

*International*

---

# **PERSPECTIVES IN SURGERY**



## **TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL DIVERTÍCULO DE ZENKER**

Dres. Alfredo Caro Mancilla, María Teresa Espín Jaime, Elías del Amo Olea

Servicio de Cirugía General  
Complejo Hospitalario de Cáceres

---

UN SERVICIO DE MERCK SHARP & DOHME A LOS CIRUJANOS

---

## AUTORES

Alfredo Caro Mancilla\*  
María Teresa Espín Jaime\*\*  
Elías del Amo Olea\*\*\*

\* Jefe de Sección.

\*\* Facultativa Especialista de Área.

\*\*\* Jefe de Servicio.

Servicio de Cirugía General  
Complejo Hospitalario de Cáceres



**Dr. Alfredo Caro Mancilla**



**Dra. María Teresa Espín Jaime**



**Dr. Elías del Amo Olea**



**Complejo Hospitalario de Cáceres**

El contenido de esta información refleja las conclusiones y hallazgos propios de los autores y no son necesariamente los de MERCK & CO., INC., ni los de ninguna de sus afiliadas. Se presenta como un servicio a la profesión médica. Una información más detallada, y la aceptada por la compañía respecto a indicaciones, dosificación, administración, contraindicaciones, precauciones y efectos secundarios, está contenida en la Ficha Técnica del producto correspondiente.

# TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL DIVERTÍCULO DE ZENKER

Alfredo Caro Mancilla  
María Teresa Espín Jaime  
Elías del Amo Olea

## INTRODUCCIÓN

El divertículo faringoesofágico o divertículo de Zenker es un divertículo por pulsión que nace en el esófago cervical por la disfunción del esfínter esofágico superior. La relajación incompleta y defectuosa del músculo cricofaríngeo lleva a un aumento de la presión intraluminal que produce un prolapso de la mucosa esofágica a través de un punto débil de la pared posterior (1).

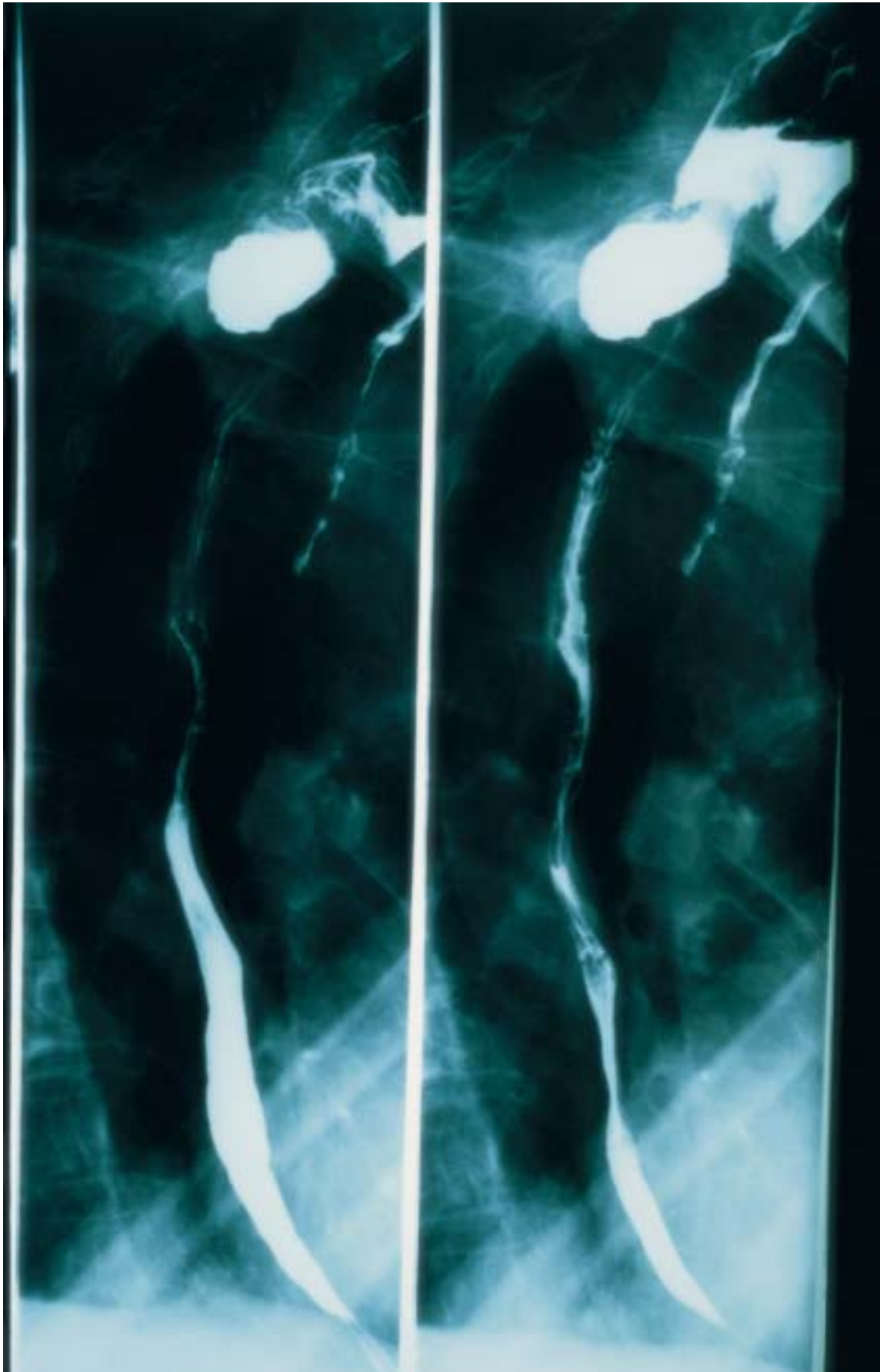
La mayoría de los divertículos son sintomáticos desde el principio. Los síntomas son progresivos y consisten en disfagia alta, deglución ruidosa y regurgitación espontánea con o sin episodios de tos, insuficiencia respiratoria y sensación de asfixia. Los alimentos son recientes, no digeridos. Llevan a pérdida de peso, anorexia por miedo a la deglución, neumonías aspirativas con abscesos pulmonares y ocasionalmente puede ser asiento de neoplasias y de perforaciones diverticulares (2).

