RELATO DE CASO: Tratamento endoscópico de divertículo de Zenker volumoso pela técnica de Z-POEM

Renato Bruno Cavalcante Leite / r.brunocavalcante@gmail.com

Ivens Filizola Soares Machado / Ivensfsm@hotmail.com

Maria Clara Santos de Paula Pessoa / mclarapessoa@edu.unifor.br

Paula Roberta Rocha Rodrigues / paularocha\_r@hotmail.com

Galileu Ferreira Ayala Farias / drgalileuendoscopia@gmail.com

Marcus Vinícius Silva Araújo Gurgel / vinicius.gurgel@hotmail.com

Luiz Eduardo Fernandes Lima / luizeduardofl20@gmail.com

Ricardo Rangel de Paula Pessoa / Ricardorppessoa@gmail.com

Marcus Valerius Saboia Rattacaso / mvratt@gmail.com

Francisco Paulo Ponte Prado Júnior / pauloponteprado@gmail.com

INTRODUÇÃO: O divertículo faringoesofágico, ou divertículo de Zenker, é classificado como um divertículo falso (pseudodivertículo), pois é formado pela herniação das camadas mucosa e submucosa sobre a muscular. Encontra-se em uma região frágil da parede posterior da faringe distal conhecida como triângulo de Killian, entre o músculo constritor inferior da faringe e o músculo cricofaríngeo. Os sintomas descritos são disfagia de condução progressiva, halitose, regurgitação, tosse, caquexia, disfagia e sangramento. O tratamento vai ser realizado de acordo com o tamanho do divertículo, sendo a intervenção cirúrgica ou endoscópica o mais utilizado. Nos divertículos menores que 2cm e assintomáticos pode ser indicado o tratamento conservador, com orientações para a mastigação e ingestão de líquidos. O tratamento tradicionalmente é realizado com diverticulotomia endoscópica para divertículos menores ou diverticulectomia cirúrgica para divertículos volumosos.

OBJETIVOS: Demonstrar um caso de divertículo de Zenker tratado por endoscopia pela técnica Z-POEM

DESCRIÇÃO DO CASO: Paciente sexo masculino, 79 anos, apresentando quadro de regurgitação esporádica de conteúdo sólido associado a disfagia há 10 anos. Evoluiu nos últimos 2 anos com aumento da frequência de regurgitação, disfagia progressiva para líquidos espessos e borbulhamento cervical. Relatava ainda perda de peso mensurada de 40kg em 10 anos. Realizada endoscopia digestiva alta que identificou, ao nível do cricofaríngeo, divertículo volumoso, com restos alimentares sólidos, medindo cerca de 8cm, compatível com divertículo de Zenker, achado confirmado com esofagograma baritado. Diante do diagnóstico e dos sintomas do paciente, foi optado pela realização de tratamento endoscópico pela técnica “Zenker's peroral endoscopic myotomy” (Z-POEM). O procedimento ocorreu sob anestesia geral, com confecção de túnel submucoso com agulha de esclerose e *flush knife* recoberto por *cap* e miotomia do divertículo com *flush knife*, seguido com fechamento de defeito da mucosa com clipes metálicos e redução da mucosa redundante com ligaduras elásticas. Paciente evoluiu bem, retorno para endoscopia de revisão com 1 mês do procedimento sem queixas, aumentando peso e com loja diverticular limpa.

CONCLUSÕES: Com o avanço da cirurgia de terceiro espaço realizada por endoscopia, o tratamento do divertículo de Zenker volumoso pode também ser tratado via endoscópica pela técnica de Z-POEM com boa segurança.