PRESENTACIÓN DE CASO

# Divertículo de Zenker. Presentación de un caso y revisión de la literatura

# Zenker's Diverticulum. Case Presentation and Literature Review

José Ignacio Duarte Pérez[1] Lidia Torres Aja[2] José Alberto Puerto Lorenzo[3]

[1] Policlínico Pity Fajardo. Cruces., Cienfuegos, Cuba
[2] Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima., Cienfuegos, Cuba
[3] Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, Cienfuegos, Cuba

**Cómo citar este artículo:**
Duarte-Pérez J, Torres-Aja L, Puerto-Lorenzo J. Divertículo de Zenker. Presentación de un caso y revisión de la literatura. **Medisur** [revista en Internet]. 2026 [citado 2026 Nov 14]; 24(1):[aprox. 0 p.]. Disponible en: https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/53217

## Resumen

El divertículo de Zenker es una entidad poco frecuente, caracterizada por la presencia de disfagia, halitosis, tos y pérdida de peso, que afectan la calidad de vida de los pacientes. Es más frecuente en el sexo masculino, con mayor incidencia entre la séptima y novena décadas de la vida. El tratamiento es quirúrgico. Se presenta el caso de un paciente de 72 años, de color de piel blanca, con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus que acudió al cuerpo de guardia por pérdida de peso, disfagia a sólidos y líquidos y en ocasiones regurgitaciones. En el examen físico se constató una disminución del panículo adiposo. Se le realizaron complementarios y la panendoscopia y el esofagograma baritado mostraron y confirmaron una imagen sugestiva de un divertículo de Zenker. El caso se interconsultó con el cirujano, pero el paciente se negó a la realización del procedimiento quirúrgico. Se presenta el caso por lo poco frecuente de esta entidad.

**Palabras clave:** divertículo de zenker, disfagia, endoscopia

## Abstract

Zenker's diverticulum is a rare condition characterized by dysphagia, halitosis, cough, and weight loss, which significantly impact patients' quality of life. It is more common in males, with the highest incidence between the seventh and ninth decades of life. Treatment is surgical. We present the case of a 72-year-old Caucasian patient with a history of hypertension and diabetes mellitus who presented to the emergency department with weight loss, dysphagia to solids and liquids, and occasional regurgitation. Physical examination revealed a decrease in subcutaneous fat. Further tests, including panendoscopy and barium esophagography, showed and confirmed an image suggestive of Zenker's diverticulum. The case was referred to a surgeon, but the patient declined surgery. This case is presented due to the rarity of this condition.

**Key words:** zenker diverticulum, deglutition disorder, endoscopy

**Aprobado: 2026-03-01 00:58:15**

**Correspondencia:** José Ignacio Duarte Pérez. Policlínico Pity Fajardo.Cruces. Cienfuegos. jose.puerto@gal.sld.cu

## INTRODUCCIÓN

El divertículo de *Zenker* es un tipo de divertículo por pulsión que se desarrolla en la hipofaringe, generalmente, entre el músculo cricofaríngeo y el músculo constrictor faríngeo inferior, en un área conocida como triángulo de *Killian*, zona de máxima debilidad.[1] Involucra la mucosa y la submucosa, y no compromete la capa muscular, motivo por el cual no se considera un divertículo verdadero, sino más bien, un pseudodivertículo.[1,2]

Fue descrito por primera vez durante la realización de una autopsia en el año 1767 por *Ludlow*, sin embargo, debe su nombre al patólogo alemán, *Friedrich Von Zenker*, quien mediante la descripción de 5 casos propios y realizar una revisión de 22 publicaciones junto a *Von Ziemssen* en el año 1878, describió de manera clínica y patológica estos divertículos.[3]

Su etiología no es del todo conocida, sin embargo, la mayoría de las hipótesis plantean una disfunción en torno a la estructura y fisiología del músculo cricofaríngeo.[1]

Es una anomalía rara del esófago, se diagnostica en aproximadamente el 1 % de los esofagogramas baritados y se estima que 2 de cada 100 000 habitantes poseen esta entidad. Es más común en hombres que en mujeres y en mayores de 60 años. Su pico de incidencia se presenta entre la séptima y novena décadas de la vida, es raro encontrarla en pacientes menores de 40 años.[4,5] El divertículo de *Zenker* es más común en el norte de Europa, los Estados Unidos de América y Canadá y rara vez ocurre en Japón e Indonesia.[1]

Según su clasificación hay tres tipos de divertículos:[6]

- Divertículo faringo-esofágico de *Zenker* (mayor prevalencia entre un 50 - 85 %)
- Divertículo epibronquial o parabronquial.
- Divertículo epifrénico o de tercio distal esofágico.

