

DIVERTICULO FARINGO ESOFAGICO

Fisiopatología — Tratamiento

Dres. Walter Suiffet y Julio Mañana

En la Patología del esófago, el estudio de los divertículos merece un interés particular.

Su clasificación se ha hecho en base a dos elementos:

I) Topografía:

Divertículos faringo - esofágico; epibrónquico; epifrénico; epicardial.

II) Mecanismo de producción:

Divertículos de tracción; de pulsión.

ZENKER y ZIEMSEN (19) distinguieron estas dos formas patogénicas, distinción clásicamente aceptada.

BENSAUDE, GREGOIRE y GUENAU (1) establecieron la diferencia topográfica entre los divertículos de la zona de transición faringo - esofágica y los del resto del esófago. Nos ocuparemos de los primeros: divertículo faringo - esofágico producidos habitualmente por un mecanismo de pulsión.

LUDLOW (9) lo reconoció a la autopsia y ZENKER (19) estableció correctamente sus caracteres.

TOPOGRAFIA: Este divertículo tiene una topografía regular en la zona frontera faringo - esofágica. LAHEY (10) indica su salida en dos puntos de la zona media posterior faringo - esofágica: a) A través de las fibras inferiores del constrictor inferior de la faringe; b) En la zona de unión faringo - esofágica en la región donde el crico - faríngeo diverge de las fibras inferiores del constrictor inferior.

SHALLOW (17 - 18) indica tres lugares: a) Una zona encima

(*) Trabajo presentado a la Sociedad de Cirugía el día 25 de septiembre de 1957.

del crico - faríngeo, más frecuente a izquierda; b) en la pared póstero-lateral de la faringe debajo del crico-faríngeo, encima de las fibras circulares del esófago, Zona de KILLIAN - JAMISON, por donde penetra el nervio recurrente y un paquete vascular, rama de la tiroidea inferior; c) una zona al través de las fibras inferiores del constrictor inferior.

HARRINGTON (5) describe similarmente cuatro puntos de origen: a) Zona póstero - lateral entre el constrictor inferior y el cricofaríngeo; b) En la línea media posterior entre el constrictor inferior y cricofaríngeo; c) En la línea media posterior, por debajo del cricofaríngeo y encima del esófago.

Prácticamente está establecido que el divertículo se origina en dos zonas del hiato: a) Mediana, alta o baja, a la altura de la zona inferior del constrictor inferior y b) Lateral, en la zona de confluencia faringo-esofágica.

Esta topografía justifica la designación del divertículo faringo-esofágico.

Mecanismo de producción

Explican esta topografía factores de distinta naturaleza.

Hechos Anatómicos - Hechos Fisiológicos

En la cara posterior de la unión faringoesofágica hay una zona débil de forma romboidal o triangular que favorece el desarrollo diverticular. Ello ha propiciado el concepto de *Hernia*. Considerando que existe: a) un hiato muscular del aparato dinámico faringoesofágico; b) una salida de las capas internas (mucosa - submucosa) al través de él. El divertículo no tiene revestimiento muscular, salvo los de origen congénito. BRINTNALL (2). La hernia mucosa y submucosa queda contenida dentro de la vaina conjuntiva visceral faringoesofágica.

La brecha muscular debe ser considerada como consecuencia de la adaptación orgánica funcional propia de la raza humana. Los mamíferos inferiores tienen constituida su faringe a base de fibras circulares. El descenso de la laringe humana y las modificaciones cráneo cervicales en relación con su mecanismo de adaptación funcional (posición erecta-olfato-fonación) justifican la oblicuidad que adquieren las fibras del constrictor inferior, músculo mayormente repercutido en el descenso laríngeo. Las

fibras cricofaríngeas divergen del cricoides al rafe medio y ésta dispersión fascicular, debilita su contextura anatómica y su función del soporte muscular.

Cobra fundamental importancia anatomofuncional la presencia de un esfínter en la boca del esófago. Este esfínter está constituido por las fibras inferiores del cricofaríngeo. Su función está destinada a evitar la respiración esofágica durante la respiración y los esfuerzos intensos realizados con los miembros superiores NEGUS (14). La boca del esófago tiene un orificio de diámetro menor en el hombre que en otros mamíferos y está unida al cricoides solamente por su parte anterior. No tiene soporte posterior y esa zona está expuesta a la tracción frénica de los movimientos respiratorios.

