





Cuando deglutir se convierte en un desafío, divertículo esofágico atípico

Rosargelis Parra , Frank Figueroa , Yhonny Castillo Arrieta , Luis Traviezo Valles 

Autor de Correspondencia: Luiz Traviezo Valles Correo Electrónico: ltravies@ucla.edu.ve

Afiliación

Resumen

Se describe un caso atípico en paciente femenina de 82 años, natural de Guanarito, Venezuela, quien portaba divertículos esofágicos de larga data, consultando por presentar disfagia a sólidos y concomitante regurgitación. Se observó tos húmeda, disnea ocasional y palpitations. En la endoscopia se evidencia candidiasis esofágica, probable trastorno motor esofágico, múltiples divertículos y orificios de divertículos más pequeños, mucosa con exudado algodonoso. En esófago baritado, se detecta esófago dilatado, tortuoso, presencia de evaginaciones llenas de contraste que se comunican con luz esofágica, en tercio distal también se observan dichos defectos, con paso de contraste a cámara gástrica. Luego de un mes de la endoscopia y de recibir tratamiento para la candidiasis, se le realiza manometría esofágica de alta resolución, observándose trastorno de motilidad tipo peristalsis inefectiva (débil). Se le indica tratamiento con nistatina en jalea vía oral y recomendaciones en hábitos al momento de comer, optando por alimentos blandos, masticar apropiadamente, consumir solo pequeñas porciones y cenar temprano, por lo menos tres horas antes de ir a dormir, igualmente, mantener la cabecera de la cama elevada. La paciente egresa con evolución satisfactoria, con mejoría parcial de los síntomas.

Palabras clave: divertículo esofágico; divertículo; esófago; estenosis esofágica; Venezuela.

When swallowing becomes a challenge, atypical esophageal diverticulum

Abstract

We describe an atypical case in an 82-year-old female patient from Guanarito, Venezuela, who had a long history of esophageal diverticula and presented with dysphagia to solids and concomitant regurgitation. She also reported a productive cough, occasional dyspnea, and palpitations. Endoscopy revealed esophageal candidiasis, probable esophageal motility disorder, multiple diverticula and openings of smaller diverticula, and mucosa with a cottony exudate. Barium swallow revealed a dilated and tortuous esophagus with contrast-filled evaginations communicating with the esophageal lumen. These defects were also observed in the distal third, with contrast passing into the gastric chamber. One month after the endoscopy and treatment for candidiasis, high-resolution esophageal manometry was performed, revealing a motility disorder characterized by ineffective (weak) peristalsis. She was prescribed oral nystatin jelly and given dietary recommendations, including soft foods, thorough chewing, small portions, and an early dinner at least three hours before bedtime. She was also advised to keep the head of her bed elevated. The patient was discharged with satisfactory progress and partial improvement of symptoms.

Keywords: distal diverticulum; esophagus; esophageal stenosis; Venezuela.

Introducción

Los divertículos esofágicos (DE) componen una patología poco habitual con bajas frecuencias que fluctúan entre apenas el 0,06% y el 4% de la población.

Los DE se clasifican según su ubicación anatómica en faringoesofágicos (Zenker), medio esofágicos y epifrénicos (esófago distal) por otro lado, en correspondencia a su mecanismo fisiopatológico, estos se clasifican en divertículos por tracción, que son consecuencia de un proceso inflamatorio que involucra al esófago o por pulsión, que son los asociados a un trastorno de motilidad concomitante. Los DE distales constituyen el 15% de todos los DE.^{1,2}

Generalmente los pacientes con DE son asintomáticos, no

obstante, pueden ser la causa de complicaciones como fístulas a tráquea, hemorragias, parálisis de las cuerdas vocales, retención de cuerpos extraños e incrementar el riesgo de cáncer.²⁻⁵

Presentación del caso

Paciente femenina de 82 años, natural y procedente de Guanarito, estado Portuguesa, Venezuela, que fue evaluada el 25 de agosto del 2025, al acudir a la Policlínica Barquisimeto, específicamente al Instituto Venezolano Médico Docente de Gastroenterología, Espíritu Santo, siendo referida por cardiología en vista de presentar disfagia.

La paciente refiere disfagia a sólidos, recurrente, desde los 40 años, que agrava en la actualidad, solo tolerando alimentos blandos y que pasan con facilidad al tomar agua,

Cómo citar este artículo: Parra R, Figueroa F, Castillo Arrieta Y, Traviezo Valles L. Cuando deglutir se convierte en un desafío: divertículo esofágico atípico. Rev Gen. 2026;80(2): 100-105. doi: 10.61155/gen.v80i2.791

también concomitante regurgitación ácida a predominio nocturno, ameritando elevar la cabecera.