La mayoría de los pacientes se encuentran asintomáticos, en un 98 % presentan una clínica larvada que se prolonga por meses o años, provoca disfagia como síntoma cardinal y regurgitación según su tamaño, además de halitosis, tos crónica persistente, odinofagia, carraspeo, pérdida de peso y gorgoteo al tragar los alimentos.[7]

En estos pacientes pueden aparecer complicaciones, como son la broncoaspiración y las neumonías a repetición, además de complicaciones graves que incluyen la diverticulitis secundaria al atrapamiento de alimentos y líquidos, ulceración, sangrado, perforación durante el paso del endoscopio y, rara vez, cáncer. El borborigmo cervical, es casi patognomónico de esta entidad, aunque no es un hallazgo frecuente.[8]

El método diagnóstico más importante y de elección es el esofagograma baritado con proyección lateral y visión del área hipofaríngea.[6]

El tratamiento definitivo de esta entidad es quirúrgico, mediante una cervicotomía abierta en borde anterior del músculo esternocleidomastoideo y retracción de los planos musculares se realiza una disección del cuello diverticular, seguido de la mayoría de las veces de una miotomía del músculo cricofaríngeo para disminuir la incidencia de recidiva.[9]

Se han determinado distintas técnicas quirúrgicas para el tratamiento de los pacientes sintomáticos, las que pueden llevarse a cabo mediante un enfoque endoscópico o quirúrgico, tales como: la diverticulotomía y la diverticulectomía como las más utilizadas. [10]

El objetivo de este trabajo fue describir un caso de un divertículo de *Zenker*. Se presenta este reporte por lo poco frecuente de esta entidad.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de un paciente de 72 años, de color de piel blanca con antecedentes de padecer hipertensión arterial y diabetes mellitus con tratamiento médico indicado. En esta ocasión acudió al cuerpo de guardia del policlínico de Cruces, refirió pérdida de peso de alrededor de 9 kg aproximadamente, además, presentaba disfagia, tanto a los sólidos como a los líquidos y en ocasiones presentaba regurgitaciones, las cuales no eran tan frecuentes.

Al examen físico solo se constató una disminución del panículo adiposo por la pérdida de peso referida.

Se le realizaron los siguientes complementarios:

- Hemoglobina: 10,2 g/l.
- Hematocrito: 0,34.

- Glicemia: 5,7mmol/L.
- Creatinina: 81mmol/L.
- Coagulograma: Tsang: 3 min.
- Tcuag: 5 min.
- Conteo de plaquetas: 230 x $10^9$/mm.
- Colesterol: 7,0 mmol/L.
- TGP: 28,2 U/l.
- TGO: 75,4U/l.
- Fosfatasa alcalina: 134 U/l.
- Proteínas totales: 26,6 g/l.
- Proteínas fraccionadas: 41,1 g/l.
- Globulina: 35,5 g/l.
- ECG: normal.
- Ultrasonido abdominal: no se observaron alteraciones en este estudio.
- Panendoscopia: se observó en el tercio superior del esófago una proyección sacular que se comunicaba con su luz.

Por este motivo el paciente fue valorado por el especialista en medicina interna del área de salud que decidió indicarle una radiografía contrastada del esófago, en la que se observó una imagen de adición en el tercio superior de este órgano de aproximadamente 29 x 32 mm, sugestivo de un divertículo de *Zenker*. (Figs. 1 y 2).




