

Carcinoma epidermoide sobre divertículo de Zenker



Epidermoid carcinoma occurring in a Zenker's diverticulum

Presentamos el caso de un varón de 79 años, cuyos antecedentes son HTA, flutter auricular paroxístico, BAV de primer grado y ateromatosis carotídea no obstructiva. Desde el punto de vista digestivo destacan divertículo de Zenker diagnosticado 5 años atrás y carcinoma *in situ* de colon ascendente extirpado endoscópicamente.

Durante el seguimiento del divertículo, el paciente refirió un aumento de la regurgitación y de la tos. Se realizó nueva esofagoscopia objetivándose dicho divertículo de 4-5 cm con un comprimido en su interior (fig. 1) y en la cara anterior del mismo, a más de 1 cm del cuello diverticular, una lesión de 2-3 cm sobre elevada de aspecto neoplásico. El estudio anatomopatológico sugería la presencia de un carcinoma epidermoide infiltrante. En el estudio de extensión por tomografía axial computarizada (TAC) se objetivaron adenopatías regionales inespecíficas, sin otros hallazgos.

Tras el diagnóstico, en el comité de tumores se desestimó radioterapia neoadyuvante por la movilidad de la zona y para reducir las complicaciones posquirúrgicas, decidiéndose administrar quimioterapia neoadyuvante por el tamaño de la lesión y el riesgo de invasión ganglionar. Posteriormente, se intervino mediante una incisión cervical izquierda paralela al borde anterior del músculo esternocleidomastoideo. Durante la cirugía se objetivó una tumoración de 3 × 2 cm circunscrita al divertículo (fig. 2) y una adenopatía yugular que se extirpó y estudió intraoperatoriamente, resultando sin evidencia de malignidad. Se realizó diverticulectomía y cricofaringomiectomía. El postoperatorio transcurrió sin complicaciones siendo dado de alta al 6.º día del postoperatorio. (fig. 3)

Se realizaron revisiones el 1.º, 3.º, 6.º y 12.º mes, manteniéndose asintomático, con ligera ganancia ponderal



Figura 1 – Imagen endoscópica de la cavidad del divertículo de Zenker, con comprimido en su interior y lesión sospechosa en cara anterior del mismo.

y sin progresión en las pruebas realizadas (EDA y TAC). El resultado de la anatomía patológica fue de carcinoma epidermoide bien diferenciado que infiltra hasta la adventicia con bordes quirúrgicos libres de infiltración (pT3N0).

La degeneración maligna es una complicación rara de los divertículos faríngeos con una incidencia descrita en la literatura desde un 0,3 hasta un 7%¹. El primer autor que lo publicó fue Halstead en 1904. Desde entonces, las publicaciones han sido escasas, siendo la mayoría casos clínicos aislados, por lo que no existe un consenso en cuanto a su manejo.

Se consideran factores de riesgo para la malignización del divertículo la edad avanzada, sexo masculino, gran tamaño y larga evolución del mismo², siendo este último el principal factor predisponente por la irritación crónica a la que está expuesto el revestimiento diverticular por la retención de alimentos³.

El tipo histológico más frecuente es el carcinoma epidermoide con diferentes grados de diferenciación. Se han descrito, aunque es menos frecuente, lesiones *in situ* y benignas en el interior del divertículo⁴.

Los síntomas típicos de un divertículo de Zenker son disfagia, regurgitación, pérdida de peso, fetor, borborigmos cervicales, tos y broncoaspiraciones⁵, pudiendo ser asintomático. No parece haber una relación directa entre la duración de los síntomas del divertículo y la malignización del mismo⁶.

Los síntomas que sugieren una posible malignización son un empeoramiento de la disfagia y la regurgitación⁷, en ocasiones con restos hemáticos^{5,8,9}, y/o pérdida importante de peso⁶. El dolor es un síntoma inusual, pero es altamente sugestivo de malignidad³.

En muchos de los casos el diagnóstico es incidental durante la cirugía o tras el estudio anatomopatológico de la pieza³. Las pruebas complementarias útiles para el diagnóstico son el esofagograma baritado y la esofagoscopia^{3,10}. La pérdida de definición en el contorno del divertículo en el esofagograma debe hacer sospechar de la aparición de una lesión^{5,9}, aunque

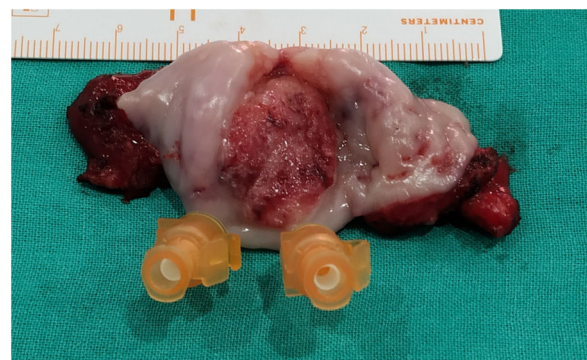


Figura 2 – Pieza quirúrgica de diverticulectomía.

