

Divertículo faringo - esofágico

Sistematización de su estudio diagnóstico y terapéutico

Dres. Alvaro Valenzuela, Norma Ricciardi, Mario Montero, Vartan Tchmedjian, Héctor Geninazzi y Carlos Aguirre

Los autores revisan la casuística de Divertículo faringo - esofágico del Hospital de Clínicas. Se analizan 9 casos en el curso de 27 años. El divertículo faringo - esofágico, cuyo diagnóstico es clínico, radiológico y endoscópico.

La manometría es un nuevo procedimiento diagnóstico y de control postoperatorio.

El tratamiento es quirúrgico y consiste en la diverticulectomía con miotomía del músculo crico - faríngeo.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Pharyngeal Diseases.

INTRODUCCION

Este es un estudio anatómico, clínico y quirúrgico de la patología diverticular esofágica. Nos referiremos fundamentalmente al divertículo faringo - esofágico (D.F.E.).

DEFINICION

La existencia del D.F.E. es una patología poco frecuente (1), cuyas complicaciones pueden ocasionar graves trastornos al paciente, siendo la cirugía la única arma de que se dispone actualmente para su solución definitiva.

Anatomía: La disposición de la musculatura faringo - esofágica en la zona posterior, lleva a la conformación de un rombo, cuyos dos bordes superiores lo constituyen el borde inferior del músculo tiro - faríngeo; los inferiores el borde superior del músculo crico - esofágico.

Las fibras del músculo crico - faríngeo (EES), lo dividen en dos triángulos: el superior el triángulo de Laimer; zonas débiles que pueden ser reforzadas por fibras ancradas en la porción inferior.

La inervación del músculo crico - faríngeo cuenta con el aporte de origen simpático proveniente del ganglio cervical superior que de-

Clinica Quirúrgica "F" (Prof. Luis A. Praderi). Hospital de Clínicas "Dr. M. Quintela". Facultad de Medicina. Montevideo.

terminaría su estado de contracción; y un aporte de origen parasimpático que condicionaría su fase de relajación (7).

Fisiopatología: La interpretación actual de este tipo de divertículo descansa en una alteración de la dinámica de la deglución, actuando sobre una zona débil de la hipofaringe.

Esta alteración de la dinámica, se produce en la 3ª etapa de la deglución. Si los músculos cricofaríngeos no se relajan a tiempo el contenido de la faringe es bloqueado entre dos fuerzas, resultando de ello un aumento anormal de la presión dentro de la cavidad faríngea, y como el único punto débil de éste es el triángulo de Laimer, terminará por ceder ante la reiteración del esfuerzo, produciéndose en consecuencia la protrusión de la mucosa (3, 4, 6).

Es necesario considerar a esta región faringo - laringo - esofágica como poseedora de una verdadera unidad funcional en la que el mCF juega un rol protagónico.

Etiopatogenia: Como veremos, varias causas etiopatogénicas o alteraciones funcionales, actuando directa o indirectamente sobre los diferentes niveles del sistema: centros, vías, músculo; determinarán la disfunción de dicho mecanismo, que si bien puede efectuarse en forma más o menos global, frecuentemente tiene una máxima expresión a nivel del mCF por lo que el diagnóstico clínico, no sólo desde el punto de vista radiológico, endoscópico y manométrico, sino también desde el punto de vista terapéutico.

En nuestro medio Palma y Blasiak han estudiado este tema destacando que la disfunción faringo - esofágica puede deberse entonces a causas: I) Neurológicas: a) central, b) periférica; II) Muscular; III) Oseas; IV) Trauma quirúrgico; V) Idiopático (8).

MATERIAL Y METODOS

Se analizaron todas las historias de patología diverticular esofágica del Hospital de Clínicas, desde el año 1953 a la fecha; encontrándose 40 casos.

Presentado como Tema Libre al 30º Congreso Uruguayo de Cirugía. Montevideo, noviembre de 1979.

Médicos Auxiliares de Clínica Quirúrgica, Asistentes de Clínica Quirúrgica y Profesor Adjunto de Clínica Quirúrgica.

Dirección: Reyes 1568, Montevideo (Dr. A. Valenzuela).