En síntesis, los hechos anatómicos que propician la aparición del divertículo son:

- La baja posición de la laringe humana;
- El descenso de la boca del esófago;
- La oblicuidad del constrictor inferior de la faringe y la divergencia de orientación de sus fibras inferiores;
- La inserción del esófago en la pared posterior de la laringe y la falta de soporte en la parte posterior de la boca del esófago.

La adaptación funcional de la zona faringoesofágica y su importancia frente al mecanismo de producción del divertículo ha sido magníficamente estudiada por NEGUS (14).

Del punto de vista funcional hay que considerar la enorme importancia que adquieren los elementos anatómicos antes mencionados.

En el momento de la deglución se establece la onda peristáltica faríngea que empuja al bolo hacia abajo, en dirección a la boca del esófago. Esta se debe abrir solamente a su paso, existiendo un mecanismo coordinador neuro - muscular que permite el relajamiento de este esfínter, comenzando así el tiempo siguiente de la deglución.

Cuando existe incoordinación en este fenómeno, la repercusión fisiopatológica se hace exactamente en el área débil de la pared posterior de la zona faringoesofágica.

Se produce por tanto un apoyo desmedido y un exceso de

presión en dicha zona, consecuencia de la disfunción regional. La repetición de la situación conduce a la producción de la hernia de la mucosa y a la constitución del divertículo topografiado en la zona débil inmediatamente situada por encima de la boca del esófago.

Favorecen el debilitamiento regional muscular las relaciones faringo - esofágica con la columna cervical. El divertículo se observa más frecuentemente en el sexo masculino. La laringe masculina tiene un diámetro ánteroposterior mayor que la femenina. El desarrollo muscular del hombre la apoya más firmemente contra la columna cervical. La columna cervical tiene una convexidad hacia adelante y presenta el máximo de saliente a la altura del cricoide. Y es precisamente en esa zona donde aparece el divertículo. KING (*) considera que estos factores favorecen el debilitamiento muscular local y la producción del divertículo.

Los procesos inflamatorios locales, la hipofaringitis, la hipertonia del esfínger de la boca del esófago, las modificaciones sensoriales faríngeas, conducen a la disarmonía funcional y pueden asociarse a los mecanismos genéticos del divertículo. NEGUS (14) refiere la importancia de los estados de hipofaringitis con hipertonia del esfínter y el beneficio de su dilatación sobre el trastorno funcional. Relata la desaparición de un pequeño divertículo luego de esta terapéutica.

Desarrollo del divertículo. Mecanismo de crecimiento.

Repercusión fisiopatológica

Iniciada la saliente mucosa al través de la capa muscular de la hipofaringe, la sucesión fisiopatológica conduce a la formación de divertículos de tamaño variable, que pueden llegar a ser enormes.

En una primera etapa, el divertículo es pequeño, su eje es **anteroposterior** y su orificio se dirige directamente hacia adelante. No altera el tránsito, pero exagera los trastornos fisiopatológicos que condujeron a su producción. El límite inferior de su orificio asienta sobre la boca del esófago. Su presencia dificulta la abertura de ésta y atrae la penetración de lo deglutido hacia un orificio ya cebado y permanentemente abierto.

En una segunda etapa, el divertículo se pediculiza. Su eje es oblicuo hacia abajo y atrás, comienza a ocupar un espacio entre el esófago y la columna cervical, pero su orificio mira aún hacia adelante. Aumenta paulatinamente su tamaño (diámetro, longitud) y las estructuras anatómicas vecinas le marcan su orientación.

Lateralmente bloqueado por el pedículo carotídeo y los músculos laterales, atrás por la columna y adelante por la tráquea, debe desplazar al único órgano lábil para poder desarrollarse: el esófago.

Su orificio mira directamente hacia arriba, a la luz faríngea y su eje se dirige directamente hacia abajo. La continuidad del esófago está quebrada y al ser desplazado hacia adelante no se presenta en el eje faríngeo. El relleno del divertículo propicia su crecimiento y solamente encuentra campo para desplazarse hacia abajo, penetrando así en el mediastino posterior. El divertículo en su desarrollo se transforma en un proceso patológico cérvico mediastinal. Lateralmente se dirige habitualmente a izquierda aun cuando su origen sea mediano. A izquierda encuentra un mayor espacio que no le otorga el lado derecho debido a la presencia del tronco braquicefálico y su continuidad con la carótida.

