

UNIDAD DE EXPLORACIONES DE APARATO DIGESTIVO PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO FLEXIBLE DIVERTÍCULO DE ZENKER

PRE-PROCEDIMIENTO

- Confirmar identidad del paciente.
- Preanestesia realizada
- Consentimientos informados de procedimiento y preanestesia firmados.
- Avisar si alergias medicamentosas.
- Precisa vía endovenosa (preferiblemente en brazo derecho)
- Antiagregantes y anticoagulantes retirados con tiempo suficiente.
- Ayunas 8 horas.
- Retirar prótesis dentaria, si la tiene.
- Precisa profilaxis antibiótica:
 - Amoxicilina / Clavulánico 1 g IV
 - Si alergia a penicilina: Ciprofloxacino 400 mg IV

INTRA-PROCEDIMIENTO

- Sedación: Se realizará bajo sedación profunda o anestesia general con intubación orotraqueal
- Ver Protocolo de realización de la técnica.

POST-PROCEDIMIENTO

- Dieta:
 - Absoluta hasta 12-18 horas después del procedimiento.
 - Iniciar ingesta con líquidos.
 - Aumentar progresivamente la dieta.
 - Reposo en cama hasta iniciar ingesta oral.
 - Sueroterapia hasta iniciar ingesta oral.
 - Analgesia condicional:
 - IV Paracetamol 1 gr./ 8 horas.
 - Valorar Actocortina 200 mg IV (edema de úvula)
 - IBP IV.
 - Sólo se realizan radiografías de cuello y/o tórax si existe sospecha de perforación.
 - No precisa antibioterapia salvo sospecha de perforación (Amoxicilina / Clavulánico 1 g IV / 8 horas. Si alergia a penicilina: Ciprofloxacino 400 mg IV / 8 horas)
 - Puede aparecer fiebre y leucocitosis sin que se evidencie perforación. En estos casos se prolonga la antibioterapia hasta que desaparezca la fiebre y se normalice el hemograma.
 - El alta a las 36-48 horas.
 - El primer control clínico y endoscópico se programa entre las 4 y 8 semanas
-
- Si presenta dolor en cuello, torácico, enfisema subcutáneo, dificultad respiratoria, fiebre superior a 38,5°, vómito con sangre o contenido negruzco, o heces negras, debe ser valorado de forma urgente.

UNIDAD DE EXPLORACIONES DE APARATO DIGESTIVO PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO FLEXIBLE DIVERTÍCULO DE ZENKER

MATERIAL NECESARIO

- Diverticuloscopio flexible ZDO-22-30 (Cook Medical).
- Videogastroscoپی diagnóstico (diámetro externo 9-10 mm.).
- Videogastroscoپی ultrafino (diámetro externo 4,9-6 mm.).
- Guía de 0,035”.
- Catéter endovenoso de 18G.
- Posibles instrumentos:
 - o Esfinterotomo de aguja
 - o Bisturí para ESD (punta redonda Dual Knife Estómago).
 - o SB-Knife estándar o junior
 - o Ligasure V LS 1500 5 mm sellador/divisor 37 cm laparoscópico o NSLG2C45A 5 mm. 45 cm. Articulado Curvado.
- Lubricante para endoscopia.
- Forceps hemostático tipo Coagrasper.
- Clips hemostáticos.
- Aguja de esclerosis.
- Electrobisturí y coagulador argón ERBE.
- Generador de sellado para Ligasure

PROCEDIMIENTO

- Colocación del diverticuloscopio

- Bajo sedación profunda o anestesia general.
- Paciente en decúbito lateral izquierdo o decúbito supino.
- Marcar con rotulador indeleble una línea longitudinal desde la lengüeta corta hasta el extremo opuesto.
- Premontar el diverticuloscopio sobre el tubo de inserción del endoscopio.
- Medir con endoscopio la distancia entre incisivos y el fondo del divertículo.
- Medir con endoscopio la profundidad del divertículo.
- Realizar endoscopia diagnóstica para descartar otras lesiones.
- Dejar el extremo del endoscopio en antro gástrico.
- Marcar en el diverticuloscopio la distancia a incisivos mediante una marca circular.
- Deslizar sobre el endoscopio el diverticuloscopio con la lengüeta corta en posición palatal y la larga en posición lingual. En este paso hay que extender el cuello del paciente. Puede ser necesario ayudar con los dedos el paso hacia la hipofaringe.
- Cuando la marca circular del diverticuloscopio supera la línea de incisivos se comprueba y, eventualmente se corrige, su implantación bajo visión endoscópica, confirmando la correcta exposición del tabique a tratar.
- Cuando este método fracasa:
 - o Se introduce una guía de 0,035” en el estómago y se retira el endoscopio
 - o Se practica un canal de unos 15 mm. de longitud sobre la lengüeta mayor del diverticuloscopio con un catéter endovenoso 18G.

- Se introduce la guía por el interior del diverticuloscopio y se saca a través del canal.
- Se implanta el diverticuloscopio sin premontarlo en el endoscopio.

- Configuración del electrobisturí

- Diverticulotomía con esfinterotomo de aguja o Bisturí ESD Dual-Knife: Corte 80W, efecto 3 y el modo “endocut” activado.
- Diverticulotomía con SB-Knife: Corte 120 W, Coagulación 30 W, efecto 2, modo “endocut” activado. Primero corte con coagulación modo forzado a 30W.
- Diverticulotomía con Ligasure: ajustes según cirugía.
- Hemorragia: corriente de coagulación en modo forzado y la potencia 60W

- Realización de la diverticulotomía o crico-faringo-mío-septotomía

- Con esfinterotomo de aguja o con bisturí de ESD:
 - La sección se realiza en sentido ventro-dorsal
- Con Ligasure:
 - Aplicar dos veces sellado y luego cortar.
- La sección se amplía hasta cortar unos $\frac{2}{3}$ - $\frac{3}{4}$ del tabique, dejando un margen de seguridad de 5 a 10 mm.
- En caso de producirse una hemorragia durante el procedimiento se procede a inyección de solución de adrenalina, termocoagular con plasma de argón o a utilización de Coagrasper.
- Al finalizar se colocan varios clips hemostáticos en el fondo de la incisión.

- Controles posteriores

- Una vez retirado el diverticuloscopio se explora manualmente el cuello para descartar la presencia de enfisema subcutáneo.
- Sólo se realizan radiografías de cuello y/o tórax si existe sospecha de perforación.
- En ausencia de complicaciones el paciente inicia la ingesta líquida a las 12-18 horas sin control radiológico con contraste hidrosoluble previo.
- El alta se practica a las 36-48 horas.
- El primer control clínico y endoscópico se programa entre las 4 y 8 semanas