



Check for updates

Terapia endoscópica del divertículo de Zenker: experiencia de 4 años en un hospital de tercer nivel

Ivonne Carolina Pérez-Reynoso*, Carolina Hurtado-Morales, Ruth Lizeth Robles-Rodríguez, Erika Guadalupe Salgado-Parra, Isaías Garduño-Hernández, Oscar Govea-González, Rubén Gutiérrez-Alvarado

Servicio de Endoscopía, Hospital Regional Adolfo López Mateos, ISSSTE. Ciudad de México, México

Antecedentes

El divertículo de Zenker (DZ), es causado por evaginación de la mucosa de la hipofaringe en un área de debilidad muscular conocida como triángulo de Killian; incidencia anual 2:100.000, prevalencia 0.01-0.11%. Se manifiesta en pacientes de edad avanzada. Síntoma más común: disfagia, seguido por halitosis, regurgitación, odinofagia, tos crónica y pérdida de peso. El diagnóstico se realiza principalmente por esofagografía y endoscopía. El tratamiento puede ser endoscópico o quirúrgico, los más usados son: diverticulotomía endoscópica, diverticulopexia con miotomía cricofaríngea (MC) y diverticulectomía con o sin MC.

Objetivo

Reportar la experiencia de 4 años en el manejo del divertículo de Zenker mediante diverticulotomía endoscópica (miotomía del cricofaríngeo) con endoscopio flexible en un hospital de tercer nivel

Material y métodos

Estudio retrospectivo, transversal y descriptivo, se analizaron los expedientes de pacientes con DZ tratados mediante diverticulotomía endoscópica de Enero

2016 a Junio 2019 en el servicio de Endoscopía del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos. Los procedimientos se realizaron en quirófano bajo anestesia general balanceada, por el mismo endoscopista, con un diverticulotomo construido en nuestro servicio con un sobretubo bivalvo sobre endoscopio pediátrico flexible, realizando septotomía con aguja de precorte (*needle knife*).

Resultados

Siete pacientes, 5(72%) mujeres y 2(28%) hombres, edad media 69 años (rango 64-88). Se excluyó 1 paciente (14%) cuyo procedimiento fue realizado en otro centro. Síntoma principal: disfagia (100%). Profundidad media diverticular: 3.9cm (± 0.91 cm), tiempo promedio del procedimiento: 53 minutos (± 17.5). Sin complicaciones transoperatorias. Tasa de éxito técnico: 100%. Un paciente (16%) presentó paro respiratorio en el post quirúrgico inmediato, por patología de base, no relacionado con procedimiento. Estancia hospitalaria media: 2.6 (± 0.54) días. Seguimiento promedio: 10.2 (± 8.2) meses. De los pacientes sometidos: 5 (84%) con resolución completa de los síntomas y 1 (16%) con disfagia persistente a sólidos por remanente diverticular y coledocolitis agregada; fué reintervenido 2 años

Autor de correspondencia:

Ivonne Carolina Pérez-Reynoso
E-mail: dracaro13@gmail.com
0188-9893/© 2019. Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal, publicado por Permanyer México SA de CV, todos los derechos reservados.

Fecha de recepción: 02-08-2019

Fecha de aceptación: 16-08-2019

DOI: 10.24875/END.M19000055

Endoscopia. 2019;31(Supl 2):81-82

www.endoscopia-ameg.com

después. Endoscopia de control promedio: 4 (± 1.7) meses; 5 pacientes (83%) con remanente diverticular pequeño (5-7mm) sin disfagia; 1 paciente (17%) septotomía adecuada.

Conclusiones

La diverticulotomía endoscópica es un método eficaz para tratar los pacientes de edad avanzada con DZ y

comorbilidades múltiples. Es mínimamente invasivo, reduce tiempo anestésico y acorta la estancia hospitalaria. En nuestra experiencia la diverticulotomía con endoscopio flexible y aguja de precorte realizada por un endoscopista experimentado es un método efectivo y seguro, con resolución de la sintomatología de forma inmediata y baja tasa de complicaciones. Por lo que consideramos puede convertirse en un estándar para el manejo del DZ en pacientes seleccionados.