Examen funcional: atoramiento frecuente con carne que le han sacado en varias oportunidades a través de endoscopia, tos húmeda, disnea ocasional y palpitaciones. Antecedentes patológicos: hipertensión arterial y cardiopatía en tratamiento con ramipril, biotalol y amiodarona.

Intervenciones quirúrgicas: diverticulotomía esofágica hace 30 años, cesáreas, cataratas. Antecedentes familiares: niega pertinentes. Antecedentes ginecobstetricos: 9 gestas/8 partos /1 cesárea.

Examen físico: peso 73 Kg; presión arterial: 140/80 mm Hg; FC 60 x min. Paciente clínicamente estable, cuello corto, cardiopulmonar normal, con obesidad central, consciente y orientada.

Paciente egresa con tratamiento médico con nistatina en jalea vía oral y recomendaciones en hábitos al momento de

comer como optar por alimentos blandos, masticar bien, consumir pequeñas porciones y cenar temprano por lo menos tres horas antes de ir a dormir, igualmente, mantener la cabecera de la cama elevada.

Paciente con evolución satisfactoria, con mejoría parcial de los síntomas. En la endoscopia digestiva superior (EDS) de fecha 26/08/2025, se evidencia candidiasis esofágica / probable trastorno motor del esófago (TME)/ divertículos en esófago (se observa esófago dilatado de tercio superior con presencia de abundante saliva y restos aislados de alimentos, igualmente se aprecian múltiples evaginaciones de la pared esofágica que se proyectan hacia afuera de la luz del esófago, presencia de puentes o tabiques semejando doble canal, mucosa cubierta de exudado blanquecino algodonoso, estas evaginaciones se distribuyen de forma asimétrica de tercio medio a tercio distal, donde se visualiza unión esofagogástrica con línea Z irregular a 1 cm del hiato (**Figuras 1,2 y 3**))

Figura 1. Esófago dilatado desde tercio superior, tortuoso, con exceso de repleción (abundante contenido mucoso y restos de alimentos)



Figura 2. Presencia de múltiples divertículos y orificios de divertículos más pequeños, mucosa de aspecto normal, en algunos segmentos con exudado algodonoso

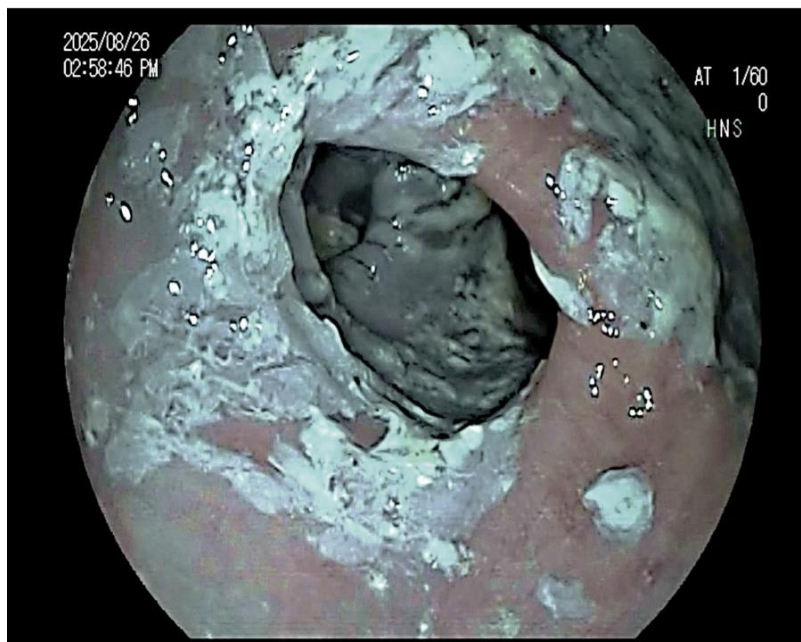


Figura 3. Unión esofagagástrica a 1 cm del hiato, línea Z irregular. Permeable, paso sin dificultad



Figura 4 A y B. Esófago baritado, 25/09/2025, esófago dilatado, tortuoso, desde tercio medio presencia de evaginaciones o bolsas llenas de contraste que se comunican con luz esofágica, en tercio distal también se observan dichos defectos (divertículos epifrénicos) unión esofagogástrica de configuración normal, con paso de contraste a cámara gástrica