**Fig. 1.** Radiografía contrastada del esófago antes

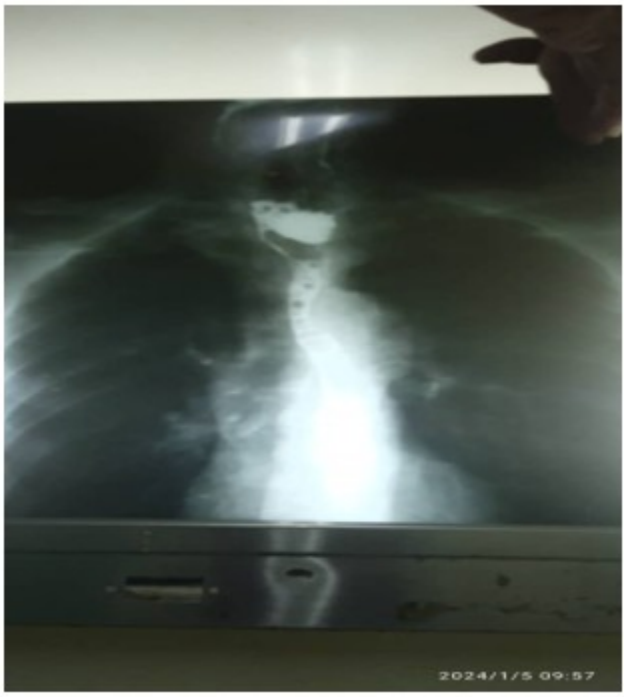



**Fig. 2.** Radiografía contrastada del esófago después

Ambas radiografías contrastadas de esófago mostraron una imagen de adición compatible con divertículo de *Zenker*.

El especialista de medicina interna del área de salud solicitó interconsulta para el paciente con el cirujano, pues para esta entidad el tratamiento definitivo es quirúrgico, pero la decisión del paciente fue no realizarse el procedimiento quirúrgico.

## DISCUSIÓN

Los divertículos faringoesofágicos no son enfermedades frecuentes, su prevalencia varía entre el 0,01 al 0,11 % y la mayoría de los pacientes cursan asintomáticos, con predominio en hombres entre la séptima y la octava décadas de la vida,[5,7] lo cual coincidió con el caso estudiado.

Por lo anterior, la disfagia es el síntoma que predomina, seguido de regurgitación, halitosis o sensación de masa esofágica, también se puede presentar tos persistente, odinofagia, carraspeo y cuadros de neumonías a repetición o abscesos pulmonares,[7] sin embargo, en el caso estudiado solo presentó pérdida de peso acompañado de disfagia y en ocasiones regurgitaciones.

El método diagnóstico apropiado para detectar esta anomalía es el esofagograma con trago de bario con proyección lateral y visión de área hipofaríngea.[6] El paciente refirió disfagia y se le realizó endoscopia de vías digestivas altas, casi las dos terceras partes de los pacientes son diagnosticados por este medio, pero el diagnóstico definitivo en este caso fue con el esofagograma baritado, método que coincide con la bibliografía revisada.

Es de gran importancia para quienes realizan estos procedimientos tener un alto grado de sospecha de divertículo de *Zenker* en pacientes adultos mayores que se consultan por disfagia, debido al riesgo elevado de perforación durante estos procedimientos.[8]

Se han propuesto diversos abordajes quirúrgicos para el tratamiento de los divertículos de *Zenker*. La operación practicada con mayor frecuencia en la actualidad consiste en la miotomía cricofaríngea combinada con la diverticulectomía para el tratamiento de divertículos mayores de 2 cm. Los divertículos grandes, también pueden ser suspendidos, en lugar de resecados, de manera que la luz se oriente en dirección caudal

(diverticulopexia). Los divertículos pequeños no siempre se resecan.[9]

Se han comunicado casos de tratamiento endoscópico satisfactorio con instrumentos rígidos o flexibles (procedimiento de *Dohlman*). Los pacientes de alto riesgo pueden ser sometidos a procedimientos quirúrgicos o endoscópicos bajo anestesia local.[11] La incidencia de complicaciones es menor del 10 % y consisten en formación de fístulas, infección del mediastino y lesión del nervio laríngeo recurrente.[10]

Dentro de las medidas terapéuticas para el divertículo de *Zenker*, se encuentra el manejo quirúrgico y el endoscópico. El quirúrgico puede ser transoral con autosuturas o más invasivo mediante cervicotomía lateral izquierda diverticulectomía con o sin miotomía del cricofaríngeo.[11,12] En el caso estudiado, el paciente, después de tener el diagnóstico definitivo y de interconsultarse con el cirujano, no dio su consentimiento para realizar la cirugía.

