



## P-124 - DIVERTÍCULO DE ZENKER, ANÁLISIS DE NUESTRA EXPERIENCIA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Roldán Villavicencio, Javier Ismael; Sarriugarte Lasarte, Aingeru; Álvarez Abad, Irene; Calle Baraja, Miguel; Servide Staffolani, María José; Gutiérrez Grijalba, Oihane; Oleagoitia Cilaurre, Jesús María; Colina Alonso, Alberto

Hospital de Cruces, Barakaldo.

### Resumen

**Introducción:** El divertículo de Zenker es una patología infrecuente (0,01-0,11%), cuyo síntoma principal es la disfagia. Existe una amplia variedad de opciones terapéuticas, desde endoscópicas hasta quirúrgicas. A partir del caso clínico de un divertículo de Zenker gigante, se ha realizado una revisión retrospectiva, de los divertículos de Zenker grado IV tratados mediante cirugía los últimos diez años en el Hospital Universitario de Cruces, Bizkaia, en el período 2005-2015.

**Caso clínico:** Se presenta el caso clínico de un hombre de 70 años que presentaba disfagia progresiva de 2-3 años de evolución y pérdida de peso (5-6 Kg). Se realiza TAC y esofagograma con hallazgo de divertículo de Zenker gigante de 9,5 × 6,7 × 6,5 cm. Se realizó diverticulectomía mecánica y miotomía del músculo cricofaríngeo por cervicotomía, presentando un postoperatorio favorable con alta el 3<sup>er</sup> día posoperatorio. Se ha realizado un estudio retrospectivo, descriptivo, de los casos de divertículo de Zenker grado IV de la clasificación de Brombart (divertículo grande que comprime y desplaza el esófago) intervenidos los últimos 10 años en nuestro centro. Se han analizado las variables sexo, edad, ASA, síntoma principal, imagen, hallazgos quirúrgicos y anatomopatológicos, así como tipo de cirugía, complicaciones y resultados. Se analizaron un total de 30 pacientes operados en los últimos 10 años, siendo 67% hombres, con edad media de 60 años y riesgo ASA II-III en el 96,7% de los pacientes. La disfagia es el síntoma principal en 96,7%, seguido de regurgitación en 50% y el diagnóstico mediante esofagograma se realizó en el 100%, esofagoscopia en 40% y TAC cervical en un 23%. La técnica quirúrgica más realizada fue la diverticulectomía y miotomía del músculo cricofaríngeo con sutura mecánica en 76% de los pacientes (mecánica con TA en 66% y GIA 10%) y sutura manual en 23%. El tamaño medio fue de 3,9 cm (1-9,5 cm) de longitud. Dentro de las complicaciones existió un 13,3% de fístula, 13,3% disfonía y 6% de estenosis. El resultado clínico fue satisfactorio en el 96,7% de los casos existiendo persistencia radiológica y subclínica de un pequeño divertículo en el 13,3% de los mismos.

**Discusión:** Dada la baja incidencia de la patología, la heterogeneidad de los estudios y la diversidad de técnicas quirúrgicas endoscópicas y por cervicotomía empleadas, el tratamiento del divertículo de Zenker continua siendo controvertido. A pesar de tener mayor tasa de fístula postoperatoria y riesgo de lesión recurrencial que las técnicas endoscópicas, la diverticulectomía añadida a la miotomía del músculo cricofaríngeo mediante cervicotomía sigue siendo un tratamiento adecuado para los grandes divertículos de Zenker grado IV dado el mayor éxito clínico y menor recidiva.