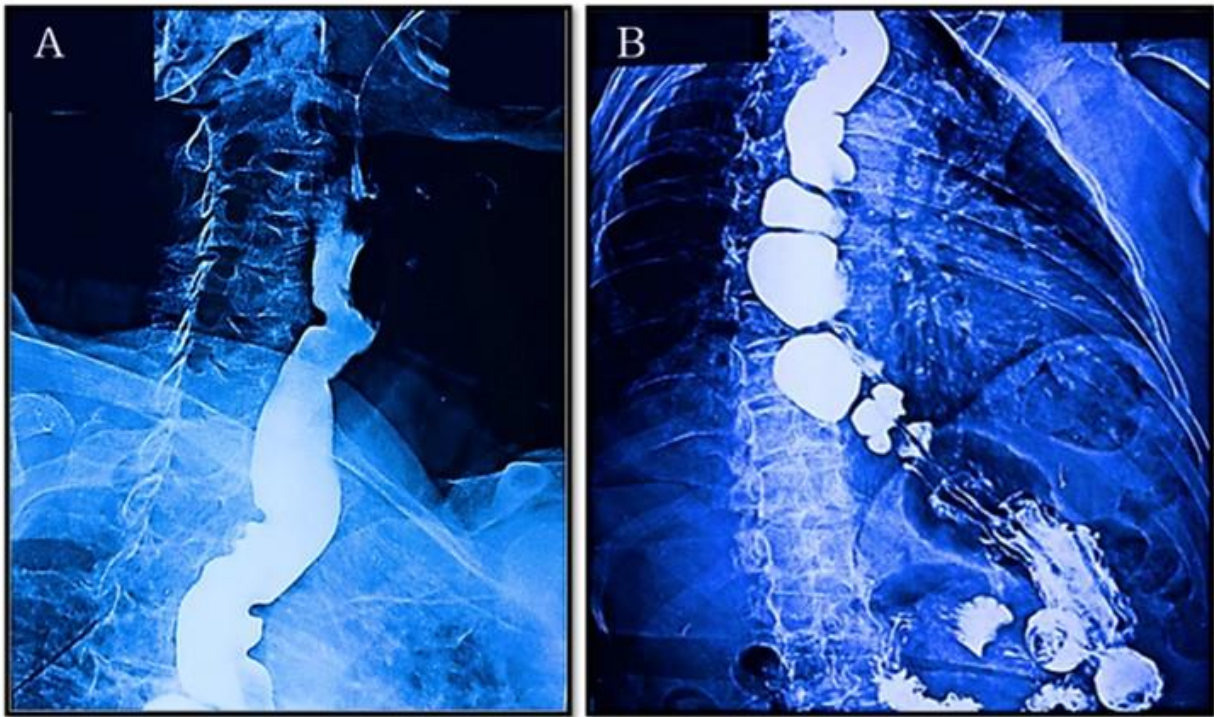
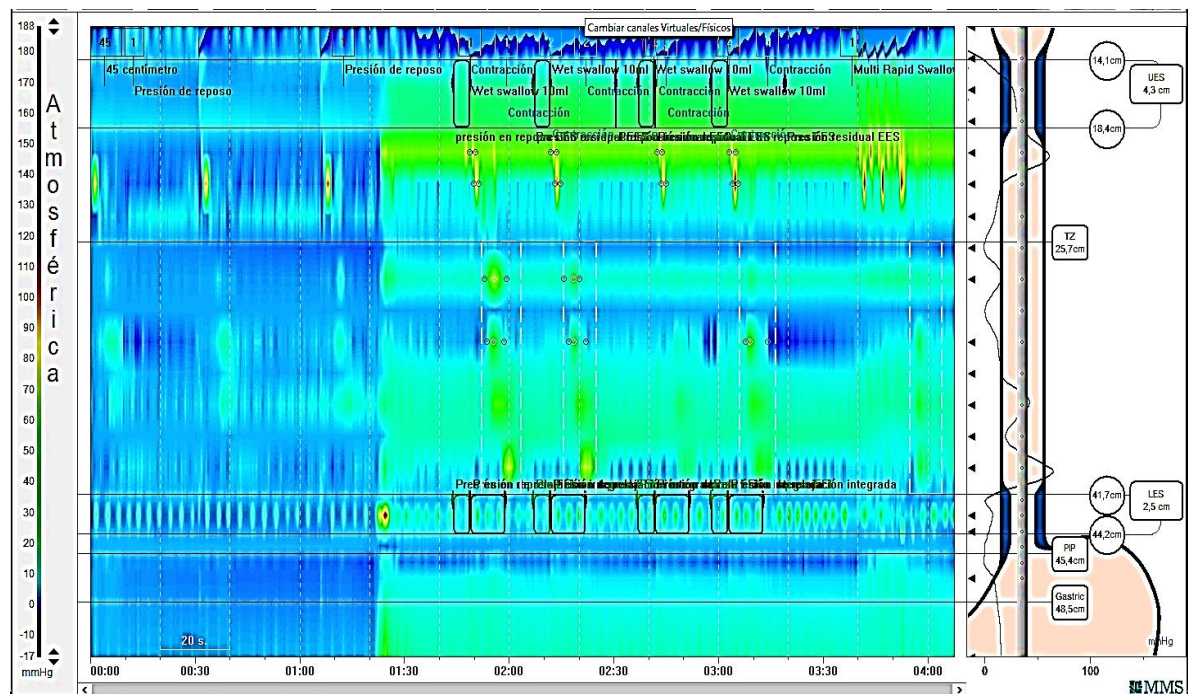


