

SEPTOTOMÍA ENDOSCÓPICA COMO TRATAMIENTO DEL DIVERTÍCULO DE ZENKER

Endoscopic septotomy as a treatment for Zenker's diverticulum

Alcaín Martínez G, Lavín Castejón I

UNIDAD DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA. UGC APARATO DIGESTIVO. H.U. VIRGEN DE LA VICTORIA. MÁLAGA.

Introducción

El divertículo de Zenker, es una patología infrecuente que se acompaña de una sintomatología consistente en disfagia, regurgitación y tos llegando a producir pérdida de peso y neumonía por aspiración.

Se produce por una elevada presión hipofaríngea durante la deglución, junto con una resistencia menor en la pared posterior de la hipofaringe. La pared del esófago protruye a través de una zona relativamente débil de la pared posterior de la faringe: el denominado triángulo de Killian, situado entre el músculo constrictor inferior, de orientación oblicua y el músculo cricofaríngeo de orientación transversal.

El tratamiento estándar ha consistido en la sección del músculo cricofaríngeo presente en el tabique que separa el esófago del divertículo. No hace tantos años se realizaba por cirugía abierta junto a la diverticulectomía y más recientemente mediante endocirugía a través de un diverticuloscopio rígido.

En los últimos años se ha venido asentando la realización de la septotomía mediante endoscopia flexible ayudada por un diverticuloscopio también flexible que permite la exposición del septo y la estabilidad del endoscopio. La

modalidad endoscópica parece la ideal para los divertículos de tamaño mediano, entre 2,5 y 5 cm.

El instrumento de corte más usado ha sido el esfinterotomo de cuchillo (needle-Knife), no obstante, también se han usado otros tipos de instrumentos de corte como la corriente de argón o propios de cirugía tipo Ligasure™. Recientemente se ha comercializado el SB-Knife™; un instrumento rotatorio en forma de tijera con dos palas que permiten una corriente monopolar. Este instrumento fue inicialmente diseñado para DSE. Su uso en este escenario se ha ido extendiendo ya que permite un gran control de la profundidad en el corte del tabique.

Caso Clínico

Presentamos el caso de un varón de 67 años de edad con clínica de disfagia y regurgitación progresiva en los últimos años. Tras el estudio realizado mediante endoscopia y tránsito baritado se identificó un divertículo de Zenker de unos 3 cms (Figura 1). Tras obtener el consentimiento informado se procedió a realizar septotomía endoscópica con videogastroscoPIO pentax i10™ y diverticuloscopio flexible de Cook medical™ (Figura 2). El diverticuloscopio se avanzó ayudados por una guía hasta aislar el tabique que separa el esófago del divertículo. También puede avanzarse a manera de sobretubo.

Tras exponer el septo y usando como instrumento de corte el SB Knife Jr de ST endoscopy (Figura 3), se procedió a ir cortando

CORRESPONDENCIA

Guillermo Alcaín Martínez / galcaim@hotmail.com

Hospital Virgen de la Victoria - 29010. Málaga

Fecha de envío: 02/04/2022 - Fecha de aceptación: 19/04/2022

el septo hasta profundizar en la capa muscular, logrando una apertura del divertículo a la luz esofágica. Una vez finalizado el proceso de corte se colocaron clip hemostáticos de 11 mm Boston Scientific™ (Figura 4). El paciente permaneció 48 horas ingresado. Recibió antibiótico de amplio espectro durante tres días. No presentó complicaciones. Mejoró sustancialmente la disfagia y desapareció la regurgitación. Un control radiológico al mes y a los 6 meses (Figura 5) mostró un remanente diverticular de aproximadamente 1 cm.



FIGURA 1
TRÁNSITO BARITADO ESOFÁGICO. DIVERTÍCULO DE ZENKER DE APROXIMADAMENTE 3 CM.



FIGURA 2
DIVERTICULOSCOPIO DE COOK MEDICAL™.

