

Cartas al Director

Divertículo de Zenker: diagnóstico mediante radiografía simple

Palabras clave: Divertículo. Zenker. Radiografía.

Key words: Diverticulum. Zenker. Radiography.

Sr. Director:

El divertículo esofagofaríngeo o de Zenker se localiza típicamente en la línea media de la pared posterior de la hipofaringe. Su prevalencia en la población general es baja entre el 0,01 y el 0,11%, y se presenta con mayor frecuencia en varones, entre la séptima y octava década de la vida (1). La fisiopatología es desconocida, aunque depende fundamentalmente de los cambios estructurales que se producen en la pared muscular de la hipofaringe (degeneración de las fibras musculares, sustitución por tejido adiposo, fibrosis y necrosis), facilitados por la incoordinación faríngeo-esofágica y las condiciones propias de cada individuo (1). El síntoma más frecuente es la disfagia y cuando el saco faríngeo se hace lo bastante grande para retener contenido aparecen episodios de aspiración pulmonar, una masa en el cuello, halitosis, regurgitación de alimentos hacia la boca, vómitos alimentarios, cambios en la voz y pérdida de peso (2). En raras ocasiones existe obstrucción esofágica secundaria a un bolo retenido.

Un gran divertículo se puede diagnosticar por una placa simple de cuello, donde se identifica un nivel hidroaéreo, pero lo más habitual es el diagnóstico tras un estudio baritado. En nuestro caso, un varón de 63 años que ingresa por disfagia, vómitos postprandiales de 5 meses de evolución y pérdida de 10 kg de peso el diagnóstico se realizó con una radiografía de tórax potero-anterior y lateral en la que se observa un nivel hidroaéreo a nivel del esófago con desplazamiento anterior de la tráquea (Figs. 1 y 2). La endoscopia se debe de emplear cuando se

sospecha carcinoma y ocasionalmente la ecografía ha demostrado ser útil (3).

El tratamiento de elección es el quirúrgico (exéresis del divertículo o la miotomía del cricofaríngeo). Recientemente se están aplicando nuevos tratamientos mínimamente invasivos



Fig. 1. Rx simple lateral de tórax. Imagen hidroaérea esofágica con desplazamiento traqueal anterior.



Fig. 2. Rx antero-posterior de tórax: Nivel hidroaéreo esofágico y ensanchamiento mediastínico en tercio superior.

con resultados excelentes que disminuyen de forma significativa la morbimortalidad. Entre ellos destacan las técnicas endoscópicas como es la separación mediante una grapadora del tabique entre el divertículo y la boca del esófago que exige un alto grado de destreza endoscópica (4,5).

R. Lana, J. L. Mendoza¹, A. I. Lérica, J. L. Rodríguez-Agulló¹
y M. Díaz-Rubio¹

*Servicio de Urgencias y ¹Aparato Digestivo.
Hospital Clínico San Carlos. Madrid*

Bibliografía

1. Watemberg S, Landau O, Avrahami R. Zenker's diverticulum: reappraisal. *Am J Gastroenterol* 1996; 91 (8):1494-8.
2. Molins L, Lluís J, Galofre M. Zenker's diverticulum. The clinical manifestations and treatment. *Rev Esp Enferm Dig* 1992; 81 (5): 313-5.
3. Yahara T, Machi J. Image of the month. Zenker diverticulum. *Arch Surg* 2002; 137 (5): 619-20.
4. Richtsmeier WJ. Endoscopic management of Zenker diverticulum: the staple-assisted approach. *Am J Med* 2003; 115 (Supl. 3): 175-8.
5. García Pérez I, Pozo Fidalgo F, Ricarte Pérez P, García-Morán M. Esophagodiverticulostomy for the treatment of Zenker's diverticulum. *Rev Esp Enferm Dig* 2002; 94 (3): 172-3.