

CASO CLÍNICO

DISFAGIA ESTRUCTURAL POR DIVERTÍCULO DE ZENKER: DESCRIPCIÓN Y EVOLUCIÓN DE UN CASO CLÍNICO

STRUCTURAL DYSPHAGIA DUE TO ZENKER'S DIVERTICULUM: A CASE REPORT AND CLINICAL COURSE



Autoras: Lic. Cora Duca Freyre¹, Dra. María del Carmen Campos²

¹ Ex Residente de la Unidad de Internación de Fonoaudiología. HIGA Gral. San Martín. La Plata. Fonoaudióloga interina de la Unidad de Fonoaudiología. HIGA San Roque. Gonnet – La Plata.

² Ex jefa de Unidad de Internación de Fonoaudiología. HIGA Gral. San Martín. La Plata. Profesora de la carrera de Licenciatura de Fonoaudiología en la UNLP y UMSA.

Contacto de correspondencia: coramvducaf@gmail.com



RECIBIDO: MARZO 2026
ACEPTADO: JUNIO 2026

RESUMEN

El divertículo de Zenker representa el 60 a 65% de todos los divertículos esofágicos. El 50% de éstos ocurre entre la séptima y octava décadas de la vida. El síntoma más común es la disfagia y se referencian otros como halitosis, regurgitación, broncoaspiración, pérdida de peso y odinofagia. En este artículo se presenta un caso clínico que muestra la evolución de este proceso estructural que altera la deglución, durante el periodo de seguimiento de octubre de 2017 a septiembre de 2025. La paciente de 61 años refería sensación de retención del alimento a nivel faríngeo, reflujo nasal con consistencias semisólida y eventualmente con líquidos, de años de evolución. En la evaluación clínica se observa hiporreflexia faríngea

confirmándose el diagnóstico de disfagia faringoesofágica con penetración silente con videofluoroscopia de la deglución (VFD). Se decide tratar con Miotomía Endoscópica Peroral de Zenker (Z-[POEM](#)), sin complicaciones y con mejoría sintomática de inmediato. Luego del control de la deglución con VFD se indica nivel 6 y nivel 0 según IDDSI, con bolo de 5 ml. Actualmente se mantiene asintomática con buena tolerancia al nivel de ingesta.

PALABRAS CLAVE: deglución; disfagia; divertículo de Zenker y videofluoroscopia de la deglución.

STRUCTURAL DYSPHAGIA DUE TO ZENKER'S DIVERTICULUM: A CASE REPORT AND CLINICAL COURSE

ABSTRACT

Zenker's diverticulum accounts for 60 to 65% of all esophageal diverticula. Fifty percent of these occur between the seventh and eighth decades of life. The most common symptom is dysphagia, and others include halitosis, regurgitation, aspiration, weight loss, and odynophagia. This article presents a clinical case showing the evolution of this structural process that impairs swallowing, during the follow-up period from October 2017 to September 2025. The 61-year-old patient reported a sensation of food retention in the pharynx, nasal reflux with semisolid consistencies and occasionally with liquids, of several years' duration. Clinical evaluation revealed pharyngeal hyporeflexia, confirming the diagnosis of pharyngoesophageal dysphagia

with silent penetration using videofluoroscopy of swallowing (VFD). The patient was treated with a Zenker peroral endoscopic myotomy (Z-POEM), which was uncomplicated and resulted in immediate symptomatic improvement. Following swallowing control with a variable frequency drive (VFD), IDDSI levels 6 and 0 were prescribed, with a 5 ml bolus. She remains asymptomatic and tolerates the intake level well.

KEYWORDS: *swallowing; dysphagia; Zenker's diverticulum and videofluoroscopy of swallowing.*

INTRODUCCIÓN

Este trabajo tiene el objetivo de exponer un caso clínico con disfagia estructural por divertículo de Zenker, incluyendo el diagnóstico, la resolución y el seguimiento con intervención de fonoaudiología en equipo interdisciplinario.

