

Patologías estructurales del esófago: divertículos esofágicos

Fecha de la última revisión: 12/01/2017

Índice de contenidos

1. [¿De qué hablamos?](#)
2. [¿Cómo se clasifican?](#)
3. [¿Cómo se manifiestan?](#)
4. [¿Cómo se diagnostican?](#)
5. [¿Cómo se tratan?](#)
6. [Bibliografía](#)
7. [Más en la red](#)
8. [Autores](#)

¿De qué hablamos?

Son herniaciones circunscritas de la pared esofágica, congénitas o adquiridas. Se trata de una patología infrecuente cuya prevalencia estimada oscila entre el 0,015% (hallazgos en autopsias) hasta el 2% en estudios radiológicos de pacientes que consultan por trastornos de deglución (Jeyarajahy R, 2016).

¿Cómo se clasifican?

Se pueden clasificar según la localización en faringoesofágicos, medioesofágicos o epifrénicos cuando se localizan en el tercio distal del esófago cerca del hiato diafragmático; verdaderos si contienen todas las capas del esófago y pseudodivertículos o falsos cuando únicamente contienen mucosa y submucosa y finalmente según el mecanismo de producción, en divertículos por pulsión o por tracción. Los primeros son los más frecuentes y se producen cuando hay un aumento de la presión intraluminal, consecuencia de un esfínter esofágico inferior disfuncional que no se abre adecuadamente causado generalmente por un trastorno motor esofágico o por una obstrucción mecánica distal. Son más frecuentes en el tercio inferior del esófago y suelen ser pseudodivertículos (Soares R, 2010; Jeyarajahy R, 2016).

Los divertículos de tracción son consecuencia de la acción externa de procesos inflamatorio-fibróticos del mediastino como adenopatías o tumores. Habitualmente se localizan en el tercio medio (medioesofágicos) y suelen ser verdaderos divertículos (Jeyarajahy R, 2016).

El divertículo más frecuente es el de **Zencker** que se localiza en el triángulo de Killian, entre las fibras musculares transversas del músculo cricofaríngeo y las oblicuas del músculo constrictor inferior. Se cree que se debe a una alteración de la motilidad en el esófago superior, aunque en los últimos años se ha relacionado con una disfunción del músculo cricofaríngeo. Es más frecuente en varones mayores de 60 años y la prevalencia estimada en población general es del 0,01-0,11%. Suele ser único y los síntomas son más frecuentes que en los divertículos epifrénicos (Ferreira LE, 2008).

Entre sus complicaciones se han descrito neumonías por aspiración, ulceración y sangrado a veces por retención de medicación. Se asocia a esófago de Barrett en un 15-20% y a neoplasia de células escamosas en un 0,4-1,5% (Sharma R, 2011).

¿Cómo se manifiestan?

Entre un 37-63% cursan de forma asintomática y cuando presentan clínica lo hacen con disfagia, halitosis, disfonía, regurgitación, tos y en casos más avanzados dolor torácico, pérdida de peso y regurgitación. La duración de los síntomas puede variar entre semanas y meses (Soares R, 2010). La presencia de una masa a nivel cervical izquierdo que crepita a la palpación (signo de Boyce) puede ser patognomónico de divertículo de Zencker (Nuño-Guzmán CM, 2014).

Los divertículos epifrénicos se asocian en el 80% de los casos con alteraciones de la motilidad esofágica tales como acalasia, espasmo esofágico distal difuso u otros, por lo que pueden manifestarse con disfagia más intensa, dolor torácico pseudoanginoso o clínica de reflujo gastroesofágico. También se han descrito como complicación de la cirugía bariátrica en particular en cirugía de banda gástrica (Suhail M, 2012).

¿Cómo se diagnostican?

La técnica diagnóstica de elección es la radiología baritada, aunque cada vez es más frecuente el uso de videofluoroscopia que permite la captura de imágenes de estructuras anatómicas en tiempo real. También la ecografía puede ser útil en ancianos con dificultad para la deglución del bario o en los que debutan con una masa cervical (Law R, 2014). Aunque no es necesario para confirmar el diagnóstico y se acompaña de cierto riesgo de perforación, se suele realizar esofagoscopia para descartar otras causas de disfagia, detectar la presencia de un cuerpo extraño u otro contenido en su interior y, si fuera necesario, tratar posibles complicaciones como hemorragia o perforación (Nuño-Guzmán CM, 2014).

En el caso de divertículos por tracción o en aquellos que se localizan en tercio medio del esófago se requiere realizar un TAC torácico para estudiar el mediastino. Cuando se sospecha un trastorno motor asociado, puede precisarse una manometría esofágica.

¿Cómo se tratan?

Dada la baja prevalencia de estas anomalías, se recomienda la derivación a servicios quirúrgicos y de gastroenterología de referencia y especializados en su abordaje (Mulder CJJ, 2014).

Cuando es pequeño y poco sintomático no precisa tratamiento. Por el contrario, si es grande o sintomático requiere tratamiento para evitar complicaciones como la neumonía por broncoaspiración, hemorragias, etc., bien con cirugía externa clásica o por vía endoscópica con endoscopio rígido o flexible (Vogelsang A, 2007; Mulder CJJ, 2014).