Figura 5. Esfínter esofágico superior (EES) con contracción y presión normales, esfínter esofágico inferior (EEI) con presión baja (8 mm Hg) y relajación conservada, peristalsis presente, fragmentada, índice de contracción distal (DCI) 295 mm Hg/cm/seg, presión de relajación integral (IRP) < 15 mm Hg/cm/seg, tipo de unión esofagogástrica (UEG) tipo I (distancia entre EEI y curva < 2 cm). Diagnóstico: trastorno de motilidad tipo peristalsis inefectiva (débil)/ EEI hipotenso



Discusión

Los divertículos esofágicos son raros, presentándose en alrededor del 5 % de las consultas por disfagia y se aprecian con mayor frecuencia en adultos mayores, principalmente entre los 70 y 90 años, siendo infrecuentes en pacientes menores de 40 años. Con respecto al sexo presentan una relación 1,5:1 con predominio masculino sobre el femenino.^{1,3}

Fisiopatológicamente, el origen de los divertículos esofágicos puede ser consecuencia de anomalías motoras de la deglución y por falta de la coordinación de la contracción de los músculos faríngeos y del esfínter esofágico superior, causando todo esto, un aumento de la presión sobre la pared faríngea posterior, originando una herniación en el o los puntos más débiles (divertículo de Zenker).²⁻³

La sintomatología principal se caracteriza por alteraciones digestivas, salivación excesiva, disfagia, vómito, halitosis, regurgitación y sensación de cuerpo extraño en la garganta y ocasionalmente aumento de volumen en la parte lateral del cuello.^{3,5}

Igualmente, por consecuencia de aspiraciones reiteradas de alimentos, pueden ostentar infecciones respiratorias periódicas, no obstante, la emesis postprandial persistente, asociada una a disfagia progresiva tiende a ser lo más frecuente, lo cual disminuye la nutrición del paciente.³

El diagnóstico sistemático de estos pacientes comienza por las manifestaciones clínicas y son confirmadas por estudios endoscópicos e imagenológicos, siendo el método de elección la radiografía con medio de contraste oral con imágenes dinámicas mediante fluoroscopia, donde se aprecian imágenes en forma de saco que excede la línea media posterior cerca de la unión faringo-esofágica, siendo la mejor proyección para su diagnóstico, la lateral inmediatamente después de la deglución.⁴⁻⁶

La importancia de un buen estudio endoscópico permite confirmar el diagnóstico y observar la morfología anatómica intraluminal del divertículo, logrando visualizar el grosor del tabique, la profundidad del saco y evaluar si existen inflamación de la mucosa, hemorragia o úlceras que ameriten tratamiento previo a un abordaje quirúrgico.^{1,3}

La detención crónica de alimentos en el o los divertículos generan un crecimiento lento y progresivo de este, produciendo inflamación esofágica crónica que puede conducir a la estenosis esofágica.²⁻³

Con respecto a la candidiasis esofágica, la *Candida albicans* está presente como comensal, convirtiéndose en el motivo más frecuente de esofagitis fúngicas, donde primero consigue colonizar el esófago favorecida por alteraciones del equilibrio de la flora normal, en el presente caso sería la

retención alimentaria en los divertículos, presentando una prevalencia de hasta un 20%, para luego invadir la capa epitelial ayudada por la alteración de la inmunidad celular.^{4,5}