En este momento de su desarrollo el divertículo está constituido por: a) mucosa; b) submucosa y parte laxa inferior de la aponeurosis faríngea; c) vaina faringoesofágica que lo mantiene íntimamente contactado al esófago, aun cuando progrese hasta zonas lejanas a su orificio de origen conserva aún su vinculación a la viscera y deja indemne el espacio retrofaringoesofágico, lo que permite su separación de la fascia prevertebral. Su cuello puede arrastrar dispersando fibras musculares, pero éstas no revisten habitualmente al divertículo. Es una auténtica *hernia* a través de un anillo muscular visceral, contenida dentro de la vaina celulosa periesofágica.

Al llenarse con los primeros bocados de alimentación se distiende y comprime el esófago: disfagia. Se irrita el vago: sialtorrea, y luego de relleno, se evacúa al exterior: regurgitación. El tránsito radiológico objetiza nítidamente esta repercusión fisiopatológica.

La faringoscopia muestra la topografía, orientación y diá-

metro del orificio diverticular. El riesgo de la endoscopia es la penetración errónea en el divertículo y su trauma, con posibilidades de complicaciones mediastinales de tipo infeccioso.

El divertículo esofágico puede simular el neoplasma de esófago. Su diagnóstico es clínico radiológico, debiendo insertarse en la cuidadosa semiología radiológica de frente y perfil para realizar el diagnóstico correcto.

Tratamiento. Táctica quirúrgica.

El tratamiento quirúrgico es el único radical a considerar. BENS AUDE y GREGOIRE (1), LAHEY (10) refieren la evolución de la terapéutica.

Los divertículos pequeños deberán ser sometidos a tratamiento médico, pues traducen poca sintomatología y además su reconocimiento quirúrgico es muy dificultoso. NEGUS (14) aconseja tratar las causas asociadas y practicar dilataciones de la boca del esófago para evitar el aumento de tamaño del divertículo.

La extirpación quirúrgica es formal en divertículos de tamaño mediano y grandes, cuando han alcanzado el mediastino y se expresan por una sintomatología clínica y radiológica evidente.

La táctica quirúrgica debe ser discutida.

La intervención puede realizarse en uno o dos tiempos. La cirugía en dos tiempos está dirigida a bloquear el mediastino superior por un proceso plástico que aparece luego de la primera intervención y a evitar la mediastinitis que puede producirse si falla el cierre del divertículo. MAYO (13), MURPHY (11), JUDD (7) inician la cirugía en dos tiempos luego de los primeros intentos de GOLDMAN. (4)

LAHEY (10) ha sido defensor de esta táctica y aboga en su favor con los siguientes argumentos:

En una serie de 365 intervenciones sólo ha tenido dos casos fatales;

En un análisis de los 250 primeros casos operados seguidos hasta los dos años y medio, encuentra sólo 12 casos de recidiva (4.8 %);

La morbilidad postoperatoria comprende: infecciones locales, absesos, infecciones mediastinales, fistulas y estrecheces post-

resección. En un número muy limitado de casos han encontrado estas complicaciones;

La internación de los pacientes no es mayor cuando se realiza el procedimiento en un tiempo.

Frente a estos argumentos se acumula también experiencia de la cirugía en un tiempo.

BENSAUDE y GREGOIRE ⁽¹⁾, SWEET ^(15, 16), SHALLOW ^(17, 18), HARRINGTON ⁽⁵⁾, NEGUS ⁽¹⁴⁾, KING ⁽⁸⁾, GANTS y COHEN ⁽³⁾ abogan con resultados por la cirugía en un tiempo.

Es indudable que la orientación actual parece concretarse en la cirugía en un tiempo al favor de una táctica quirúrgica cuidadosa y a los métodos antiinfecciosos. Tal vez los divertículos de tamaño mayor, con fenómenos infecciosos, o en las personas de edad o con taras, sean las que merezcan la conservación de procedimiento en dos tiempos.

Cuidados preoperatorios

Comprenden

Tratamiento de los fenómenos infecciosos bucofaríngeos;

Higienización correcta del divertículo;

Administración de antibióticos;

Colocación de un catéter al estómago para la alimentación postoperatoria. Esta maniobra es facultativa, pues es muy difícil pasar la sonda al estómago porque puede penetrar dentro del divertículo y quedar detenida en él.

Técnica quirúrgica

Anestesia:

Lahey ha realizado la mayor parte de sus intervenciones con anestesia local regional. Aduce como ventaja:

Conservación de los reflejos para evitar la aspiración del posible contenido del saco;

Permite la deglución, lo cual puede ser favorable para la individualización del saco.

La anestesia general no encuentra contraindicaciones, si se realizan previamente correctas maniobras de higienización del divertículo y de precaución en el acto quirúrgico.