En general, se aconseja la vía endoscópica para los divertículos de tamaño pequeño-mediano (hasta 5 cm) y si son menores de 3 cm preferentemente con endoscopia flexible. Para los de gran tamaño puede ser preferible la vía abierta, sobre todo en pacientes jóvenes que no presenten contraindicaciones para la cirugía

(Bizzotto A, 2013; Mulder CJJ, 2014).

Actualmente el abordaje endoscópico con láser de CO₂ se considera la técnica de elección frente a la cirugía abierta, porque presenta menor morbilidad, tiempo de hospitalización y de retraso en la introducción de la alimentación oral (Herrero A, 2013). Aunque la tasa de recidiva parece superior con la cirugía endoscópica (13% frente a 0,5%), probablemente por un procedimiento incompleto (Vogelsang A, 2007; Ishaq S, 2016).

Bibliografía

- Bizzotto A, Iacopini F, Landi R, Costamagna G. Zenker's diverticulum: exploring treatment options. Acta Otorhinolaryngol Ital. 2013;33(4):219-29. PubMed **PMID: 24043908**. **Texto completo**
- Ferreira LE, Simmons DT, Baron TH. Zenker's diverticula: Pathophysiology, clinical presentation, and flexible endoscopic management. Dis Esophagus. 2008;21(1):1-8. PubMed **PMID: 18197932**
- Herrero A, Pérez L, Tejero-Garcés G, Guallar M, Orte C, Ortiz A. Tratamiento del divertículo de Zencker: comparación de diferentes técnicas. Acta Otorrinolaringol Esp. 2013;64(1):1-5. PubMed **PMID: 23260780**. **Texto completo**
- Ishaq S, Hassan C, Antinello A, Tanner K, Bellisario C, Battaglia G, et al. Flexible endoscopic treatment for Zenker's diverticulum: a systematic review and meta-analysis. Gastrointest Endosc. 2016;83(6):1076-89. PubMed **PMID: 26802196**
- Jeyarajahy R, Dunbar KB. Diverticula of the pharynx, esophagus, stomach, and small intestine. En: Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ, editors. Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. 10th ed. Philadelphia: Elsevier INC.; 2016. p. 397-406.
- Law R, Katzka A, Baron TH. Zenker's Diverticulum. Clin Gastroenterol Hepatol. 2014;12(11):1773-82. PubMed **PMID: 24055983**
- Mulder CJJ, Van Delft F. Zenker's diverticulum. En: Talley NJ, Grover S, editors. UpToDate; 2014 [consultado 6-2016]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/zenkers-diverticulum>
- Nuño-Guzmán CM, García-Carrasco D, Haro M, Arróniz-Jáuregui J, Corona JL, Salcido M. Zenker's Diverticulum: Diagnostic Approach and Surgical Management. Case Rep Gastroenterol. 2014;8(3):346-52. PubMed **PMID: 25759630**. **Texto completo**
- Rodríguez-Soler M, Herrera I. Patología del esófago. Manifestaciones esofágicas de enfermedades sistémicas. Divertículos esofágicos. Medicine. 2016;12(1):1-10.
- Ruiz de Angulo D, Martínez de Haro LF, Ortiz MA, Munitiz V, Maestre M, Parrilla P. Zenker's and epiphrenic diverticula in a patient with cutis laxa: ¿should the surgical technique be modified? Dis Esophagus. 2010;23(7):E39-41. PubMed **PMID: 20840467**
- Sharma R, DeCross AJ. Zenker's diverticulitis secondary to alendronate ingestion: a rare cause of recurrent dysphagia. Gastrointest Endosc. 2011;73(2):368-70. PubMed **PMID: 21295647**
- Soares R, Herbella FA, Prachand VN, Ferguson MK, Patti MG. Epiphrenic diverticulum of the esophagus. From pathophysiology to treatment. J Gastrointest Surg. 2010;14(12):2009-15. PubMed **PMID: 20437107**
- Suhail M, Smith A, Olivencia-Yurvati AH, Patel J. Giant esophageal diverticula after laparoscopic band placement. Ann Thorac Surg. 2012;94(4):1330-2. PubMed **PMID: 23006690**
- Vogelsang A, Preiss C, Neuhaus H, Schumacher B. Endotherapy of Zenker's diverticulum using the needle-knife technique: long-term follow-up. Endoscopy. 2007;39:131-6 38. PubMed **PMID: 17041841**

Más en la red

- Hec F, Mariette C. Esophageal diverticulosis. Ann Thorac Surg. 2012 Sep;94(3):e81. PubMed **PMID: 22916788**
- Ishaq S, Hassan C, Antinello A, Tanner K, Bellisario C, Battaglia G, et al. Flexible endoscopic treatment for Zenker's diverticulum: a systematic review and meta-analysis. Gastrointest Endosc. 2016;83(6):1076-89. PubMed **PMID: 26802196**
- Smith CD. Esophageal strictures and diverticula. Surg Clin North Am. 2015 Jun;95(3):669-81. PubMed **PMID: 25965138**
- Van Laer W, Urbain D, Reynaert H. Esophageal intramural pseudodiverticulosis. Clin Gastroenterol Hepatol. 2007 Dec;5(12):A22. PubMed **PMID: 18054744**

Autores

- | | |
|---------------------------------|--|
| ▪ Elena Maquiera Díez | Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria |
| ▪ Raquel Pérez Caserío | Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria |
| ▪ Salvador Tranche Iparraguirre | Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria |

Centro de Salud El Cristo. Oviedo. España.

Conflicto de intereses: No disponible.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

