

**COMENTARIOS CLINICO - RADIOLOGICOS A PROPOSITO
DE 12 OBSERVACIONES DE DIVERTICULOS DEL ESOFAGO**

B. VARELA FUENTES y F. GARCIA CAPURRO

Sesión del Miércoles de Julio de 1941

Si bien el divertículo del esófago es poco frecuente, hemos podido observar 12 casos, comprobando en todos ellos que a pesar de existir una larga historia previa de molestias derivadas de dicha afección, *la existencia del divertículo había pasado inadvertida*, aun a pesar de haberse realizado en la mayoría de los casos numerosos exámenes radiológicos. El diagnóstico era de los más diversos; en 3 casos se había admitido la existencia de un neoplasma del esófago.

Es que el cuadro clínico a que da lugar la presencia de un divertículo del esófago es muy polimorfo y poco característico. Además el propio diagnóstico radiológico de la lesión resulta difícil y su reconocimiento sólo se logra después de un estudio prolijo y a menudo recién después de exámenes repetidos. Así sobre 42 casos observados en la Clínica Mayo y descritos por VINSON en 1934, en 18 de ellos no había ningún síntoma de perturbación digestiva; en 12 existían síntomas digestivos dudosos y sólo en los 12 restantes había perturbaciones digestivas evidentes: disfagia, dolores epigástricos, vómitos. En casi todos los casos el reconocimiento del origen diverticular del cuadro mórbido, fué hecho recién por los datos radiológicos. HEACOCK resumió en 1934, 85 observaciones de la bibliografía, a las que agregó 2 observaciones personales, comprobando que en todos los casos el diagnóstico correcto fué recién logrado durante el estudio radiológico o el necrópsico.

1) ETIOLOGÍA, PATOGENIA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA

Limitándonos a este respecto a mencionar sólo los datos fundamentales debemos recordar que el divertículo está constituido por un saco que comunica con la luz del esófago por un orificio y un cuello de dimensiones muy variadas. El tamaño global del divertículo es también muy variable, como se puede apreciar comparando las dimensiones del saco en las radiografías 3 y 13, que representan nuestros casos más dispares en tal sentido. La pared del saco está formado por 2 capas; 1) la mucosa adelgazada y a menudo inflamada en algunas zonas, y que en general ya no posee la muscularis mucosa; y 2) una pared conjuntiva más o menos fibrosa o elástica (que comprende también a la submucosa); en algunos lugares y especialmente en la zona del cuello del divertículo, pueden reconocerse en el estudio microscópico algunos haces de fibras musculares. Cuando esta capa muscular es abundante, explica que el divertículo posea movimientos peristálticos. El saco puede ser libre, pero a menudo está parcialmente adherido a los órganos vecinos.

El divertículo se desarrolla con gran lentitud, lo que hace que llegue a la observación clínica y radiológica recién después de los 40 años. Sin embargo, lo encontramos en nuestras observaciones 2 veces, en sujetos de menos de aquella edad. Es mucho más frecuente en el hombre que en la mujer (76 % y 24 % respectivamente, en un conjunto de 470 observaciones, reunidas de las estadísticas de VINSON; HEACOCK; BARRET; MOERSCH y JUD. Tal cúmulo de observaciones demuestra además que la afección es más frecuente de lo que se piensa. En nuestros casos encontramos 9 hombres y 3 mujeres (66,6 % y 33,3 % respec.).

Se admite que en la formación del divertículo, interviene en primer término la existencia de puntos débiles en la pared del esófago, que los hace susceptibles de encauzar la formación, a su nivel, en una verdadera hernia de la pared. Dichos puntos pueden ser débiles en razón de su constitución anatómica normal; es el caso del punto límite entre la faringe y el esófago, sobre la cara posterior del órgano, donde existe una zona triangular, de vértice dirigido hacia abajo, que no posee fibras musculares en su pared. Este hecho explica la frecuencia con que se desarrolla en dicho punto el divertículo, llamado *límitrofe*, o de *Zenker*. La debilidad exagerada de este punto puede además ser heredada, lo que explica que pueda haber sido observado este divertículo por UMBER, en un padre y su hijo.

En otros casos la debilidad de la pared del esófago puede ser provocada en determinados puntos, por circunstancias adquiridas; por ej. la adherencia a un órgano vecino (habitualmente a un ganglio intertraqueo-bronquico inflamado). La zona de pared adherida e inflamada a su vez, se retrae secundariamente hacia el ganglio al que adhiere, dando lugar a una depresión de la pared esofágica, que constituye el pequeño divertículo por tracción. En una segunda etapa éste se deja distender pasivamente por la presión ejercida de dentro afuera por el contenido del esófago, durante la deglución; esto constituye el *mecanismo de pulsión*. Es esta misma pulsión la que actúa en el desarrollo lento de los divertículos en las zonas de pared que son débiles por

razones puramente anatómicas, como es la zona limítrofe donde se desarrolla el divertículo de Zenker. La eficacia de esta fuerza de pulsión se ve además favorecida, cuando inmediatamente por debajo del punto en donde comienza a desarrollarse un divertículo, existe una *estrechez anatómica del esófago*, que detiene momentáneamente a su nivel el pasaje del bolo alimenticio (orificio superior del esófago; pasaje por el orificio del diafragma), o un *espasmo anormal y prolongado*, que provoca un efecto análogo (cardio-espasmo).

2) CONSIDERACIONES RADIOLOGICAS SOBRE EL DIAGNOSTICO DE LOS DIVERTICULOS DEL ESOFAGO.

Los pequeños divertículos pasan generalmente inadvertidos al examen radiológico; como no se acompañan de trastornos clínicos, ni de detenciones gruesas de la papilla opaca, no se profundiza la observación. No sucede así cuando existen síntomas clínicos del tipo esofágico y cuando el divertículo de grueso volumen, se rellena bien con el bario, haciéndose fácilmente visible durante la radioscopia.

La exploración radiológica del esófago con papilla espesa, realizada en posición frontal y en ambas oblicuas, puede demostrar la presencia del divertículo porque lo rellena, o puede solamente poner en evidencia los trastornos de origen espasmódico que se producen en su vecindad; en este último caso, es posible la confusión con procesos orgánicos de otro origen.

Cuando el divertículo se rellena bien, el radiólogo debe precisar todavía si está frente a una simple anomalía esofágica descubierta incidentalmente, o si ella es la responsable de los trastornos que presenta el enfermo. Para dilucidar este punto deberán tenerse en cuenta los siguientes datos:

1) El volumen del divertículo; 2) peristaltismo del mismo; 3) irregularidades de sus paredes; 4) alteraciones espasmódicas del esófago; 5) condiciones en que se realiza el tránsito de la papilla de bario. De la consideración de estos diversos puntos se llegará a concluir si se trata de una simple *diverticulososis* o si se está frente ya a una *diverticulitis*, capaz de dar trastornos clínicos serios.

Todo divertículo grande es patológico, porque favorece la retención prolongada en su interior, de partículas alimenticias, que terminan por entrar en putrefacción irritando así las paredes de la bolsa. Todo divertículo, cualquiera que sea su tamaño.

que se contrae y evacúa mal, o que es de contornos irregulares; o que se acompaña de espasmos; o que interrumpe aunque sea momentáneamente el tránsito de la papilla baritada por el eófago, debe ser considerado como un divertículo inflamado. Esto signos cuando son muy pronunciados, son fácilmente visibles, pero en muchos casos sólo son reconocibles después de prolijos exámenes en las posiciones oblicuas.

El *diagnóstico diferencial* debe plantearse, con las dilataciones supraestructurales de las lesiones orgánicas del esófago, extrínsecas o intrínsecas (sobre todo neoplásicas); con las dilataciones esofágicas segmentarias; con las fístulas esofágicas (más rara vez); y en el caso de los divertículos epifrénicos, con las hernias gástricas por tracción, las de ascenso u ocultas; las de rotación y con los esófagos breves, congénitos. Los divertículos epicardiales, necesitan ser diferenciados cuidadosamente, de las úlceras altas de la pequeña curvatura.

Además, en el caso de los divertículos del $\frac{1}{3}$ superior del esófago, debe plantearse el diagnóstico diferencial con los procesos de origen tumoral, cuando la imagen de la bolsa del divertículo es ella misma muy densa, debido a estar llena de líquido.

En ciertas circunstancias, los *divertículos epifrénicos* se desarrollan detrás del corazón, adquiriendo un volumen considerable, con contenido hidroaéreo; pueden ser entonces fácilmente confundidos con las imágenes similares de origen pleuro-pulmonar. La diferenciación, siempre difícil en las placas simples (sin previa ingestión de papilla baritada), puede ser sin embargo orientada por un signo que uno de nosotros ha descrito con R. PIAGGIO BLANCO y que hemos denominado "el signo de los perfiles del mango, de las cavidades hidro-aéreas de origen digestivo, intratorácicas", y que se caracteriza por los datos siguientes: mientras que las cavidades hidro-aéreas de origen pulmonar están limitadas por un contorno de un solo trazo, que se pierde gradualmente en el tejido que lo rodea, las cavidades de origen digestivo aparecen limitadas por un contorno más espeso, en forma de banda, en la que es posible diferenciar un límite interno y otro externo, ambos bien paralelos. Esta *banda a perfiles paralelos*, se explica por la proyección de las distintas tunicas que constituyen las paredes del segmento digestivo normal, que tienen un espesor de 2 a 3 mm. en la objetivación radio-

lógica, lo que hace posible visualizarla dentro de la imagen del tórax, por la menor densidad del tejido pulmonar que la rodea. Una mejor comprensión de estas imágenes, resulta del estudio de la figura N° 32 (del libro sobre "Equinococosis pulmonar").

En nuestras observaciones, este caso tan especial se presentó en el caso VIII; radiografía 22 (pág. 293).

3) CLASIFICACIÓN DE LOS DIVERTÍCULOS DEL ESÓFAGO

Desde el punto de vista práctico, deben reconocerse los siguientes tipos:

- A) El *divertículo faringo-esofágico*, o limítrofe, de Zenker.
- B) *Divertículo epibrónquico* (colocado a la altura de la bifurcación traqueal).
- C) *Divertículos epifrénicos* (colocados un poco por encima del diafragma).
- D) *Divertículo epicardial* (por debajo del diafragma, en la vecindad del cardias).

Describiremos sucesivamente estos tipos, refiriendo las historias de nuestros casos que corresponden a los mismos. Se verá que cada uno de estos diversos tipos de divertículo, posee algunas características suficientemente destacadas, que justifican su consideración separada. En total hemos reunido 12 observaciones; 3 de cada uno de los tipos mencionados (ver esquema de la fig. 1).

Tratamiento de los divertículos. — Antes de hacer esta descripción de los distintos tipos de divertículos, haremos una breve mención sobre las líneas generales del tratamiento en estos casos.

Cuando hay simplemente disfagia, es esencial el *tratamiento dietético* que consiste en suprimir los alimentos más gruesos, que ya la experiencia del enfermo ha demostrado en cada caso, que son los que provocan los mayores trastornos durante su deglución (pan, carne, etc.). En algunos casos habrá que dar sólo alimentos en papillas (leche o sopas de harinas diversas, a los que se puede agregar huevos, purés de legumbres; dulces y jaleas de frutas) o mismo solamente líquidos, cuando ni aun las papillas son toleradas. En los casos en los que los propios líquidos no pueden ser deglutidos sin gran sufrimiento, lo que provoca un grave estado de inanición que puede llevar hasta la terminación fatal, hay que recurrir a los procedimientos de *alimentación paraenteral* y también a intentar de hacer la *alimentación líquida* a través de una sonda fina, duodenal, introducida con gran cuidado por la boca (o por una fosa nasal), hasta el estómago, cuidando de que al

pasar frente al divertículo, su extremidad inferior no se introduzca siguiendo la falsa vía, en la bolsa diverticular. En algunos casos difíciles esto se logra solamente introduciendo la sonda con ayuda del esofagoscopio, o sino haciendo

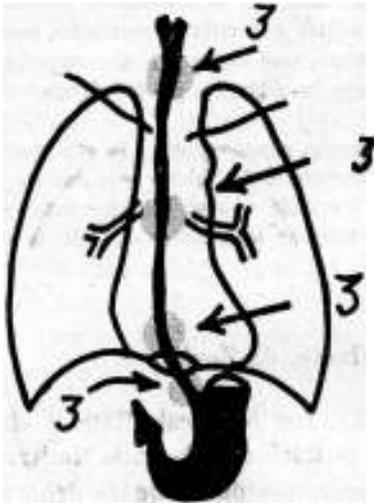


FIG. 1. — Esquemática de las zonas en que asientan los divertículos del esófago, y el número de casos que hemos comprobado en nuestra experiencia.

Comenzando desde la parte alta del esófago hacia la región del cardias, se destacan cuatro círculos superpuestos al trayecto esofágico que señalan las zonas en que se visualizan los divertículos y que corresponden, la más alta a los divertículos faringo-esofágicos o limitrofes (Zenker); la 2ª a los epibrónquicos a la altura de la bifurcación traqueal; la 3ª por encima del diafragma señala los divertículos epifrénicos y la 4ª los divertículos epicardiales, que pueden tener asiento sobre el segmento abdominal del esófago o sobre las paredes gástricas en el borde del cardias.

deglutir primero un hilo de seda que ha de servir de catéter para el pasaje correcto, posterior de la sonda (VINSON). Cuando todas estas medidas fracasan y la inanición es amenazadora, hay que recurrir a la *gastrostomía* provisoria.

Muy importante es el *tratamiento de los espasmos del esófago*, asociados

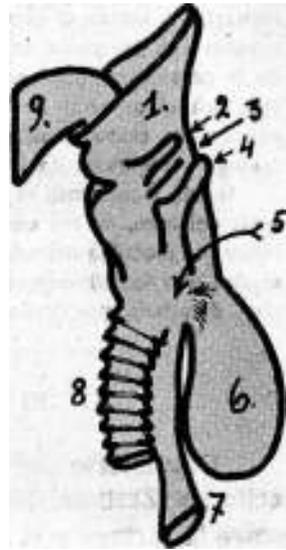


FIG. 2. — Esquemática de perfil de la zona faringo-esofágica, señalando el punto donde asientan los divertículos limitrofes o de Zenker.

1. Músculo crico-faríngeo.
2. Cuernos del hioides.
3. Nervios laríngeos.
4. Astas del cartílago tiroideos.
5. Boca del saco diverticular por detrás del cartílago cricoides.
6. Bolsa o saco diverticular.
- Esófago.
8. Tráquea.
9. Base de lengua.

a los divertículos; esto ocurre especialmente en el caso de los epifrénicos y sobre todo de los epicardiales, que casi siempre están asociados y en cierto modo subordinados a la presencia de dicho espasmo. Aquí se utilizarán los antiespasmódicos habituales (ver la Observación IV); en caso necesario se recurrirá a tratar el cardioespasmo, con la dilatación forzada del orificio del cardias con la sonda especial de Gottstein. También la dilatación metódica de la parte inicial del esófago, utilizando bujías de calibre progresivo, puede suprimir el espasmo de la entrada del esófago, que agrava la sintomatología en muchos casos aumentando en alto grado la disfagia, en los divertículos faringo-esofágicos de Zenker.

Queda finalmente el *tratamiento quirúrgico*, consistente en la extirpación total del saco, en los casos de gruesos divertículos de Zenker que resisten a todas las medidas del tratamiento médico. También pueden ser abordados por el cirujano los divertículos epicardiales y algunos epifrénicos. (Véase la técnica detallada por VINSON).

A) El divertículo limítrofe, de Zenker

Descubierto por LUDLOW (1764), fué bien estudiado y descrito por ZENKER. Nace en la pared posterior en la zona limítrofe entre la faringe y el esófago, en la *zona anatómicamente débil* ya mencionada antes, desprovista de fibras musculares en su pared, por debajo del borde inferior del músculo crico-faríngeo, (haces inferiores del constrictor inferior) y por encima del borde superior de las fibras orbiculares, circulares, del extremo superior del esófago. Anatómicamente es un divertículo faringo-esofágico o limítrofe, pero al desarrollarse hacia atrás y abajo comprime el esófago dando así una sintomatología puramente esofágica. En la figura 2 se esquematiza como se desarrolla habitualmente este divertículo, colocándose su bolsa entre el esófago y la columna vertebral (KAUFMANN), desviándose en general un poco hacia el lado izquierdo. Esta disposición típica del Zenker, se vió en nuestra Observación III.

No así en cambio en las Observaciones I y II en las cuales el divertículo estaba colocado delante del esófago. Es posible que en estos 2 casos el divertículo se haya desarrollado sobre la pared lateral de la faringe (siempre en el límite con el esófago), lo que hace posible que la bolsa diverticular pueda venir a desarrollarse delante del esófago. Este tipo de divertículos laterales es sumamente raro, según VINSON. Tal punto habría podido ser precisado con la esofagoscopia, que no pudo ser realizada en estos casos.

Los divertículos limítrofes son siempre originados por la pulsión, que actúa aquí favorecida por la dificultad que experimenta el bolo alimenticio para introducirse en el orificio superior del esófago, naturalmente estrecho. Es mucho más frecuente en el hombre (75 %) que en la mujer; nuestras 3 observaciones correspondieron a hombres.

Sintomatología del divertículo de Zenker. — El signo más corriente es la *disfagia*, que al principio se traduce por ligera molestia en el cuello, al deglutir, pero que después puede intensificarse y hacerse permanente, y muy lentamente progresiva. Puede ser electiva para los sólidos (observ. II) o con más frecuencia, existir con igual intensidad para los líquidos (obs. I). Cuando se hace muy intensa, la alimentación resulta casi imposible en algunos períodos, provocándose un *estado de inanición peligroso* (como sucedió en el caso I). En cambio en la observación III, la disfagia casi no existía. Nótese que *esta disfagia no es nunca dolorosa*. Todos estos datos permiten diferenciarla de la disfagia de otros procesos orgánicos esofágicos como p. ej. el neoplasma.

Cuando la disfagia avanza se provocan con frecuencia regurgitaciones de los alimentos al exterior, diferentes del verdadero vómito. De gran interés para el diagnóstico, es el hecho de que en algunos momentos el material regurgitado y que procede de la bolsa del divertículo, contiene partículas alimenticias no digeridas y fácilmente reconocibles, *que fueren ingeridas más de 24 horas antes* (se descarta fácilmente el hecho similar, del vómito de las estenosis pilóricas avanzadas). Este dato tan importante, existió con toda claridad en nuestras 3 observaciones y aun en la III, en la que no había propiamente disfagia. Pero en los 3 casos el hecho había pasado inadvertido en la anamnesis corriente, porque los pacientes no comprendían toda la importancia que importaba este dato y porque no se les había interrogado en tal sentido. En algunos casos la retención y putrefacción de restos alimenticios en el divertículo, origina un aliento fétido.

Una complicación importante del divertículo de Zenker, es la *agresión tráqueo-bronquica* provocada por la penetración en el árbol respiratorio del material regurgitado del divertículo hacia la faringe. El hecho se produce sobre todo durante el sueño, provocando como lo destaca CHEVALIER JACKSON, las *crisis de tos, pa-*

rozísticas, nocturnas, que obligan al enfermo a despertarse ahogado. Estas crisis típicas se producían en nuestro Caso III, cuando el enfermo dormía en decúbito lateral izquierdo. Además se presentaban también al “atragantarse” algunas veces, durante la deglución. Esta infección continua provocada por la penetración de material séptico en el árbol tráqueo-bronquico (y que pudimos visualizar durante la radioscopia en nuestro caso), explica la “bronquitis crónica” progresiva que presentó durante 30 años, habiéndose ignorado durante todo ese tiempo la presencia del divertículo, responsable de la misma. Explica también la bronconeumonía final, de deglución, a la cual sucumbió nuestro enfermo.

En algunos casos, el divertículo limítrofe se desarrolla en gran parte en el cuello, en la región supra-clavicular, sobre todo izquierda. Se percibe entonces allí una tumoración que se llena con gruesos gorgoteos, durante la deglución de alimentos y que se deja vaciar después por la presión entre 2 dedos, también con ruido de gorgoteo característico (signo descrito por BOYCE). En estos casos el diagnóstico clínico de divertículo del esófago, se facilita mucho. Este desarrollo cervical del divertículo es raro y no fué observado en ninguno de nuestros casos.

Puede además existir ptialismo, como en el curso de la mayoría de las afecciones del esófago. Excepcionalmente el divertículo comprime suficientemente a la tráquea, como para provocar los signos típicos de la estenosis de este órgano.

Afirmación del diagnóstico. — Una vez planteada la sospecha de que existe un divertículo de Zenker, el diagnóstico se asegura por la exploración radiológica y por la esofagoscopia.

En la radiografía simple, sin ingestión previa de papilla baritada, el divertículo aparece como una imagen hidro-aérea de la región baja del cuello y detrás del manubrio esternal. Durante la radioscopia puede algunas veces notarse que dicha sombra acusa algunos movimientos de sus contornos, del tipo peristáltico. Además, en el momento de la deglución, la imagen se eleva algo, (signo descrito por KAUFMANN y KIENBÖCK, 1909).

Cuando el divertículo retiene gran cantidad de líquido, se le confunde durante el examen radiológico con un tumor mediastinal alto, con un grueso timo, o con un bocio retroesternal. El diagnóstico exacto se logra recién después de un estudio minucioso del

esófago con la papilla opaca, que llega a penetrar en la imagen en estudio, lo que demuestra el origen esofágico de la misma y rechazar todas las hipótesis antes mencionadas. Pero ya se ha visto como aun en el caso en que la papilla de barita penetra en la gruesa bolsa, queda todavía la dificultad de diferenciar en algunos casos, tal como pasó en la observación II, al divertículo de una simple dilatación del esófago, supraesofágico.

La observación radiológica fué suficiente en nuestros 3 casos para reconocer la presencia del divertículo. La esofagoscopia puede ser también necesaria para completar el diagnóstico; sus resultados en el caso de estos divertículos, son ampliamente detallados en el libro de CHEVALIER JACKSON.

En cuanto a la *evolución final* del divertículo de Zenker, éste puede provocar 3 complicaciones fatales: 1) La *inanición* total por imposibilidad de la deglución (en nuestra Observ. I existió una inanición importante, crónica, pero la muerte se produjo por una afección intercurrente). 2) La *bronconeumonía de deglución*, que terminó con nuestro caso III; y 3) la *cancerización secundaria* del divertículo, que es muy rara. La amenaza de las 2 primeras complicaciones fatales, debe llevar a hacer en los casos en los cuales se presenta aquélla, una terapéutica radical: la *extirpación quirúrgica del divertículo*. Operación delicada que tiene un 10 % de mortalidad en los casos algo avanzados (detalles de esta intervención en CHEVALIER JACKSON).

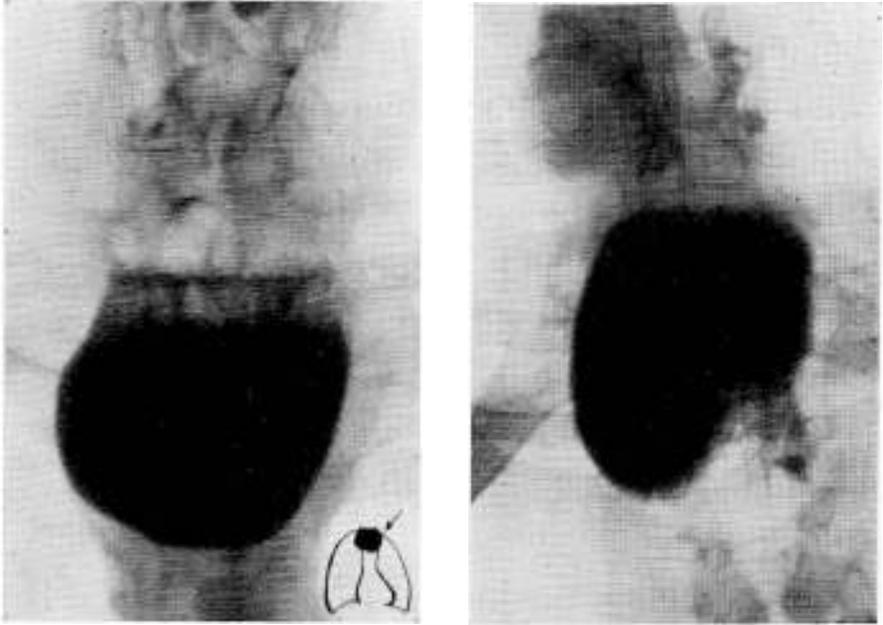
A continuación se detallan 3 observaciones de divertículo de Zenker.

OBSERV. I. — Grueso divertículo de Zenker, tomado por una dilatación esofágica supraesofágica.

Sr. V. C., 74 años. Desde hace muchos años tiene *disfagia* para los alimentos sólidos y líquidos. Su molestia aunque siempre presente, recrudece por períodos en tal forma, que le impide por completo toda alimentación; estos períodos cuando se prolongan algunos días, provocan gran pérdida de peso y deshidratación.

Ha sido examinado radiológicamente numerosas veces, en el país y en el extranjero, admitiéndose siempre la existencia de una estenosis orgánica del esófago, que se atribuyó, por tratarse de un químico, a la probable ingestión de algún líquido cáustico al succionar una pipeta. Se ha negado a las exploraciones endoscópicas.

Al realizar la *exploración radiológica*, comprobamos en las radiografías



FIGS. 3 y 4. — (Corresponden a la Observ. 1). “Gran divertículo de Zenker”. El relleno baritado muestra el saco diverticular del tamaño de una esfera aplanada, de unos 7 cm. de diámetro, colocada por detrás del manubrio esternal en la zona del mediastino superior, en el pasaje cérvico torácico. La primera imagen corresponde al divertículo visto en posición de pie y la segunda a la misma en decúbito dorsal. La boca diverticular sólo era visible en Radioscopia en una sola incidencia, pues el esófago se encontraba laminado por la compresión del saco diverticular.

simples una imagen hidro-aérea, retro-esternal alta, situada en el mediastino anterior, que por su topografía recuerda a los bocios retroesternales. Cuando ingiere la papilla opaca, notamos que se introduce dentro del líquido de la imagen hidro-aérea ya mencionada y que recién cuando la cantidad de aquélla es considerable, empiezan a observarse pequeños pasajes filiformes del bario, hacia los 2/3 inferiores del esófago (figs. 3 y 4).

Nuestra primera impresión es la de que estamos realmente frente a una estenosis del tipo cáustico, o congénita, con gran dilatación supraestructural. Pero nos extrañó el siguiente hecho: al ingerir el bario, el líquido que rellenaba previamente la cavidad, sobrenada encima de la substancia opaca y en lugar de ser regurgitado hacia la faringe, parece que aquél desapareciera gradualmente. Pensamos entonces que si dicho líquido no va hacia la faringe, debe ser porque desborda y se vacía en el esófago por la parte más alta del saco. Realizando entonces repetidos exámenes con el seriógrafo, en incidencias diferentes, se puso en evidencia que se trata de un divertículo del esófago, colocado sobre la cara anterior del órgano, cuyo contenido líquido se vacía en la luz del esófago por desbordamiento. El esófago mismo está aplastado

como una lámina entre los planos posteriores del mediastino y por eso la imagen se hace recién visible algunos milímetros por debajo del límite inferior de la bolsa diverticular, ensanchándose bruscamente, donde ya no es más comprimido. Esta imagen impresiona como si existiera una zona de estenosis fina, precedida de un grueso saco supraestructural y seguida por un brusco ensanchamiento por debajo de la estenosis.

Interrogando cuidadosamente al enfermo, después de establecido el diagnóstico radiológico correcto, conseguimos poner en evidencia el siguiente dato muy importante, y que no había sido consignado en la historia del caso: nos relata que algunas veces, en la época en que todavía podía ingerir los alimentos con menos dificultades que ahora, fué sorprendido por la *regurgitación de alimentos fácilmente reconocibles*, p. ej. granos de arroz o algunas verduras, *que no habían sido seguramente ingeridos durante la última comida*, sino en las de los días precedentes.

OBSERV. II. — Divertículo de Zenker, con pequeña disfagia.

Sr. J. P. O., de 54 años. Ingresa a Sala por trastornos circulatorios recientes. Pero consigna además en su historia el hecho de que desde hace 9 años sufre de *disfagia electiva para los alimentos sólidos*, que le permite ingerir sin molestia los líquidos. Tiene la sensación de que los alimentos se detienen a nivel de la base del cuello, sobre el lado derecho, *sin ningún dolor simultáneo*. No ha notado ninguna tumoración anormal en el cuello. La disfagia se mantiene con intensidad semejante durante los últimos años. Ha reconocido sin lugar a ninguna duda, en diversas ocasiones, que cuando su disfagia se acentúa tiene también regurgitaciones después de violentas arcadas, en las que arroja los alimentos ingeridos y algunas veces pudo reconocer en tal circunstancia que *el alimento así eliminado al exterior había sido ingerido en comidas precedentes, de hacía más de 24 horas*. No nota mal aliento. No hay ningún adelgazamiento.

Después de mejorar de sus trastornos circulatorios fué estudiado radiológicamente su esófago para aclarar el origen de su disfagia, encontrándose un divertículo del tamaño de una nuez (figs. 5 y 6), colocado a la altura de la primera vértebra dorsal, sobre la cara anterior del esófago y desplazado algo hacia el lado derecho.

OBSERV. III. — Divertículo de Zenker, oculto durante 30 años, detrás de una "bronquitis crónica".

Sr. J. V. P., de 79 años. Hace ya 30 años sufre de una "bronquitis", con tos y poca expectoración, que se atribuyó siempre al cigarro. En los 2 últimos años se intensificaron estos signos, obligándolo finalmente a dejar de fumar. A pesar de esto durante los últimos meses se exagera más su bronquitis. Al detallar las circunstancias en que aparece su tos encontramos algunos datos de interés: 1) de noche puede dormir bien, a condición de no acostarse sobre el lado izquierdo, sino se despierta bruscamente con tos quintosa y "le viene mucha agua a la boca" que tiene que arrojar; cambiando de posición vuelve



FIGS. 5 y 6. — (Corresponden a la Observ. II). — “**Divertículo de Zenker**”.

De menos volumen que el visualizado en la Observ. I, tiene sin embargo las mismas características y la misma ubicación topográfica.

En las imágenes obtenidas tampoco se visualiza la boca diverticular, que era netamente visible en la radioscopia hecha en oblicua anterior derecha. Las imágenes de los divertículos de Zenker, cuando no se visualiza la boca diverticular, plantean difíciles diagnósticos diferenciales con las dilataciones supraestricturales de las lesiones orgánicas intrínsecas, del esófago.

a dormirse. 2) Al levantarse por la mañana y después de hacer los primeros movimientos, reaparece su tos en forma de un acceso prolongado por 2 a 3 horas, durante las cuales debe permanecer inmovilizado en un sillón; la tos se acompaña de expectoración espumosa abundante; además hay algunas crisis intercaladas de “sofocación” con sudores abundantes; se pone cianótico. El resto del día lo pasa bien con golpes de tos aislados, pero puede atender su trabajo. 3) Ya desde hace algunos años, tiene de tiempo en tiempo violentas crisis de sofocación con cianosis intensa, provocadas por la ingestión de alimentos, cuando “se atraganta y la comida sigue un camino falso”. 4) Nota además también de cuando en cuando, que en los accesos de tos habituales de la mañana, regurgita al exterior alimentos que ingirió la noche anterior y que aparecen intactos (granos de arroz; arvejas; cáscaras de porotos). Hace 10 años tuvo la sensación de haberse tragado un pequeño hueso al comer una perdiz, quedando convencido de que el cuerpo extraño había quedado detenido en su garganta. Fue examinado por el especialista, que no pudo encontrar nada allí. Siguió sin embargo con aquella sensación muy molesta, hasta que al día siguiente después de 24 horas de dicha comida, en un acceso de tos violento echó el pequeño hueso que había tragado.



Fig. 7



FIG. 8

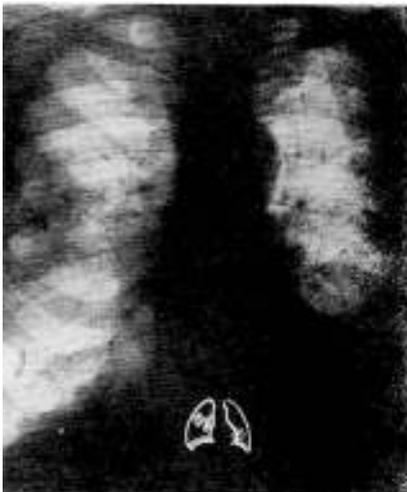


FIG. 9

FIGS. 7, 8 y 9. — Corresponde a la Observ. III. **“Divertículo de Zenker que provoca una neumonía por deglución”**. (Las dos primeras imágenes pertenecen a originales obtenidos por el Dr. F. Leborgne).

En las dos primeras imágenes, (en posición frontal y en O.I.A.), el saco diverticular ocupando la cara antero-lateral izquierda del esófago se visualiza claramente, permitiendo ver con suma precisión la desembocadura del divertículo en el esófago.

La radiografía del tórax (fig. 9), muestra las sombras de condensación de tipo neumónico, que evolucionaron hacia una supuración pulmonar bilateral que provocó el fallecimiento del enfermo.

El estudio radiológico del paciente demostró además de su intenso enfisema pulmonar, la presencia de un divertículo de Zenker, típico, en el esófago (figs. 7 y 8).

Cuando se terminaba la exploración radiológica, tuvo en el momento de ingerir un poco de papilla baritada, uno de sus violentos accesos de tos con sofocación y se pudo así apreciar directamente cual era el mecanismo responsable de este último síntoma: *la papilla baritada penetró en parte en el árbol respiratorio rellenando los bronquios grandes y medianos de ambos lados, haciendo así una verdadera broncografía con la barita*. Es decir que durante sus crisis de sofocación que tenía con frecuencia, el paciente inyectaba su árbol bronquial con el material ingerido o seguramente también con el material ya séptico procedente del interior del divertículo, al ser aquel regurgitado. Se explica así el mantenimiento de su bronquitis crónica, rebelde a todos los tratamientos, que empeoraba cada vez más.

Un mes después hizo un cuadro de *supuración pulmonar bilateral*, predominante del lado derecho, seguramente debido al mecanismo de la neumonía de deglución, que se prolongó durante un mes, agravándose progresivamente y terminando con el enfermo. (Fig. 9).

B) Los divertículos epibrónquicos

Estos divertículos están colocados con notable regularidad sobre la bifurcación de la tráquea o muy poco por debajo. Su tamaño es a menudo reducido, pero suelen tener algunos centímetros de longitud. Se hacen a expensas de la pared anterior del esófago, dirigiéndose hacia adelante y en general hacia arriba (en nuestras observaciones fueron de dirección horizontal o más bien de arriba - abajo). Se admite que estos divertículos *son provocados por el mecanismo inicial de la tracción* ya detallado antes (pág. 270), y luego interviene la fuerza de *pulsión* para agrandar la cavidad del saco. Por lo menos en 80 % de los casos de investigación anatómo - patológica, se demuestra la relación íntima del fondo del divertículo con los ganglios linfáticos del grupo inter - tráqueo - brónquico, inflamados crónicamente, a menudo antracosos, duros y retraídos (LÜDIN), pero rara vez tuberculosos (KAUFMANN). También es este divertículo más frecuente en el hombre (de este sexo fueron 2 de nuestros 3 casos) y además da historia clínica recién después de los 40 años (aunque en nuestro Observ. V la edad era sólo de 33 años).

Síntomas. — Cuando el divertículo es pequeño y no ha diverticulitis, no provoca ningún trastorno. Así pasó en la Obs.

aquí el enfermo consultó por su disfagia alta, de data reciente, que se debía a un neoplasma del esófago. Por debajo de esta lesión se encontró en la radiografía, un divertículo que no había tenido ninguna historia clínica.

El síntoma dominante es en el divertículo epibrónquico, *la disfagia*, que a la inversa de lo que pasa con el divertículo de Zenker, *es habitualmente algo dolorosa*. Esta disfagia persiste en general durante años con igual intensidad o puede aparecer por crisis que persisten algunos días, separadas por largos intervalos libres (Observ. IV). Muy importante es la comprobación de que el paciente nota que *el obstáculo al pasaje del alimento, está colocado a la altura de la parte baja del esternón*, sobre el 5º espacio intercostal, a menudo algo a derecha. La disfagia es mayor para los alimentos sólidos que para los líquidos. El dolor retroesternal que aparece sólo durante la ingestión de alimentos, en algunos casos persiste de manera más permanente, aunque siempre exacerbándose durante la deglución.

El diagnóstico se afirma con la exploración radiológica, de acuerdo con los datos ya detallados (pág. 271). En general llama la atención primero, una ligera detención de la papilla baritada al nivel del lugar donde el enfermo ha descrito que está su obstáculo para la deglución. Pero sólo una exploración minuciosa de ese punto, en las posiciones oblicuas, haciendo radiografías seriadas, permite evidenciar la presencia del divertículo, en general pequeño (GARCÍA CAPURRO, F.).

Es excepcional que estos divertículos epibrónquicos se perforen secundariamente (en el mediastino, o en los bronquios), tal como lo hacen en cambio con facilidad los divertículos epifrénicos que se describirán después. En el primer caso dan un absceso mediastinal; en el segundo, una fístula esófago-brónquica, generalmente abierta en el bronquio izquierdo (VINSON).

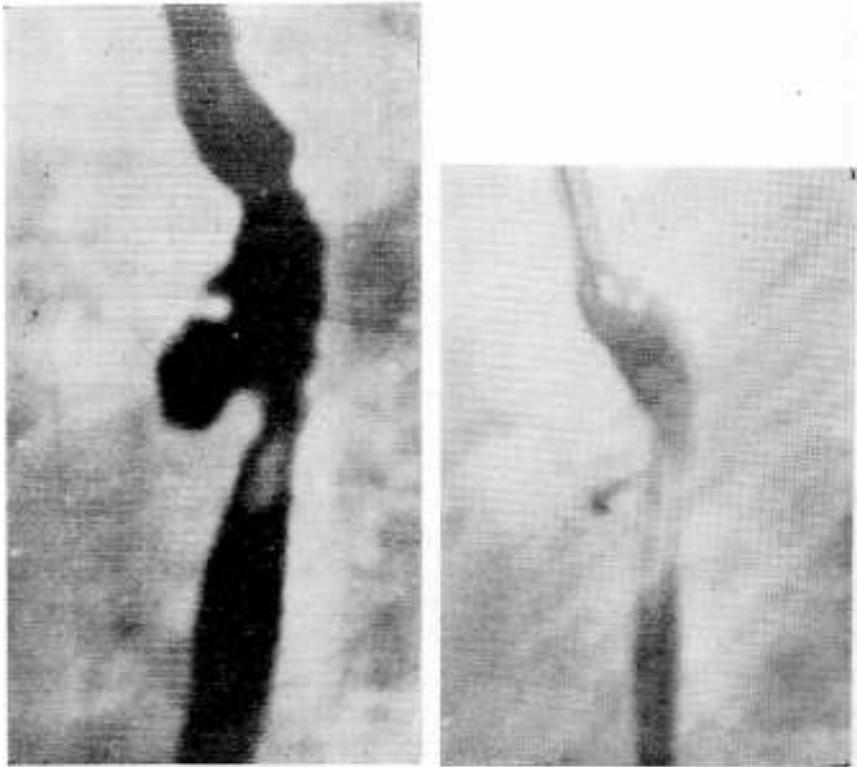
Se detallan a continuación 3 observaciones de divertículo epibrónquicos:

OBSERV. IV. — Divertículo epibrónquico, con espasmo asociado.

Sra. M. S. de 48 años de edad, procedente de campaña, viene a someterse a un examen radiológico con el diagnóstico clínico de *neoplasma del esófago*: no tiene antecedentes de importancia, salvo una crisis semejante a la actual, ocurrida hace 8 años, y que cedió con unas "gotas" dadas por un facultativo.

Hace 5 y 3 años respectivamente, tuvo episodios semejantes al actual. Ahora, desde hace 20 días siente dificultad para tragar alimentos sólidos; éstos le provocan náuseas y vómitos y le parece que le quedan detenidos detrás del xifoides. Unos días antes había sentido sensación de ardor al tragar algunos alimentos. No hay pérdida de peso; estado general bueno; apetito conservado.

El examen radioscópico en posición frontal muestra, lo mismo que el examen en oblicua anterior derecha, una pequeña irregularidad en el 1/3 medio del esófago, la comida baritada hace una pausa poco nítida a ese nivel; no hay allí rigidez como la que se observa en el tipo neoplásico.



FIGS. 10 y 11. — (Corresponden a la Observ. IV). — “Divertículo epibrónquico complicado de fenómenos inflamatorios, que ocasionan trastornos disfágicos”.

Esas imágenes muestran el saco diverticular rodeado de alteraciones mucosas irregulares en las paredes esofágicas, que se acompañan de importantes fenómenos espasmódicos. Hay una rigidez importante de la pared esofágica en el punto de implantación del divertículo.

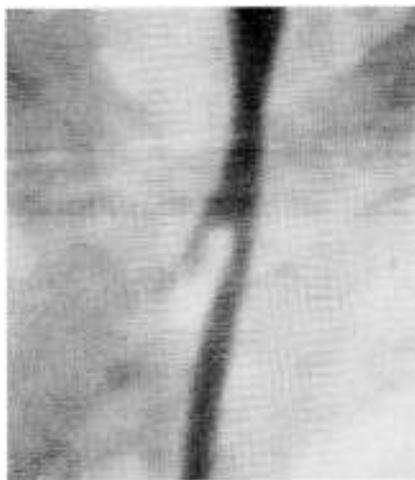
La segunda imagen corresponde al mismo divertículo después del régimen de prueba y antiespasmódicos; el divertículo recupera la motilidad desaparecen en gran parte los fenómenos espasmódicos.

En una de las oblicuas nos parece sospechar un divertículo epibrónquico, por lo que efectuamos de inmediato una serie radiográfica que confirma nuestra sospecha mostrándonos un *divertículo rígido*, de perfiles irregulares sobre todo en la base de implantación, donde hay *una zona espasmódica* (fig. 10). Indicamos antiespasmódicos intensivos y comidas blandas o líquidas. Repetimos el examen una semana después observando que han desaparecido gran parte de los fenómenos espasmódicos e inflamatorios y que el divertículo se vacía mejor (fig. 11).

La enferma mejora rápidamente y la hemos vuelto a ver 8 meses y 3 años después; en el intervalo (hace 8 meses), sólo ha tenido un episodio que cedió con el tratamiento que le indicamos anteriormente.

OBSERV. V. — Divertículo epibrónquico, con diverticulitis y espasmo asociado.

Sr. A. M., de 33 años de edad, sin antecedentes de importancia, nos llega para efectuar un examen radiológico con un pasado dispéptico grande, cuyo rasgo más característico son los ardores retroesternales a tipo de crisis fugaces, exacerbados con la ingestión de sopas y papillas. A veces tiene eructos que se siguen más rara vez de vómitos. Su mal se caracteriza por crisis periódicas.



FIGS. 13 y 14. — (Corresponden a la Observ. V). Distintas fases del peristaltismo diverticular que se realiza bastante bien, pero que no alcanza a pulsar completamente el bario que contiene el saco.

Desde hace 7 años en que comienza su historia, recorre algunos de nuestros hospitales sin que se llegue a un diagnóstico concreto.

En estos 7 años ha sido sometido a 9 exámenes radiológicos, en los que intervinieron 4 radiólogos diferentes, manifestando todos que se trataba de un esófago y estómago normales. Visto por nosotros, diagnosticamos un *divertículo epibrónquico* que acusa signos netos de *diverticulitis*, porque se acompaña de *espasmos esofágicos* pequeños y de irregularidades mucosas (figuras 13 y 14).

Con un régimen de comidas blandas, un tratamiento antiespasmódico y una explicación del mal al paciente, éste deja de sufrir. Posteriormente (6 años) hemos tenido ocasión de verlo de nuevo; el paciente espontáneamente se coloca al régimen indicado por nosotros, con lo que las crisis desaparecen en 6 días; no sufre, ha dejado de ser un preocupado, y ahora no recorre más clínicas hospitalarias.

OBSERV. VI. — Divertículo epibrónquico, sin historia clínica, descubierto durante la exploración de un neoplasma de esófago.

Sr. D. B., 64 años. Consulta por disfagia y gran enflaquecimiento, que data de algunos meses. En la exploración radiológica se comprueba una estenosis orgánica intrínseca del 1/3 superior del esófago (fig. 19), con todos los caracteres de un neoplasma.

Por debajo de la zona afectada y a la altura de la bifurcación traqueal, se comprueba la existencia de un divertículo epibrónquico, del tamaño de un garbanzo, sobre la cara anterior del esófago, con sus bordes muy lisos, sin ningún indicio de diverticulitis, que parece no haber provocado ninguna molestia anterior (fig. 15, 16, 17 y 18).

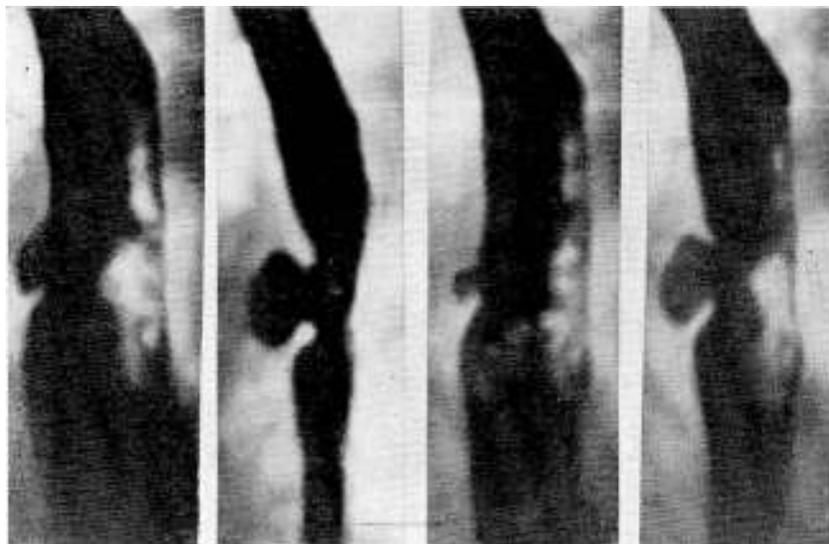


FIG. 15

FIG. 16

FIG. 17

FIG. 18



FIG. 19

FIGS. 15, 16, 17, 18 y 19. (Corresponden a la Obs. VI).
"Divertículo epibrónquico y neoplasma esofágico".

Las cuatro primeras imágenes corresponden a distintas fases del llenamiento esofágico mostrando el peristaltismo del saco diverticular. Hay una *pariesis* esofágica marcada que se explica por la coexistencia de un neoplasma del 1/3 superior del esófago en la imagen se puede apreciar en la figura N° 19.

C) Divertículos epifrénicos

Se desarrollan en el $\frac{1}{3}$ inferior del esófago, próximos al diafragma. El mecanismo habitual que interviene en su producción es la *pulsión*, favorecida por la dificultad natural al pasaje de los alimentos por la zona del esófago naturalmente estrechada a nivel del cruce del diafragma, y además también por la frecuente asociación con un espasmo del cardias.

Cuando adquieren un desarrollo grande, *desbordan al mediastino posterior* dirigiéndose habitualmente a la izquierda e invadiendo así la cavidad pleural (aunque conservando su revestimiento de la pleura mediastina), y se colocan detrás del área cardíaca. Como la bolsa diverticular encierra líquido y aire, en la radiografía directa aparece una *gruesa imagen hidroaérea con nivel líquido*. Pero observando con atención esta imagen hidroaérea, tiene una característica propia de las imágenes de esta naturaleza, correspondientes a cavidades digestivas (hernias gástricas, divertículo) y que la diferencia de las cavidades hidroaéreas de origen pleuropulmonar: es la presencia del *signo del mango* descrito por uno de nosotros con R. PIAGGIO BLANCO en el libro sobre "Equinocosis pulmonar" (ver fig. 32 en pág. 290).

El divertículo epifrénico es también más frecuente en el hombre que en la mujer y rara vez se observa antes de los 40 años. Da en general y durante largo tiempo, muy poca disfagia, algo dolcrosa, asociada a veces a sensación de opresión retroesternal (observación VII) o a dorsalgia (obs. VIII), pero en general *pasan inadvertidos hasta que su complicación más frecuente, la perforación en pulmón o en la pleura* o una más rara: la supuración pulmonar crónica provocada por aspiración brónquica del material séptico regurgitado del divertículo, llevan a estudiar la posibilidad de la existencia de un divertículo esofágico (STIERLING y CHAUL). La primera eventualidad fué encontrada en nuestra Obs. IX.

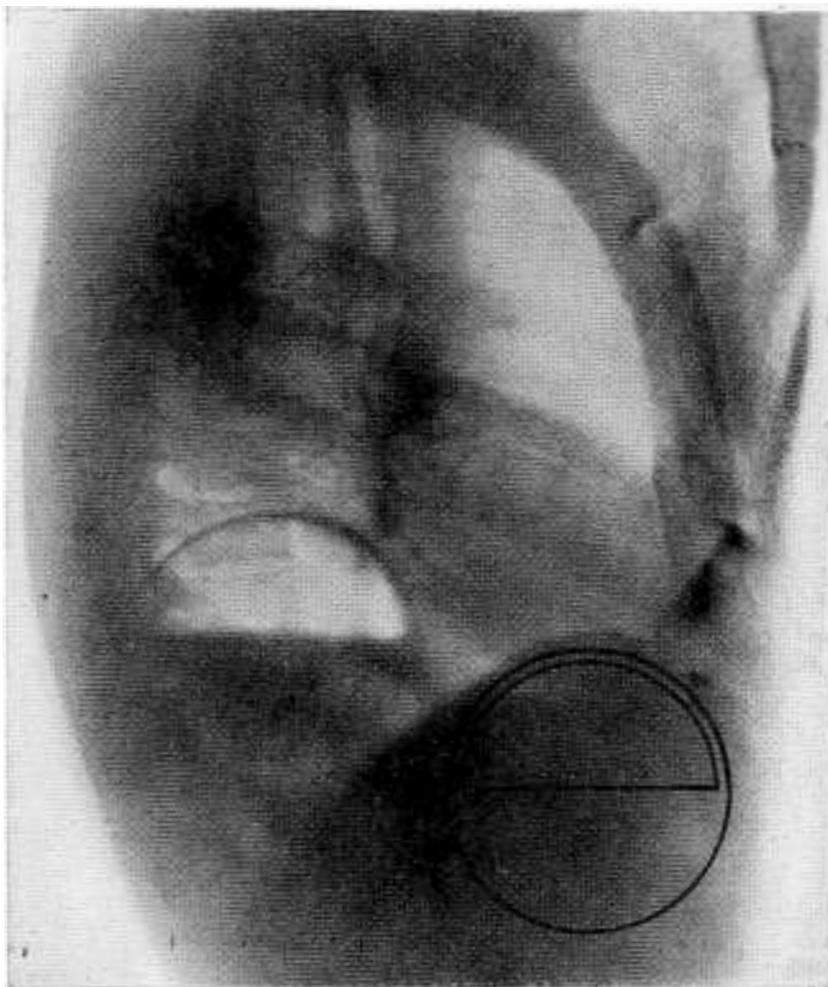


FIG. 32. — “Signo del mango, en las cavidades hidroaéricas de origen digestivo”. (Figura del libro “Equinocosis Pulmonar” de R. A. Piaggio Blanco y F. García Capurro).

Se trata de una hernia gástrica de rotación que se visualiza en la base del hemitórax derecho dando una imagen hidroaérica común a cualquier proceso intratorácico.

Si se analiza con detención el contorno superior de la imagen en cesto, en la parte que corresponde al asa, se verá que ésta está formada por una **banda limitada por dos perfiles paralelos** y que tiene un espesor de 2 o 3 milímetros.

El nivel líquido no llega hasta el perfil externo sino que queda detenido en el interno. Esta asa o mango tan particular, traduce la proyección tangencial de las tónicas musculares mucosas y serosas de las paredes digestivas y explica el origen de la imagen. Vigilada a Radioscopia muestra a veces peristaltismo de los perfiles.

Se detallan aquí 3 casos de divertículo epifrénico:

OBSERV. VII. — **Divertículo epifrénico no complicado.**

Sra. M. A. F. de A., de 56 años. Desde hace varios años sufre de crisis dispépticas con sensaciones de opresión retroesternal, *ligera dificultad para ingerir los alimentos* con sensación dolorosa, tanto a los sólidos como a los líquidos.

La paciente dice “que los alimentos le sientan mal”. No ha tenido vómitos. No hay pérdida de peso. Estado general bueno; antecedentes y demás exámenes sin particularidades.

El *examen radiológico* muestra que el pasaje de la papilla de bario se hace con facilidad en los dos primeros tercios del esófago, pero que se enlentece en el tercio inferior, donde en la incidencia frontal el esófago parece ensanchado. En las incidencias de perfil, sobre todo en la oblicua anterior izquierda, se visualiza *un divertículo a base de implantación muy ancha*, que hace saliente sobre la cara anterior, izquierda del órgano. El peristaltismo diverticular está conservado, pero no son igualmente contráctiles todos los segmentos del saco, y alrededor de la boca el esófago presenta una mucosa algo irregular. Con las contracciones peristálticas el divertículo se vacía totalmente del bario, pero en algunos momentos éste es substituído por aire, apareciendo por esta razón como una imagen aérea retrocardíaca (figuras 20 y 21).



FIGS. 20 y 21. — (Corresponden a la observación VII). — **“Divertículo epifrénico”**. — El peristaltismo de este saco diverticular es bastante regular, pero no es completo; por esa causa el divertículo se presenta casi siempre relleno de bario con la mucosa un poco irregular, y por momentos cuando el bario es evacuado, éste es substituído por una burbuja aérea.

OBSERV. VIII. — **Divertículo epifrénico simulando una cavidad pleuro - pulmonar.**

Sr. L. S., 55 años de edad. En el año 1931 concurre a un dispensario antituberculoso a realizarse un examen profiláctico, porque tiene en su familia un bacilar. El examen clínico no revela nada anormal y el examen radiológico por radioscopia y radiografía demuestra que se trata de un tórax normal. Poco tiempo después el paciente vuelve al dispensario quejándose de una *dorsalgia* y sensaciones precordiales difíciles de definir, y un examen radioscópico en oblicua revela en la zona retrocardíaca, *un gran nivel líquido* (figs. 22 y 23).

Interrogado nuevamente con más detención, no se consiguen precisar síntomas pleuro - pulmonares o bronquiales o de otro origen, que permitan llegar a una orientación diagnóstica y por esa causa es enviado al Servicio Central Radiológico, donde hacemos radiografías en distintas incidencias y un examen estereoscópico, sin conseguir llegar a un diagnóstico preciso

Sospechando que se trataba de una cavidad pleuro-pulmonar, se hace la *instilación intrabronquial de aceite yodado*, sin que se consiga hacerlo penetrar en la cavidad. Sólo se comprueba el ligero desplazamiento de la arborización bronquial a ese nivel (fig. 24). Desorientados realizamos el examen radiológico en posición de Trendelenburg forzado, para ver si el líquido se moviliza hacia otros puntos fuera de la cavidad y se comprueba que la cavidad no se modifica.

Resolvemos entonces estudiar el mediastino para ver si existían modificaciones de los órganos que contiene y con sorpresa vemos que *el bario se introduce en la imagen hidroaérea* (fig. 25 y 26). Dado el gran volumen de esta imagen hidroaérea pensamos estar frente a una hernia gástrica oculta y realizamos nuevos exámenes en distintas incidencias y previo cateterismo esofágico con una sonda duodenal (fig. 27), *lo que nos permite afirmar que se trataba de un divertículo del esófago*. (Nótese en las figs. 24 y 27 la nitidez del "signo del mango" en el borde interno y superior de la cavidad).

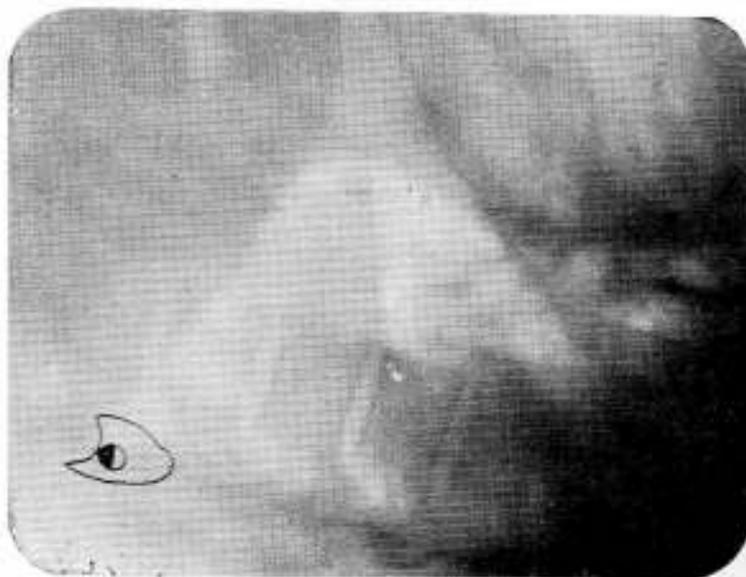
OBSERV. IX. — **Divertículo epifrénico con imagen hidroaérea y pleuresía secundaria.**

Sr. L. C., 46 años. Enfermo de campaña, que estando en su casa a unos 250 kms. de Montevideo, hace en plena salud bruscamente, una intensa puntada de costado izquierdo con gran disnea; doce horas después ingresa al Hospital Pasteur, donde se comprueba su extrema gravedad y grado de intoxicación, con cianosis y "shock" importante. Por la sintomatología clínica se plantea el diagnóstico de perforación pulmonar, con pleuresía supurada hiperséptica, y se realiza un examen radiológico en el que se observa: *neumotórax total izquierdo* con pronunciado colapso del pulmón y *derrame pleural*, que ocupa la base de este lado. Nos llama la atención una *imagen retrocardíaca izquierda*, a paredes gruesas, que podría ser tomada como una cavidad pulmonar de la lengüeta retrocardíaca, pero *cuyo contorno parece estar formado por dos líneas paralelas regulares (signo del mango)*.

2712



2713



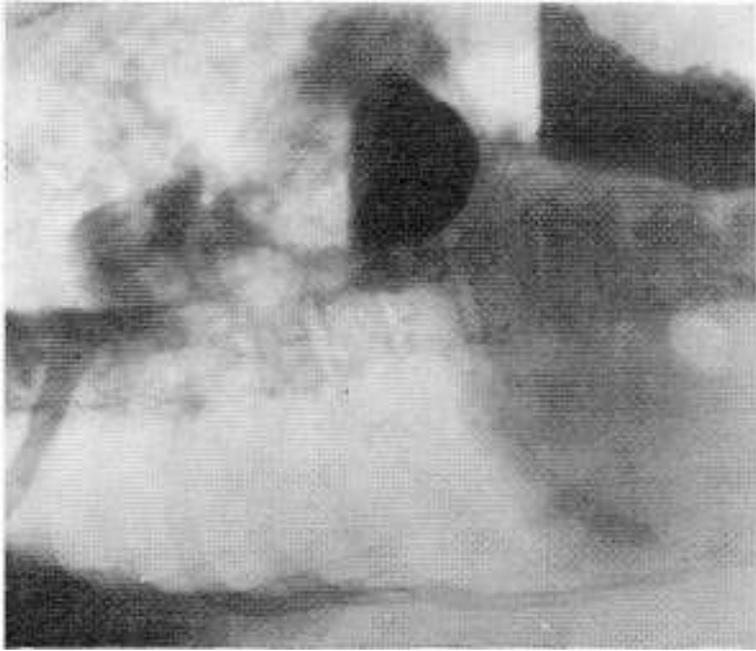


FIG. 25

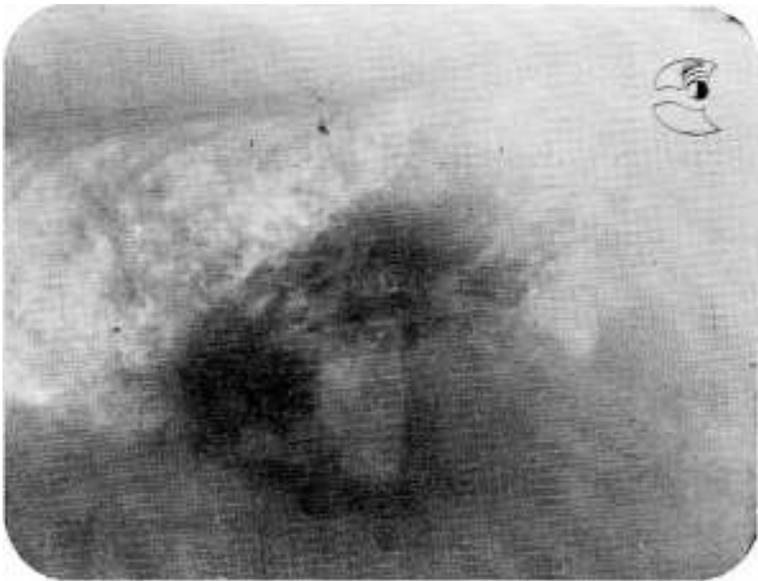


FIG. 24



FIG. 26

FIGS. 22, 23, 24, 25, 26 y 27. (Correspondientes a la Observ. VIII). — «Gran divertículo epiesofágico que simula una cavidad hidrométrica de origen pulmonar».

