

Presentación de caso

Divertículo de Zenker. Presentación de un caso.

Zenker's diverticulum. Presentation of a case.

**Dra. Marisel de la C Valdes Mijares¹, Dra. Tamara Alvarez Gómez², Dr. Liván Quintero Tabío³,
Dra. Cristina Cabrera Cabrera⁴, Dr. Ricardo E. Amurrio Flores⁵**

1. Especialista de Gerontología y Geriatria.
2. Especialista de Gerontología y Geriatria. Profesor Instructor.
3. Especialista de Coloproctología. Profesor Auxiliar.
4. Especialista de Histología. Profesor Asistente.
5. Especialista de MGI.

RESUMEN

En este trabajo se presentan las características clínicas y la conducta seguida en un caso estudiado en el servicio de Geriatria y Gerontología del Hospital Provincial Universitario Camilo Cienfuegos de Sancti Spiritus, que por su escasa frecuencia y mostrarse exclusivamente en el anciano se consideró importante su conocimiento. Paciente geriátrico que ingresa por disfagia, dificultad para el habla y sepsis respiratoria, se estudiaron las afecciones que pudieron causar este cuadro, llegándose a la conclusión de que se trataba de un divertículo de Zenker. Luego de valorar con cirugía se procedió a la diverticulectomía con miotomía del músculo cricofaríngeo, siendo un éxito la operación y desapareciendo todos los síntomas que presentaba el paciente.

DeCS: DIVERTÍCULO DE ZENKER, ESTUDIOS DE CASOS Y CONTROLES.

ABSTRACT

In this work a presentation is made of the clinical characteristics and the procedures followed in a case studied in the service of Geriatrics and Gerontology of the Camilo Cienfuegos Provincial University Hospital of Sancti Spiritus, that was considered important to know due to its rare frequency and its exclusive occurrence in old people. A geriatric patient was admitted due to dysphagia, difficulty in speaking and breathing sepsis. The affections that could cause these symptoms were studied, and the conclusion was reached that it was a Zenker's diverticulum. After discussing with the surgery service, a diverticulectomy with myotomy of the cricopharyngeal muscle was performed. The operation was successful and all the symptoms that the patient presented disappeared.

MeSH: ZENKER DIVERTICULUM, CASE-CONTROL STUDIES.

INTRODUCCIÓN

Los divertículos esofágicos son evaginaciones de la luz del esófago recubierta completamente por el epitelio y en cuya pared intervienen una o varias capas de la pared del esófago. Pueden clasificarse, según su modo de desarrollo en verdaderos o falsos ; por pulsión o tracción y según su localización en faringoesofágicos (Divertículo de Zenker) , divertículos del tercio medio (Divertículos parabronquiales) y del tercio inferior (Divertículos epifrénicos) 1,2,3.El caso que nos ocupa pertenece a los divertículos faríngeo-esofágicos o de Zenker, que se origina entre las fibras oblicuas del músculo constrictor faríngeo y las fibras transversas del músculo cricofaríngeo. Descrito por vez primera en 1769 por Ludlow, adquirió en 1978 el nombre de Zenker quien , en unión a Ziemssen , recopiló 22 casos de la literatura añadiéndole 5 casos diagnosticados por ellos .Este tipo de divertículo se presenta en la edad avanzada de la vida , generalmente en varones mayores de 60 años, estimándose que el 2 % de las consultas por disfagia obedecen a su causa 2,4 .Constituye un divertículo por pulsión debido a una hiperpresión intraluminal mantenida en el tiempo, que determina la protusión de la mucosa a través de las capas musculares. El defecto básico consiste en una contracción prematura del esófago superior , con la consiguiente incoordinación faringoesofágica por lo que aumenta la presión de la cámara faríngea al final de cada deglución , ya que los músculos constrictores faríngeos vienen empujando el material deglutido desde arriba y encontraron cerrada la puerta de entrada al esófago. Esto, mantenido en el tiempo, acaba por forzar la protrusión de la mucosa por la zona más débil de la hipofaringe , constituida por el triángulo de Leimer-Heckerman , una región no cubierta de músculo a nivel del cartilago cricofaríngeo , situada en la pared posterior entre las fibras oblicuas del músculo constrictor faríngeo y las transversas del cricofaríngeo 3,4,5. Esta afección condiciona datos clínicos por sí misma ,con independencia del trastorno motor que la origina ,los que suelen existir desde el comienzo y son muy característicos. Lo más constante, importante y precoz es la disfagia orofaríngea , localizada a nivel cervical de comienzo insidioso, más marcada para los sólidos que para los líquidos con sensación de líquido en la nasofaringe, acompañado de tos crónica y en ocasiones asfixia con la deglución por el paso de material deglutido a las vías aéreas . Cuando el saco diverticular crece mucho, suele aparecer halitosis con regurgitación ruidosa de alimentos a la boca varias horas después de ingeridos estos, fundamentalmente en la posición horizontal 2,4,5,6.

