



O-346 - RESULTADOS A LARGO PLAZO DEL TRATAMIENTO DEL DIVERTÍCULO DE ZENKER: DIVERTICULECTOMÍA VERSUS DIVERTICULOPEXIA

R. Santos Rancaño, V. Muñoz, L. Stela, M. Flórez, P. Talavera, E. Pérez-Aguirre, A. Sánchez-Pernaute y J.A. Torres

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Resumen

Introducción: El divertículo de Zenker se produce por herniación posterior de la mucosa faringo-esofágica, en el triángulo de Killian. Se consideran secundarios a una hiperpresión mantenida en la cámara faríngea. En el manejo se debe incluir en todos los casos una miotomía longitudinal extensa extramucosa del músculo cricofaríngeo y pared esofágica, además de actuar sobre el divertículo (diverticulopexia/diverticulectomía). Diversas técnicas se han utilizado para su tratamiento.

Métodos: Estudio analítico ambiespectivo de 39 pacientes diagnosticados de divertículo de Zenker e intervenidos en el Hospital Clínico San Carlos, entre enero de 1996 y diciembre de 2013 mediante diverticulectomía o diverticulopexia (en un caso se hizo sólo miotomía). Se analizaron las variables demográficas, tiempo de anestesia y hospitalización, la morbilidad y los resultados clínicos a largo plazo. Para evaluar la severidad de los síntomas postquirúrgicos se utilizó la Clasificación de Visick-Golligher. La edad media al diagnóstico fue de 70 años (rango 46-95) y 22 (56%) fueron mujeres.

Resultados: El síntoma más frecuente fue la disfagia (mediana 12 meses), siendo para sólidos en 37 pacientes (95%) y para líquidos en el 63%. Otros síntomas presentes al diagnóstico fueron la regurgitación (65%), halitosis (29%), tos irritativa (25%), neumonía (17%) y odinofagia (14%). El 21,23% de los pacientes presentaron más de una comorbilidad en el momento de la cirugía. La prueba diagnóstica de elección en todos los casos fue el tránsito baritado, aunque también se realizó endoscopia y manometría cuando había dudas diagnósticas; siendo el tamaño medio de los divertículos de 2,7 cm. Se realizó diverticulectomía y miotomía en 26 pacientes (66,6%) (24 mecánicas y 2 manuales, diverticulopexia y miotomía en 12 (30,84%) y miotomía en 1 (2,56%). El tiempo quirúrgico fue de 98,75 minutos en los casos de diverticulectomía vs 77,22 en la diverticulopexia ($p = 0,048$). El tiempo medio hasta ingesta oral fue de 3 días (diverticulectomía) vs 2 días (diverticulopexia) ($p = 0,034$). La mediana de los días de hospitalización fue de 7 días vs 5 ($p = 0,65$). Como complicaciones intraoperatorias se evidenció una perforación de la mucosa esofágica (2,56%) y no se produjeron lesiones de nervios laríngeos recurrentes. Como complicaciones postquirúrgicas se evidenciaron 2 fístulas y 1 hematoma, todos ellas en los casos de diverticulectomías (11,1% vs 0%; $p = 0,001$). La media de seguimiento fue de 64 meses (6-168). No se ha encontrado recidiva radiológica ni clínica en ningún caso de nuestra serie. Tras la cirugía el 85,18% de los casos de diverticulectomía y el 75% de los casos de diverticulopexia no presentaban síntomas ($p = 0,40$); siendo el 93% (37 pacientes) de los pacientes un Visick-Goligher I o II y

habiendo mejorado todos los síntomas preoperatorios.

Conclusiones: La cirugía es una técnica efectiva, segura, fiable y reproducible en el tratamiento del divertículo de Zenker. Posee unos excelentes resultados clínicos a largo plazo con un porcentaje de complicaciones muy bajo. La diverticulopexia ofrece iguales resultados a largo plazo que la diverticulectomía pero posee una tasa de complicaciones postquirúrgicas, tiempo de ingreso y tiempo operatorio menor.