Abordaje del divertículo. Incisión.

Se han utilizado diversos tipos de incisión de abordaje:

Incisión transversa como para cirugía tiroidea con ligera elevación del lado izquierdo;

Incisión transversa sobre la zona de unión faringoesofágica;

Incisión longitudinal oblicua preesternocleidomastoidea;

Incisiones combinadas.

GANTS y COHEN (3) utilizan una incisión transversa de tipo tiroidectomía, lo que les permite adecuada exposición y de buenos resultados cicatrizales. En caso de necesidad el divertículo puede ser abordado por un lado u otro, con solo una incisión operatoria.

La incisión vertical es utilizada por la mayor parte de los autores.

LAHEY (10) la indica aduciendo en su favor el hecho de que proporciona una amplia exposición del área donde debe de conducirse la intervención. El éxito de la operación depende de la presencia de un buen campo quirúrgico que permite el correcto manejo del divertículo. La exposición, la liberación completa de él, la disección del cuello, la individualización de las fibras musculares por encima y por debajo del orificio de salida, son los elementos básicos del éxito quirúrgico. Los riesgos quirúrgicos comprenden: la herida del saco; del esófago; la hemorragia por trauma vascular de las estructuras vecinas y el trauma nervioso (recurrente, simpático). Ellos podrán ser evitados con un buen abordaje como el que proporciona la incisión oblicua.

Pauchet completa la incisión vertical, con una rama transversal inferior y sección total o parcial de la incisión inferior del esterno cleido-mastoideo.

La incisión longitudinal situada a lo largo del borde anterior del E. C. M. secciona piel y músculo cutáneo. Se individualiza el borde anterior del E. C. M. en su totalidad y se reclina hacia atrás. Se reconoce el omohioideo, se le secciona, así como la aponeurosis cervical media hacia abajo;

La entrada en la zona retro-faringoesofágica, donde se va a desarrollar lo más importante del acto quirúrgico está bridada por la vinculación vascular de la glándula tiroides al paquete vascular del cuello. Tres barreras transversales se oponen: a) la vena tiroidea media, b) la arteria tiroidea inferior y c) el pedículo tiroideo superior. Se secciona la primera y se separa la vena yugular, reclinándose hacia adelante la glándula tiroides. Se des-

cubre la arteria tiroidea inferior que por lo general cabalga el divertículo y cuya sección es prácticamente necesaria para su abordaje. El pedículo tiroideo superior puede dificultar la entrada al espacio. Si es necesario se le secciona entre dos ligaduras. Nada impide penetrar en el espacio retro-faringo-esofágico desde su parte superior hasta el mediastino superior.

Reconocimiento del divertículo. Este tiempo es fundamental para evitar el trauma del divertículo o del esófago.

LAHEY (16) y KING (8) aconsejan los movimientos de deglución para reconocerlo. SHALLOW (17) realiza la individualización del divertículo con el esofagoscopio. Se introduce dentro del divertículo y se le ilumina. Se le reconoce y se toma con pinzas no traumáticas. Se retira el esofagoscopio del divertículo, pudiendo éste quitarse o introducirse en el esófago por debajo del cuello del divertículo, para reconocer exactamente la topografía del esófago.

Se puede introducir una sonda flexible que al ser deglutida penetra por lo general en el divertículo. Su palpación permite reconocer éste y su cuello. Esta técnica fue realizada en una de nuestras observaciones.

Diseción y liberación del divertículo: Reconocido el divertículo comienza su disección. Deberá ser separado del esófago, entrándose en el plano de clivado previa sección de la vaina conjuntiva peri-faringoesofágica. Este tiempo se inicia del lado izquierdo, desde el polo inferior del divertículo hacia su cuello. Debe ser realizado cuidadosamente del lado derecho, que por ser el opuesto al abordaje, crea mayores dificultades. El riesgo es doble, pues al decolarse el divertículo del esófago puede traumatizarse uno de los dos, debiendo por tanto mantenerse la disección en el plano correcto de decolamiento. La exposición del cuello es fundamental. El divertículo debe recuperar su posición perpendicular al eje del esófago, ocupando éste su dirección correcta. El cuello debe ser disecado hasta que aparezca la palidez de la submucosa, separándolo completamente del orificio muscular y particularmente de las comisuras y del anillo muscular inferior. El lado derecho crea dificultades y aumenta los riesgos del trauma por su lejanía de la zona operatoria. Una discreta tracción, hace rotación faringoesofágica y permite su correcto tratamiento. Este

tiempo está terminado cuando se reconozca la submucosa en todo su contorno, correctamente liberada del anillo muscular.

