

5 MIOTOMIA DO CRICOFARÍNGEO COM ENDOSCÓPIO FLEXÍVEL

Mocanu I., Pires S., Godinho R., Gonçalves L., Medeiros I.

Apresentamos o caso de uma mulher de 39 anos, sem antecedentes pessoais relevantes, referenciada a consulta de Gastreenterologia por queixas de disfagia e regurgitação alimentar com vários anos de evolução. A radiografia de trânsito esofágico revelou a presença de um divertículo de Zenker ao nível de C6 com cerca de 4 cm de extensão.

Procedeu-se a tratamento endoscópico sob sedação profunda com utilização de endoscópio flexível standard (Olympus). Posicionou-se, sob visão directa, o diverticuloscópio (30 cm/22mm, Cook Medical), e procedeu-se ao corte do septo muscular com esfínterótomo de agulha (Cook Medical) até cerca de 1 cm da base. Foram colocados dois clips metálicos grandes (Boston Scientific) na base do corte para prevenção de hemorragia e perfuração. Não se verificaram complicações do procedimento. A doente tolerou dieta líquida no primeiro dia pós procedimento.

Tradicionalmente, os divertículos de Zenker sintomáticos eram tratados por via cirúrgica ou com endoscopia rígida. A diverticulotomia por via endoscópica flexível, introduzida em 1995, tornou-se numa opção cada vez mais utilizada, diminuindo o tempo de anestesia, convalescença e o risco de complicações. Os efeitos adversos possíveis são a perfuração, hemorragia ou mediastinite. O sucesso terapêutico é de 90%, sobreponível aos resultados cirúrgicos.

O procedimento deve ser realizado por gastreenterologistas com experiência em endoscopia terapêutica e em centros com apoio cirúrgico adequado. O diverticuloscópio é uma alternativa ao *cap* na protecção da mucosa durante o procedimento, diminuindo o risco de complicações e de necessidade de entubação orotraqueal por proteger a via aérea. Contudo, no nosso caso, verificámos algumas dificuldades na sua adequada passagem pelo esfíncter esofágico superior.

Hospital Espírito Santo de Évora