



P-156 - CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS SOBRE DIVERTÍCULO DE ZENKER

Candel Arenas, Mari Fe; Albarracín García, Rosario; Ruiz Marín, Miguel; Parra Baños, Pedro Antonio; Peña Ros, Emilio; Luján Martínez, Delia; Medina Manuel, Esther; Albarracín Marín-Blázquez, Antonio

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

Resumen

Introducción: Desde que en 1904 Halstead, describiese un caso de degeneración maligna sobre un divertículo de Zenker, las publicaciones al respecto han sido escasas. Referimos un caso de carcinoma de células escamosas sobre un divertículo de Zenker.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente varón de 62 años, sin antecedentes de interés, que consultó en urgencias en dos ocasiones atragantamiento asociado posteriormente a tos persistente. Se solicitó endoscopia digestiva que informó de divertículo de Zenker con tumoración de aspecto maligno en su interior de 4 cm. La biopsia describió una lesión sugestiva de carcinoma de células escamosas. Se realizó tránsito EGD encontrando una imagen sacular de 7 cm en el tercio superior del esófago compatible con divertículo de Zenker. El TC para estudio de extensión no mostró más lesiones. El paciente fue intervenido quirúrgicamente mediante cervicotomía lateral izquierda, encontrando divertículo de Zenker de unos 7 cm, ocupado por una tumoración de consistencia dura, practicando diverticulectomía y miotomía del cricofaríngeo. Tras un posoperatorio satisfactorio el paciente fue alta al 7º posoperatorio. La anatomía patológica informó de carcinoma de infiltrante de células escamosas con bordes quirúrgicos libres (pT3N0M0). Actualmente, el paciente está pendiente de recibir radioterapia.

Discusión: La incidencia de carcinoma sobre divertículo de Zenker oscila entre el 0,3 y el 7%. El tipo histológico hallado con más frecuencia es el carcinoma epidermoide con distintos grados de diferenciación. La etiopatogenia no está clara, se proponen como factores de riesgo: sexo masculino, edad avanzada, divertículo de gran tamaño y larga evolución. El factor de riesgo considerado como el de mayor riesgo de malignización es, la larga evolución, debido a la irritación crónica y a la inflamación por la presencia continua de restos alimenticios en el interior del divertículo. Los datos clínicos de un divertículo malignizado son los mismos que los producidos por un divertículo no complicado. Algunos autores consideran que la presencia de restos hemáticos en los alimentos regurgitados y el dolor cervical son sugeritivos de malignización. Las pruebas diagnósticas más útiles son la endoscopia digestiva y el esofagograma. La primera puede visualizar la tumoración y tomar biopsias (como en nuestro caso) o, incluso, citología del contenido del divertículo. La segunda puede mostrar un defecto de repleción que permanece constante. En cuanto al tratamiento, si el tumor está confinado a las paredes del divertículo, la cirugía parece un tratamiento suficiente, al menos, en ciertas ocasiones. Si el tumor infiltra el cuello del divertículo, están indicadas resecciones más agresivas. Por lo que se refiere a la radioterapia, su papel es controvertido. Como tratamiento único, solo tendría opción en casos inoperables. Como tratamiento coadyuvante de la cirugía sería válida para aquellos tumores que no sobrepasan el cuello del divertículo y, en casos límite, antes que

realizar resecciones quirúrgicas más amplias. Pensamos que aunque la malignización sobre un divertículo de Zenker es extremadamente rara, es importante realizar un seguimiento concienzudo a los pacientes diagnosticados y, mejor aún, operarlos precozmente.