



## **DIVERTICULO DE ZENKER**

**Dr. Héctor Cid B.**

### **Introducción:**

El divertículo de Zenker (DZ) es un pseudodivertículo faríngeo que suele presentarse principalmente en la octava década de vida, complicándose con broncoaspiración y malnutrición. Su fisiopatología se debe a la coexistencia de una zona relativamente débil de la pared posterior de la faringe (triángulo de Killian) junto con una hipertonia o incoordinación del músculo cricofaríngeo. Esto produce un aumento de presión sobre la pared posterior de la faringe, llevando a la herniación de la mucosa y submucosa a través de las fibras musculares.

### **Epidemiología**

No existen actualmente datos estadísticos nacionales, y la prevalencia en la población general según la literatura internacional oscila entre el 0,01 y el 0,11%. Aproximadamente el 2% de los estudios radiológicos por disfagia lo muestra como causa de la misma.

### **Presentación clínica**

- Asintomáticos
- Disfagia
- Dolor torácico alto
- Regurgitación
- Tos y disnea
- Signo Boyce (ruidos hidroaéreos cervicales)
- Gusto memorativo
- Cuadros pulmonares
- Anorexia
- Caquexia

### **Métodos y procedimientos diagnóstico:**

- Rx EED
- Endoscopía
- TAC tórax y RNM

### **Principales clasificaciones:**

**Lahey (tres estadios)**



- 1) El divertículo es una simple evaginación de la pared posterior, en este estadio el eje del orificio es vertical.
- 2) La evaginación es mayor y dicho eje sigue una dirección oblicua hacia atrás.
- 3) El divertículo es una bolsa cuya boca es horizontal y compite con la luz del esófago.

## Tratamiento

Depende del tamaño, edad y sintomatología. Todo paciente sintomático debiera ser candidato a cirugía.

El tratamiento estándar hasta ahora ha sido la resección del divertículo y sección del esfínter crico-faríngeo.

Ultimamente han surgido alternativas endoscópicas. Cuando se compara el procedimiento endoscópico con la cirugía abierta no hay diferencia en la morbimortalidad y en los resultados alejados, pero si los hay a favor del primero en cuanto al tiempo operatorio y de hospitalización, además de ser una opción en pacientes de alto riesgo quirúrgico. De ser factible, el manejo mínimamente invasivo mediante endoscopia debiera ser el tratamiento de primera línea. La cirugía abierta estaría sólo indicada en pacientes jóvenes y/o divertículos de gran tamaño, y como tratamiento de rescate tras el fallo de técnicas endoluminales.

## Alternativas quirúrgicas actuales:

- Extirpación y cricomiectomía
- Cricomiectomía sin extirpación (menores de 2 cms)
- Invaginación y cricomiectomía (menores 3 cms)
- Diverticulotomía endoscópica (con y/o sin stappler)

## Preparación preoperatoria:

1. Régimen oral cero por 6 horas. El día anterior debe quedar con régimen líquido.
2. Antibióticos profilácticos: Mono dosis preoperatoria inmediata.
3. Sedación de acuerdo a pautas generales.

## Pronóstico y Seguimiento

Los resultados del tratamiento endoscópico en cuanto a incidencia de complicaciones y mejora de los síntomas clínicos (disfagia, regurgitación, tos crónica, neumonía por aspiración, etc.) son similares a los de la cirugía convencional tanto endoluminal como extraluminal, con tasas de resolución clínica entre el 85 y 100%. No obstante, la mayoría de estudios endoscópicos reportan cortos periodos de seguimiento, lo que probablemente infravalora la tasa real de recidivas y retratamientos.



## **Manejo de los principales procedimientos empleados**

### **Manejo postoperatorio endoscópico:**

1. Régimen cero por 24 horas, luego líquido.
2. Realimentación oral progresiva.
3. Alta tras realimentación oral adecuada, 24-48 hrs.
4. Control en policlínico: 7º, 30 y 90 días del postoperatorio.
5. Control clínico. En caso de sospecha clínica de recidiva estudiar de acuerdo a pautas respectivas.

### **Manejo postoperatorio abierto:**

1. Régimen cero por 4-5 días. Posición semisentado
2. Sonda nasogástrica: aspirar cada 6 horas hasta volumen inferior a 300 cc y aspecto claro.
3. Alimentación enteral a través de sonda nasogástrica instalada en el intraoperatorio, una vez desaparecido el ileo intestinal.
4. Realimentación oral progresiva en base a papilla en concentraciones y volúmenes progresivos después del séptimo día y previo estudio radiológico de anastomosis cervical que demuestre ausencia de fístula.
5. Retiro de drenaje cervical de acuerdo a débitos y aspecto.
6. Alta tras realimentación oral adecuada.
7. Control en policlínico: 7º, 30 y 90 días del postoperatorio.
8. Control clínico. En caso de sospecha clínica de recidiva estudiar de acuerdo a pautas respectivas.

## **Bibliografía**

Juzgado D, Brullet E, Gonzalez-Huix F et al. Flexible endoscopic mucomyotomy of Zenker's diverticulum using a tissue sealing device. A multicenter prospective pilot study: *Gastrointest Endosc* 2010; 71: AB235.

Endoscopic treatment of Zenker diverticulum, Todd H. Baron, MD, Division of Gastroenterology and Hepatology, Mayo Clinic, 2013.

Costamagna G, Iacopini F, Tringali A, et al. Flexible endoscopic Zenker's diverticulotomy: cap-assisted technique vs. diverticuloscope-assisted technique: *Endoscopy* 2007;39:146–52.

Dzeletovic I, Ekbohm DC, Baron TH. Flexible endoscopic and surgical management of Zenker's diverticulum: *Expert Rev Gastroenterology Hepatology* 2012;4:449–65.

Divertículo de Zenker, Cirugía digestiva, F Galindo 2009, 1-163, pag. 1-13.



Servicio de Cirugía  
Cirugía digestiva alta  
Hospital Clínico San Borja-Arriarán

Universidad de Chile  
Facultad de Medicina  
Dr. Héctor Cid B.



Kumoi K, Ohtsuki N, Teramoto Y: Pharyngo-esophageal diverticulum arising from Laimer's triangle : Eur.Arch. Otorhinolaryngol. 2001 May; 258 (4):184-7.

Richtsmeier WJ: Endoscopic management of Zenker diverticulum: The stapler-Assisted Approach : Am.J. Med. 2003. 115 (3A):175S-178S.

Aly A, Devitt PG, Jamiesson GG. Evolution of surgical treatment for pharyngeal pouch: Br J Surg 2004: 91:657-64.

Open surgery for Zenker's diverticulum, Philip A. Weissbrod, MD, Albert L. Merati, MD, FACS, Operative Techniques in Otolaryngology, Vol 23, No 2, June 2012.

Johanna Wilmsen, Robert Baumbach, Dietmar Stüker: New flexible endoscopic controlled stapler technique for the treatment of Zenker's diverticulum: A case series: World J Gastroenterology 2017 May 7; 23(17): 3084-3091.