

EDITORIAL

## Crico-faringo-miío-septotomía endoscópica flexible: “gold standard” en el tratamiento del divertículo de Zenker

Es difícil conocer la prevalencia del divertículo de Zenker (DZ). Si nos fijamos en algunos datos publicados, puede ser tan baja como 2 nuevos casos por cada 100.000 habitantes y año en el Reino Unido (1), datos que contrastan con la sensación de algunas Unidades de Endoscopia donde la prevalencia de esta dolencia está aumentando año a año. Probablemente la prevalencia sea la misma de siempre, pero la suma de algunos factores como el envejecimiento de la población, la mejor atención diagnóstica, la existencia de un tratamiento endoscópico eficaz, su divulgación científica y la experiencia acumulada de algunos equipos de endoscopia, haya hecho que cada vez sea más frecuente enfrentarse a esta patología en nuestro día a día. Muestra de ello es la increíble cifra de 18 DZ tratados en los últimos 18 meses expuesta en el original del Dr. de la Morena, publicado en este mismo número de la *Revista Española de Enfermedades Digestivas* (2).

También está cambiando el perfil del paciente con DZ. Tradicionalmente el paciente con DZ era un paciente añoso, que arrasaba durante muchos años disfagia bucofaríngea y que solía acudir cuando aparecían otras complicaciones mayores como deficiencia nutricional o neumonías por aspiración. Hoy en día vemos llegar a nuestras consultas a estos enfermos en etapas mucho más precoces, por lo tanto más jóvenes, y con divertículos más pequeños, no por ello menos sintomáticos. Los divertículos de menor tamaño representan un nuevo reto para el tratamiento endoscópico, ya que la adecuación en la longitud de corte efectuada es esencial a la hora de prevenir la perforación, y es por ello que el conocimiento de la técnica es esencial a la hora de tratar a estos pacientes.

Gracias al ingenio del Dr. Jacques Devière, del Hospital Erasmus de Bruselas, disponemos desde principios de este siglo de un diverticuloscopio flexible para la realización de la crico-faringo-miío-septotomía (CFMS) flexible (3). Hoy en día existe una cierta polémica sobre el uso o no de este dispositivo (4). Por un lado tenemos grupos que abogan por su uso, por la estabilidad y clara exposición del cricofaríngeo que tenemos que seccionar; por otro lado existen grupos que prefieren usar únicamente un *cap* oblicuo, alegando ahorrarse el posicionamiento del diverticuloscopio y disponer de una mayor libertad de movimientos. A mi parecer, no suele ser difícil colocar el diverticuloscopio, aunque el paciente esté intubado, más aún, utilizando pequeñas modificaciones como las expuestas en el trabajo original de este número (2), permitiéndonos utilizar una guía de apoyo. Otros grupos pintan el extremo distal del diverticuloscopio con el fin de mejorar la orientación del endoscopista e incluso recortan la valva diverticular del diverticuloscopio cuando tienen que tratar divertículos poco profundos. Estoy totalmente de acuerdo con el Dr. de la Morena en que este dispositivo supuso un antes y un después en la realización de la CFMST flexible, y creo que su uso de forma sistemática debería ser la norma, sobre todo en pacientes sometidos a este procedimiento bajo sedación, ya que produce un aislamiento inverso de la vía respiratoria, factor que puede ser vital ante una posible complicación hemorrágica. Por otro lado, la utilización de métodos híbridos de CFMST flexible utilizando sistemas de corte y sellado paralelos al endoscopio solo puede realizarse usando el diverticuloscopio. Únicamente en aquellos pacientes en los que el diverticuloscopio no se pueda posicionar, ya sea por divertículos muy lateralizados, previamente tratados, o cuellos muy rígidos, estaría justificado usar un *cap* para realizar la CFMST y, como recomendación personal, siempre intubando al paciente bajo anestesia general con el fin de evitar situaciones muy incómodas ante una posible hemorragia.