Si la disección no se realiza correctamente y el cuello del divertículo no es separado completamente, puede persistir un pequeño escalón en su parte inferior que ceba la recidiva. Es uno de los puntos básicos del tratamiento quirúrgico. La disección aplicada contra el divertículo evita los riesgos de trauma del nervio recurrente. Si la topografía del divertículo es lateral es preferible individualizar el nervio para evitar su lesión.

Conducta con el cuello:

Expuesto el cuello del divertículo se procede a su cierre y a la resección del saco. Puede cerrarse:

- a) por transfixión y ligadura;
- b) por cierre en bolsa con puntos en la submucosa no penetrantes;
- c) por abertura y cierre progresivo a cielo abierto del orificio mucoso.

La forma y el tamaño del cuello del saco indicarán la táctica a seguir.

Cierre de la brecha muscular:

Con puntos transversales se cierra la brecha muscular, reforzándola con un plano de tejido proveniente de la vaina faringo-esofágica disecada al liberar el divertículo.

Drenado -Cierre:

Pequeño dren de caucho. Cierre de la incisión.

Cuando la intervención se realiza en dos tiempos como lo aconseja LAHEY (10), el saco es fijado elevándolo, a los músculos pretiroideos con puntos no transfixiantes y la herida cerrada.

A los 8 ó 10 días la herida se abre y se reconoce el divertículo. Se liga y secciona el cuello del divertículo y se drena el canal de la submucosa. Cerrándose de nuevo la brecha operatoria.

Cuidados post-operatorios:

Se deberá mantener la hidratación por vía parenteral y recomenzar la deglución de líquidos a las 36 horas.

Se evitará la alimentación sólida durante varios días. Medicación anti-infecciosa.

La técnica en un tiempo ha sido realizada en el tratamiento de las dos observaciones que relatamos.

OBSERVACION Nº 1.

S. S. Historia Clínica Nº 17.000. Clínica del Prof. C. Stajano.

M. de S., 49 años. Disfagias y regurgitaciones.

Estado actual: Desde hace 8 años disfagias del tercer tiempo de la deglución a 3 traveses de dedo por encima del apéndice xifoides. Regurgitación de los alimentos ingeridos a las 2 ó 4 horas de su ingestión. Al comprimirse el cuello regurgita los alimentos. Sialorrea. Alimento fétido. Discreto adelgazamiento. Apetito conservado. Resto s/p.

Examen: completamente negativo.

Rayos X de esófago: (67.054) Abril 22 de 1953. Imagen de divertículo en la extremidad superior del esófago. Divertículo de pulsión fig. 1).

Esofagoscopia: Febrero 19 de 1953. Divertículo faringo-esofágico con orificio situado inmediatamente por encima del cricofaríngeo en pared posterior y ligeramente hacia la izquierda. Diámetro transversal del orificio aproximadamente de 2 cms. Se exploró la superficie interna de la bolsa, no hallándose anormalidades. Resto del esófago, hipofaringe y laringe normales.

Operación: Mayo 16 de 1953. Extirpación de divertículo de esófago en un tiempo.

Incisión: Paralela al borde anterior del E. C. M. izq. Ligadura de la vena yugular externa. Sección del omohioideo y aponeurosis cervical media. Se reclina hacia afuera el paquete vascular del cuello. Ligadura de la vena tiroidea media. Se reclina la glándula tiroidea hacia adentro. Se expone el esófago y se liga la arteria tiroidea inferior. Se reconoce la presencia del divertículo en la cara posterior del esófago. Se secciona la vaina conjuntiva periesofágica y se disecciona el divertículo, hasta exponer el cuello de éste, reclinando las fibras musculares del esófago hasta exponer la submucosa. Jareta con catgut crómico "0-0" tomando la submucosa. Sección del divertículo. Cierre de la jareta con invaginación del muñón. Cierre de la muscular con puntos separados de lino 100. Drenaje en cigarrillo del plano retroesofágico.

Postoperatorio: Excelente. Siete días después de la intervención: radiografía de esófago. Pasaje esofágico normal (fig. 2).

OBSERVACION Nº 2.

