

Presentación de caso

Hospital Provincial General Camilo Cienfuegos. Sancti Spíritus. Cuba

Tialismo como presentación clínica atípica del divertículo de Zencker: reporte de un caso

Ptyalism as an atypical clinical presentation of Zencker diverticulum: a case report

Dra. Mirian Belkis Nápoles Valdés¹, Dra. Yenisley Chongo Gómez¹, Dr. Francisco Lorenzo Castillo¹, Dr. Oscar D. Pérez Rodríguez¹.

1. Hospital Provincial General Camilo Cienfuegos. Sancti Spíritus. Cuba.

RESUMEN

Fundamento: El divertículo de Zencker es relativamente infrecuente, puede presentarse con sintomatologías típicas de la enfermedad o con otras manifestaciones atípicas, como el tialismo o crisis sialorreica. **Objetivo:** Describir el tialismo o crisis sialorreica como forma de presentación no habitual del divertículo de Zencker. **Presentación de caso:** Paciente masculino de 60 años de edad que acudió a la consulta de gastroenterología porque desde hacía un año presentaba exceso de salivación o crisis sialorreica, acompañado en ocasiones de regurgitaciones y acidez. Entre los medios diagnósticos utilizados estuvo el esofagograma contrastado mediante el cual se diagnosticó un divertículo de Zencker. Al paciente se le realizó una cervicotomía lateral izquierda con resección del divertículo y ligadura de su base. **Conclusiones:** El método clínico es la piedra angular para sospechar el diagnóstico del divertículo de Zencker aunque su forma de presentación clínica sea infrecuente o atípica, como lo es el tialismo o la crisis sialorreica.

DeCS: DIVERTÍCULO DE ZENKER/diagnóstico; ESTUDIOS DE CASOS .

Palabras clave: Divertículo de Zencker, diagnóstico, tialismo, sialorrea.

SUMMARY

Background: Zencker diverticulum is relatively infrequent, it can be presented with typical symptomatology of the disease or with other atypical manifestations, as ptyalism or sialorrhea. **Objective:** to describe ptyalism or crisis of sialorrhea as a non-habitual presentation of Zencker diverticulum. **Case presentation:** a 60 year-old male patient who attended the gastroenterology consultation as he was suffering from excessive salivation or sialorrhea since a year ago, sometimes along regurgitations and acidity. The contrasted oesophagogram was among the diagnostic means used, through which a Zencker diverticulum was diagnosed. A left lateral cervicotomy with diverticulum resection and ligation of its base was performed. **Conclusions:** the clinical method is the key to suspect the diagnosis of Zencker diverticulum though its clinical presentation is infrequent and atypical as it is ptyalism or sialorrhea.

MeSH: ZENKER DIVERTICULUM/diagnosis; CASE STUDIES.

Keywords: Zencker diverticulum, ptyalism, sialorrhea.

INTRODUCCIÓN

Los divertículos esofágicos frecuentemente se asocian a trastornos motores ^{1,2}. Las ubicaciones más frecuentes son la unión faringo esofágica (divertículo de Zencker), el tercio medio esofágico (divertículo Rokitanski) y el tercio distal del esófago supradiaphragmático (divertículo Grenet) ³. La incidencia del divertículo de Zencker oscila entre un 54 y 82 % ^{4,5}, es el más frecuente de todos los divertículos esofágicos, y puede aparecer entre los 50 y 80 años de edad por lo que se considera un proceso adquirido ^{4,6}.

Generalmente los divertículos de Zencker son diagnosticados como hallazgos incidentales sin implicaciones clínicas, pero cuando alcanzan mayor tamaño son ser sintomáticos ya que se llenan con alimentos o líquidos, y comprimen el lumen esofágico lo cual produce disfagia, regurgitaciones o neumonías por aspiración ^{1,2}. El tialismo, crisis sialorreica o vómito pituitoso esofágico está descrito en la literatura como un síntoma que aparece en pacientes con esofagitis o dispepsia gástrica ^{6,7}, no así como manifestación clínica en pacientes con divertículo de Zencker.

En esta ocasión se describe el caso de un paciente que presentó tialismo (o crisis sialorreica) como forma de presentación clínica de un divertículo de Zencker.

El objetivo de este artículo es mostrar una situación clínica poco frecuente en pacientes con divertículo de Zencker lo que causó dificultades en su diagnóstico.