DEGLUCIÓN Y DISFAGIA ESTRUCTURAL

La deglución es una actividad neuromuscular compleja que comprende una serie de movimientos coordinados de la cavidad bucal, faringe y esófago, cuyo fin último es permitir que los líquidos, los sólidos y la saliva sean transportados desde la boca hasta el estómago (Logeman, 1997). Este proceso puede ser

dividido en 3 a 5 etapas, según los autores, pudiendo encontrar las siguientes fases: (1)

- Fase anticipatoria: descrita por Leopold y Kagel (1997) como una etapa pre-oral, previa a la ingesta de alimentos, compuesta por el input sensorial (salivación, olfato, vista y audición) y recuerdos cognitivos asociadas a las experiencias de la alimentación.
- Fase oral preparatoria: es voluntaria e involucra diferentes mecanismos de preparación del bolo como la prensión de los alimentos, la masticación y la insalivación del bolo.
- Fase oral propiamente dicha: también es voluntaria e involucra los mecanismos de propulsión, el descenso de la base de la lengua, posicionamiento del bolo en el istmo de las

fauces y la apertura de la válvula posterior velolingual.

- Fase Faríngea: es una etapa refleja que comprende los mecanismos de oclusión de la válvula velofaríngea y laríngea, la propulsión faríngea y la apertura del esfínter esofágico superior (EES).

- Fase Esofágica: es la etapa refleja por la cual el bolo pasa por el EES y el peristaltismo lo propulsa hacia el esfínter esofágico inferior (EEI).

Podemos decir que una persona manifiesta disfagia cuando presenta una dificultad en alguna de estas fases, es decir, en el procesamiento del alimento, la formación del bolo, la propulsión del bolo alimenticio, la configuración de las válvulas musculoesqueléticas, la reconfiguración orofaríngea y/o la apertura del esfínter esofágico superior durante la deglución.

La disfagia, según su etiopatogenia puede ser clasificada en funcional o mecánica. Teniendo en cuenta las etapas o fases afectadas puede ser clasificada en disfagia oral, faríngea o esofágica. (2) Los pacientes con divertículo de Zenker presentan una disfagia mecánica faringo-esofágica. (3)

El divertículo de Zenker es el más frecuente de los divertículos, aunque infrecuente en las causas de disfagia en general y representa el 60 a 65% de todos los divertículos esofágicos. Debido a que el 50% de la incidencia se sitúa entre la séptima y octava décadas de la vida, se considera un proceso adquirido. (3, 4)

El divertículo de Zenker o divertículo cricofaríngeo es una protrusión de la mucosa y submucosa faríngea a través de una zona relativamente débil de la pared posterior de la faringe, denominada triángulo de Killian. Esta zona de debilidad se encuentra situada entre el músculo constrictor faríngeo inferior de orientación oblicua y el músculo cricofaríngeo de orientación transversal. Una mayor presión

hipofaríngea durante la deglución, junto con una resistencia inferior en la pared posterior de la hipofaringe, son factores fundamentales en la patogénesis del divertículo de Zenker. (3, 4)

El aumento de la presión endo-faríngea que provoca la protrusión de la mucosa y submucosa a través del triángulo de Killian, puede tener su origen en un asincronismo entre la contracción de las paredes y la relajación del esfínter esofágico superior. El crecimiento del divertículo será hacia distal e interpuesto entre el esófago y la columna vertebral. (3, 4)

Desde el punto de vista de la morfología el divertículo puede presentar diferentes tamaños (Imagen A) que pueden ser considerados como distintas etapas evolutivas: (4)

Primer estadio: En un comienzo el divertículo es una simple evaginación de la pared posterior faríngea en forma de un triángulo pequeño, con un vértice posterior que puede persistir en la faringe ya vacía y que desaparece con la siguiente deglución. Esta forma inicial del divertículo ha sido denominada en "espinas de rosa" (En imagen A - A).

Segundo estadio: La evaginación diverticular es mayor y dicho eje sigue una dirección oblicua hacia atrás (En imagen A - B I).