Puede palparse en el cuello una tumoración blanda que aumenta con la maniobra de valsalva, situada por lo general en el lado izquierdo. En fases avanzadas puede producirse pérdida de peso por imposibilidad de comer debido a la obstrucción total del esófago, lo que puede llevar al paciente a la desnutrición. Muy frecuentes son las sepsis respiratorias como complicación, por la aspiración bronquial del material del divertículo 2, 6,7.

La radiografía lateral del cuello puede mostrar una imagen con nivel hidroaéreo retrotraqueal aunque es el tránsito esofágico con bario el que da el diagnóstico al rellenar el divertículo, el cual suele localizarse, si es pequeño en la línea media posterior, pero si su porción es grande generalmente se sitúa a la izquierda de esta línea, entre las vértebras y el esófago Sus contornos son lisos pero por alimentos retenidos puede mostrar defectos de repleción. La endoscopia es innecesaria para el diagnóstico y constituye un riesgo por el peligro de perforación diverticular, aunque la manometría esofágica informa el trastorno motor subyacente no siendo imprescindible para el diagnóstico y tratamiento de estos casos 3,6,8,9.

Se debe intervenir quirúrgicamente en cuanto se haga el diagnóstico, ya que el crecimiento progresivo del divertículo es inexorable y conduce a disfagia total con deterioro del paciente , consiste en una miotomía del músculo cricofaríngeo (si es pequeño) , ya que al suprimir el efecto barrera a este nivel se deja al enfermo asintomático 5,10,11.

Si resulta un divertículo superior a 5 cm de diámetro, unido a la miotomía , se realiza diverticulectomía al mismo tiempo , porque éste adquiere potencial evolutivo propio independientemente del trastorno motor que lo originó.

El riesgo quirúrgico es mínimo, aún en pacientes debilitados o muy ancianos y las recidivas son infrecuentes, recuperándose la deglución normal de forma total 1, 2,5.10.11.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente RPG de 76 años de edad, masculino, raza blanca, con antecedentes de padecer de hipertensión arterial con tratamiento regular, que es recibida en el servicio de geriatría del Hospital Provincial Universitario Camilo Cienfuegos por presentar desde hace aproximadamente 1 año dificultad para deglutir alimentos sólidos que a medida que ha pasado el tiempo ha provocado regurgitaciones de alimentos hacia la boca, acompañado en ocasiones de sensación de ahogo y quinta de tos, haciéndose más intensa la disfagia en los últimos 3 meses, interfiriendo en su alimentación y apareciendo también dificultad para hablar debido a la persistente tos y disfonía. En los 10 días que precedieron el ingreso, el paciente comenzó a notar fetidez en el aliento y se le diagnosticó una neumopatía inflamatoria.

Como datos positivos al examen físico encontramos:

Aparato Respiratorio: Murmullo vesicular disminuido globalmente con crepitantes finos localizados en las bases pulmonares.

Cuello: Ligeramente aumento de volumen en la región anterosuperior izquierda, no definiendo límites de tumoración alguna a la palpación.

Al valorarlo multidimensionalmente, fue clasificado en un estado de salud geriátrica GRADO II.

Los exámenes complementarios realizados al ingreso, mostraron los siguientes resultados:

RX de Tórax: lesiones radiopacas de aspecto inflamatorio en bases pulmonares

Eritrosedimentación : Ligeramente acelerada (55mm/h)

Leucograma: leucocitos $13 \times 10^9/l$ con predominio de polimorfonucleares.

El resto de los exámenes fueron normales (hemoglobina, glicemia, urea, creatinina, ácido úrico, orina, coagulograma, heces fecales y EKG).

Cubrimos al paciente con antibióticoterapia y tomamos medidas generales, una vez rebasado el proceso pulmonar inflamatorio procedimos a estudiar la disfagia, indicándole una radiografía contrastada de esófago, en la que se detectó una gruesa imagen por adición a nivel del esófago cervical. Mediante la fluoroscopia se confirmó dicha imagen denotando un aspecto sacular a nivel del músculo cricofaríngeo en la línea media posterior, con ligera proyección hacia la izquierda, concluyéndose como un divertículo de Zenker grado IV.

Hecho el diagnóstico se discutió el caso con el servicio de cirugía, decidiéndose realizar la intervención quirúrgica.