El diagnóstico se consigue con el estudio radiológico esofágico. Normalmente el esofagograma es suficiente apreciándose el paso de contraste al divertículo informando de la dinámica diverticular, vaciamiento y retención (figs. 1 y 2). La esofagoscopia suele ser dificultosa y entraña el peligro de la perforación, permitiendo, sin embargo, descartar neoplasias a este nivel. La manometría observa incoordinación entre la contracción faríngea y la relajación del músculo cricofaríngeo así como trastornos motores del esfínter esofágico inferior (3).

El tratamiento es quirúrgico, lo antes posible una vez llegado al diagnóstico dada las complicaciones, sobre todo pulmonares. Es conveniente una profilaxis antibiótica de amplio espectro dadas las retenciones diverticulares. Recientemente se ha comunicado tratamiento endoscópico mediante láser y electrocoagulación, técnica de Dohleman (4) y endosutura mecánica (5).



*Fig. 1. Esofagograma con bario, proyección A.P.: el contraste rellena el divertículo con paso parcial a la tráquea.*



*Fig. 2. Esofagograma con bario, proyección L.: imagen diverticular suspendida en la cara posterior de la unión faringoesofágica. Tráquea con contraste aspirado.*

## TÉCNICA QUIRÚRGICA

Generalmente bajo anestesia general o con bloqueo cervical regional, la técnica quirúrgica de elección es la diverticulectomía con miotomía cricofaríngea (6, 7). Se accede por incisión cervical oblicua izquierda siguiendo el borde anterior del músculo esternocleidomastoideo. Tras seccionar el músculo omohioideo y la vena tiroidea inferior que cruzan transversalmente (fig. 3) se consigue el desplazamiento anterior del lóbulo tiroideo izquierdo, observándose el nervio recurrente izquierdo que asciende a este nivel, así como el fondo diverticular

(fig. 4). Se libera el saco de las adherencias a la cara posterior esofágica y espacio prevertebral hasta el cuello diverticular (figs. 5 y 6). Una vez liberado el cuello del divertículo de Zenker se realiza miotomía cricofaríngea y esofágica con una longitud aproximada de 5 cm (fig. 7). Se procede a la sección del divertículo con sutura mecánica Roticulator 55-4.8 (figs. 8, 9 y 10). Se finaliza la intervención con el cierre por planos dejando un drenaje tipo Penrose a nivel del espacio retrofaríngeo (fig. 11). Se remite la pieza para estudio anatomopatológico (figs. 12 y 13).