Tercer estadio: El divertículo es una bolsa cuya boca es horizontal y compite con la luz del esófago, es voluminoso con contenido permanente y con una boca horizontal mayor que el orificio del esófago que a su vez resulta comprimido por el divertículo. (En imagen A - B II, III)

Autores como Ian J. Cook, luego de estudiar catorce pacientes con divertículo de Zenker y 9 sujetos sanos, con las mismas edades y evaluados mediante videofluoroscopia y manometrías simultáneas, determina que las alteraciones se deben a cambios estructurales

en los músculos. El mismo autor, luego de analizar cortes musculares encontró degeneración fibrosa y tejido fibroadiposo. De estos estudios se concluyó que los cambios estructurales en la fibra muscular pueden ser los responsables de la disfagia y de la disminución de la apertura del esfínter esofágico superior. (4)

Esta alteración estructural puede persistir largo tiempo, a veces años, en otros casos se constata un crecimiento de esta alteración, hasta transformarse en un verdadero divertículo con un cuadro más característico. A medida que aumenta el tamaño del divertículo la dificultad deglutoria es progresivamente mayor y constante. Los síntomas se manifiestan con la ingestión de bolos sólidos, refiriendo el paciente la imposibilidad del pasaje y la tendencia a la expulsión. (5, 6)

La descripción morfológica adquiere gran importancia, dado que el cuadro clínico y las complicaciones suele tener relación directa con el grado de desarrollo del saco diverticular, así como, lo referido a la oportunidad y tipo de tratamiento. (5, 6)

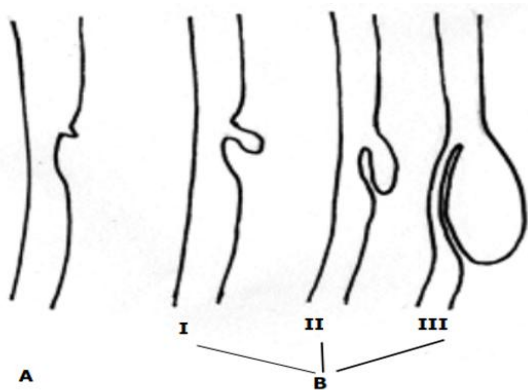


Imagen A: Fuente (5) Covian E. Divertículo de Zenker. *Cirugía Digestiva*. www.sacd.org.ar; 1-163, pág. 1-13. (2009)

Algunos autores señalan que el cuadro clínico presenta síntomas de ruidos hidro-aéreos, tos, disfonía y odinofagia, además de regurgitación, disnea por microaspiraciones o por efectos de

la compresión de la vía aérea, halitosis y pérdida de peso. Algunos pacientes realizan maniobras para facilitar el pasaje del bolo y superar temporariamente su molestia lo que posterga la consulta provocando que el divertículo crezca de tamaño y se agrave la disfagia. (5, 6)

DIAGNÓSTICO

Los estudios radiológicos con contraste como el esofagograma o seriada de esófago permite observar el tamaño y ubicación del saco diverticular, que nace en la cara posterior de la región faringoesofágica en la línea media del cuello. Además, este estudio dinámico evalúa el comportamiento del esófago y del estómago, valorando en conjunto la morfología y la función de estos órganos del aparato digestivo. (5, 6)

La manometría y la pHmetría esofágica como estudios complementarios son importantes, porque pueden demostrar si un proceso diverticular se acompaña de una respuesta anormal del músculo cricofaríngeo durante la deglución y del grado de reflujo gastroesofágico, que en estos pacientes puede estar presente en un grado anormal. (5, 6)

La videoendoscopía digestiva alta (VEDA) en algunos pacientes puede ser el primer estudio para el diagnóstico, observando los cambios estructurales en la mucosa, las paredes del divertículo como así también su contenido. Este estudio se debe realizar evitando riesgos como la perforación diverticular, dado que la fibra óptica pasa por el esfínter cricofaríngeo con escaso control visual y venciendo una cierta resistencia considerada como normal. Además, este estudio es sumamente importante para detectar patologías asociadas en el trato digestivo alto. Luego de este estudio endoscópico es habitual que se solicite estudios

dinámicos complementarios como la videofluoroscopia de la deglución. (7)

La videodeglución es otro estudio importante para el diagnóstico dado que permite objetivar la dinámica de la deglución, evaluando los tiempos de la función y sus alteraciones como expresión de una incoordinación motora. Este procedimiento es el único método eficaz para detectar perturbaciones mínimas que justifiquen una sintomatología difusa, alcanzando el diagnóstico funcional y documentar las alteraciones estructurales. (5, 6)