La infección por esofagitis candidiásica se presenta mayormente en pacientes diabéticos, malnutridos, adultos mayores y en inmunosuprimidos (50% de los infectados) y los principales síntomas son la odinofagia con o sin disfagia, dolor retroesternal y náuseas.⁴

No se recomienda el cultivo para el diagnóstico ya que la *Candida* es un comensal y ningún cultivo permitirá diferenciar la flora normal de la infecciosa. El tratamiento en inmunocompetentes es a base de antifúngicos no absorbibles como es el caso del fluconazol o de la nistatina.^{4,5}

Los divertículos esofágicos generalmente se forman por mecanismo de tracción, asociándose con procesos inflamatorios crónicos del mediastino, fibrosis y trastornos motores del esófago (90%) no obstante, se ignora, si el trastorno motor es primario o secundario a la presencia del divertículo.⁵

En pacientes mayores de 80 años y con problemas cardíacos, como en el presente caso, hay mayores riesgos de complicaciones postoperatorias inherentes con la edad, tales como el delirio postoperatorio, la disfunción cognitiva, un mayor tiempo de recuperación y un riesgo de mortalidad más elevado, de tal manera que, los cambios naturales del envejecimiento, combinados con problemas cardíacos preexistentes, hacen que los pacientes sean más vulnerables a los efectos adversos de la cirugía y de la anestesia, es por esto que, en lo posible, se debe evitar la cirugía y solo indicarla en los casos más severos.^{2,6}

Igualmente, entre 20 y 30% de los pacientes sintomáticos por divertículos epifrénicos pueden presentar neumonías a repetición, abscesos pulmonares y neumonitis por aspiración, un contexto que puede conducir a la muerte por inducción de la anestesia o por el tratamiento quirúrgico.⁶

Conclusiones

Los divertículos esofágicos son poco frecuentes, siendo generalmente de buen pronóstico al recibir un tratamiento correcto, sin embargo, no existen consensos para su manejo, por lo que, para cada paciente es necesario un estudio completo para poder particularizar el tratamiento, adecuándolo, que se ajuste a los requerimientos de cada paciente y a la experiencia del especialista para cada abordaje.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Fuente de financiamiento

Esta investigación no contó con apoyo financiero de ninguna entidad pública, comercial o sin fines de lucro.

Aprobación ética

Los procedimientos realizados fueron posteriores a la firma del consentimiento informado y realizados de acuerdo con estándares éticos internacionales, igualmente apegados a la declaración de Helsinki de 1964, junto a sus respectivas enmiendas ulteriores.

Este es un artículo de acceso abierto.

Fecha de recepción: 27/11/2025

Fecha de revisión: 09/01/2026

Fecha de aprobación: 12/02/2026

Referencias

1. Ciriza de los Ríos C, Rodríguez F, Dutari M, Castel I. Divertículos epifrénicos y medio esofágicos: una causa poco frecuente de disfagia esofágica. Hallazgos en la manometría esofágica de alta resolución. *Rev Esp Enferm Dig.* 2015;107(5):316-321. Disponible en: https://scielo.isciii.es/pdf/diges/v107n5/es_nota2.pdf
2. Ballesteros-Barrera IF, Barrera-Zavala A, Durán-Briones G, Carmona-Rodríguez A. Divertículo esofágico epifrénico. *Cir Gen.* 2021;43(2):132-136. doi:10.35366/106725.
3. Arenas-Rojas A, Pineda A, Walteros J, Villamizar L. Preescolar con divertículo de Zenker y hallazgo intraoperatorio de cuerpo extraño esofágico. *Rev Colomb Cir.* 2022;37:312-317. doi:10.30944/20117582.887.
4. Arenas Miravé J, Montalvo I, Gil I. Esofagitis infecciosas. *Gastroenterol Hepatol.* 1999;22:302-308. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-pdf-7141>
5. Moreno-Alfonso JC, Eguaras I, Yáñez MC, Miranda MC. Divertículo esofágico de tercio medio: una causa infrecuente de disfagia. *Rev Colomb Cir.* 2020;35:498-499. doi:10.30944/20117582.562.
6. De Angulo D, Ortiz M, Martínez L, Munitiz V, Parrilla P. Divertículos epifrénicos: ¿cuándo y cómo operar? *Cir Esp.* 2009;85(4):196-204. 1643.