R. S. Historia Nº 301.

M. de C. 58 años. Disfagia. Regurgitaciones.

Estado actual: Disfagia del 2º al 3er. tiempo de la deglución, relacionada periféricamente al hueco esternal y hueco supraclavicular izquierdo. Desde hace tres meses permanente no progresiva se acentúa en las horas de la tarde. Regurgitación de alimentos principalmente en las horas finales del día. Sialorrea. Discreta ronquera. Se alivia cuando adopta el decúbito lateral izquierdo.

No hay repercusión general.



FIG. 1. — Obs. Nº 1. — Imagen de divertículo en la extremidad superior del esófago. Divertículo de pulsión.

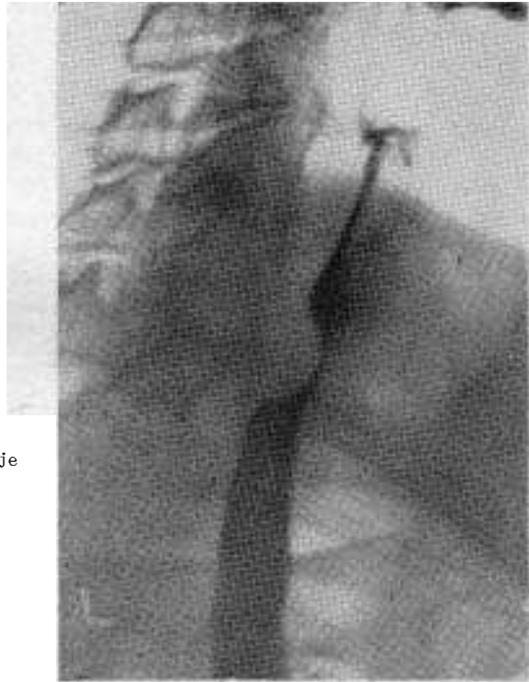


FIG. 2. — Obs. Nº 2. — Pasaje esofágico normal.



FIG. 3. — Obs. N° 2. Imagen de divertículo en la unión faringoesofágica.



FIG. 4. ●bs. N° 2.

Examen: negativo.

Rayos X de esófago: Se aprecia divertículo en la unión faringo-esofágico, mediano, colocado en la cara posterior (figs. 3 y 4).

Esofagoscopia: Se comprueba en la unión de la hipofaringe con el esófago el orificio de un divertículo de esófago situado sobre pared posterior y lateralizado a izquierda, de un diámetro de 1.5 cms. aproximadamente. No se puede introducir el esofagoscopio dentro del divertículo. No se observan lesiones de faringitis ni esofagitis. Resto del examen s/p.



FIG. 5. — Obs. N° 2. — Pasaje bari-
tado en el esófago normal.

Operación: Extirpación del divertículo de esófago por pulsión en un tiempo.

Técnica: La misma de la observación N° 1.

Postoperatorio inmediato: Bueno.

Rayos X de esófago: A los 10 días de ser intervenido. Muestra un pasaje Baritado normal, con una discreta estenosis a nivel del sitio donde se implantaba el divertículo (fig. 5).

Examen anatómo-patológico: Divertículo esofágico, cuya pared se encuentra formada por mucosa malpighiana con muscularis mucosa, sin capa muscular propia, que presenta moderado engrosamiento epitelial con acantosis e infiltración inflamatoria crónica a nivel del corion.

SUMARIO

Se hacen consideraciones sobre el mecanismo de producción de los divertículos esofágicos;

Se estudia la táctica y técnica quirúrgica;

Se presentan dos observaciones personales.

