

Divertículos esofágicos parabrónquicos

Dres. Alfredo Armand Ugón, Miguel Mate y Luis Carriquiry *

Se presentan 3 observaciones de divertículos esofágicos parabrónquicos. La disperistalsis esofágica, parece ser el factor etiopatogénico más importante. A veces asintomáticos, pueden manifestarse por complicaciones, sobre todo diverticulitis. Otras veces ocultan alguna otra patología asociada. Pueden controlarse en general con un tratamiento médico bien conducido (dieta, antiespasmódicos, eventualmente dilataciones). La operación se plantea frente a lesiones asociadas o complicaciones graves (disfagia, sangrado, fistulización).

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Esophageal diverticula/etiology, therapy.

Los divertículos esofágicos parabrónquicos (D.E.P.) pertenecen al esófago torácico en su sector no esfinteriano.

El interés de este aporte radica en:

1) Si bien son de baja incidencia, la conducta frente a su presentación tiene aspectos discutibles.

2) No existe un acuerdo unánime sobre su exacta etiopatogenia.

3) Los D.E.P. no constituyen siempre una entidad nosológica autónoma.

Todos estos elementos otorgan a esta enfermedad características particulares que obligan al médico práctico, y más aún a aquellos que están alejados de los centros con medios especializados, a extremar su atención sobre la misma.

OBSERVACIONES

1) *Caso I.*—Hombre de 52 años con elementos dispépticos hiperestésicos e historia de hemorragia digestiva leve, cuyo estudio radiológico reveló la presencia de una hernia hiatal y un D.E.P. (Fig. 1).

2) *Caso II.*—Hombre de 44 años con sintomatología dolorosa de tipo pseudoanginoso, con ECG normal, en cuyo estudio paraclínico la única lesión objetivable fue el D.E.P. (Fig. 2).

3) *Caso III.*—Hombre de 53 años portador de una disfagia reversible pero repetitiva que llegó a episodios de afagia con retroceso ulterior, el cual presentó una mediastinitis post estudio endoscópico debida a perforación instrumental del esófago. (Fig. 3).

Presentado a la Reunión Conjunta de la Sociedad de Cirugía del Uruguay y la Asociación Médica de Paysandú, en Paysandú, el 19 de octubre de 1974.

* Residente de Cirugía, Asistente de Clínica Quirúrgica, Adjunto de Clínica Quirúrgica.

Dirección: Santa Mónica 1703, Montevideo (Dr. Armand Ugón).

Clinica Quirúrgica "B" (Prof. Dr. Jorge Pradines). Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela". Montevideo.

COMENTARIO

Los D.E.P. son mucho menos frecuentes que los divertículos en otra topografía esofágica. Si se considera su traducción patológica, son aún más excepcionales (11).

Para Suiffet (11) constituyen entre el 1 % y el 2 % de los divertículos de esófago. Harrington (4) sobre 224 divertículos de esófago operados cita 1 en esta topografía. Para Lortat-Jacob (3) constituyen el 10 % de los divertículos de esófago.

Naclerio (8) los observa en el 5 % de las autopsias.

Etiopatogenia.

Viard (12) resume el concepto clásico sobre su origen reafirmando su modo de producción por el mecanismo de tracción a punto de partida de ganglios mediastinales vecinos inflamados. Secundariamente a este proceso se producen adherencias entre las adenopatías y el esófago, que con la retracción cicatrizal subsiguiente crean una tracción del órgano que determina la formación del D.E.P. (6).

El proceso puede ser tuberculoso o inespecífico, y aún se observa en adenopatías neoplásicas que se retraen luego de ser irradiadas.

La teoría de pulsión-tracción descrita por Oekonomides (9) establece que en una zona potencial de debilidad puede actuar la presión intraluminal para determinar la aparición del divertículo.

Cross y colaboradores se inclinan por esta hipótesis, y establecen valor preponderante al residuo embrionario de la comunicación fetal entre el esófago y el árbol traqueobrónquico (15).

Estudios actuales tienden a desvirtuar la teoría clásica basada en el concepto y mecanismo de la tracción. En efecto, es frecuente la imposibilidad de demostrar la existencia de una adenopatía tractora en el ambiente periesofágico como causa de su producción. Por otra parte, el D.E.P. no adopta la morfología en "tienda" (5) que se admite para dicho mecanismo etiopatogénico.

Con los estudios cinerradiotelevisados del tránsito esofágico cobra jerarquía el concepto de la existencia de una disperistalsis esofágica en cuya patología está la base del mecanismo de producción de los D.E.P. (2, 5, 7).



Fig. 1.— Observación N° 1. Se señala el D.E.P. y la hernia hiatal.

