

Experiencia de 20 años en el manejo del divertículo de Zenker en un hospital de 3^{er} nivel

J. Ruiz-Tovar, J. Pérez de Oteyza, M. V. Collado, R. Rojo y A. García-Villanueva

Departamento de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

RESUMEN

El divertículo de Zenker es una deformación de la pared posterior de la faringe con aspecto de saco que aparece por encima del nivel del esfínter esofágico superior, originado por un trastorno funcional del músculo cricofaríngeo. Describimos la experiencia adquirida en el diagnóstico y tratamiento del divertículo de Zenker desde 1985 hasta la actualidad en un hospital de 3^{er} nivel. Revisamos los datos clínicos de 27 pacientes (78% varones) con una edad media de 60,4 años. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron disfagia, regurgitación, sialorrea, tos y pérdida de peso. Todos los casos fueron diagnosticados mediante esofagograma. El tratamiento fue en el 74% de los casos diverticulectomía más miotomía cricofaríngea. Aparecieron complicaciones en el 5 pacientes (21%) y recidiva en 1 caso (4%), que se correspondía a uno de los 3 pacientes en los que se realizó diverticulectomía sin asociar miotomía del músculo cricofaríngeo, no existiendo recidivas en los casos en que sí se realizó miotomía.

Palabras clave: Divertículo de Zenker. Divertículo faringoesofágico. Miotomía cricofaríngea. Diverticulectomía. Diverticulopexia.

INTRODUCCIÓN

El divertículo de Zenker fue descrito por primera vez en 1769 por Ludlow (1). Se trata de una deformación de la pared posterior de la faringe con aspecto de saco que aparece en la línea media posterior entre los músculos tirofaríngeo y cricofaríngeo, por encima del nivel del esfínter esofágico superior. En la actualidad se acepta que se origine por un trastorno primario del músculo cricofaríngeo, que no se relaja de forma adecuada, conllevando una alta presión dentro de la faringe durante la deglución y formación de un divertículo de pulsión secundario. A día de hoy, su naturaleza exacta continúa siendo confusa con discrepancias entre numerosos estudios (2).

Tanto el trastorno cricofaríngeo como la presencia del saco condicionan la aparición de síntomas. Los síntomas más frecuentes son disfagia, regurgitación y halitosis, aunque en ocasiones se manifiesta como ruido durante la deglución o la presencia de una masa en el cuello (3). El

tratamiento actual del divertículo de Zenker sintomático es quirúrgico, abordándose tanto el divertículo como el músculo cricofaríngeo.

El objetivo de este trabajo es describir la experiencia adquirida en el diagnóstico y tratamiento del divertículo de Zenker en un hospital de 3º nivel durante un periodo de 20 años.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos un estudio retrospectivo de 27 pacientes diagnosticados de divertículo de Zenker en el Hospital Ramón y Cajal (Madrid) durante el periodo comprendido entre marzo de 1985 y septiembre de 2005. Los datos clínicos se obtuvieron de la revisión de las historias clínicas de los pacientes.

Se realizó un estudio estadístico descriptivo, utilizando el programa informático SPSS 11.5 para Windows. Las variables cuantitativas que seguían una distribución normal fueron definidas por media e intervalo de valores. En las variables que no seguían una distribución gaussiana se utilizó como medida de centralización la mediana en lugar de la media. Las variables cualitativas fueron definidas por número de casos y porcentaje.

Técnica quirúrgica

Tras inducción de anestesia general se coloca al paciente en decúbito supino con el cuello rotado hacia el lado derecho. Se realiza una cervicotomía izquierda sobre el borde anterior del músculo esternocleidomastoideo, que es rechazado lateralmente. Se realiza retracción del vientre anterior del músculo omohioideo sin seccionarlo. Posteriormente se procede a la ligadura y sección de los paquetes vasculares tiroideos superior y medio y a la identificación del nervio laríngeo recurrente izquierdo para evitar dañarlo. Tras rodear el esófago cervical, se comienza con la disección del divertículo y su cuello, seguido en la mayoría de los casos de una miotomía de 2-4 cm del músculo cricofaríngeo. Finalmente se secciona el divertículo y se cierra la pared esofágica bien de forma mecánica mediante GIA con puntos de refuerzo posteriores o de forma manual con puntos sueltos. Se deja un drenaje en lecho quirúrgico y se cierra la incisión.

RESULTADOS

Los datos de los 27 pacientes se resumen en la tabla I.

La disfagia que presentaban los pacientes era tanto para sólidos como para líquidos. La regurgitación era de alimento ingerido o de contenido alimentario parcialmente digerido y se acentuaba con el decúbito. Los casos asintomáticos fueron diagnosticados incidentalmente al realizárseles un esofagograma por otro motivo.