BIBLIOGRAFIA

- 1) BENSAUDE, R., GREGOIRE, R. et GUENAU, G.: Diagnostic et traitement des diverticules oesophagus. Arch. Mal. App. Dig. 12: 145, 1922.
- 2) BRINTNALL, E. S. y KRIDELBAUGH, W. W.: Divertículo congénito posterior de la parte inferior de la faringe. An. Cir. 9: 610, 1950.
- 3) GANTS, R. T. and COHEN, A.: A Thyroidectomy type incision for excision of pharyngoesophageal diverticulo. Surg. Gynec. and Obst. 104: 373, 1957.
- 4) GOLDMAN, E. E.: Die zweizeitige operation von pulsiondivertikeln der speiserohre. Beitr. klin. Chir., 61: 741, 1909. Citado por Lahey (9) y Bensaude (4).
- 5) HARRINGTON, S. W.: Pulsion diverticulum of the Hypopharinx at the pharyngoesophageal junction. Surgery, 18: 66, 1945.
- 6) JACKSON, C. and SHALLOW, T.: Diverticula of Oesophagus, pulsion, traction, malignant and congenital. Ann. Surg. 83: 1, 1926.
- 7) JUDD, E. S.: Esophageal diverticula - Collected papers of the Mayo Clinic. 10: 15, 1918. W. Sanders Co. Phila. Citado por Lahey (10).
- 8) KING, B. T.: New Concepts of the etiology and treatment of diverticula of the esophagus. Surg. Gynec. and Obst. 85: 93, 1947.
- 9) LUDLOW, A.: Obstructed deglutition, from a preternatural dilatation of and bag formed in, the pharinx. Med. Obs. Soc. Physicians, London, 3: 85, 1762-1767. Citado por Lahey (10).
- 10) LAHEY, F. and WARREN, K. H.: Esophageal diverticula. Surg. Gynec. and Obst. 98: 1, 1954.
- 11) MURPHY, J. B.: Diverticulum of esophagus: conservative treatment. Surg. Clin. Chicago. 5: 391, 1916. Citado por Lahey (10).
- 12) MAYO, C. H.: Diagnosis and treatment of esophageal diverticule. Ann. Surg. 51: 812, 1910. Citado por Sweet (15).
- 13) MAYO, C. H.: Treatment of diverticule of esophagus. Ann. Surg. 77: 267, 1923. Citado por Sweet (15).
- 14) NEGUS, V. E.: Pharyngeal diverticula; observations on their evolution and treatment. Brit. J. Surg. 38: 129, 1950.
- 15) SWEET, R.: Divertículo por pulsión de la unión faringo-esofágica. Táctica de la operación en un tiempo. An. Cir. 6: 41, 1947.

- 16) SWEET, R.: Excision of Diverticulum of the Pharyngo Esophageal junction and Lower Esophagus by means of one Stage Procedure. Ann. Surg. 143: 433, 1956.
- 17) — SHALLOW, T. and CLERF, L.: One Stage Pharyngeal Diverticulectomy. Surg. Gynec. and Obst. 86: 317, 1948.
- 18) SHALLOW, T.: Combined one Stage closed method for the treatment of pharyngeal diverticule. Surg. Gynec. and Obst. 62: 624, 1936.
- 19) ZENKER, F. A. und ZIEMSEN, H.: Krankheiten des Oesophagus in Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie. Vol. 7 (Suppl.), 50. Leipzig. Vogel, 1877. Citado por Lahey (10).

Dr. Rubio. — Los divertículos faringo esofágicos se observan con relativa frecuencia y componen un capítulo de interés dentro de las afecciones benignas del esófago.

En ese sentido creo que en nuestro país aún no se le presta la atención debida a la patología benigna del esófago.

Las dos observaciones presentadas por el Dr. Suiffet entran en el grupo de los llamados divertículos de pulsión y son en realidad falsos divertículos pues solamente una parte de la pared del esófago interviene en su formación. Son así herniaciones de la mucosa que pasan a través de intersticios de la capa muscular esofágica.

El otro grupo de divertículos son los llamados de tracción. Son verdaderos divertículos porque su pared está constituida por toda la pared esofágica. Por lo general son pequeños y se encuentran en el tercio medio del esófago en relación con procesos inflamatorios ganglionares yuxtahiliares. No tienen mayor significado patológico.

Con respecto a los divertículos de pulsión son mucho más frecuentes a localización faringo-esofágica, que los esofágicos propiamente dichos. En oposición a esta afirmación, en el Servicio del Prof. Larghero han sido tratados quirúrgicamente dos divertículos, de los cuales uno es faringo-esofágico y el otro es esofágico.

A continuación mostraré radiografías de un paciente que fue estudiado recientemente en la Policlínica del Prof. Larghero que nos consultó por disfagia. Hecho el estudio radiológico podrán observar Uds. la imagen típica de un divertículo esofágico.

Se encuentran habitualmente en el tercio inferior del esófago, a unos 8 o 10 cms. del diafragma; de ahí el nombre de divertículos epifrénicos, que también se les da. Por lo general hacen saliencia en el hemitórax derecho y muy frecuentemente se encuentran asociados a hernias del hiatus o más raramente a cardio espasmos.

Cuando son de tamaño mediano o grandes o dan síntomas, tal este caso, es aconsejado el tratamiento quirúrgico por Toracotomía.