Se accedió al divertículo por vía cervical izquierda, mediante incisión oblicua, siguiendo el borde anterior del músculo esternocleidomastoideo, extendiéndose desde el hueso hioides hasta 3 cm por encima de la clavícula. Separado hacia fuera el músculo esternocleidomastoideo y el paquete vascular yugulocarotideo y hacia adentro el tiroides y las vías aéreas, se disecó el espacio retrofaríngeo, una vez localizado el divertículo se realizó la miotomía del músculo cricofaríngeo incidiéndose longitudinalmente sus fibras horizontales, desde el mismo cuello del divertículo en sentido descendente en una longitud de 3 cm. Aislado el cuello del divertículo se

procedió a seccionarlo ,con posterior sutura de la brecha faringoesofágica, cuidando no lesionar el nervio laríngeo recurrente. La diverticulectomía se realizó con grapadora lineal, a fin de evitar posibles escapes de contenido diverticular o faríngeo.

En los 7 días posteriores a la operación se retiró el drenaje y la sonda de levine esofágico, dejados en el transoperatorio, comenzándose a alimentar por vía oral de forma escalonada.

En el laboratorio de anatomía patológica se observó microscópicamente una masa de tejido de 3,6x 2,7 x 0,4 cm de color grisáceo que alternaba con color pardo oscuro, con un área correspondiente al pedículo que midió 1,0 x 4,1 cm. En la apertura dilatada, la mucosa era de características normales, midiendo la pared 0,4 cm .Histológicamente se observó tejido esofágico y lámina propia con congestión vascular, siendo esto propio de divertículo esofágico.

A los 23 días de operado, se indicó una radiografía contrastada de esófago donde se notó la desaparición del saco herniario, sin adherencias, fistulas, ni estenosis.

El paciente refería una completa recuperación de la deglución, sin dolor, halitosis ni dificultad al hablar, sintiéndose completamente satisfecho de su estado de salud con una excelente evolución clínica, demostrándose el éxito de la conducta seguida ante este caso.

CONCLUSIONES

- 1- El Divertículo de Zenker es de escasa frecuencia, predomina en el sexo masculino y tiene predilección por el lado izquierdo del esófago.
- 2- La enfermedad cursa, habitualmente, con disfagia, regurgitaciones alimentarias, tos molesta y sepsis respiratorias asociadas.
- 3- El tratamiento quirúrgico (miotomía con diverticulectomía) oportuno erradica la sintomatología y mejora la calida de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1-El Manual Merck. Capítulo 20 .Trastornos del esófago. 10 Edición en Español: ELSEIVER. España;

2004. p. 233.

2- Costantini M, Zaninotto G, Rizzetto C, Narne S, Ancona E. Oesophageal diverticula. Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2004;18 (1):3-17.

3-Sabiston. Tratado de Patología Quirúrgica. Sección IX. Esófago. 16 Edición. Editorial Mexicana .2005.

p.823-826.

4- Harrison. Principios de Medicina Interna. Vol II. Enfermedades del esófago. 16 Edición . Editorial Mc Graw Hill. 2005. p. 1923.

5- Martín González M, Ferrá Betancourt A , Fuentes Valdés E. Divertículos esofágicos por pulsión: técnicas quirúrgicas . Hospital Clínico Quirúrgico «Hermanos Ameijeiras». Rev Cubana Cir 2005; 44(4).

6- Chang CY, Payyapilli RJ, Scher RL. Endoscopic staple diverticulostomy for Zenker's diverticulum: review of literature and experience in 159 consecutive cases.Laryngoscope. 2003 Jun;113(6):957-65.

7- Benjamin Smaniotto, Andrei Amatuzzi, Joao Ricardo Duda. Divertículo de esófago medio torácico:

Relato de un caso. Rev Médica Panamá , Curitiba . 2003; 61 (2) ; 26-8 .p.26.

8-de la Morena E, Perez-Arellano E, Carreno R, Tomas E, Gonzalez-Lama Y.[Endoscopic treatment

of Zenker's diverticulum]Cir Esp. 2005 Oct;78(4):256-9.

9- Martínez Marín J. Barra cricofaríngea (acalasia cricofaríngea). Informe de un caso. Rev Col

Gastroenterol vol.21 no.4 suppl.4 Bogotá Dec. 2006.

10- Pérez TE, Pérez PJ, Bernal SF, Abdo FJM, Murguía DD .Diagnóstico y tratamiento del divertículo de Zenker .Rev Med Hosp Gen Mex 2005; 68 (3): 95-99.

11- García-Rodríguez ME, Figueredo-Guerra P .Divertículo de Zenker. Informe de dos casos .Cir Ciruj 2006; 74 (4): 283-285 .

ANEXOS