Autores refieren que se debe considerar en el diagnóstico diferencial al carcinoma, la acalasia del músculo cricofaríngeo y las membranas esofágicas cervicales, dado que estos pueden producir síntomas similares a los del divertículo de Zenker. (5, 6)

TRATAMIENTO

El tratamiento en el divertículo de Zenker está indicado para aliviar los síntomas de disfagia y de regurgitación orofaríngea, evitando las complicaciones con riesgo potencial para la vida como la neumonía por aspiración y los abscesos pulmonares que pueden ocurrir en los pacientes adultos mayores. (5, 6, 7)

Se proponen dos vías de acceso diferente para el tratamiento quirúrgico, considerando la cirugía a cielo abierto con las técnicas de miotomía del esfínter esofágico superior y diverticuléctomía o diverticulopexia, y la vía de acceso endoscópica transoral. (5, 7, 8)

La miotomía cricofaríngea sin extirpación es aplicada en los divertículos pequeños, menores de 2 cm. El paciente se recupera rápidamente y desaparecen los síntomas porque con esta

técnica quirúrgica disminuye la resistencia del esfínter cricofaríngeo. (5, 6)

La diverticuléctomía y miotomía del cricofaríngeo se recomienda en los divertículos mayor de 4 cm. Se ha reportado en un trabajo de Bonafede JP et al. con 87 pacientes tratados con esta técnica quirúrgica, el 3.5% de mortalidad y una tasa de complicaciones de 24%. El 78% de los pacientes refirieron ausencia de síntomas, el 13% presentaron mejoría con datos clínicos esporádicos y sólo el 3% persistencia de la disfagia. (5, 6)

La diverticulopexia con miotomía del cricofaríngeo se sugiere en divertículos de 1 a 4 cm. La técnica consiste en invertir el saco diverticular y suturarlo a la fascia prevertebral. Como desventajas de la técnica se menciona prolapso del saco y recidiva. (5, 6)

La endoscopia transoral es un procedimiento seguro que puede tener menos complicaciones y una recuperación más rápida que la cirugía a cielo abierto. Consiste en dividir el neotabique septum (septotomía) formado por el músculo cricofaríngeo entre el esófago cervical y la bolsa diverticular, con electrocirugía, laser y más recientemente con engrapadora. Tiene ventajas sobre las otras técnicas que es el corto tiempo quirúrgico, estancia hospitalaria más reducida y rápida recuperación de la vía oral de alimentación. (7)

La opción terapéutica más actual es Z-POEM, presentado en 2019 con el primer estudio multicéntrico, internacional, donde se reportó una eficacia terapéutica de 92%, con recurrencia del 1%, sin mortalidad asociada. Esta Miotomía Endoscópica Peroral de Zenker consiste en crear un túnel submucoso para seccionar el músculo cricofaríngeo con mayor precisión, serrando el ojal diverticular con dos

clips. Con esta técnica mejora la disfagia y se evita complicaciones de la cirugía abierta. (8, 9)

Luego del tratamiento quirúrgico es conveniente realizar un nuevo control instrumental de la deglución con videofluoroscopia, para indicar si es necesario, tratamiento fonoaudiológico sensitivo y motor, teniendo en cuenta el grupo etario que padece esta patología. Otro aspecto del tratamiento fonoaudiológico a considerar, son las indicaciones relacionadas con la ingesta, como el nivel de consistencia y viscosidad según IDSSI (10), volumen del bolo alimenticio, postura general, postura cefálica o maniobras voluntarias.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 61 años con antecedentes personales de obesidad, fibromialgia desde el año 2018, hipertensión arterial (HTA), rinitis alérgica, trauma ocular en la infancia que compromete la agudeza visual, anemia crónica y gastritis. Se acerca por consultorio externo a la Unidad de Fonoaudiología del HIGA San Martín de La Plata, derivada del servicio de gastroenterología para realizar evaluación instrumental de la deglución por presentar síntomas de disfagia.