Para la presentación de este caso se obtuvo el consentimiento del paciente, aunque se respeta en todo momento la omisión de datos que puedan identificarlo.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente masculino de 60 años de edad, con antecedentes de fibrilación auricular persistente, controlado con amiodarona. Acudió a consulta de gastroenterología porque desde hacía un año aproximadamente presentaba un exceso de salivación lo cual lo llevaba a escupir constantemente, a cualquier hora del día pero se intensificaba en horas de la noche y le provocaba insomnio; en ocasiones después de dormido se despertaba con ansiedad y la boca llena de saliva; eventualmente presentaba regurgitación de alimentos y acidez, síntomas que se aumentaron en los últimos cuatro meses.

Inicialmente se interpretó como una enfermedad por reflujo gastroesofágico por lo que se le indicó tratamiento; en reiteradas consultas fue valorado constatándose que había mejorado solo la acidez, no así la salivación.

Se le realizaron exámenes complementarios

- Hemoquímica: Resultados dentro de rangos normales de referencia.

- Radiografía contrastada de esófago, estómago y duodeno (vistas lateral y postero-anterior): Se observó dilatación circunscrita limitada a la pared del tercio superior del esófago y la existencia de un saco o bolsón. (**Figuras 1 y 2**)

Figura 1. Radiografía de esófago contrastado (vista lateral). Se observa la presencia de un saco o bolsón en el tercio superior del esófago (flechas rojas).

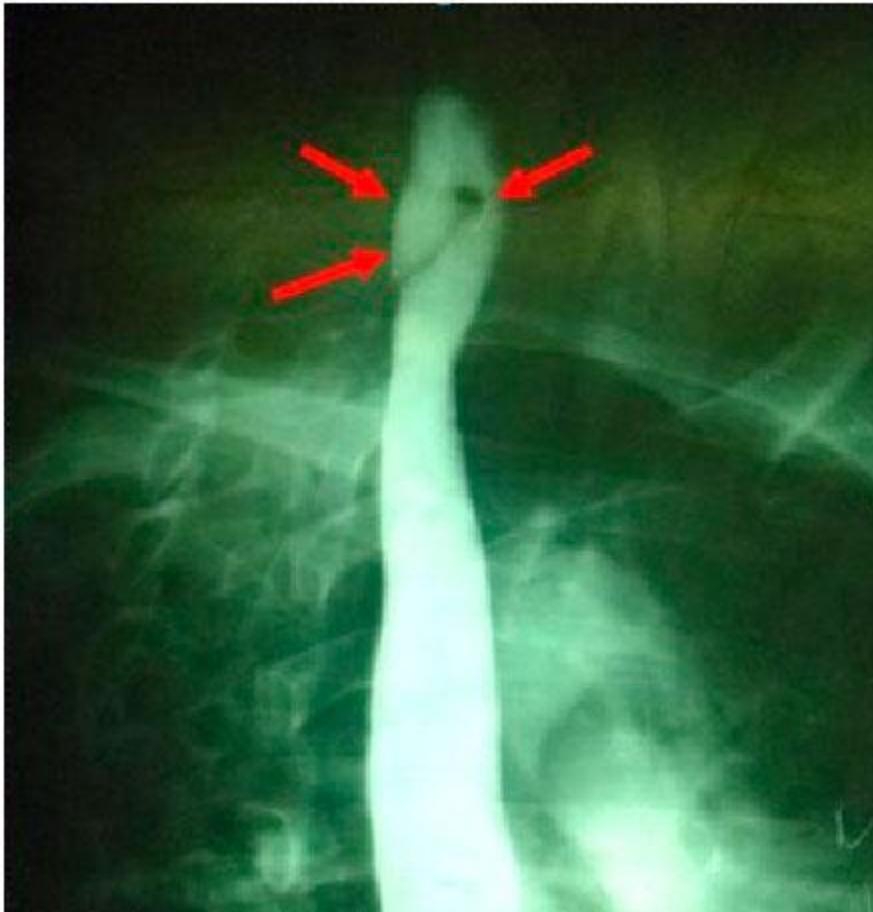
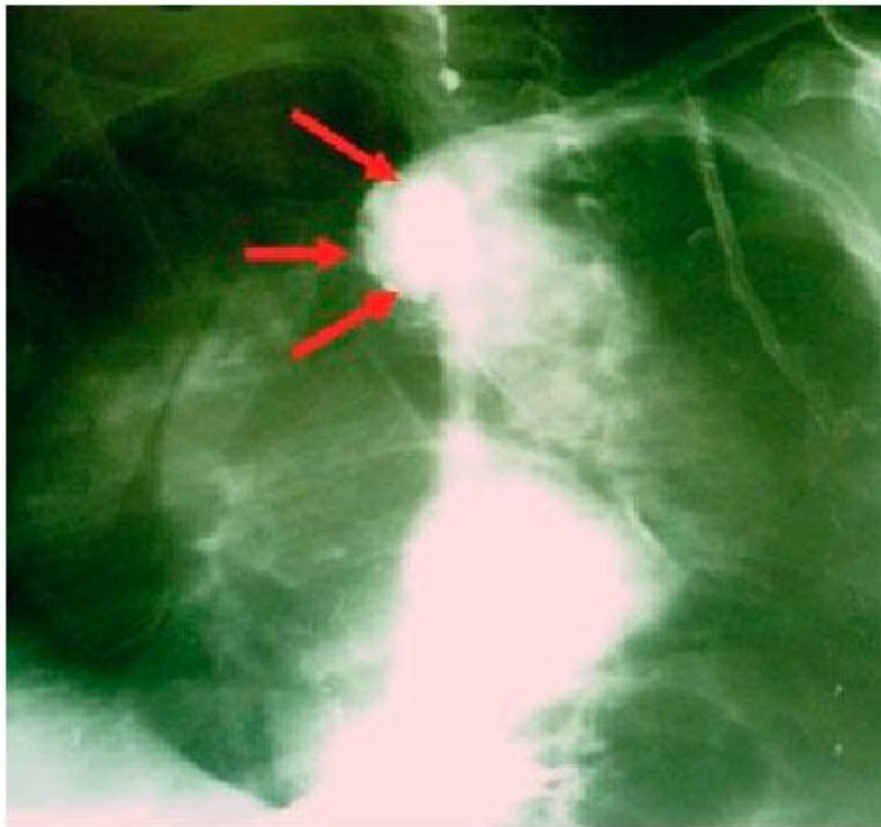


