES GARCÍA, D. et al. Carcinoma epidermoide sobre un divertículo de Zenker. An. Med. Interna (Madrid) [online]. 2002, vol.19, n.1 [citado 2018-07-16], pp.27-30. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992002000100008&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0212-7199

5. McKenna JA, Dedo HH. Cricopharyngeal myotomy: indications and technique. Ann Otol Rhinol Laryngol 1992; 101: 216-221.

6. Takes RP, van den Hoogen FJ, Marres HA. Endoscopy myotomy of the cricopharyngeal muscle with CO₂ laser surgery. Head Neck 2005; 27: 703-709.