

Reporte de caso

# A PROPÓSITO DE UN PACIENTE CON DIVERTÍCULO DE ZENKER EN LA UNIDAD DE ENDOSCOPIA DE LA CLÍNICA UNIVERSITARIA COLOMBIA, PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Daniela Carolina Letrado<sup>1</sup>, Carlos Daniel Manrique<sup>2</sup>, Diego Mauricio Aponte<sup>3</sup>

1. *Estudiante de medicina noveno semestre, Fundación Universitaria Sanitas.*

2. *Estudiante de medicina noveno semestre, Fundación Universitaria Sanitas.*

3. *Coordinador Académico de gastroenterología, Fundación Universitaria Sanitas*

## RESUMEN

El divertículo de Zenker es un raro trastorno caracterizado por una evaginación de la mucosa y submucosa esofágica a nivel de la pared hipofaríngea posterior, entre el constrictor faríngeo inferior y el músculo cricofaríngeo (triángulo de Killian). Por su componente histológico se trata de un pseudodivertículo el cual es producto de una protrusión posterior de mucosa que aumenta la presión intrabolo y desencadena un hipo funcionamiento de estos músculos. Usualmente se presenta con disfagia como síntoma cardinal y su diagnóstico se realiza por medio de endoscopia. En este artículo, se presenta el caso y el video de un paciente de 77 años con síntomas de disfagia leve intermitente por lo cual se decide realizar endoscopia evidenciando un divertículo de Zenker.

**Palabras claves:** Divertículo de Zenker, disfagia, endoscopia

Recibido: 15 de diciembre de 2015

Aceptado: 1 de septiembre de 2016

Correspondencia: carlos\_manrique\_668@hotmail.com

## ABOUT A PATIENT WITH ZENKER'S DIVERTICULUM AT THE ENDOSCOPY UNIT OF THE COLOMBIA UNIVERSITY CLINIC. PRESENTATION OF A CLINICAL CASE

### ABSTRACT

Zenker's diverticulum is a rare condition characterized by an evagination of the esophageal mucosa and submucosa at the level of the posterior hypopharyngeal wall, between the lower pharyngeal constrictor muscle and the cricopharyngeus muscle (Killian Triangle). Based on its histological characteristics, Zenker's diverticulum is a pseudo diverticulum resulting from a posterior mucosal outpouching that increases the intrabolus pressure and triggers a loss of muscle function. Usually it presents with dysphagia as the primary symptom and is diagnosed with endoscopy. This article discusses the case - including a video - of a 77-year old patient with mild intermittent symptoms of dysphagia leading to the decision to do an endoscopy that evidenced a Zenker's diverticulum.

**Keywords:** Zenker's diverticulum, dysphagia, endoscopy.

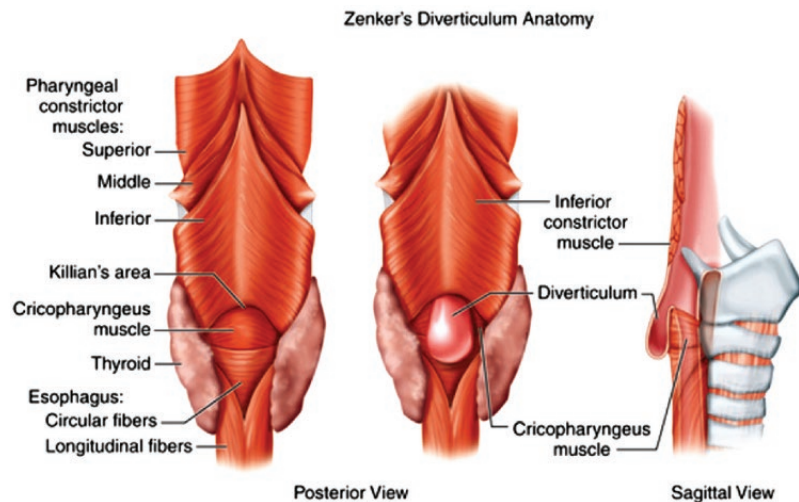
### INTRODUCCIÓN

El divertículo de Zenker es una rara condición que se presenta principalmente después de los 40 años afectando con mayor frecuencia a los hombres con una relación de 1:5. Tiene una prevalencia de 0,01 a 0,11 % (1) e incidencia de 1 a 2 por cada 100.000 personas por año (2). Su distribución epidemiológica es bastante variable a nivel mundial, presentándose principalmente en el norte de Europa; en menos grado se han reportado casos en el sur de Europa.

Es más común la presencia de casos en Estado Unidos, Canadá y Australia que en países como Japón e Indonesia (3). En Colombia se realizó un estudio donde se presentaron 18 casos en 13.200 endoscopias realizadas, lo cual da una prevalencia de 0,13 %, que en comparación con la reportada por la literatura es muy similar (4).

El mecanismo por el cual se origina esta evaginación surge a partir del aumento de la presión intraluminal en las zonas más débiles de la pared esofágica, específicamente en el triángulo de Killian (Imagen 1) (5) el cual

IMAGEN 1. Triángulo de Killian



Tomado de página web Clinicalgate. Disponible en: <http://clinicalgate.com/zenkers-diverticulum-2/>

está constituido por la fibras de la porción inferior del constrictor de la faringe y la porción superior del músculo cricofaríngeo (6).

## CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 77 años procedente de Bogotá, con cuadro clínico consistente en disfagia intermitente para sólidos, a quien se le realiza endoscopia. Durante el procedimiento se encontró una bolsa faríngea (Imagen 2), que por sus características se definió como un divertículo de Zenker (Video 1). Debido al tamaño pequeño observado en la endoscopia y síntomas leves, se tomó la decisión de no requerir ninguna intervención diferente a recomendaciones sobre alimentación. Actualmente el paciente se encuentra asintomático.

El divertículo de zenker es el principal divertículo esofágico con un 70% de los casos reportados, seguido del divertículo epifrénico al cual le corresponden aproximadamente un 20% (8), calculándose que 2 de cada 100.000 personas presentan esta condición (1).

IMAGEN 2. Divertículo de Zenker



VIDEO 1. Divertículo de Zenker



## DISCUSIÓN

Se ha descrito que el divertículo esofágico es un desorden multifactorial, que tiene como principal causa la relajación anormal del esfínter esofágico superior, generando un aumento en la presión intrabolo de la hipofaringe; sumado a esto, el músculo cricofaríngeo muestra cambios estructurales que histológicamente se caracterizan por la combinación de los siguientes componentes: alteración en la cantidad de fibras, incremento en el tejido fibrótico y un incremento significativo del colágeno sobre la porción de elastina (1). El envejecimiento juega un papel importante, por la pérdida de la elasticidad de los tejidos y del tono muscular, por esta razón es más frecuente en la población anciana.

Diversos autores han descrito otros mecanismos que contribuyen a la formación del divertículo, basándose en las siguiente hipótesis: Hunt y Smiley plantearon la relación entre el reflujo gastroesofágico y el desarrollo del divertículo debido a un espasmo cricofaríngeo; Kelly se basó en la etiología descrita anteriormente en relación al esfínter esofágico; Paterson, Asherson y Sutherland describieron la acalasia cricofaríngea; Zaninotto y colaboradores realizaron un estudio con 12 pacientes llegando a la conclusión que debida a una relajación incompleta se produce una esclerosis localizada llevando a un aumento de la presión intrafaríngea (8).

Las manifestaciones clínicas del Divertículo de Zenker incluyen disfagia como principal síntoma con una presentación de 80-90% de los pacientes. Esto únicamente

ocurre cuando el divertículo es lo suficientemente grande para generar obstrucción básicamente por medio de dos mecanismos: apertura incompleta del esfínter esofágico superior y compresiones extrínsecas del esófago cervical por el divertículo en sí. Los pacientes también pueden presentar tos, disfonía, malnutrición, pérdida de peso, halitosis e ingurgitación de alimentos y saliva (9-11). En el cuadro clínico se deben tener en cuenta la presencia de los siguientes síntomas de alarma: dolor local, hemoptisis y hematemesis que sugieren ulceración o carcinoma de células escamosas esto tiene una incidencia del 0,4% al 1,5% (3).

Es importante mencionar algunas de las complicaciones que se pueden desarrollar, dentro de las más frecuentes se encuentran los cuadros pulmonares por aspiración del contenido diverticular, la perforación que se presenta por lo general durante procedimientos invasivos y la malignización del epitelio por el cual está compuesto el divertículo (12).

En concordancia con el cuadro clínico que presenta el paciente se define el uso de medios diagnósticos, dentro de los cuales se encuentran los estudios radiológicos que permiten comprobar la existencia del divertículo. La fluoroscopia ha venido tomando importancia al permitir la visualización de imágenes radiológicas en secuencia y de esta manera identificar hasta pequeñas evaginaciones (3). Este método tiene en cuenta los tres tiempos de la deglución: Oro-faríngeo, Faríngeo y Esofágico con el fin de objetivar la dinámica del proceso deglutorio. Otros métodos como los endoscópicos que contribuyen a determinar la ubicación anatómica específica y descartar diagnósticos diferenciales (5). Estas técnicas adicionalmente son útiles para definir la evolución o estadios que tiene el divertículo de Zenker descritos por Lahey, la primera etapa representa una simple evaginación, la segunda el diámetro aumenta con dirección oblicua posterior y la tercera se refiere a una bolsa faríngea que compromete la luz esofágica (13).

Con respecto al caso presentado en este artículo, el paciente no requirió tratamiento, debido a las características del divertículo que en algunos casos puede ser asintomático o de fácil manejo con indicaciones dietéticas como en esta ocasión, a diferencia de circunstan-

cias donde sí se requiere una intervención, para lo cual muchos autores han planteado diversas estrategias en el manejo de Divertículo de Zenker, pero en sí no se cuenta con un procedimiento de elección ya que cada una ha mostrado buenos resultados y beneficios. Las estrategias que actualmente se utilizan son la diverticulectomía, diverticulopexia con miotomía cricofaríngea, o sin miotomía cricofaríngea, la miotomía aislada y la división endoscópica de la pared común entre el divertículo y el esófago (Procedimiento de Dohlman) (14). El tratamiento endoscópico es un procedimiento que se debe realizar por especialistas experimentados ya que puede presentar los siguientes eventos adversos: micro perforaciones, enfisema cervical, enfisema mediastino, enfisema subcutáneo, macro perforaciones, sangrado, Infección, fiebre, neumonía, absceso del cuello y muerte (11). Otra alternativa de tratamiento que se ha descrito es el láser de dióxido de carbono con muy buenos resultado por la rapidez de la recuperación, pero en pacientes con múltiples comorbilidades la elección de tratamiento es el de mínima invasión. Y el más recientemente descrito es el endoscópico con la engrapadora endogía de 30 mm (15). Pero en general, las recomendaciones terapéuticas son basadas en series de casos y en experiencias de expertos, con ausencia de evidencia científica de mayor relevancia.

## CONCLUSIONES

Se presenta el video de un divertículo de Zenker el cual es una entidad poco frecuente, con una distribución variable a nivel mundial que generalmente afecta a población anciana. Su diagnóstico puede ser realizado durante un estudio endoscópico con o sin presencia de sintomatología.

## DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

No existe ningún conflicto de interés según lo acordado por los autores.

## FINANCIACIÓN

No se contó con ningún tipo de financiación para la realización del artículo.

