

DIVERTICULO DE ZENKER

Fernando de la Fuente P *

Wagner Ramírez A **

INTRODUCCION:

El divertículo de Zenker es el más frecuente en el esófago, consiste en una dilatación vascular circunscrita de la pared esofágica, hay protrusión de mucosa y sub-mucosa por defecto de la pared muscular. Es un divertículo falso o adquirido por pulsión. Hemos reunido 5 casos tratados quirúrgicamente, por lo que consideramos oportuno referirnos a este padecimiento.

FISIOPATOLOGIA:

El defecto se localiza encima del esfínter crico-faríngeo en la pared posterior. Estudios recientes indican que la protrusión es secundaria a alteraciones de la función del esfínter crico-faríngeo. Hay un punto débil en la faringe inferior donde las fibras musculares oblicuas del constrictor inferior se confunden con fibras transversas del esfínter. En este sitio suele ocurrir protrusión y divertículo.

SINTOMATOLOGIA:

Son relativamente poco frecuentes, en nuestros casos, el menor tenía 44 años y el mayor 77. Coincide con las estadísticas de Dorsey (5) y Welsch (10) siendo la edad promedio en general de 70 años. Es más frecuente en el hombre que en la mujer es una proporción de 2 a 1. La sintomatología es insidiosa en su aparición, la primera manifestación es la de un cuerpo extraño en la garganta. El crecimiento del saco es muy lento, pero a medida que crece aparecen la disfagia y la regurgitación. Eventualmente crece tanto que desciende dentro del mediastino superior, se desvía algo a la

izquierda, comprime al esófago y a la tráquea y altera su continuidad en forma tal que la entrada al esófago se hace oblicua con lo cual aumenta la sintomatología. La disfagia se acentúa. La regurgitación es persistente y de alimentos retenidos fétidos. Tal situación lleva al paciente a perder peso que es otra de las características de esta enfermedad. El dolor es un síntoma muy raro y ocurre cuando hay inflamación o perforación. Puede haber disfonía por compresión que ejerce el saco sobre el nervio laríngeo, también tos y disnea. Menos de la mitad de los pacientes sufren aspiración respiratoria que se manifiesta por crisis de tos, disnea y sibilancias. Dichos síntomas de aspiración son sufridos con mayor frecuencia por la noche en la posición de decúbito, lo que hace que el enfermo despierte con insuficiencia respiratoria. Con menos frecuencia la aspiración ocurre durante la ingestión de líquidos o alimentos. Tal situación puede llevar a la aparición de neumonía y ocasionalmente al absceso pulmonar. La perforación de un divertículo es rara pero muy grave y se debe usualmente a la ingesta de cuerpos extraños o instrumentación endoscópica. Se puede observar también obstrucción esofágica por bolo alimenticio que produce asfixia. Por último puede aparecer un carcinoma dentro del saco lo cual es poco frecuente pero que se debe tener en cuenta.

DIAGNOSTICO:

La sintomatología descrita es bastante típica para sospechar la presencia de un divertículo de Zenker. El diagnóstico se establece en la mayoría de los casos por la ingesta de bario. La mayoría de los divertículos ocupan la línea media o se extienden hacia la izquierda. La esofagoscopia no está indicada salvo en el caso que se sospeche cáncer, por el peligro de perforación. Tampoco está indicada la manometría esofágica para el diagnóstico y su empleo

* Asistente de Cirugía. Hospital San Juan de Dios.

** Residente de Cirugía Hospital San Juan de Dios.

en divertículos faringoesofágicos se limita a estudios de investigación'. En un buen número de pacientes (10) coexisten trastornos esofágicos que se deben investigar con el esofagrama. Dichas entidades patológicas son en orden de frecuencia las siguientes A.) hernia hiatal, B.) otros divertículos esofágicos, C.) acalasia.