Tabla I

Edad	60,4 años (intervalo 43-91 años)		
Sexo	Varón	21 casos	(78%)
	Mujer	6 casos	(22%)
Manifestaciones clínicas	Regurgitación	25 casos	(93%)
	Disfagia	24 casos	(89%)
	Sialorrea	6 casos	(22%)
	Pérdida de peso	6 casos	(22%)
	Tos	6 casos	(22%)
	Halitosis	5 casos	(19%)
	Neumonía aspirativa	5 casos	(19%)
	Disfonía	3 casos	(11%)
	Masa en cuello	2 casos	(7%)
Asintomático	4 casos	(15%)	
Duración media de los síntomas hasta el diagnóstico	15 meses (intervalo 4-36 meses)		
Pruebas complementarias	Esofagograma	27 casos	(100%)
	Esofagoscopia	9 casos	(33%)
	Manometría esofágica	3 casos	(11%)
	TC torácico	1 caso	(4%)
Tamaño medio	2,9 cm (intervalo 1,2-4,5 cm)		
Tratamiento	-Diverticulectomía asociada a miotomía del cricofaríngeo	20 casos	(74%)
	-Diverticulectomía sin miotomía	3 casos	(11%)
	-Gastrotomía de alimentación (pacientes inoperables)	1 caso	(4%)
	-Observación (pacientes asintomáticos)	3 casos	(11%)
Duración media de la cirugía	95 minutos (intervalo 55-130 min)		
Mediana de estancia hospitalaria	6 días (intervalo 3-23 días)		
Porcentaje de recidiva post-quirúrgica	1 caso		(4%)
Tasa de complicaciones post-quirúrgicas	5 casos		(21%)

Observamos que el 19% de los casos presenta hernia de hiato en el esofagograma.

La manometría esofágica observó un esfínter esofágico superior (EES) hipertenso en los 3 casos en que se realizó. En 2 pacientes además se observó una relajación incompleta del EES e incoordinación faringo-esofágica. La TC torácica fue realizado en un caso de neumonía aspirativa y mostró una dilatación de esófago cervical, sugerente de divertículo de Zenker, que fue confirmado posteriormente mediante esofagograma.

En la mayoría de los casos intervenidos quirúrgicamente se inició la tolerancia oral a las 24-48 horas. La anatomía patológica no demostró en ningún caso la presencia de carcinoma asociado al divertículo de Zenker.

Se realizó seguimiento de los 24 pacientes operados a los 6 meses. El único caso que presentó recidiva del divertículo fue uno en el que se realizó diverticulectomía sin miotomía del músculo cricofaríngeo, apareciendo de nuevo la sintomatología a los 23 meses de la intervención. Se reoperó al paciente, realizando nueva diverticulectomía y miotomía del cricofaríngeo.

Las complicaciones post-quirúrgicas fueron 1 caso de estenosis esofágica superior a las 3 semanas de la cirugía, resolviéndose mediante dilataciones endoscópicas. Un caso presentó parálisis recurrencial transitoria, que cedió con tratamiento esteroideo. Un paciente desarrolló un absceso cervical al mes de la intervención que requirió drenaje quirúrgico y antibioterapia. En 2 sujetos apareció una fístula esofágica que se resolvió mediante tratamiento conservador (nutrición parenteral).

DISCUSIÓN

El divertículo de Zenker es una patología poco frecuente en edades tempranas de la vida, por lo que se considera que es una entidad adquirida. El predominio de esta patología en edades avanzadas de la vida descrito en la literatura coincide con nuestros datos (3). Sin embargo algunos autores han descrito una asociación familiar (4). Llama la atención el claro predominio de esta patología en varones que aparece en nuestros casos, lo que ya describen otros autores (5,6).

Además de los síntomas típicos del divertículo de Zenker (disfagia, regurgitación y halitosis) llama la atención la aparición de pérdida de peso, que se puede atribuir a la disfagia, evitando el paciente en muchas ocasiones la ingesta de alimentos, y la neumonía por aspiración del contenido del divertículo (5). Peracchia y cols. (6) describen la aparición de neumonía aspirativa recurrente hasta en un 20% de los casos.

Llama la atención la coexistencia de divertículo de Zenker con hernia de hiato, patología bastante frecuente en individuos de edad avanzada; Dodds (7) describe una prevalencia en población general de la enfermedad por reflujo gastroesofágico y hernia de hiato de cerca del 60% en el sexto decenio de la vida. Al coincidir con el mismo intervalo de edad que el divertículo de Zenker es más probable que se trate de coexistencia de ambos procesos, que no de una asociación de las mismas con una base patogénica común.

El esofagograma con papilla de bario es la prueba diagnóstica más utilizada para el diagnóstico de las enfermedades esofágicas, entre ellas el divertículo de Zenker, en la que es prueba de primera elección. La esofagoscopia es el método más directo para establecer la causa de una disfagia mecánica. Sin embargo, en el divertículo de Zenker existe el riesgo de introducir el fibroscopio dentro del divertículo y provocar una perforación, por lo que se considera como prueba de segunda elección, aconsejándose la realización previa de esofagograma que ayude al endoscopista a la hora de realizar la prueba. De todas formas, en centros con gran experiencia en endoscopia, se está utilizando como prueba de primera elección. La manometría registra las presiones en las distintas zonas del esófago y determina la alteración del EES en el divertículo de Zenker (8).