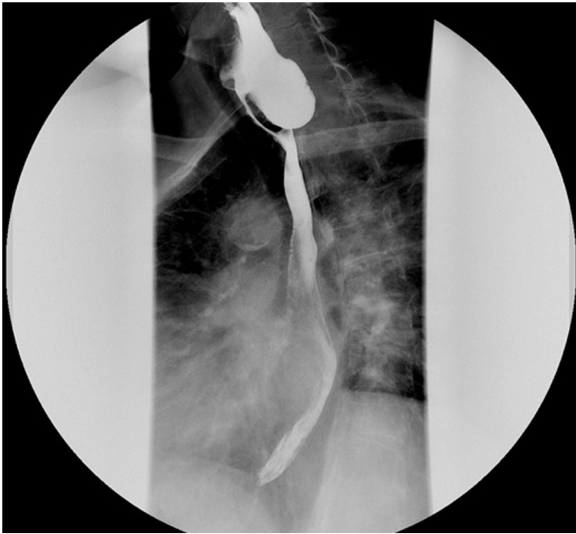


Figura 3 – Esofagograma baritado realizado durante seguimiento, donde se aprecia divertículo de Zenker.

este signo puede ser imitado por la presencia de contenido y puede presentarse tardíamente. Se han sugerido otros métodos como el examen citológico del material aspirado endoscópicamente desde el divertículo⁸.

La esofagoscopia permite la visualización directa de la mucosa y la toma de biopsias, aunque puede tener serias complicaciones como la perforación del divertículo.

Las pruebas de elección para el diagnóstico de extensión son la TAC y la resonancia nuclear magnética, aunque hay poca experiencia al respecto.

El tratamiento curativo exige una intervención quirúrgica, siendo en lesiones confinadas a la pared del divertículo tratamiento suficiente en algunas ocasiones⁹.

El papel de la quimioterapia y la radioterapia es muy controvertido⁷, siendo su valor mayor en los tumores de histología epidermoide. Pueden tener valor como tratamiento paliativo, en pacientes inoperables. Además, pueden ser útiles como tratamiento neoadyuvante con objetivo citorreductor, asociadas o no. Es muy discutida su indicación como tratamiento adyuvante tras la cirugía, aunque algunos autores opinan que pudieran ser válidas en casos de tumores límites, frente a otras estrategias quirúrgicas más agresivas³.

En casos en los que el tumor infiltra el cuello diverticular o invade estructuras vecinas, están indicadas resecciones más extensas, siendo la supervivencia en estos casos menor del 10% a los 5 años³.

Los pacientes con divertículos de Zenker deben ser seguidos cuidadosamente previamente y tras el tratamiento quirúrgico, ya que se puede desarrollar carcinoma incluso tras la resección del divertículo².

En conclusión, a pesar de la baja incidencia del carcinoma en el divertículo de Zenker, hay que tenerlo en cuenta, sobre todo en pacientes con divertículos de larga evolución o

cambios en la sintomatología, en los que se debe realizar esofagoscopia y esofagograma baritado. En caso de diagnosticarlo se recomienda cirugía en función del estadio, asociada o no a quimio-radioterapia.

BIBLIOGRAFÍA

- Hajjar WM, Mutairi OT, Jameel MA, Al-Nassar SA, Raddaoui E, Hajjar AW. Squamous Cell Carcinoma Arising in Zenker's Diverticulum: A Case Report and Review of the Literature. *Turk Thorac J.* 2018;19. <http://dx.doi.org/10.5152/TurkThoracJ.2018.17082>.
- Herbella FAM, Dubecz A, Patti MG. Esophageal diverticula and cancer. *Dis Esophagus.* 2011;25:153-8.
- Morales García D, Casanova Rituerto D, García de Polavieja M, Rodilla IG, Naranjo Gómez A. Carcinoma epidermoide sobre un divertículo de Zenker. *An Med Interna (Madrid).* 2002;19:27-30.
- Bullok WK, Snyder EN Jr. Carcinoma in situ occurring in a pharyngeal diverticulum. *Cancer.* 1952;5:737-9.
- Bradley PJ, Kochaar A, Quraishi MS. Pharyngeal pouch carcinoma: Real or imaginary risks? *Ann Otolrhinol laryngol.* 1999;108:1027-32.
- Riberi A, Battersby JS, Vellios F. Epidermoid carcinoma occurring in a pharyngoesophageal diverticulum. *Cancer.* 1955;8:727-30. <http://dx.doi.org/10.1002/1097-0142.195543.0.CO;2-28>.
- Khan AS, Dwivedi RC, Sheikh Z, Khan S, Dwivedi RC, Kanwar N, et al. Systematic review of carcinoma arising in pharyngeal diverticula: A 112-year analysis. *Head Neck.* 2014;36:1368-75.
- Liberson M, Riese KT. Carcinoma in a large pharyngoesophageal diverticulum. *Gastroenterology.* 1960;38:817-20. [http://dx.doi.org/10.1016/S0016-5085\(60\)80097-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0016-5085(60)80097-2).
- Garlock J, Richtel R. Carcinoma in a Pharyngo-esophageal Diverticulum: A Case Report. *Ann Surg.* 1961;154:259-62. <http://dx.doi.org/10.1097/0000658-196108000-00011>.
- Odemis B, Ataseven H, Basar O, Ertugrul I, Yuksel O, Turhan N. Ulcer in the basis of Zenker's diverticulum mimicking esophageal malignancy. *J Natl Med Assoc.* 2006;98:1177-80.

Olga Luengo Ballester*, Servando Usero Rebollo, Juan Luis Rueda Martínez, María Abad Martínez y Emilio García Blázquez

Servicio de Cirugía General y Digestivo, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Oluba32@gmail.com
(O. Luengo Ballester).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2020.05.003>
0009-739X/

© 2020 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.