Figura 2. Radiografía de esófago contrastado (vista postero-anterior). Se observa dilatación circunscrita limitada a la pared del tercio superior del esófago (flechas rojas).



- Esofagogastroduodenoscopia: Se introduce el equipo con precaución y se realizó con el objetivo de valorar el estado de la mucosa esofágica y del divertículo. No se encontraron lesiones endoscópicas a nivel de la mucosa del tercio superior del esófago, pero sí se observó una dilatación a este nivel, sin alteración de la mucosa. No se terminó el examen por no continuidad de la luz esofágica.

Con el cuadro clínico referido por el paciente y apoyado en los exámenes complementarios, la radiografía contrastada de esófago y los hallazgos endoscópicos se obtuvo el diagnóstico definitivo de un divertículo de Zencker. El paciente fue referido al servicio de cirugía del Hospital Provincial General Camilo Cienfuegos de Sancti Spíritus, donde se le realizó una cervicotomía lateral izquierda con resección del divertículo y ligadura de su base.

Hasta el momento de redactar este artículo el paciente había tenido una evolución satisfactoria.

DISCUSIÓN

Los divertículos son evaginaciones de la pared esofágica, en forma de bolsa ciega que comunica con la luz principal⁴. Se produce en un área de debilidad anatómica entre fibras horizontales y oblicuas del músculo cricofaríngeo, en una zona triangular de la pared posterior de la faringe conocida como dehiscencia de Killian¹.

Su sintomatología varía de un enfermo a otro, aunque en ocasiones y sobre todo al inicio, pueden ser asintomáticos, pero la disfagia, el dolor retroesternal, la regurgitación, los episodios de

broncoaspiración y la sensación de masa en el cuello, son los síntomas más frecuentes ⁴, también la literatura describe el signo de Boyce donde el paciente experimenta un sonido de gorgoteo, y el signo de Quinn que consiste en la regurgitación de la comida hacia la boca por compresión externa de la bolsa; se explora presionando el lado izquierdo del cuello cerca del cartílago cricoides ⁸⁻⁹. En este paciente la presentación de los síntomas fue atípica ya que el exceso de saliva, intensificado en los últimos meses, lo llevaba a trastornos del sueño, y fue el motivo por el que acudió a la consulta.

La llamada crisis sialorreica o vómito pituitoso esofágico aparece en caso de esofagitis o dispepsia gástrica, se presenta a cualquier hora del día pero con cierta constancia en la madrugada o por la tarde durante la digestión de la comida del mediodía; si el paciente está dormido se despierta con una sensación rara e inexplicable, si está comiendo deja de hacerlo, si el enfermo trata de tragar, lo debe hacer rápidamente, o bien puede inclinarse hacia delante, abrir la boca y dejar de salir el líquido durante unos segundos y que poco a poco se va haciendo más escaso, a la vez que la saliva se vuelve más filante y espesa. Esta secreción dura alrededor de unos 20 segundos aproximadamente y entonces se deshace bruscamente el nudo epigástrico acompañado, a veces, de un ligero ruido hidroaéreo y desaparece la secreción inmediatamente, momento en el que el paciente siente alivio ⁷.