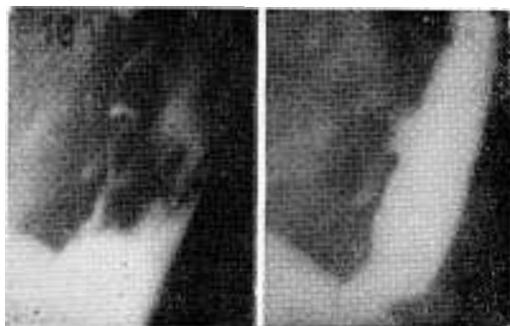


Fig. 2.— Observación N° 2. Se observan 2 enfoques del D.E.P.

Traducción clínica.

Viard (12) afirma que sólo se manifiestan por las complicaciones o por expresión de lesiones asociadas. Para Suiffet (11) su traducción clínica en la gran mayoría de los casos está ausente.

Tienen elementos clínicos que traducen un sufrimiento propio. En efecto, existen pacientes portadores de D.E.P. que refieren sufrimiento disfágico, doloroso, episodios rojos, etc.; en los que la única lesión objetivable por la paraclínica es el divertículo. Es por ello que se debe ser exhaustivo en los medios diagnósticos clínicos, endoscópicos y radiológicos para

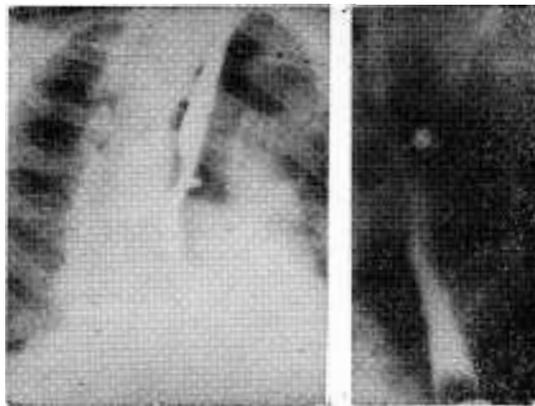


Fig. 3.— Observación N° 3. Se visualiza el D.E.P. en 2 incidencias distintas.

aceptar la ausencia de otra patología y atribuir el sufrimiento al divertículo.

Otras veces la manifestación del D.E.P. se debe a la diverticulitis con peridiverticulitis que incluso puede llegar a la perforación y consiguiente mediastinitis.

La fistulización en el árbol respiratorio determina el predominio de la sintomatología pleuropulmonar (lobitis supurada, hemoptisis, etc.) con discretos elementos esofágicos (tos al deglutir, reconocimiento de lo ingerido en la expectoración), o aún sin elementos digestivos (1, 2, 11, 12).

Es innegable que en otras situaciones el D.E.P. constituye un hallazgo casual en el curso de un examen por una patología asociada de clara manifestación clínica como puede ser un neoplasma, una hernia hiatal, etc.

En nuestra breve casuística existe un caso con lesión asociada manifiesta, cuya sintomatología enmascara la del divertículo; pero en los otros dos casos es imposible hallar otra causa de sufrimiento, motivo por el cual consideramos que son demostrativos de situaciones clínicas con expresión propia.

Conducta.

Creemos que la actitud del técnico frente a este tipo de lesión está reglada por el cumplimiento de una serie de etapas escalonadas:

1) Establecimiento de un correcto diagnóstico positivo.

Consiste en una etapa de indagación clínica, radiológica, y endoscópica, exhaustiva y completa.

2) Descarte de lesión asociada. Etapa indisoluble de la anterior que supone despistar otra lesión esofágica o no que motive el sufrimiento. Especial atención merecerá el descartar el neoplasma.

3) Señalar la existencia de complicaciones.

Con ello se destaca el interés y la jerarquía de las mismas (estenosis, hemorragia, fístula, perforación) que condicionan el tratamiento y control del paciente.

4) Valoración del terreno.

Obviamente hay que estudiar con minuciosidad el paño sobre el que se instala la patología en curso, con todas sus repercusiones y taras previas, que también pueden ser factores determinantes en el estudio y tratamiento del paciente.

Los tres pilares de éste, como ya lo hemos venido esbozando, son:

- a) La existencia o no de una lesión asociada.
- b) La presencia de una complicación y su grado.
- c) El terreno sobre el cual se instala el D.E.P.

Las directivas generales del tratamiento son:

- 1) Divertículo no complicado y sin lesión asociada: vigilancia y tratamiento médico.
- 2) Divertículo con lesión asociada: la indicación quirúrgica está dada por la lesión asociada, siempre y cuando sea de sanción quirúrgica (neoplasma, hernia hiatal, etc.).
- 3) Divertículo complicado sin lesión asociada:
 - a) Estenosis. En un primer paso se intentará efectuar dilataciones, y de fracasar se hará cirugía.
 - b) Hemorragia. Se la compensará, vigilará estrictamente, y se intervendrá si es de magnitud o si es reiterada.
 - c) Fístula. Se hará cirugía de entrada.
 - d) Perforación. Se tratará médicamente de manera enérgica, con seguimiento estricto por la posibilidad de la mediastinitis supurada.

