



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-174 - *TIPS AND TRICKS* EN EL ABORDAJE CERVICAL DEL DIVERTÍCULO DE ZENKER

Pérez Quintero, Rocio; Martínez Mojarro, Rocio; Vega Recio, Aránzazu; Tejada Gómez, Antonio; Balongo García, Rafael

Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Resumen

Objetivos: Los divertículos faringoesofágicos constituyen más del 60% de los divertículos del esófago siendo el más frecuente el divertículo de Zenker. Se producen por una hiperpresión mantenida como consecuencia de una asinergia o incoordinación entre la contracción de los constrictores faríngeos y la relajación del esfínter esofágico superior. A veces son asintomáticos. El síntoma más precoz es la disfagia (80-90%). Al aumentar el tamaño aparecen otros síntomas como halitosis, regurgitación, ruidos hidroaéreos, disfonía e incluso pérdida de peso en fases avanzadas. Se han descrito complicaciones respiratorias (30-40%) y malignización (0,3-7%). La prueba diagnóstica de elección es el tránsito baritado faringoesofagográfico. Respecto al tratamiento existe la posibilidad de realizar un tratamiento quirúrgico mediante diverticulectomía o diverticulopexia o tratamiento endoscópico (grapado o láser endoscópico). Exponemos el caso de un divertículo de Zenker tratado mediante abordaje cervical y los pasos a seguir en la cirugía.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 71 años sin antecedentes de interés. Estudiada en consultas de Digestivo por disfagia, halitosis y regurgitación nocturna siendo diagnosticada de divertículo de Zenker. Se realiza un estudio mediante esofagograma balitado, tomografía computarizada y endoscopia digestiva alta objetivándose la formación de un divertículo de unos 2,5 cm de cuello amplio dependiendo de la pared posterior del esófago cervical. Ante los hallazgos y los síntomas, se decide cirugía. Se descarta tratamiento endoscópico por el tamaño del mismo. Bajo anestesia general con hiperextensión cervical hacia la derecha se realiza un abordaje cervical. Se accede mediante cervicotomía presternocleidomastoidea izquierda baja, extendida a lo largo de diez centímetros desde la articulación esternoclavicular. Mediante la abertura de la aponeurosis cervical superficial se identifica el músculo omohioideo y esternotiroideo que se rechazan. Identificamos la glándula tiroides que se rechaza hacia medial tras seccionar la arteria tiroidea inferior y la vena tiroidea media y el paquete vascular hacia lateral. La búsqueda del nervio recurrente es inútil y peligroso. Tras estas maniobras ya se insinúa la bolsa diverticular que se traiciona con una pinza Babcock. Se trata de un divertículo posterior como en la mayoría de los casos. Se realiza la disección del mismo. Posteriormente miotomía del cricofaríngeo que en este caso realizamos antes de la diverticulectomía. Se realiza miotomía a nivel de la línea posterior extendiéndonos 2 cm por debajo y 2 cm por arriba del divertículo. Posteriormente diverticulectomía del mismo mediante una endoGIA tipo Signia con carga de 45 mm. La paciente es dada de alta a las 48h sin complicaciones con un informe histológico con ausencia de malignidad.



Discusión: El tratamiento se realizará en los pacientes sintomáticos independientemente del tamaño del divertículo. En la actualidad no hay evidencia en ensayos controlados aleatorizados que demuestren la superioridad de la cirugía endoscópica en comparación con procedimientos abiertos, tal y como muestra el metanálisis publicado por Rebecca et al en 2019. La indicación de tratamiento endoscópico suele realizarse en divertículos con un tamaño comprendido entre los 3-5 cm. La diverticulopexia puede proponerse en los pacientes de edad muy avanzada que no tolerarían una fístula.