El medio diagnóstico de elección es la radiografía de esófago contrastado la que fácilmente identifica la existencia de un saco o bolsón; la esofagogastroduodenoscopia no es útil en estos casos e incluso puede llegar a ser hasta perjudicial por el riesgo de complicaciones ⁶⁻¹⁰.

Cuando se tiene a un paciente, después de la quinta década de la vida, con trastornos dispépticos inespecíficos, la presencia de tialismo o crisis sialorreica se debe sospechar del divertículo de Zencker antes de realizar algún proceder invasivo; pues la presencia insospechada del mismo puede conducir a una perforación accidental y poner en peligro la vida del paciente, en este caso se realizó de manera cuidadosa para valorar el estado de la mucosa y descartar alguna otra enfermedad concomitante.

Siempre que un paciente con divertículo de Zencker esté sintomático el tratamiento indicado es el quirúrgico, independientemente del tamaño del divertículo. En el caso que se presenta se realizó la diverticulectomía de forma satisfactoria y se logró la mejoría clínica del paciente.

CONCLUSIONES

El método clínico es la piedra angular para sospechar el diagnóstico del divertículo de Zencker, aunque su forma de presentación clínica sea infrecuente o atípica, como lo es el tialismo o la crisis sialorreica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aguirre JJ. Diagnóstico por imágenes Claudio Cortés. Esophageal diverticula: Imaging diagnosis. Gastro Latinoam. 2005 Jul;16(2):120-1.
2. Tulinský L, Dostálík JF. Giant Zenker's diverticulum-case report. Rozhl Chir [Internet]. 2011 Jul [citado ene 2014]; 90(7):386-8. Available from: http://www.prolekare.cz/en/perspectives-in-surgery-article/giant-zenker-s-iverticulum-case-report-36327?confirm_rules=1
3. Chinnery GE; Clark DL; Ghimenton E; Thomson SR. Prolapse: rare complication of a Zenker's diverticulum. S Afr J Surg [Internet]. 2011 Apr [citado ene 2014]; 49(2): 89. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2161498>
4. García- Rodríguez ME, Figueredo- Guerra P. Divertículo de Zenker. Informe de dos casos. Rev Cir Ciruj [Internet] 2006 Jul-ago [citado ene 2014]; 74 (4):283-285. Available from: www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2006/cc0641.pdf
5. Fernandez JJ, Alonso M. Divertículo de Zenker. Caso clínico. Rev Med Gen [Internet]. 2000 May [citado: ene 2014]; 502-504. Available from: www.mgyf.org/medicinageneral/mayo-2000/502-504
6. LLobreat NP, Garrido JA, Payeras G, Pérez FJ. Orientaciones terapéuticas en los divertículos esofágicos. Gastroenterología Integrada [Internet]. 2001 [citado: Ene 2014];2(4):231-236. Disponible en: <http://www.cirugest.com/htm/revisiones/cir11-07/11-07-01.pdf>
7. Surós A, Surós J. Semiología médica y técnica exploratoria. 8va ed. En: Cavidad bucal y glándulas salivales. España: Elsevier;2001.p.408.
8. Pérez E, Pérez J, Bernal F, Abdón JM, Murguía D. Diagnóstico y tratamiento del divertículo de Zenker. Rev Med Hosp Gen Mex [Internet].2005 [citado: Ene 2014];68 (3):155-159. Disponible en: <https://www.scribd.com/doc/126374712/Diverticulo-de-Zenker>
9. Efthymiou M, Raftopoulos S, Marcon N. Flexible endoscopic septoplasty for bilobed Zenker's diverticulum.Fonte. Gastrointest Endosc [Internet]. 2012 May [citado: Ene 2014];75(5) :1110-1. Available from: <http://www.giejournal.org/article/S0016-5107%2811%2901772-X/abstract>
10. Constantin A; Mates IN; Predescu D; Hoara P; Achim FI; Constantinoiu S. Principles of surgical treatment of Zenker diverticulum. J Med Life [Internet]. 2012 Feb [citado: Ene 2014];22;5(1):92-7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3307087/>

Recibido: 09/08/2014

Aprobado: 10/10/2014