**Conflicto de intereses:**

Los autores declaran la no existencia de conflictos de intereses relacionados con el estudio.

**Contribución de los autores:**

1- Conceptualización: José Ignacio Duarte Pérez, José Alberto Puerto Lorenzo.

2- Curación de datos: José Ignacio Duarte Pérez.

3- Análisis formal: José Ignacio Duarte Pérez.

4- Investigación: José Ignacio Duarte Pérez, Lidia Torres Aja.

5- Redacción del borrador original: José Ignacio Duarte Pérez, José Alberto Puerto Lorenzo.

6- Redacción, revisión y edición: Lidia Torres Aja.

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1- Céspedes HA. Divertículo de Zenker. Rev Cubana Cir[Internet]. 2023[citado 6/11/25];62(1):[aprox. 7p.]. Disponible en: https://revcirugia.sld.cu/index.php/cir/article/view/1200/800.

2- Durán M, Chinchilla T. Divertículo de Zenker. Cron Cient[Internet]. 2019[citado 6/11/25];12(12):[aprox. 10p.]. Disponible en: https://cronicascientificas.com/index.php.

3- Covian E. Divertículo de Zenker. Cirugía Digestiva[Internet]. 2009[citado 12/1/2026];163(1):[aprox. 10p.]. Disponible en: https://sacd.org.ar/wp-content/uploads/2020/05/usesentaytres.pdf.

4- Montenegro ED, Morales EL, Naranjo PA, Núñez HP. Diagnóstico y tratamiento del Divertículo de Zenker, artículo de revisión. Polo Cocimient[Internet]. 2022[citado 11/9/2025];7(4):[aprox. 12p.]. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8482976.

5- Ramamurthy S, Ahuja P, Dahiya DS, Hayat U, Ahuja N, Bharadwaj HR, et al. Management Strategies for Zenker's Diverticulum: A Comprehensive Review. J Clin Med. 2025;14(17):2-15.

6- Montenegro ED, Morales BL, Naranjo PA, Núñez HP. Diagnóstico y tratamiento del Divertículo de Zenker, artículo de revisión. Pol Con[Internet]. 2022[citado 6/11/25];7(4):[aprox. 17p.]. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8482976.pdf.

7- López MA, Herrera JJ, Delano R, Valenzuela C, Río I, Betancourt JJ, et al. Divertículo de Zenker de la A al Z-poem. Endoscopia[Internet]. 2019[citado 6/11/25];31(Suppl. 2):[aprox. 5p.]. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/pdf/endo/v31s2/0188-9893-endo-31-supl2-137.pdf.

8- Orgaz DM, Reyes DL, Amengual DC, Del Valle DY, Xu DX, Díaz DE, et al. Zenker y Killian: nombres propios del esófago proximal que todo residente/radiólogo debe conocer. Seram[Internet]. 2022[citado 6/11/25];1(1):[aprox. 6p.]. Disponible en: https://www.piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/9132/7598.

9- Hoyos M, Fuentes CF, Rodríguez JA. Z-POEM: ¿Procedimiento ideal para el tratamiento del divertículo de Zenker? Rev Colomb Cir[Internet]. 2023[citado 6/11/25];38(2):[aprox. 7p.]. Disponible en: https://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v38n2/2619-6107-rcci-38-02-252.pdf.

10- Castro D, Becerra V, Silva O. Tratamiento Endoscópico del Divertículo de Zenker. Gen[Internet]. 2025[citado 6/1/26];79(2):[aprox. 4p.]. Disponible en: https://ve.scielo.org/pdf/gen/v79n2/2477-975X-gen-79-02-81.pdf.

11- Gutiérrez JA, Torices E, Domínguez L, Torices E. Endoscopia flexible en el divertículo de Zenker: experiencia y resultados en el Hospital Regional 1º de octubre del ISSSTE. Endoscopia[Internet]. 2020[citado 6/11/25];32(Suppl. 2):[aprox. 12p.]. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/pdf/endo/v32s2/0188-9893-endo-32-supl2-223.pdf.

12- Levy RM, Luketich JD, Brynien D, Mpamaugo C, Shende MR, Gooding WE, et al. Transoral endoscopic repair of Zenker diverticulum by a thoracic surgical service. J Thorac Cardiovasc Surg. 2022;163(6):1965-74.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS