



P-163 - DIVERTÍCULO DE ZENKER GIGANTE. ¿Y AHORA, QUÉ HACEMOS? CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE TRATAMIENTO

Cadaval Moreno, Luis; Aranzana Gómez, Aurelio; Ortega Ortega, Elena; Rodríguez-Carreño Díaz, Lucas; Chiva San Román, Ignacio

Complejo Hospitalario, Toledo.

Resumen

Introducción: El divertículo de Zenker consiste en la protrusión de la mucosa faríngea a través de una zona de debilidad en la pared posterior de la faringe (triángulo de Killian) entre músculo constrictor inferior y músculo cricofaríngeo. Los síntomas más característicos son la disfagia, halitosis, ruidos al tragar y la regurgitación alimentaria. El tratamiento está indicado en pacientes sintomáticos, pero existe controversia entre la vía quirúrgica (miotomía y diverticulectomía) o endoscópica.

Caso clínico: Varón de 66 años que ingresa de manera programada por divertículo de Zenker diagnosticado en consultas que refiere disfagia y pérdida de peso de larga duración. Se realiza endoscopia digestiva alta (con hallazgo de gran divertículo de Zenker en esófago superior con fondo de 6 cm), biopsia endoscópica (resultado de gastritis crónica, asociada a infección por *H. pylori*), estudio faringoesofagogastrico (tránsito conservado) y TAC Torácico con CIV (extensión intratorácica hasta región posterior de esófago proximal, condicionando desplazamiento anterior de tráquea y esófago proximal). Se realiza, vía abierta, miotomía extramucosa del músculo cricofaríngeo (4 cm) y del músculo constrictor (1 cm) y diverticulectomía seccionando con endoGIA dorada (60 mm) gran divertículo de Zenker de aproximadamente 10 cm. Se comprueba ausencia de fugas con instilación de azul de metileno. El posoperatorio cursa sin complicaciones y el paciente recibe el alta hospitalaria en el 3.º DPO con control radiológico correcto.



Discusión: El divertículo de Zenker es una patología con baja prevalencia, entre el 0,01 y 0,11% de la población, siendo más frecuente en varones entre la séptima y octava década de la vida. Consiste en una protrusión de la mucosa faríngea a través de una zona de debilidad de la faringe posterior: el triángulo de Killian (situado entre músculo constrictor inferior y músculo cricofaríngeo). La falta de elasticidad del músculo cricofaríngeo o la compresión directa del divertículo sobre el esófago pueden dar origen a los síntomas: disfagia, regurgitación de alimentos, halitosis, ruidos al traguar, pérdida de peso... El diagnóstico se apoya en pruebas complementarias como el tránsito baritado faringoesofágico, el TAC toracocervical o la radiografía simple. El tratamiento quirúrgico está indicado cuando el divertículo produce síntomas, independientemente de su tamaño. Las dos técnicas más empleadas son: la cirugía vía abierta consta de una miotomía del cricofaríngeo asociando o no actuación sobre el divertículo, ya sea diverticulectomía (normalmente con grapadora lineal) o diverticulopexia mediante la fijación del divertículo invertido a la fascia prevertebral. La técnica de elección más utilizada es la diverticulectomía dada la ausencia de recidiva, a diferencia de la diverticulopexia, a pesar de las posibles complicaciones (lesión del nervio recurrente (3,3%), fistula o perforación (0,6%), o infección (1,8%)). La cirugía endoscópica transoral consiste en la sección del septo entre esófago y divertículo mediante diferentes métodos, sea endoscopia rígida o flexible. La inadecuada visión debido a características anatómicas del paciente conlleva a la conversión a cirugía abierta en 8% de los casos. En definitiva, actualmente existe controversia sobre el tratamiento de elección en pacientes sintomáticos, siendo la vía abierta la más frecuente según la experiencia en técnicas endoscópicas del centro.