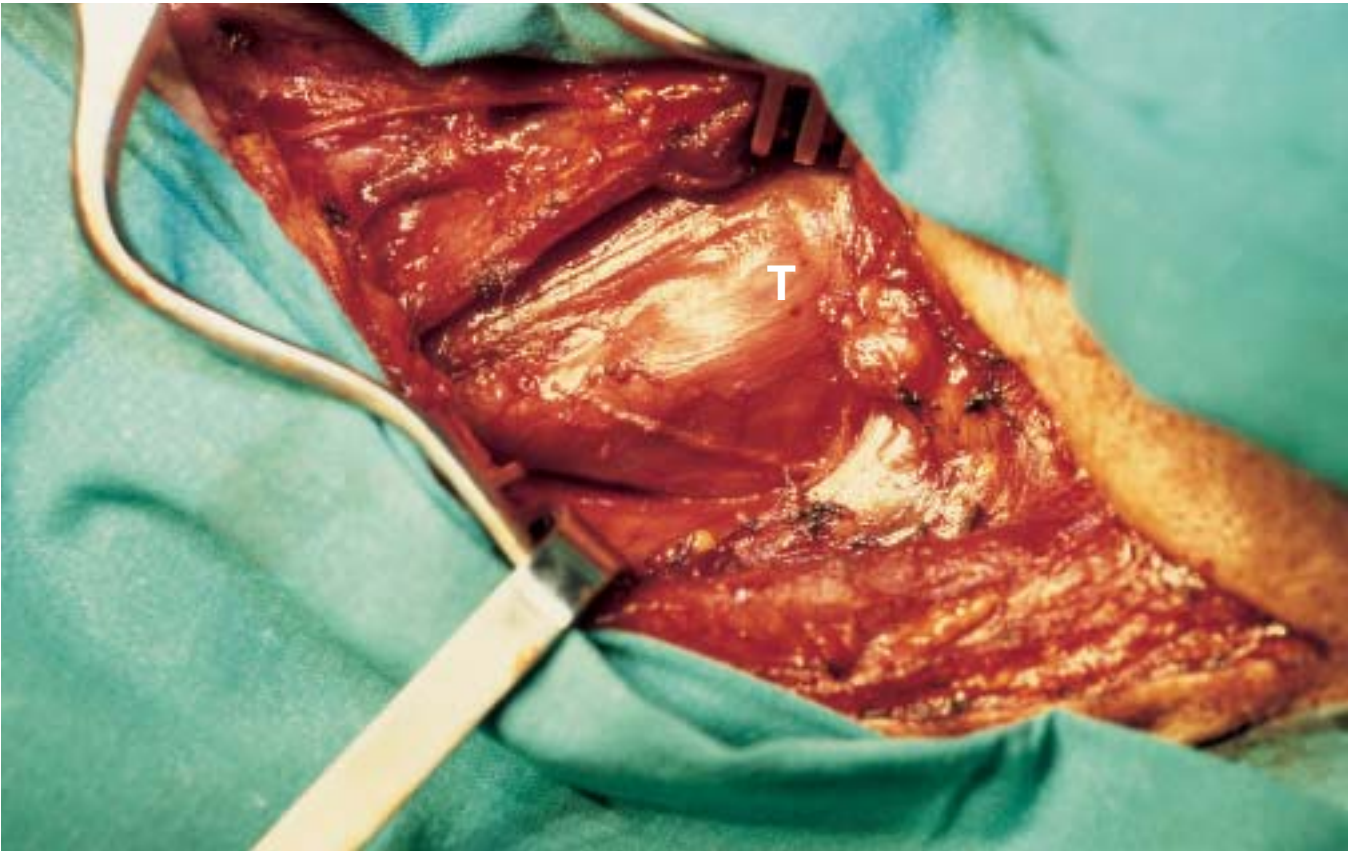


Fig. 3. Campo operatorio tras la sección del músculo omohioideo y vena tiroidea inferior. T: Tiroides