El sistema de corte a emplear es otro de los puntos que quedan por definir en esta técnica. Probablemente hoy en día no exista un sistema idóneo que permita cortar y sellar el tabique fácilmente. En este original se puede ver una evolución en la selección del dispositivo de corte, utilizando un papilotomo de aguja tipo Huibregtse hasta el año 2007 y, posteriormente, uno tipo Zimmon desde este año. El porcentaje de hemorragias de este trabajo es de un 30%, pero eso es debido fundamentalmente a la definición que de hemorragia se realiza, ya que en otros trabajos solamente tienen en cuenta la hemorragia que provoca una endoscopia urgente o ingreso, reduciendo de esa manera ese porcentaje hasta el 1% (4). Los procedimientos híbridos utilizando sistemas de corte y sellado vascular computarizado (tipo Ligasure) también han demostrado sobrada eficacia disminuyendo, en mi opinión, tanto el porcentaje de hemorragias durante el procedimiento como el tiempo de intervención, aunque se necesitan estudios prospectivos para poder demostrarlo. Sin embargo, la variada morfología de los divertículos y enfrentarse a divertículos previamente tratados hacen conveniente que las unidades de endoscopia que tratan este tipo de pacientes estén familiarizadas con diversos sistemas de corte.

La última variante técnica de este trabajo del Dr. de la Morena en la que me gustaría hacer hincapié es en el uso sistemático de hemoclips para cerrar el vértice distal del corte efectuado desde el año 2012 con el fin de prevenir perforaciones. Hasta que se consiga efectuar un trabajo prospectivo, donde se demuestre que el uso de hemoclips reducen el porcentaje de perforaciones, creo

que debería usarse el sentido común. Hasta el momento no existe ninguna complicación comunicada por este uso de los hemoclips, ni producen ningún tipo de clínica en el paciente, por lo que estoy de acuerdo en que su uso debe ser sistemático, sobre todo en divertículos lateralizados o de pequeño tamaño. Me atrevería incluso a indicar que conviene utilizar hemoclips con capacidad de giro sobre su eje con el fin de poder conseguir la mejor orientación posible durante su colocación.

Si excluimos algunos aspectos clínicos muy poco frecuentes del DZ, como la hemorragia intradiverticular o la aparición de una neoplasia dentro del divertículo que requeriría otro tipo de abordaje terapéutico, podemos decir, sin temor a equivocarnos, que este original del Dr. de la Morena, sumado a otras muchas experiencias similares publicadas en los últimos años (4-6), *demuestra que la CFMST flexible, por su eficacia y su baja morbilidad, es, hoy por hoy, el tratamiento “gold standard” del DZ.*

Diego Juzgado Lucas  
*Servicio de Aparato Digestivo. Clínica Quirón. Madrid*

## BIBLIOGRAFÍA

1. Siddiq MA, Sood S, Strachan D. Pharyngeal pouch (Zenker's diverticulum). *Postgrad Med J* 2001;77:506.
2. De la Morena E, Pérez Arellano E, Rodríguez García I. Tratamiento endoscópico flexible del divertículo de Zenker: trece años de experiencia en España. *Rev Esp Enferm Dig* 2016;108:297-303.
3. Evrard S, Le Moine O, Hassid S, et al. Zenker's diverticulum: a new endoscopic treatment with a soft diverticuloscope. *Gastrointest Endosc* 2003;58:116-20.
4. Costamagna G, Iacopini F, Tringali A, et al. Flexible endoscopic Zenker's diverticulotomy: cap-assisted technique vs. diverticuloscope-assisted technique. *Endoscopy* 2007;39:146-52.
5. Brueckner J, Schneider A, Messmann H, et al. Long-term symptomatic control of Zenker diverticulum by flexible endoscopic mucomyotomy with the hook knife and predisposing factors for clinical recurrence. *Scand J Gastroenterol* 2016;51:666-71. DOI: 10.3109/00365521.2015.1130165. Epub 2016 Jan 25.
6. Huberty V, El Bacha S, Blero D, et al. Endoscopic treatment for Zenker's diverticulum: long-term results. *Gastrointest Endosc* 2013;77:701-7. DOI: 10.1016/j.gie.2012.12.008. Epub 2013 Feb 5.