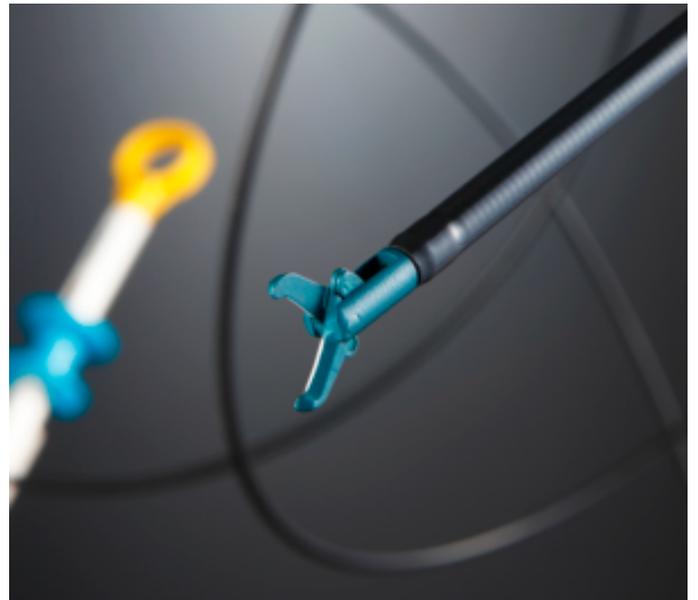


FIGURA 3
SB-KNIFE JR DE ST ENDOSCOPY™.



FIGURA 4
IMAGEN DEL SEPTO TRAS LAS SEPTOTOMÍA ENDOSCÓPICA.

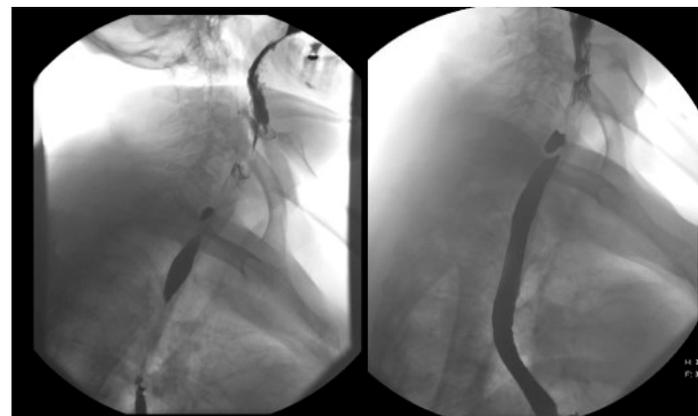


FIGURA 5
TRÁNSITO BARITADO ESOFÁGICO A 1 Y 6 MESES.



Comentario

La septotomía endoscópica del divertículo de Zenker es un procedimiento asequible a las unidades de endoscopia de nuestro entorno. El uso del SB Knife creemos facilita su realización. Existen otros procedimientos endoscópicos como la miotomía submucosa (Z-POEM) que se están realizando en centros con experiencia en disección submucosa. La septotomía endoscópica es una técnica asequible, evita cirugía y disminuye estancias hospitalarias. Sobre todo, se benefician del tratamiento endoscópico los divertículos de tamaño mediano comprendido entre 2,5 y 5 cm. En los muy pequeños es difícil lograr una correcta miotomía y en los muy grandes aumenta el riesgo de complicaciones. Estas consisten en dolor, enfisema subcutáneo y de forma muy infrecuente la mediastinitis. No obstante, la extensión de su uso va demostrando que se trata de una técnica asequible y segura.

Bibliografía

1. Zamminoto G. Tratamiento actual del divertículo de Zenker. *Cir Esp* 2012;90:213-214.
2. Mulder CJ, Den Hartog G, Robijn RJ et al. Flexible endoscopic treatment of Zenker's diverticulum: a new approach. *Endoscopy* 1995;27:438-442.
3. Huberty V, El Bacha S, Blero D et al. Endoscopic treatment for Zenker's diverticulum: long-term results. *Gastrointest Endosc* 2013;77:701-7017
4. Battaglia G, Antonello A, Realdon S, Cesarotto M, Zanatta L, Ishaq S. Flexible endoscopic treatment for Zenker's diverticulum with the SB knife. Preliminary results from a single-center experience. *Digestive Endoscopy* 2015;27:729-734.
5. Ishaq S, Sultan H, Siau K, Kuwai T, Mulder CJ, Neumann H. New and emerging techniques for endoscopic treatment of Zenker's diverticulum: State of the art review. *Digestive Endoscopy* 2018;30:449-460.