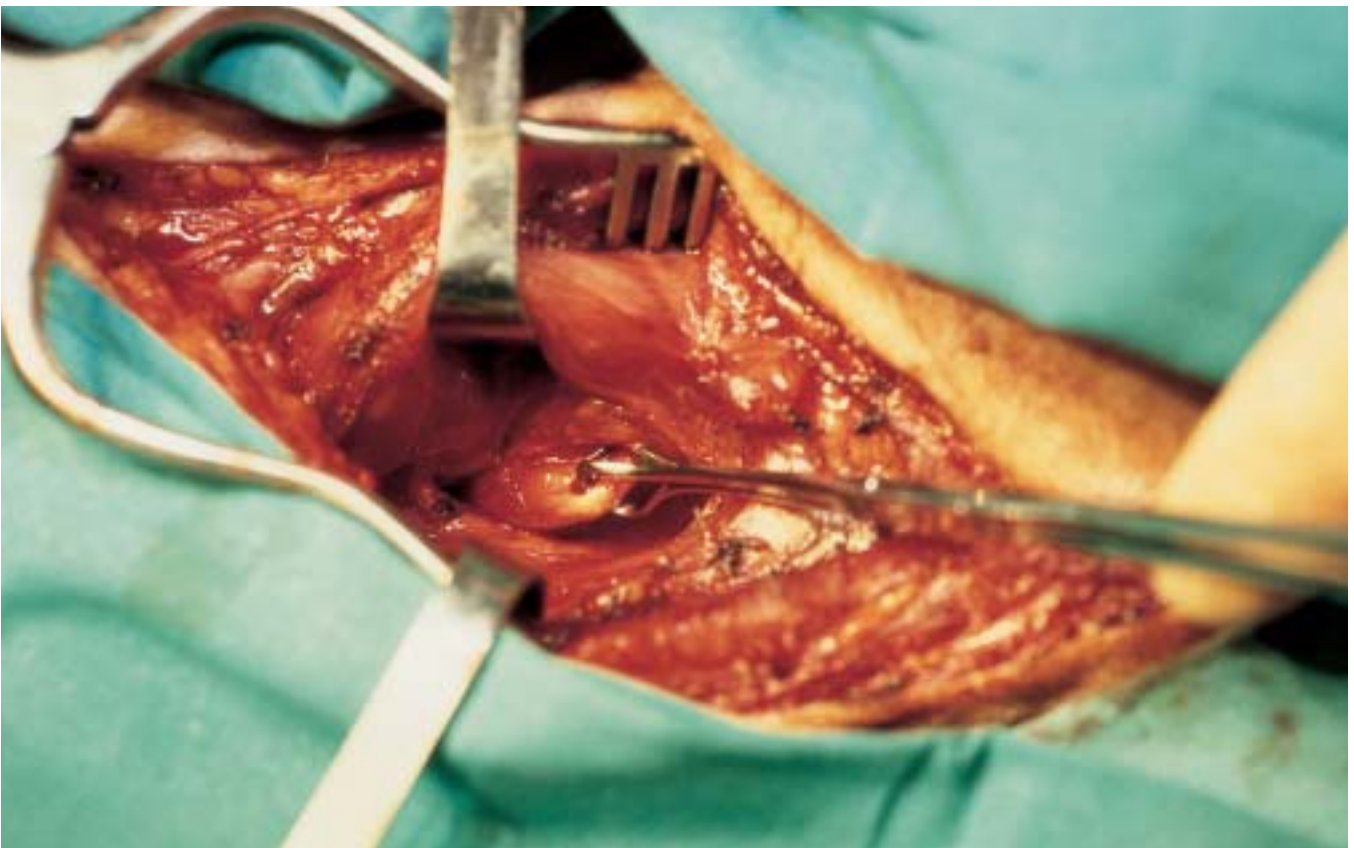
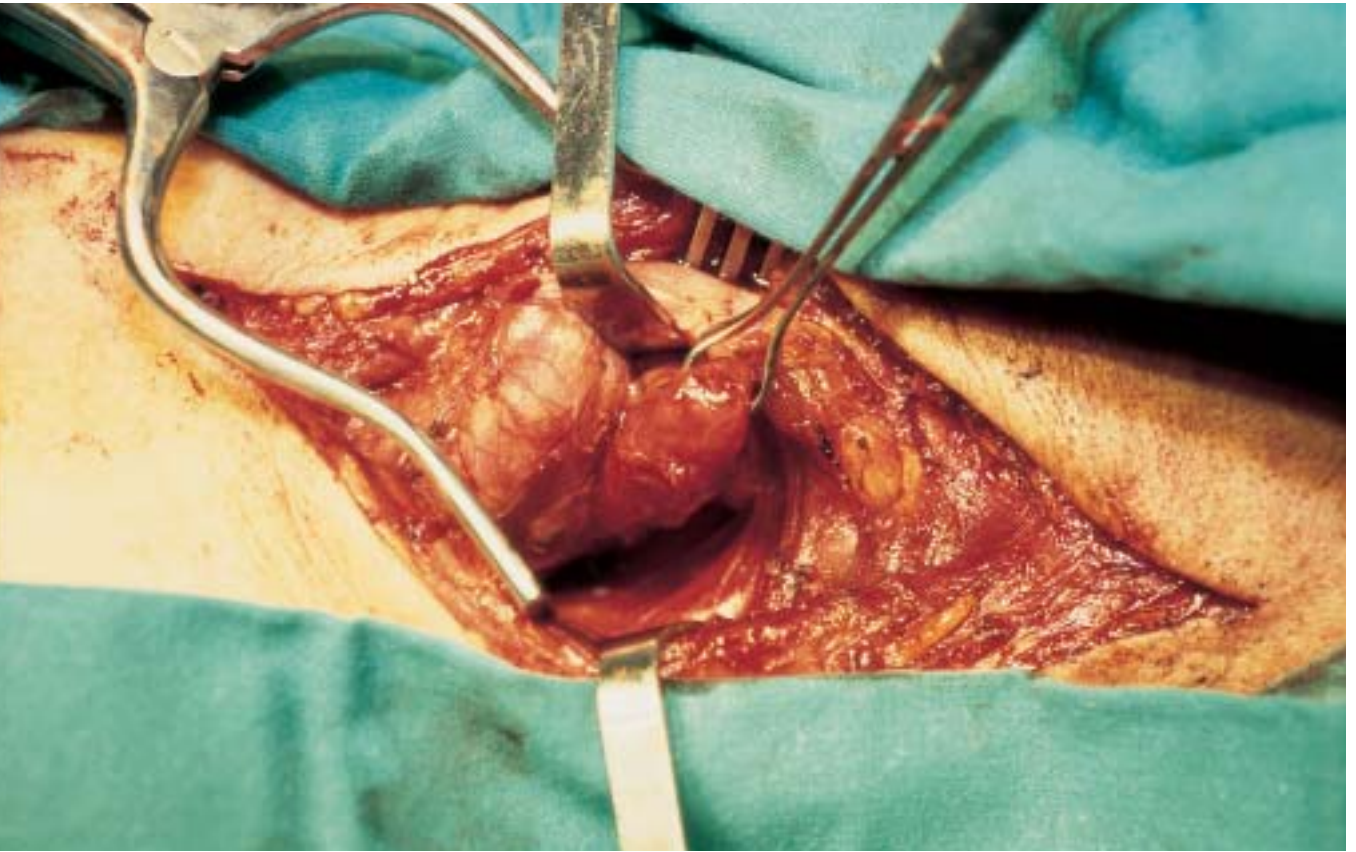