TRATAMIENTO:

Los 5 pacientes tratados quirúrgicamente en 5 años en un solo tiempo nos ha dado buenos resultados, no hemos sabido de recidivas, aunque el contacto con algunos de ellos se ha perdido. Como la mayoría de los pacientes son de edad avanzada deben requerir una valoración preoperatoria lo más adecuada posible. La operación en 2 tiempos ha pasado a ser útil en un limitado grupo de pacientes que presentan *diverticulitis* y *perdiverticulitis* intensas o bien que el divertículo sea muy grande y descienda mucho en el mediastino. Actualmente un 90% o más de las intervenciones se hacen en un solo tiempo, con mínima morbilidad y excelentes resultados. Como la mayoría de los divertículos están en la línea media o izquierda, el abordaje se hace en el lado izquierdo del cuello. Afortunadamente los del lado derecho son poco frecuentes y la disección y extirpación de estos divertículos es más difícil, pues la posición fija del cartílago cricoides y de la faringe impide girar la pared faríngea posterior lo suficiente para ver directamente la posición lateral derecha del saco y proceder a la reparación quirúrgica. Nos referiremos a la técnica del lado izquierdo por ser la más frecuente según las estadísticas y nuestros cinco pacientes.

TECNICA:

Se efectúa una incisión oblicua larga siguiendo el borde anterior del esternocleidomastoideo, se seccionan piel y músculo cutáneo, se separa hacia afuera el borde anterior del esternocleidomastoideo, se separa o secciona el omohioideo, se seccionan la vena tiroidea media y la arteria tiroidea inferior se moviliza entonces el tiroides, se identifica el nervio laríngeo recurrente y se disecciona en todo su trayecto cervical. Se descubre entonces el esófago y el divertículo el cual se disecciona de tejidos musculares o fibroalveolares que usualmente lo rodean con suma delicadeza para evitar la perforación. Es entonces en donde viene el paso

quirúrgico más importante cual es la identificación exacta del cuello del saco a cuyo nivel se debe efectuar el corte y evitar recidivas. Una vez identificado éste, se procede a su extirpación poniendo una pinza en el cuello del saco, no se debe efectuar mucha tracción pues puede producir estenosis esofágica posterior, es conveniente el uso de sonda naso-gástrica como guía en este paso. Como podemos apreciar existen dos problemas en este tiempo, si se extirpan más de lo necesario se produce estenosis, de ahí la importancia de seguir lo anotado exactamente, posteriormente el esófago se sutura con puntos de seda 000 separados e invertidos, se aproximan los músculos que producían el defecto por donde salía el divertículo con puntos separados de seda 000. Siempre dejamos un *penrose* en la parte inferior de la herida, la cual es suturada con Dermalon 0000 en puntos separados.

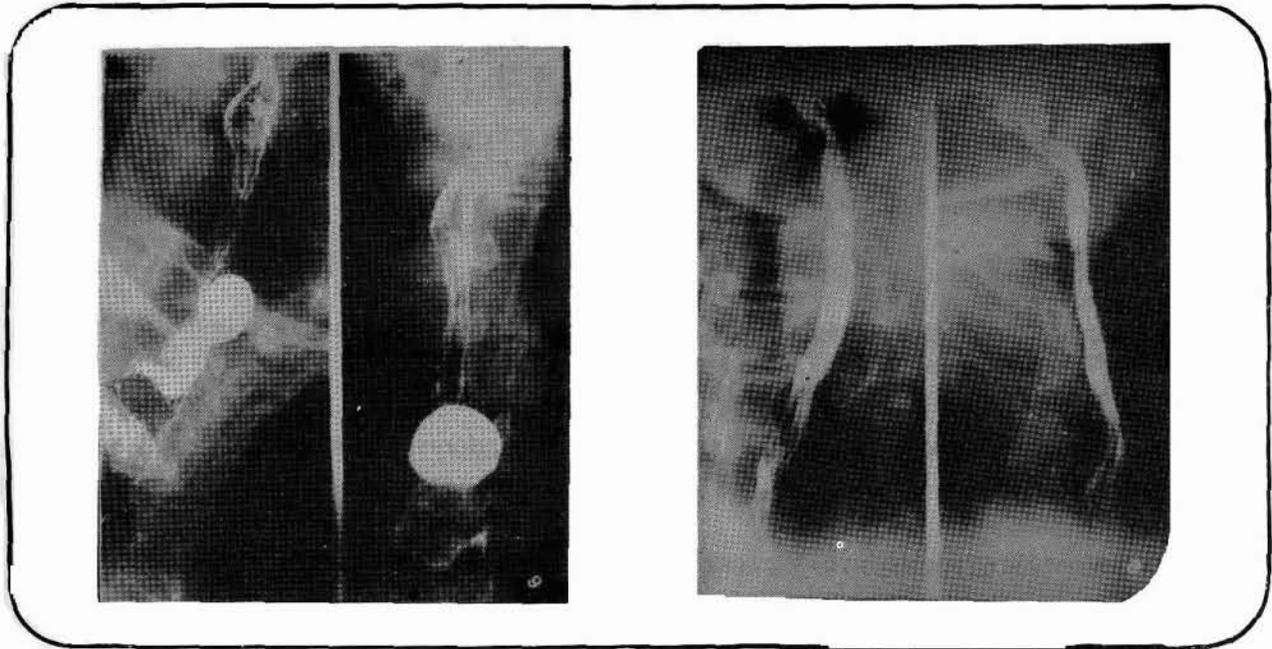
COMPLICACIONES:

Las complicaciones han sido señaladas por Dorsey (5) y son las siguientes

1.) Infección de la herida, cura usualmente con drenaje y antibióticos apropiados. 2.) Fístula, la cual en la gran mayoría de los casos cierra en forma espontánea. 3.) Estenosis esofágica

Esta complicación debe ser evitada durante el transoperatorio como ya se indicó. 4.) Lesión del recurrente. Puede ser prevenida con una buena exposición del nervio durante la operación. La paresia transitoria se puede observar por exceso de manipulación del mismo como ocurrió en uno de nuestros pacientes. 5.) Recurrencia. Las estadísticas (1-5-6-9) señalan la recidiva del divertículo de Zenker de 3.3% a 4% aproximadamente cuando se efectúa la intervención en un solo tiempo. Las complicaciones que observamos en nuestros pacientes fueron un caso de infección de la herida, un caso de paresia transitoria del recurrente y una fístula en otro que cerró espontáneamente.

Ilustramos el presente trabajo con radiografías de un enfermo en el preoperatorio con el divertículo clásico (RX No. 1) y placas de control tomadas tiempo después (RX No. 2) con curación completa.



RESUMEN:

Conviene tener presente en el diagnóstico diferencial de la patología esofágica al divertículo de Zenker cuyo diagnóstico se establece con el esofagograma. Este padecimiento además de ser muy molesto para el enfermo puede acarrearle complicaciones mortales. Su tratamiento es quirúrgico e insistimos en la técnica de un solo tiempo la cual si se ejecuta adecuadamente da excelentes resultados. Por último no debemos olvidar que en aproximadamente un 25^o/o de los pacientes coexiste otra patología esofágica que puede o no requerir tratamiento previo o posterior a la diverticulectomía según su importancia.

BIBLIOGRAFIA:

- 1.) Cooper R.A. Lateral Diverticulum of the Cervical Esophagus. J.A.M.A. 242: 415-423. Agosto 1979.
- 2.) Cornelle N.W. et al. A simplified Approach for removal of Senker diverticulum. Surg. Gynec. Obstet. 132:844-848. 1966.
- 3.) Dodds W.J. et al. Radial Distribution of esophageal peristaltic pressure in normal
- 4.) Dooner H. Gastroenterology. Salvat Ed. Barcelona. 7-18. 1978.
- 5.) Dorsey. J.M. et al. Long Term evaluation of pharyngo-esophageal diverticulotomy. Ann Surg. 173:680-685. 1971.
- 6.) Negus V.E. Zenker diverticula. Observations on their evolution and treatment. Brit J. Surg. 28:129-135. 1950.
- 7.) Peck A. Atlas of normal Anatomy Special Edition Davis & Geck. 22-24. 1974.
- 8.) Sodeman W.Z. Fisiopatología Clínica. N. 8 Saunders Co. Philadelphia Phil. 666-667. 1974.
- 9.) Water Van D.J. Safeguard in the repair of pharyngoesophageal diverticulum. Surg. Gynec. Obstet. 133:851-851. 1971.
- 10.) Welsh G.F. et al. Estado actual de la diverticulectomía en una etapa. Clínicas Quirúrgicas de Norte América. 953-957. 1973.