## REFERENCIAS

1. Bizzotto A, Lacopini F, Landi R, Costamagna G. Zenker's diverticulum: exploring treatment options. *Acta otorhinolaryngol Ital*, 2013 Aug, 33 (4): 219-229.
2. Yong Yuan Yong-Fan Zhao Yang Hu Long-Qi Chen. Surgical Treatment of Zenker's Diverticulum. Department of Thoracic Surgery, West China Hospital of Sichuan University, Chengdu, China. *Digestive Surgery* 2013; 30:207-218.
3. Ryan Law, David A. Katzka, and Todd H. Baron. Perspectives in clinical gastroenterology and hepatology, Zenker's Diverticulum. Division of Gastroenterology and Hepatology, Mayo Clinic, Rochester, Minnesota. *Clinical Gastroenterology and Hepatology* 2014; 12:1773-1782.
4. Martín A. Gómez Z., MD, Sergio Felipe Ardila, MD, Víctor Arbeláez, MD. Experience in the treatment of Zenker's diverticulum: a series of 18 cases. *Rev Col Gastroenterol* vol.26 no.2 Bogotá Apr. /June 2011.
5. Rodríguez Varón Alberto, García Abadía Jairo Alberto, Costa Barney Valeria, Leguizamón Naranjo Ana María. Capítulo 5, Disfagia. Aponte Et Al. *Técnicas en endoscopia digestiva*. Segunda edición 2013, pag. 203-205.
6. Carmona Sánchez Ramón. Capítulo 1.7 Divertículos esofágicos (Zenker). García-Compeán Diego, Maldonado Garza Héctor J. *Gastroenterología y hepatología, Objetivos y su desarrollo*. Editorial el Manual Moderno, 2009.
7. MsC. Julio A. Sáez Bedoya, 1 MsC. Ernesto Casamayor Callejas 2 y MsC. Elvis Pardo Olivares. Zenker's diverticulum in an old patient. *MEDISAN* 2010;14(7):1005
8. Pérez Torres Eduardo, Pérez Pineda Javier, Bernal Sahagún Fernando, Abdo Francis Juan Miguel, Domínguez Daniel Murguía. Diagnóstico y tratamiento del divertículo de Zenker. *Revista médica del hospital general de México*, Vol. 68, Núm. 3 Jul.-Sep. 2005 pp 155 - 159.
9. M A Siddiq, S Sood, D Strachan. Pharyngeal pouch (Zenker's diverticulum). *Postgrad Med J* 2001; 77:506-511.
10. Longo Dan L., Fauci Anthony S. Sección III trastorno del tubo digestivo. *Harrison Gastroenterología y hepatología*. McGraw-hill Interamericana editores, 2013. pag 122.
11. Perbtani Yaseen, Suarez Alejandro, Wagh Mihir S. Techniques and efficacy of flexible endoscopic therapy of Zenker's diverticulum. *World J Gastrointest Endosc* 2015 March 16; 7(3): 206-212
12. Covian Enrique. Divertículo de Zenker. *Cirugía Digestiva*, F. Galindo. [www.sacd.org.ar](http://www.sacd.org.ar), 2009; I-163, pág. 1-13.
13. T laubert, P. Hildebrand, U J. Roblick, M. Kraus, H. Esnaashari, P. Wellhöner, H. P. Bruch. MIS approach for diverticula of the esophagus. *European journal of medical research*, (2010) 15: 390-396.
14. Skinner KA Zuckerbraun L. Recurrent Zenker's diverticulum treatment with cryopharyngeal myotomy. *The American surgeon* 1998 Feb, Vol 64, Fascículo 2
15. Segura González José Manuel Carlos, Espinosa González Omar, García Cano Eugenio, Sánchez Córdova Gabriela, Hernández Ceballos Javier Alfonso. Divertículo de Zenker, elección del tratamiento quirúrgico y resultado. *Presentación de un caso*. *Cir cir* 2014; 82: 655-660.