La paciente refiere sensación de retención del alimento a nivel faríngeo, presenta reflujo nasal con consistencias semisólida y eventualmente con líquidos, de años de evolución. Se observa en el examen físico parámetros de fuerza y movilidad oro-linguo-faciales dentro de límites normales, logra generar presiones intraorales, tos volitiva efectiva, voz eufónica, buena movilidad velar, arreflexia faríngea, el reflejo deglutorio aparenta a tiempo. No se observan signos clínicos de penetración y/o aspiración.

El informe de la tomografía axial computarizada de macizo facial evidencia desviación del tabique nasal a derecha e hipertrofia de

cornete superior izquierdo. Se realiza estudio de VFD con equipo Siregraph – C2 Siemens, con sulfato de bario modificado con alimentos nivel 7, nivel 4 y nivel 0 según IDSSI, con volúmenes de 3 a 10 ml en posición de bipedestación. Se observa en el estudio ascenso laríngeo y rebatimiento epiglótico limitado. Cierre incompleto de la vía aérea durante el trago. Clearance faríngeo levemente alterado por presencia de escasos residuos semisólidos en recesos valeculares y a nivel de hipofaringe, los cuales aclaran completamente con bolo líquido fino. A nivel de C5-C6 se observa imagen radiopaca compatible con divertículo de Zenker incipiente (imagen B).



Imagen B: Imagen de divertículo de Zenker en el primer estadio A "espina de rosa". (4)

El informe concluye con el diagnóstico de disfagia faringo-esofágica (CIE-10: R13.14) con penetración silente del contraste líquido con volumen 10 ml sin posterior progresión en la vía aérea. Score 2 según Escala de penetración-aspiración (EP-A) de Rosenbek. Se logra compensar la penetración observada con control de volumen del bolo líquido. Se indica ingesta según IDSSI, con nivel 6 (suave y tamaño bocado) y líquidos en nivel 0 (finos) con control de volumen 5 ml por bolo. Postura general de sedestación a 90 grados.

Por persistencia de sintomatología la paciente consulta 6 años después y se reitera el estudio de VFD, observándose imagen a nivel de C5-C6

compatible con saco diverticular que genera una reducción parcial de la luz del tracto, limitando el pasaje del contraste (imagen C).

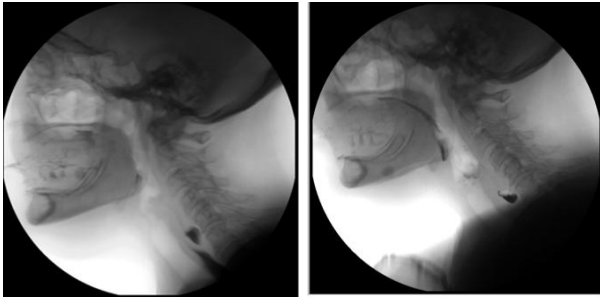


Imagen C: Imagen de divertículo de Zenker evolucionado a estadio B - I. (4)

El estudio confirma el diagnóstico de disfagia faringo-esofágica sin observar ingreso del contraste a la vía aérea. Score 1 según escala EP-A. Se indica mantener el nivel 6 y nivel 0 según IDDSI para la ingesta. Disminuir el control de volumen por bolo a 3 ml con segundas degluciones. Sedestado a 90 grados.

La paciente fue tratada con Miotomía Endoscópica Peroral de Zenker (Z-POEM). No se presentaron complicaciones durante la intervención y se logró mejoría sintomática de inmediato. Se realiza post tratamiento quirúrgico control dinámico de la deglución con VFD y se observa reducción del saco diverticular y mejor pasaje del contraste por faringe. (imagen D). Se indica para la ingesta de alimentos nivel 6 y nivel 0 según IDDSI, con control de volumen por bolo de 5 ml.

La paciente fue dada de alta por el equipo interdisciplinario con controles alejados y

actualmente se mantiene asintomática con buena tolerancia al nivel de ingesta.