Ninguno de nuestros casos presentó carcinoma asociado al divertículo de Zenker. Bradley y cols. (9) describe la aparición de carcinoma dentro del divertículo en 0,4% de los divertículos, hecho poco frecuente, pero que debe ser tenido en cuenta.

En nuestra serie, en los 23 casos operados (en un paciente se realizó gastrostomía de alimentación), la intervención se realizó por vía abierta, realizándose diverticulectomía asociada a miotomía del músculo cricofaríngeo en la mayoría de ellos. Algunos autores han descrito una menor tasa de recidiva cuando a la diverticulectomía se añade miotomía del cricofaríngeo (10), pero hay muy pocos estudios comparativos que lo confirmen. En nuestra experiencia, el único paciente que presentó recidiva fue uno de los tres casos a los que se realizó diverticulectomía sin asociar miotomía. Lerut y cols. (10) también describen una mayor tasa de complicaciones cuando se realiza diverticulectomía simple que cuando se asocia a miotomía (21,7 frente a 11,3%, respectivamente). En nuestra serie todas las complicaciones descritas aparecen en casos en los que se asoció miotomía, salvo el paciente que sufrió una parálisis recurrencial transitoria, en que sólo se había realizado diverticulectomía. Konowitz y Biller (11) describen que la diverticulopexia asociada a miotomía cricofaríngea es otra técnica alternativa a la hora de realizar cirugía abierta, que presenta menor morbilidad y estancia hospitalaria que la diverticulectomía, con la misma efectividad. En este abordaje se suspende el divertículo, suturándolo a la fascia retrofaríngea o al ligamento espinal anterior. Aly y cols. (3) recomiendan que los divertículos menores de 1 cm sean tratados mediante miotomía cricofaríngea exclusivamente, los divertículos de tamaño moderado mediante diverticulopexia asociada a miotomía y los de gran tamaño mediante diverticulectomía asociada a miotomía.

Recientemente, las técnicas endoscópicas en la cirugía del divertículo de Zenker están ganando muchos adeptos. En esta técnica el cirujano secciona mediante electrocoagulación o endograpadora la mucosa y el músculo de la pared que separa la luz del divertículo de la del esófago. Este abordaje presenta numerosas ventajas: menos morbilidad, menor tiempo hasta reanudar la ingesta oral, menor tiempo de hospitalización y convalecencia, menor tiempo quirúrgico e igual eficacia que el abordaje abierto (12-14), así como menor coste económico, por lo que se está convirtiendo en el tratamiento de elección del divertículo de Zenker (15). Safden y cols. (12) realizan un estudio comparativo entre técnica endoscópica y cirugía abierta, describiendo una importante disminución del tiempo de estancia hospitalaria con la técnica endoscópica (10 vs. 3,9 días), comenzando la ingesta oral al día siguiente de la intervención, y una mayor satisfacción de los pacientes, obteniendo resultados equiparables a los de la cirugía abierta en términos de efectividad, complicaciones y recidiva. Von Doersten y Byl (16) describen en una serie de 40 casos

resultados satisfactorios en el 90% de los pacientes, con tasas de morbilidad y recurrencia del 5-10%. Las complicaciones más graves aunque muy poco frecuentes fueron: hemorragia, neumomediastino y mediastinitis. Otras complicaciones menores que aparecieron fueron dolor de garganta, laceraciones de la mucosa oral, parálisis temporal de cuerdas vocales y sensación de cuerpo extraño en la garganta (en los casos en que se usa endograpadora por la presencia de las grapas). Aly y cols. (3) recomiendan en su revisión del tema no usar la endograpadora en divertículos menores de 2 cm ni en mayores de 10 cm por dificultad técnica. En caso de recurrencia del divertículo la reintervención por vía endoscópica es factible sin aumentar la morbilidad, a diferencia de lo que ocurre en el abordaje abierto (17).

CONCLUSIÓN

El divertículo de Zenker es una entidad que condiciona una sintomatología que en ocasiones es leve, pero afecta a la calidad de vida del paciente, pero en otras ocasiona patologías potencialmente graves (pérdida de peso y desnutrición secundaria a la disfagia o neumonías por aspiración), por lo que se debe tratar todo divertículo de Zenker sintomático. El esofagograma sigue siendo la prueba de primera elección para su diagnóstico, aunque la esofagoscopia en manos de endoscopistas experimentados está ganando terreno progresivamente. El tratamiento más empleado en nuestro medio es la diverticulectomía asociada a miotomía del músculo cricofaríngeo, asociándose las recidivas a la no realización de la miotomía.