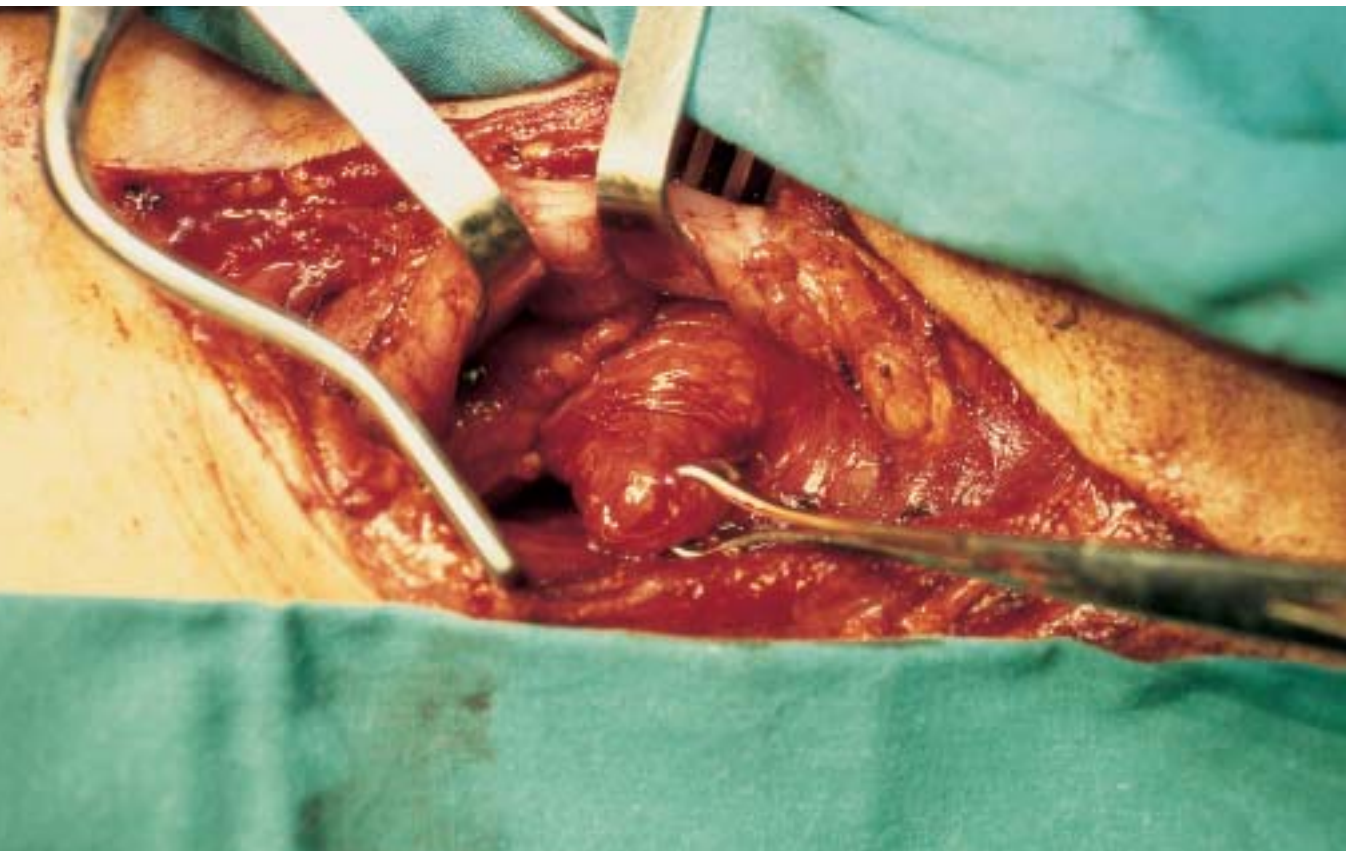


Fig. 4. Se identifica el fondo del divertículo, traccionándolo con pinza de Babcock.



*Fig. 5. Liberación del divertículo en el espacio prevertebral hasta su cuello.*



*Fig. 6. Divertículo totalmente liberado al nivel de la unión faringoesofágica.*

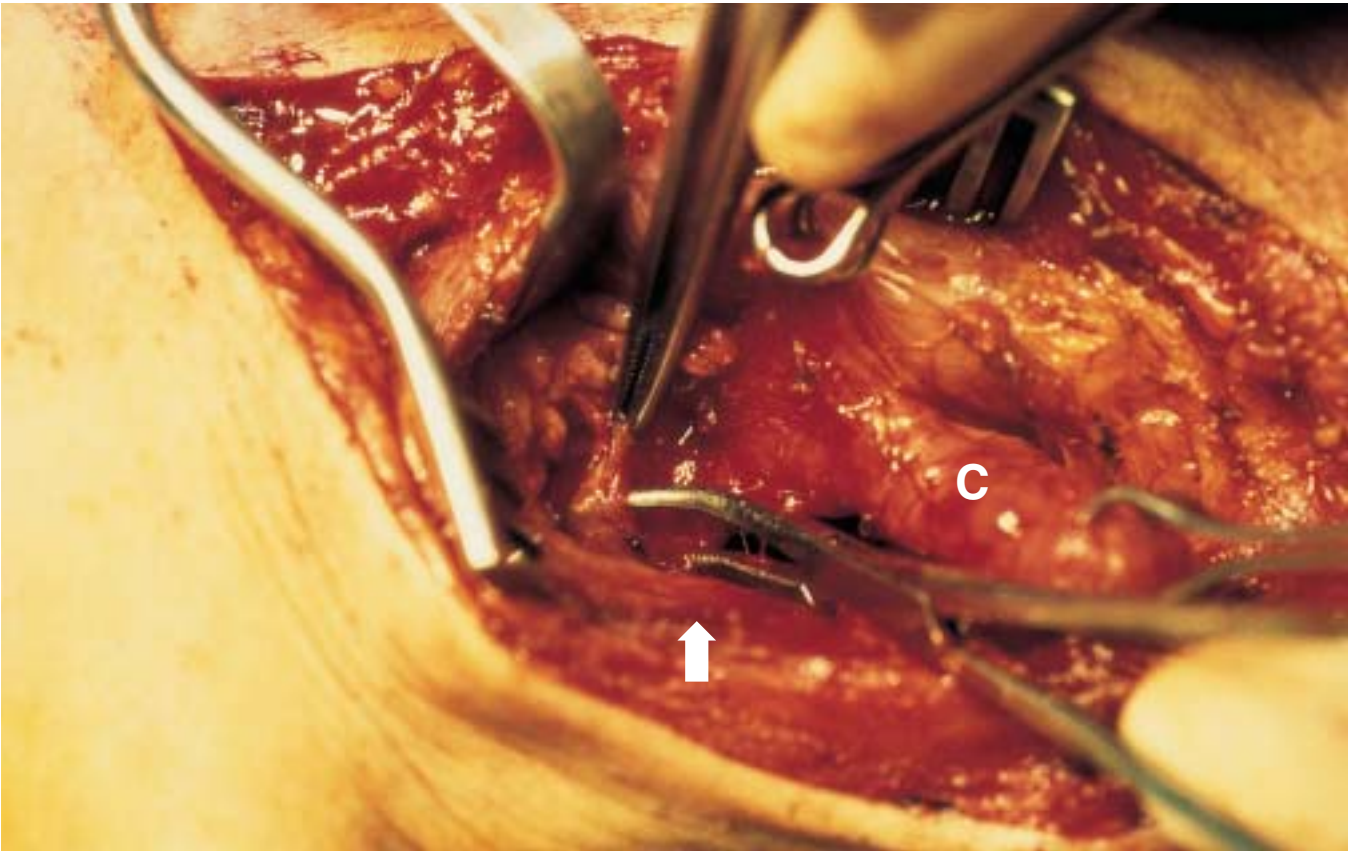


Fig. 7. Miotomía cricofaríngea y esofágica (flecha). C: Cuello del divertículo.



Fig. 8. Sutura mecánica del divertículo a nivel del cuello.



Fig. 9. Sección del divertículo.

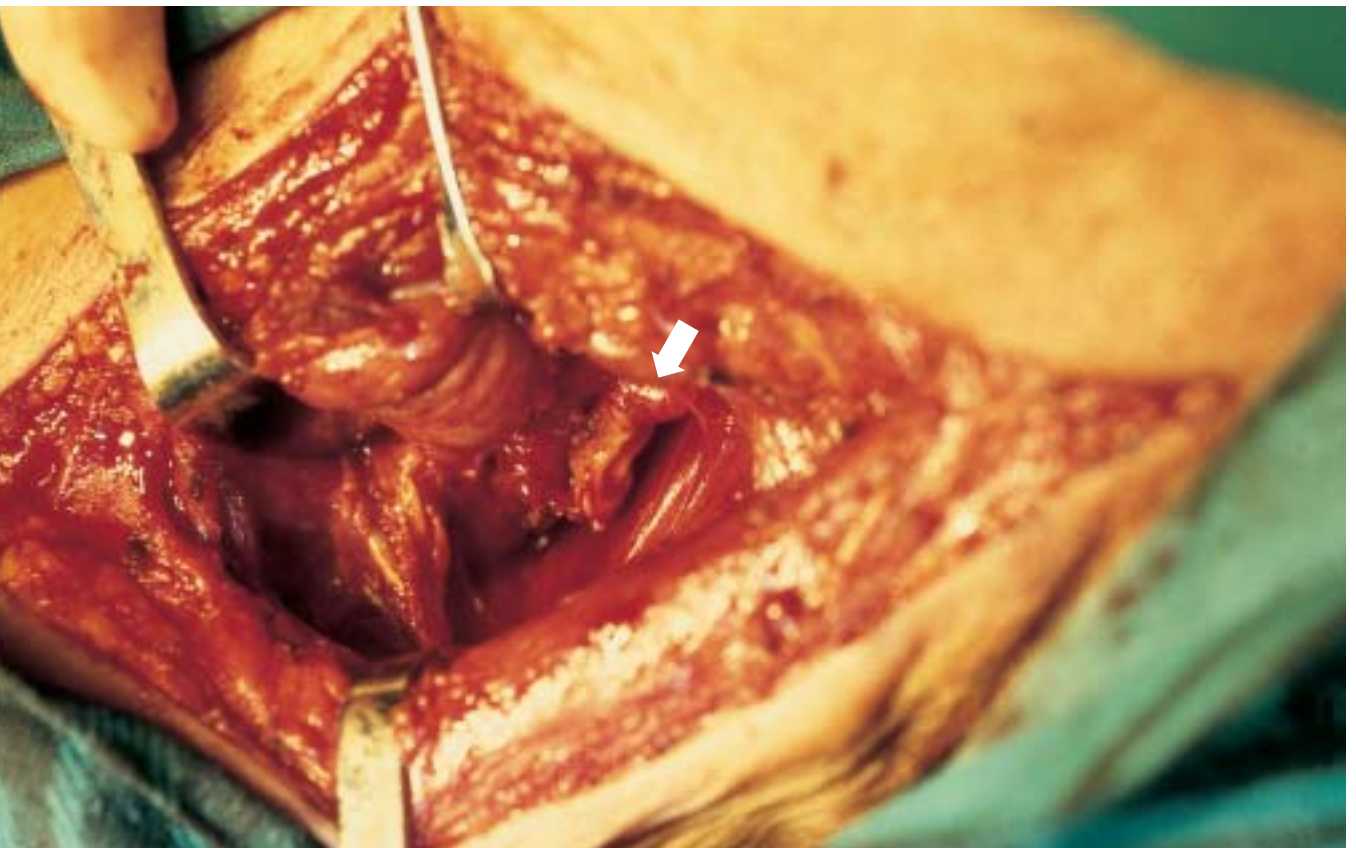


Fig. 10. En el extremo superior se aprecia la sutura mecánica a nivel de cara posterior esofágica (flecha).

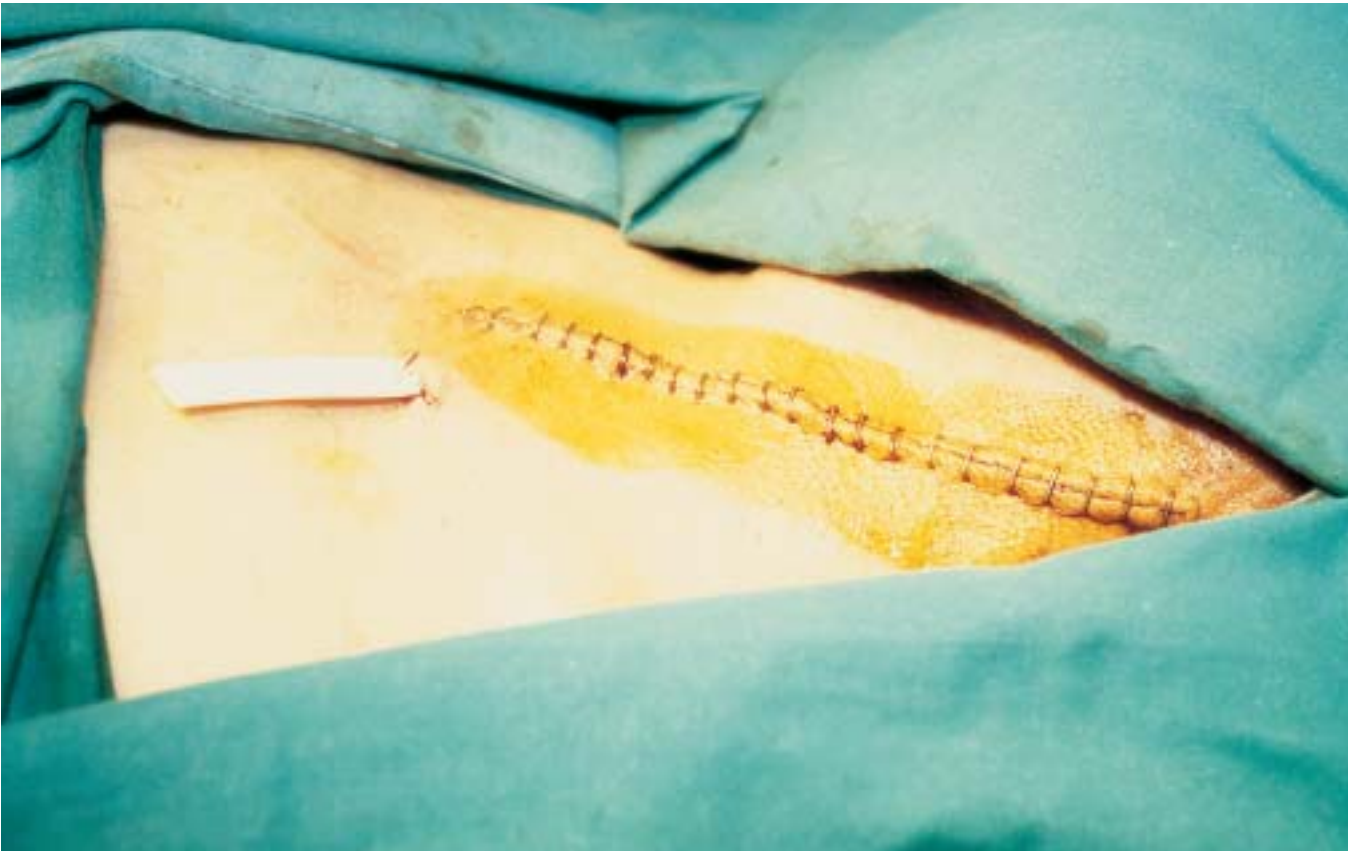


Fig. 11. Campo operatorio una vez finalizada la intervención.



Fig. 12. Pieza operatoria, superficie externa de la pieza operatoria.



Fig. 13. *Mucosa diverticular.*

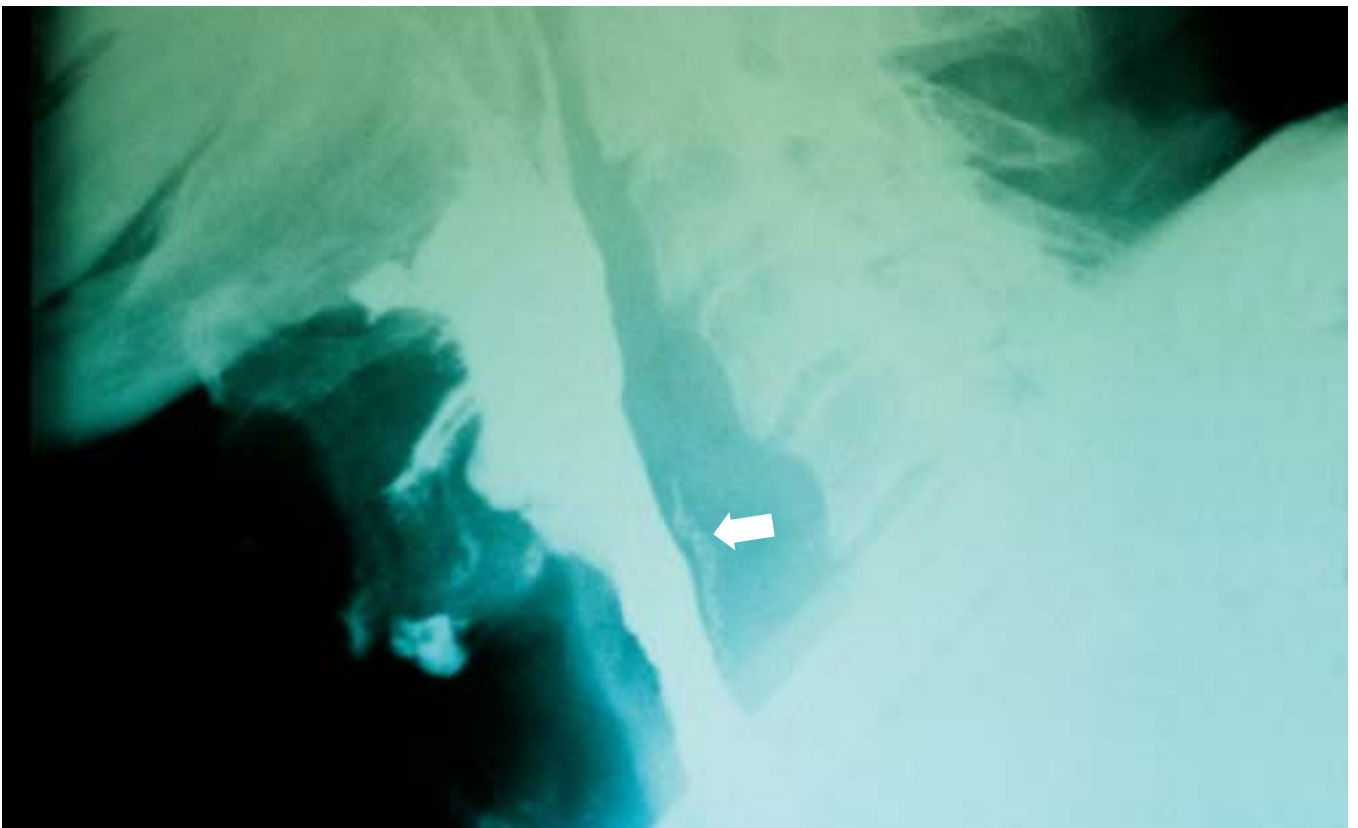


Fig. 14. *Control radiológico baritado postoperatorio, proyección L.: esófago de calibre normal y sutura mecánica en espacio prevertebral al nivel de la unión faringoesofágica.*

## BIBLIOGRAFÍA

1. Achkar E.: «Zenker's diverticulum». *Dig. Dis.* 16; 144-151, 1998.
2. Watemberg S., Landau O., Avrahami R.: «Zenker's diverticulum: reappraisal». *Am. J. Gastroenterol.* 91; 1494-1498, 1996.
3. Baker M.E., Zuccaro G. Jr., Achkar E., Rice T.W.: «Esophageal diverticula: patient assessment». *Semin. Thorac. Cardiovasc. Surg.* 11; 326-336, 1999.
4. Sideris L., Chen L-Q., Ferraro P., Duranceau A.C.: «The treatment of Zenker's diverticula: a review». *Semin. Thorac. Cardiovasc. Surg.* 11; 337-351, 1999.
5. Omote K., Feussner H., Stein H.J., Ungeheuer A., Siewert J.R.: «Endoscopic stapling diverticulostomy for Zenker's diverticulum». *Surg. Endosc.* 13; 535-538, 1999.
6. Ochando F., Moreno E., Hernández D. y cols.: «Diagnostic and treatment of Zenker's diverticulum: Review of our Series Pharyngo-esophageal diverticula». *Hepato-Gastroenterology* 45; 447-450, 1998.
7. Bremner Cedric G.: «Zenker Diverticulum». *Arch. Surg.* 133; 1131-1133, 1998.