

Tratamiento endoscópico del divertículo de Zenker en Latinoamérica

Endoscopic treatment of Zenker's diverticulum in Latin America

Arecio Peñaloza-Ramirez^{1,2,3,a}, Dumar Rodríguez-Tello^{1,2,b}, Luis Pérez-Navarro^{1,2,b}

¹ Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá, Colombia.

² Sociedad de Cirugía de Bogotá. Bogotá, Colombia.

³ Servicio de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva, Hospital de San José. Bogotá, Colombia.

^a Especialización en Gastroenterología y Endoscopia Digestiva, ^b Especialista en Medicina Interna

Recibido: 22-02-2018

Aprobado: 07-03-2018

Sr Editor:

Hemos leído con atención el excelente trabajo publicado por Tenorio y Palacios en Revista de Gastroenterología del Perú sobre el uso seguro y eficaz del IT-Knife-2 en el manejo endoscópico del divertículo de Zenker (DZ) ⁽¹⁾ y consideramos de suma importancia resaltar la experiencia latinoamericana al respecto.

Hemos encontrado publicadas 331 miotomías cricofaríngeas endoscópicas en 212 pacientes utilizando diferentes técnicas y abordajes para tratar el DZ (Tabla 1). En Brasil Ishioka y cols reportaron la primera serie de pacientes manejados mediante endoscopia flexible de forma ambulatoria, con mejoría de la disfagia en el 93%; es de enfatizar que 61% los casos presentaban comorbilidades cardiopulmonares, siendo una

alternativa segura en pacientes con alto riesgo quirúrgico ⁽²⁾. En este mismo país Hashiba *et al.*, realizaron una evaluación de 47 pacientes sometidos a diverticulotomía endoscópica (DE), en el cual 96% mostraron una mejoría marcada en los síntomas después de la primera sesión ⁽³⁾. Adicionalmente hay reporte de series pequeñas de casos de tratamiento endoscópico ^(4,5).

En Colombia, Peñaloza *et al.*, realizaron un estudio descriptivo de 6 casos de DE, bajo anestesia general, con papilótomo de punta, sin presentar complicaciones, pero con recurrencia de los síntomas en 50% de los casos requiriendo nueva intervención endoscópica con mejoría clínica en más del 80% a los 6 meses ⁽⁶⁾. Gómez *et al.*, publicaron una serie de 9 casos de DE con papilótomo de aguja y bisturí punta de cerámica,

Tabla 1. Comparación de resultados de miotomía cricofaríngea con endoscopia flexible en divertículo de Zenker en Latinoamérica.

Primer Autor y año	País	Nº Pacientes	Nº procedimientos por paciente	Dispositivo de miotomía	Recurrencia	Seguimiento promedio	Tiempo de duración	Complicaciones
Tenorio ⁽¹⁾ , 2017	Perú	20	1,15	IT-Knife2	15%	3 meses	13,75	2
Ishioka ⁽²⁾ , 1995	Brasil	42	1,8	Needle Knife	7,1%	38 meses	20 min	2
Hashiba ⁽³⁾ , 1999	Brasil	47	2,2	Needle Knife	4%	12 meses	ND	7
Peñaloza ⁽⁶⁾ , 2016	Colombia	6	1,5	Papilótomo de punta	50%	6 meses	22 min	0
Gómez ⁽⁷⁾ , 2011	Colombia	9	ND	Papilótomo de aguja, Bisturí punta de cerámica	11%	25	ND	1
Castro ⁽⁹⁾ , 2017	Venezuela	25	1,24	Esfinterótomo aguja, Electrobisturí Hibridknife	12%	ND	ND	5
Carrica ⁽¹⁰⁾ , 2016	Argentina	57	1,23	Needle knife	10,7	25 meses	ND	2

Citar como: Peñaloza-Ramirez A, Rodríguez-Tello D, Pérez-Navarro L. Tratamiento endoscópico del divertículo de Zenker en Latinoamérica. Rev Gastroenterol Peru. 2018;38(2):211-2

con una tasa de recurrencia de 11% ⁽⁷⁾. En Venezuela se han descrito 26 casos DE, con éxito del 84%, utilizando esfinterótomo aguja y electrobisturi Hibridknife®, con recurrencia de los síntomas en 12% ^(8,9). En Argentina, Carrica et al., describieron 57 casos de DE, con un seguimiento a 25 meses y éxito técnico de 98% ⁽¹⁰⁾. En Perú, el estudio de Tenorio y Palacios es el único reportado en Latinoamérica de diverticulotomía con la técnica de IT-Knife-2 con éxito clínico de 100% al mes y recurrencia de los síntomas de un 15% a los 3 meses ⁽¹¹⁾.

El manejo del divertículo de Zenker con endoscopio flexible es preferible a sus alternativas, para evitar complicaciones de la cirugía abierta, como hematomas, infección local y dolor. Además, requiere menos tiempo quirúrgico y anestésico, permitiendo el inicio temprano de la vía oral y menores estancias hospitalarias, incluso facilitando el manejo ambulatorio ⁽⁶⁾. Recomendamos que cada centro utilice de la forma más costo - efectiva los recursos locales y la técnica endoscópica en la cual tenga mayor experiencia, logrando una adecuada exposición del septum y protegiendo la pared libre del esófago.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tenorio L, Palacios F. Uso seguro y eficaz del IT-Knife-2 en el manejo endoscópico del divertículo de Zenker (DZ). *Rev Gastroenterol Peru.* 2017;37(3):203-8.
2. Ishioka S, Sakai P, Maluf-Filho F, Melo J. Endoscopic incision of Zenker's diverticula. *Endoscopy.* 1995;27(6):433-7.
3. Hashiba K, de Paula AI, da Silva JG, Cappellanes CA, Miribe D, Castillo CF, et al. Endoscopic treatment of Zenker's diverticulum. *Gastrointest Endosc.* 1999;49(1):93-7.
4. Lima H, Ferreira R, Nathany P, Peixoto K. Abordagem endoscópica do Divertículo de Zenker. *Gastroenterol Endosc Dig.* 2014;33:14-17.
5. Santos R, Machado M, Kupski C. Tratamiento endoscópico do divertículo de Zenker: relato de dois casos. *Rev AMRIGS.* 1995;39:331-4.
6. Peñaloza-Ramírez A, Rodríguez-Monguí J, Murillo-Arias A, Carvajal-Flechas R, Aponte-Ordóñez P. Manejo del divertículo de Zenker con endoscopia avanzada. *Rev Colomb Cir.* 2016;31(4):256-61.
7. Gómez M, Ardila F, Arbeláez V. Experiencia en el manejo del divertículo de Zenker: Una serie de 18 casos. *Rev Col Gastroenterol.* 2011;26(2):100-5.
8. Castro D, Shumizu A, Arias C, Silva O. Septotomía endoscópica del divertículo de Zenker. *Gen.* 2017;71(2):81-3.
9. Lopez A. Miomectomía endoscópica del divertículo esofágico de Zenker: Técnica modificada. *Gen.* 2013;67(2):101-5.
10. Carrica S, Martínez H, Correa G. Tratamiento del divertículo de Zenker con endoscopio flexible: experiencia en un hospital público de la Argentina. *Acta Gastroenterol Latinoam.* 2016;46(1):22-9.

Correspondencia:

Arecio Peñaloza-Ramírez
Calle 10 No 18 – 75. Bogotá, Colombia.
E-mail: apenaloz@fucsalud.edu.co