Con respecto al tratamiento de los divertículos faringo-esofágicos

tuve oportunidad de ayudar a operar cuatro casos en el Servicio del Prof. Allison. Dos de estos casos por tratarse de pacientes de edad avanzada y en mal estado general, fueron operados con anestesia local; todos ellos fueron operados en un tiempo. Se les efectuó esofagoscopia previa y aspiración limpiándose bien la cavidad diverticular. Después de reconocer y aislar el saco diverticular que es el tiempo más difícil, se efectuó el cierre a nivel del cuello del divertículo.

En todos los casos se había pasado previamente un tubo de Rehuss hasta el estómago y se tuvo especial cuidado de no dejar estenosis. Operación sencilla seguida de excelente evolución. Por último todos los que hacemos endoscopias sabemos lo fácil que es efectuar una perforación al nivel del divertículo si no se pone especial cuidado, pues siempre el instrumento se introduce en el saco diverticular, siendo difícil pasar por debajo de la implantación de éste en el esófago.

Para terminar creo que la comunicación presentada por el Dr. Suiffet ha sido de mucha utilidad y agradezco el haberla escuchado.

Dr. Suiffet. — Le agradezco al Dr. Rubio y al señor Presidente, sus palabras. Insistimos en lo dicho al principio, que es exactamente lo expresado por el Dr. Rubio. Creemos que es de sumo interés la divulgación de los problemas que crea la patología benigna del esófago.

Nuestro primer caso fue considerado durante mucho tiempo como portador de un neoplasma de esófago. En vista de que su estado general no se resentía a pesar de que el enfermo tenía disfagia y rurgitaciones, nos fue enviado para su estudio.

Nos ha sorprendido mucho, aunque no sabemos si tenemos los datos exactos, la poca frecuencia de este proceso en nuestro medio. En el extranjero, es importante la cantidad de casos de divertículo esofágico que se publican.

Frente a ello, nuestra comunicación es de una modestia casi vergonzante, pero debido a que se trata de un problema no tratado en otras oportunidades, nos pareció que podía ser de interés traerlo al seno de la Sociedad de Cirugía.

Dr. Armand Ugón. — Deseamos contribuir con nuestra experiencia en el tratamiento del divertículo del esófago cervical, aportando así una modesta colaboración a la erudita comunicación hecha en la sesión pasada por el Dr. Suiffet.

Hemos tratado seis divertículos del esófago cervical, y todos fueron operados en un solo tiempo operatorio, sin mortalidad ni morbilidad.

En cinco se practicó la resección del divertículo con sutura de la brecha esofágica con puntos de algodón separados de la mucosa recubriendo la sutura con un segundo plano de puntos separados del tejido celular muscular ambiente. En el 6º caso no se practicó la resección del saco diverticular por el estado precario de la enferma, de 85 años, que no podía alimentarse desde hacía 9 días. Había sido tratado infructuosamente con tentativas de intubación esofágica, sin poder pasar la sonda, y milagro-

samente se salvó una perforación del divertículo en una tentativa intempestiva de esofagoscopia. En esa enferma disecamos el divertículo y se le levantó hasta el ángulo del muscular suturándolo al esterno eleido mastoideo, como se hace en el primer tiempo de la técnica de Lahey. La enferma se recuperó inmediata y espectacularmente, no aceptando el segundo tiempo propuesto. No tuvo ningún nuevo trastorno en la deglución.

Como una complicación, en dos de nuestros operados, diré que se presentaron portadores de abscesos de pulmón, y fue la búsqueda etiológica que hizo descubrir los divertículos ignorados.

Es bien conocida la facilidad con que las **disfagias** de cualquier etiología favorecen la formación de focos pulmonares supurados, por aspiración de restos alimenticios.

La ausencia de complicaciones operatorias, la facilidad de las maniobras quirúrgicas, la utilización de los antibióticos y la gran experiencia actual mundial de operaciones en un tiempo, creemos que han vuelto innecesaria la operación en dos tiempos, sólo justificada en casos graves y muy avanzados como el último relatado.

Dr. Mañana. — Quiero agradecer la contribución que acaba de presentar el Dr. Ugón.

Llama la atención la poca frecuencia de estos casos en nuestro medio, frente a las estadísticas de los autores extranjeros que he podido consultar, que en algunos llega a 600 u 800 casos de divertículos de esófago. Puede ser que se reporten todos los casos que se presentan en una misma clínica. Tenemos un cuarto caso en un enfermo que acabo de ver hace días, con leves trastornos disfágicos.

Quizás tratando de buscar pequeños síntomas de la patología benigna de esófago, estos casos pueden ser más frecuentes.

Quiero agradecer la colaboración del Dr. Ugón, que es más numerosa que la nuestra.