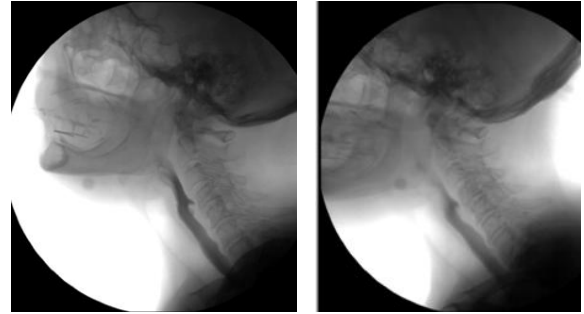


Imagen D: Imagen de divertículo de Zenker post intervención quirúrgica endoscópica con Z-POEM.

CONCLUSIONES

El divertículo de Zenker o también denominado divertículo faringoesofágico afecta a la población adulta mayor aproximadamente entre el 0,01% al 0,11 %, siendo según la patogénesis un divertículo adquirido generado por pulsión (2,5,13). Si bien la regurgitación y la halitosis son los síntomas más frecuentes, la impactación alimentaria es extremadamente rara, siendo la disfagia el síntoma más común y de manifestación temprana. El caso clínico presentado coincide con la epidemiología señalada por la literatura internacional (11), en relación con que este divertículo constituye una causa de disfagia estructural en el adulto mayor. Además, se observó coincidencia en las manifestaciones clínicas del caso reportado en relación con la disfagia, la retención del alimento a nivel faríngeo y reflujo nasal con todas las consistencias.

La literatura científica señala que el diagnóstico se realiza mediante estudios de endoscopia digestiva alta y de videofluoroscopia de la deglución, que brindan imágenes que permiten confirmar el diagnóstico clínico (11, 12 13), tomar decisiones sobre el tratamiento médico y visualizar el tamaño del saco diverticular. Se recomienda realizar estudios complementarios

con manometría esofágica, pHmetría esofágica y seriada esofágica con contraste para diagnosticar si hay otras patologías del aparato digestivo asociadas. Estos autores mencionan que un diagnóstico tardío puede generar complicaciones como neumonía por aspiración, perforación, hemorragia o desnutrición (9, 11, 12)

El diagnóstico del caso presentado se realizó en equipo interdisciplinario compuesto por gastroenterólogo, motilidad digestiva, fonoaudiología y nutrición, que efectuaron evaluaciones clínicas e instrumentales según la evidencia científica. Fonoaudiología realizó el diagnóstico funcional de la disfagia estructural con el estudio de VFD, que evidencio eventos funcionales de penetración silente, que fueron compensados con indicaciones sobre la ingesta, para favorecer el pasaje del alimento hacia el estómago en forma segura y eficaz hasta la realización del tratamiento médico. Se indico durante la ingesta mantener la postura general de tronco en sedestación, líquidos (IDSSI Nivel 1: fino), consistencia de los alimentos (IDSSI Nivel 6: suave y tamaño bocado) y control del volumen del bolo (5 ml). Se sugirió evaluación y seguimiento con nutrición posterior al diagnóstico de la disfagia.

Los autores concuerdan que el tratamiento del divertículo de Zenker es quirúrgico, con vía de acceso abierta con la técnica de diverticulectomía o diverticulopexia y la miotomía del musculo cricofaríngeo, dependiendo del tamaño del saco diverticular (4, 5, 6, 12). Mas recientemente, otros autores señalan que el tratamiento endoscópico es otra opción terapéutica, utilizando una técnica mínimamente invasiva para la resolución de la patología con una rápida recuperación del paciente (7, 8, 9, 12). El tratamiento ha evolucionado significativamente con las técnicas endoscópicas de la Z-POEM y el grapado rígido (12). Se carece de datos a largo plazo, más allá de 3 años, en relación con los patrones de recurrencia post tratamiento. Esta

es una falta importante, especialmente para los pacientes que buscan un alivio sintomático duradero y de por vida. Es probable que las futuras innovaciones en tecnología y técnicas endoscópicas perfeccionen aún más estos tratamientos, ofreciendo mejores resultados para los pacientes con divertículo de Zenker (12, 13).