El tratamiento médico consistirá en:

- 1) Higiénico-dietético. Alimentación oral si no hay estenosis que lo impida, con dieta blanda y fraccionada. De existir disfagia importante o afagia, alimentación parenteral.
- 2) Medicamentoso. Se administrarán anti-espasmódicos para combatir el componente espástico funcional; antibióticos si existe infección, fístula o perforación. Se repondrán las pérdidas de sangre en el grado necesario si existe hemorragia.
- 3) Dilataciones. Se practicarán en caso de disfagia, siendo progresivas, y en manos experimentadas.
- 4) Estricta vigilancia periódica. Se controlará al paciente clínica, radiológica y endoscópicamente de manera periódica, intentando detectar precozmente complicaciones y lesiones asociadas.

El tratamiento quirúrgico estará indicado ante la existencia de:

- 1) Lesiones asociadas con indicación quirúrgica (neoplasma, hernia hiatal, etc.).
- 2) Complicaciones:
 - Disfagia rebelde y progresiva.
 - Hemorragia severa o continua y repetida.
 - Fistulización al árbol respiratorio.

CONCLUSIONES

El concepto práctico que hemos extraído del análisis de lo vivido y de la bibliografía consultada nos lleva a concluir:

- 1) Los D.E.P. se pueden producir por mecanismos etiopatogénicos distintos, que se pueden superponer y contribuir de manera conjunta a su génesis.
- 2) Constituyen una entidad nosológica definida y autónoma, con manifestaciones propias y múltiples.
- 3) Se debe ser exhaustivo en su estudio clínico y paraclínico en búsqueda de complicaciones y lesiones asociadas.
- 4) El control de estos pacientes se hará de manera estrecha, completa y periódica.

RÉSUMÉ

Diverticules oesophagiques parabranchiques.

Présentation de 3 observations de diverticules oesophagiques parabranchiques. Le dysperistaltisme oesophagique, paraît être le facteur étiopathogénique le plus important. Ces affections parfois asymptomatiques, peuvent se manifester par des complications, surtout des diverticulites. Dans d'autres cas elles dissimulent quelque pathologie différente associée. On peut en général les contrôler grâce à un traitement médical bien conduit (régime, antispasmodiques, éventuellement des dilatations). L'opération peut être envisagée dans le cas de lésions associées ou de complications graves (dysphagie, hémorragie, fistulisation).

SUMMARY

Parabranchial esophageal diverticula.

Three observations of parabranchial esophageal diverticula are reported. Esophageal dysperistalsis seems to be the most important etiopathogenic factor. The condition may be asymptomatic, or may become manifest through complications, mainly diverticulitis. In other cases they mask some other associated pathology. They may usually be controlled with a well led medical treatment (diet, antispasmodic drugs, eventually dilations). Surgery is required in cases of associated lesions or serious complications (dysphagia, bleeding, fistulization).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. CROSS FS, JOHNSON GF and GEREIN AN. Esophageal diverticula. *Arch Surg*, 83: 525, 1961.
2. GAHAGAN T. Diverticula of the thoracic esophagus. *Henry Ford Hosp Med Bull*, 10: 443, 1962.
3. GIULI R, ESTENNE B, RICHARD CA, LORTAT-JACOB JL. Les diverticules de l'esophage. *Ann Chir*, 28: 435, 1974.
4. HARRINGTON SW. The surgical treatment of pulsion diverticula of the thoracic esophagus. *Ann Surg*, 129: 606, 1949.
5. JOHNSTONE AS. Diverticula of the esophagus. *Br J Rad'ol*, 22: 415, 1949.
6. LAHEY FH and WARREN KH. Esophageal diverticula. *Surg Gynecol Obstet*, 98: 1, 1954.
7. LAW SW. Pulsion diverticula of the midthoracic esophagus. *J Thorac Cardiovasc Surg*, 48: 855, 1964.
8. NACLERIO EA. Diverticula of the thoracic esophagus. *Am J Surg*, 38: 129, 1950.
9. OEKONOMIDES C. Citado por Harrington (4).
10. ROKITANSKY, C. Citado por Harrington (4).
11. SUIFFET W. Diverticulosis del esófago. *Med Urug* 7: 55, 1970.
12. VIARD H, FABRE JP. Les diverticules de l'esophage. *Rev Prat*, 24: 2469, 1974.