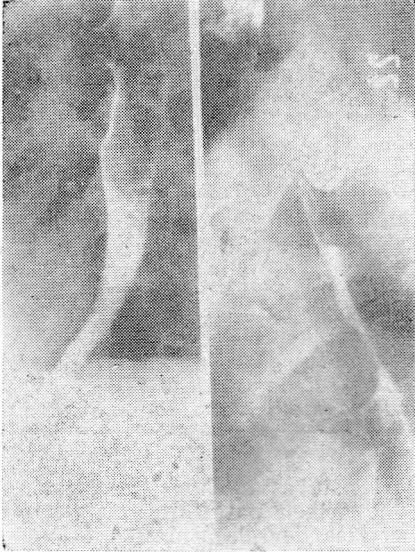


Fig. 1.— Estudio radiológico de frente y perfil en el que se ve el divertículo.

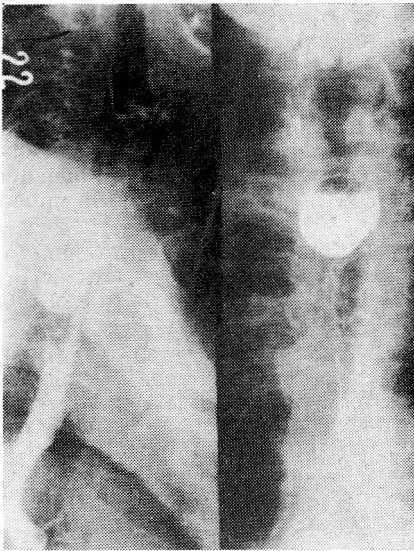


Fig. 2.— Otro caso. Divertículo relleno suspendido.

De los mismos, 15 (38 %) correspondieron a divertículos del tercio superior del esófago; 15 casos (38 %) divertículos de tercio medio; 5 casos (12 %) a divertículos de tercio inferior; 3 casos (7 %) a tercio medio e inferior, y 2 casos (5 %) con localización múltiple digestiva.

Estudiando los 15 casos del tercio superior encontramos que 9 de ellos eran D.F.E., correspondiendo el 50 % a hombres y 50 % a mujeres.

La edad promedio fue de 70 años, correspondiendo a un rango entre 48 y 85 años.

La presentación sintomática de los pacientes fue la siguiente: disfagia, 88 % (3 casos); regurgitación, 44 % (4 casos); sialorrea, 44 % (4 casos); adelgazamiento, 44 % (4 casos); sensación de cuerpo extraño, 33 % (3 casos); crisis de sofocación, 33 % (3 casos) (2, 6).

La complicación más frecuente fue el cuadro catarral respiratorio, 33 % (3 casos). No debemos olvidar que ante la presencia de patología respiratoria canalicular o parenquimatosa en pacientes añosos, aparentemente sin causa médica tipificable, es indispensable realizar un estudio del esófago buscando una probable causa de reflujo: hernia hiatal o D.F.E.

En cuanto a la paraclínica, la radiología es de inestimable valor a los efectos del diagnóstico de un D.F.E., como comprobamos en nuestra casuística. El 100 % (9 casos), fue confirmado radiológicamente.

La única patología que podría confundir la imagen diverticular es la del carcinoma situado en el esófago alto, la cual quedará descartada con el auxilio de la esofagoscopia.

En los 9 casos, se realizó esofagoscopia sólo en dos pacientes, confirmando nuestro diagnóstico.

La introducción de técnicas manométricas permite actualmente estudiar mejor el segmento faringo - esofágico, aunque existen discrepancias entre los distintos autores, encontrando algunos actividad motora normal en estos pacientes, y otros una zona de altas presiones (ZAP), durante la deglución con un cierre anticipado del esfínter (1).

De los 9 casos relatados, se realizó manometría pre y postoperatoria en un caso, pues es una técnica de poco tiempo de integración a nuestra clínica encontrándose una ZAP intraesofágica que desapareció en el postoperatorio.

La clínica la radiología y la esofagoscopia constituyen el trípede en el diagnóstico del D.F.E., agregándosele actualmente el estudio manométrico.

TRATAMIENTO

La terapéutica de los D.F.E. ha pasado por tres períodos. En una primera etapa se realizó la exéresis en dos tiempos; luego se impuso la resección en un tiempo y la diverticulopexia, cobrando actualmente jerarquía la miotomía como procedimiento asociado (5, 10).

La sección del mCF suprime la acalasia crico - faríngea y restablece la continuidad de faringe y esófago, desapareciendo los trastornos fisiopatológicos que caracterizan a los D.F.E. (9, 10).

De los 9 casos, uno con antecedentes de coronariopatía falleció de infarto miocárdico antes de ser operado.

Los 8 res antes fueron operados, todos por cer icotomía izquierda, practicándosele a 4 de ello di erticulectomía sin miotomía; a los otros 4 e les agregó miotomía.

no de los pacientes del primer grupo presentó una recidiva que no fue reintervenida por ser un paciente añoso con escasa sintomatología. Del segundo grupo uno se fistulizó, cerrando el trayecto espontáneamente a los diez días.

Dos fallecieron por causas no vinculadas a su patología diverticular y 4 viven actualmente no presentando sintomatología.

COMENTARIOS

La patología diverticular faringo - esofágica es de baja frecuencia, encontrándose distribuida por igual en ambos sexos, y presentándose por encima de los 50 años.

La etiopatogenia de esta afección está dada por una disfunción faringo - esofágica encontrándose su base a nivel del mCF que correspondería según los últimos estudios a una enfermedad general de la economía de causas múltiples.

El trípede sintomático más frecuente es: disfagia, regurgitación y sialorrea, pudiendo presentar complicaciones respiratorias.

El diagnóstico se fundamenta en la clínica, la radiología y la endoscopia. La manometría permitiría, al no encontrar patología diverticular, afirmar que el trastorno corresponde a una disquinesia faringo - esofágica.

El tratamiento actual es la diverticulectomía con miotomía.

Los resultados hasta el momento actual han sido satisfactorios.

CO CL SIONES

El D.F.E. es una forma de presentación clínica de las disquinesias faringo - esofágicas.

El estudio global se orienta a la búsqueda de factores etiopatogénicos.

La manometría es un nuevo método auxiliar de estudio en el diagnóstico y en el control postoperatorio.

El tratamiento es siempre la diverticulectomía con miotomía del mCF.

RESUME

Diverticule pharyngo - oesophagique. Systematisation de son étude diagnostique et therapeutique

Les auteurs révisent la casuistique de Diverticule pharyngo - oesophagique à l'hôpital de Cliniques. On analyse 9 cas dans le courant de 27 années. Le diagnostic du diverticule pharyngo - oesophagique est clinique, radiologique et endoscopique.

La manométrie est un nouveau procédé diagnostique et de contrôle postopératoire.

Le traitement est chirurgical et il consiste à pratiquer la diverticulectomie avec la myotomie du muscle crico - pharyngien.

SUMMARY

Pharyngo - Esophageal Diverticulum. Systematization of Diagnostic and Therapeutic Study

Review of case material in the Hospital de Clinicas (University Medical School Hospital). Over a 27 - year period there were 9 patients with pharyngo - esophageal diverticula and their diagnosis involves clinical, radiological and endoscopic procedures.

Manometry is a new diagnostic procedure, also employed in postoperative control.

Treatment is surgical and consists in diverticulectomy with myotomy of crico - pharyngeal muscle.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BENAGES A et alii. Patología del divertículo esofágico. *Rev Esp Apar Dig*, 47: 201, 1976.
2. CAZABAN LA. Disfagias en las afecciones no malignas del esófago. *Día Méd Urug*, 387: 572, 1965.
3. CSZENDES A et alii. Estudios clínicos y manométricos en pacientes con divertículos esofágicos. *Rev Med Chil*, 105: 367, 1977.
4. GARCIA PIERCE H y col. Acalasia cricofaríngea. Tratamiento quirúrgico. *Cir Uruguay*, 48: 7, 1978.
5. LAHEY F. Pharyngoesophageal diverticulum, its management and complications. *Arch Surg*, 124: 617, 1964.
6. MICHANS J y col. Patología quirúrgica. Buenos Aires. El Ateneo, 1968, v. 3, p. 490.
7. MONTERO M y col. Unión faringo - esofágica. *Sección Científica de la Sociedad Rioplatense de Anatomía*, 139, Mendoza (Argentina), 1977.
8. PALMA AR, BLASIAK J. Disfunción faringo - esofágica. Consideraciones diagnósticas y terapéuticas. *An ORL Uruguay*, 47: 117, 1978.
9. PATEL J. Resection chirurgicale d'un diverticule pharyngo - oesophagien. *Tec Cir*, 1: 97, 1972.
10. SUIFFET W y col. Divertículo faringo - esofágico. Miotomía cricofaríngea. Diverticulopexia. *Cir Uruguay*, 46: 241, 1976.