En cuanto al abordaje terapéutico del caso reportado, gastroenterología realizo tratamiento quirúrgico con Miotomía Endoscópica Peroral de Zenker (Z-POEM), técnica mínimamente invasiva, segura y altamente eficaz para tratar el divertículo de Zenker (8, 9). Los resultados postratamiento fueron óptimos con mejora de la sintomatología. El éxito terapéutico obtenido en este caso refuerza la tendencia actual hacia procedimientos mínimamente invasivos, los cuales reducen significativamente el tiempo de ayuno postoperatorio y las complicaciones mediastínicas (12, 13).

Posteriormente se realizó nuevo control instrumental con VFD para determinar el estado de la función deglutoria y los cambios estructurales postquirúrgicos. Se observa deglución sin riesgo con reducción del saco diverticular, con mejora del pasaje del contraste por faringe y se mantienen las indicaciones ya dadas para el momento de la ingesta.

El manejo y la resolución del caso clínico reportado concuerda con la evidencia científica, dado que muestra que, el abordaje de la disfagia causada por divertículo de Zenker es interdisciplinario con dinámica de transdisciplina, dirigido al diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento clínico e instrumental, para posibilitar practicas adecuadas y seguras con una intervención temprana para prevenir la morbilidad, optimizar los resultados y obtener el mejor pronostico posible para los pacientes (9, 11, 12). La intervención fonoaudiológica exige una

sólida formación en el análisis de imágenes para alcanzar un diagnóstico funcional temprano y certero de las alteraciones estructurales del esfínter cricofaríngeo. Asimismo, esta

competencia es clave para determinar las pautas terapéuticas complementarias orientadas a la recuperación del paciente.

*Este trabajo no contó con ningún tipo de financiación.
Las autoras declaran no tener conflicto de interés.*

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Leopold NA and Kagel MC. (1997) *Dysphagia—Ingestion or Deglutition? A Proposed Paradigm*. *Dysphagia* 12:202–206.
2. Vega R, Flisfisch H. (2011) *Divertículos del Esófago*. *Rev. Medicina y Humanidades*. Vol. III N° 3.
3. Cook IJ. et al. (1992) *Pharyngeal Disorder of Opening (Zenker's) Diverticulum Is a Upper Esophageal Sphincter*. *Gastroenterology*. 103:1229-1235.
4. Covian Enrique. (2009) *Divertículo de Zenker*. *Cirugía Digestiva*. www.sacd.org.ar; I-163, pág. 1-13.
5. Pérez Torres E., Pérez Pineda J. y col. (2005) *Diagnóstico y tratamiento del divertículo de Zenker*. *Rev. Med. Del Hosp. Gral. De México*. Vol. 68, Núm. 3, pp 155-159.
6. Bissotto A., Iacopini F. et al. (2013) *Zenker's diverticulum: exploring treatment options*. *Acta Otorhinol. Italiaca* 33:219-229.
7. López MA y col. (2019) *Divertículo de Zenker de la A al Z - Poem*. *Endoscopia*. 31(Supl 2):137-141.
8. Zaninotto G. (2012) *Modern treatment of cricopharyngeal (Zenker's) diverticula*. *Cir. Esp.* 90 (4): 213-214.
9. Wagh MS and Draganov PV. (2021) *How to Approach a Patient with a Zenker's Diverticulum*. *Gastroenterology*. 160:10–14.
10. *The International Dysphagia Diet Standardisation Initiative – IDSSI*. (2016)
11. Schweininger M. et al. (2025) *A Rare Case of Food Impaction in Zenker's Diverticulum Presenting With Acute Dysphagia*. *The Amer Jour of Gastroent.* Vol 120.
12. Ramamurthy S. et al. (2025) *Management Strategies for Zenker's Diverticulum: A Comprehensive Review*. *J. Clin. Med.* 14(17), 6141.
13. Schuman Ari D. et al. (2026) *Dysphagia Outcomes in Zenker Diverticulum: A Longitudinal POUCH Study*. *The Laryngoscope*. 136:683–687.

Como citar

Duca Freyre C, Campos M del C. DISFAGIA ESTRUCTURAL POR DIVERTÍCULO DE ZENKER: DESCRIPCIÓN Y EVOLUCIÓN DE UN CASO CLÍNICO. *Fonoaudiológica*.2026;73(2):34-42.

Disponible en: <https://fonoaudiologica.asalfa.org.ar/index.php/revista/article/view/207>