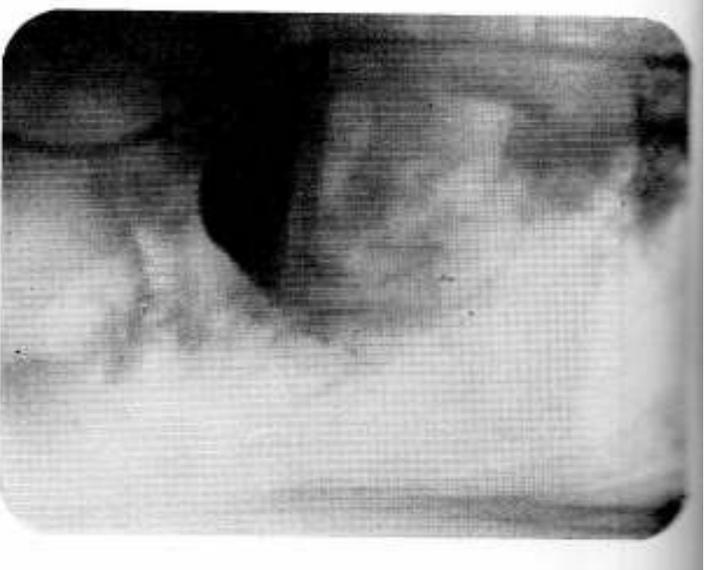


FIG. 27

En las Figuras 22 y 23 se aprecia una imagen hidrométrica de unos 7 centímetros de diámetro, en posición retrocostal, que presenta una característica digna de mención, y es la que no refiere al contorno del mismo a non de imagen en imagen solo aparece con estas características en las cavidades hidrométricas hidrocoelóticas de origen digestivo. Esta era la cuyo diagnóstico se puede apreciar en la Fig. 24 que muestra un desplazamiento de tipo extrínseco del sistema broncoconstrictor y la falta de comunicación entre la cavidad hidrométrica y los canales aéreos.

La ingestión de bario demuestra que la imagen correspondía a un gran divertículo del esófago, cuyo aspecto se puede apreciar en detalle en la Figura 25 y en conjunto en la Figura 26 que permiten ver la boca diverticular pero que para demostrar de manera más gráfica se completa con un estudio radiológico, previo cateterismo esofágico con una sonda duodenal, cuya imagen es visible en la Figura 27.

Sospechamos por este motivo, la posibilidad de un *divertículo del esófago* en estado de detención hidroaérea y hacemos ingerir la *papilla de bario. que penetra en la cavidad*, lo que demuestra que estamos frente a un *gran divertículo esofágico* que hacía relieve en la cavidad pleural. No se puede visualizar ninguna fístula divertículo-pleural. Se hace diagnóstico de perforación pulmonar consecutiva a una peri-diverticulitis, o de pleuresía purulenta por perforación diverticular. El enfermo fallece 3 horas después, sin que fuera posible practicar la necropsia (ver fig. 28).



FIG. 28. — (Corresponde a la Obs. IX). — **“Gran divertículo epifrénico del esófago que provoca una complicación pleural supurativa hiperséptica sobreaguda que acarrea la muerte del paciente en pocas horas”.**

D) Divertículos epicardiales.

El verdadero divertículo epicardial es excepcional; la mayoría de las veces son imágenes seudo-diverticulares denominadas dilataciones regionales o imágenes en rosario de la porción abdominal del esófago y que se confunden con divertículos de esta región.

En nuestra experiencia no hemos tenido ocasión de encontrarnos ninguna vez frente a un divertículo del esófago abdominal, pero en cambio en algunas oportunidades hemos comprobado

divertículos del margen del esófago en su desembocadura en el estómago, que son los llamados divertículos del cardias propiamente dicho. VINSON insiste en esta diferenciación. Estos divertículos son difíciles de reconocer cuando se acompañan de fenómenos de cardio - espasmo. Plantean difíciles problemas de diagnóstico, pues pueden ser confundidos con úlceras juxtacardiales (observ. XI), siendo a veces únicamente reconocibles en el acto operatorio.

Cuando estos divertículos se complican con fenómenos inflamatorios, aparecen trastornos de tipo disfágico más o menos acentuados.

OBSERV. X. — Divertículo epicardial sin historia clínica.

Sr. A. B. Concorre a la clínica por molestias de origen dispéptico rotuladas como biliares. El estudio efectuado permite llegar al diagnóstico clínico de colecistitis.

El divertículo epicardial del esófago fué descubierto incidentalmente, en el curso de un examen sistemático gastroduodenal (fig. 29).

OBSERV. XI. — Divertículo epicardial simulando un úlcus gástrico.

Srta. I. R., de 17 años de edad, procedente de campaña, ingresa al Servicio del Dr. Albo porque tres días antes tuvo una pequeña *hematemesis*. Como único antecedente digno de mención, la enferma relata que el día anterior a su hematemesis, había ingerido descuidadamente con su alimentación un pequeño fragmento de hueso. La hematemesis había sido precedida y sucedida de algunos ligeros trastornos de tipo disfágico, acompañados de dolores que la enferma ubicaba en el epigastrio.

El examen radiológico efectuado algunos días después no mostró ningún trastorno del tránsito esofágico, pero permitió objetivar sobre ambos lados de la desembocadura del esófago en el estómago, *dos imágenes diverticulares* que interpretamos como correspondiendo a lesiones ulcerativas. El peristaltismo estaba completamente anulado en esta región (fig. 30).

Con el diagnóstico de úlcera de estómago, considerada realmente excepcional por la edad de la enferma, es intervenida por el Prof. Albo quien comprueba en el acto operatorio que se trata de un *divertículo doble del cardia* no acompañado en ese momento de ninguna otra alteración orgánica.

OBSERV. XII. — Grueso divertículo epicardial, sin historia clínica.

Sra. M. C. de F., de 66 años. Hace 45 días se traumatiza el periné posterior apareciendo pesadez y tenesmo rectal con deposiciones dolorosas. *is* días más tarde la enferma siente un dolor de cólico en el bajo vientre, que se propaga hacia el ano y se sigue de náuseas; vómitos alimenticios y melena

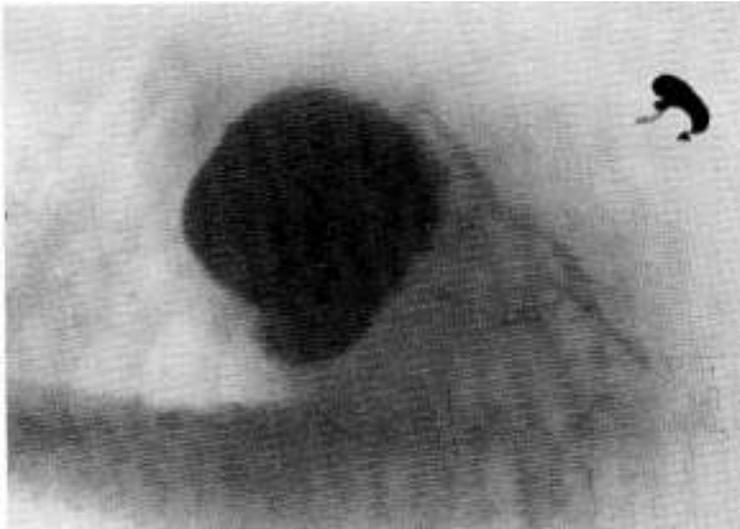


FIG. 20. — (Corresponde a la Obs. XI). — "Divertículo epigástrico del borde del anillo del cardias que no se acompaña de trastornos esofágicos o gástricos".

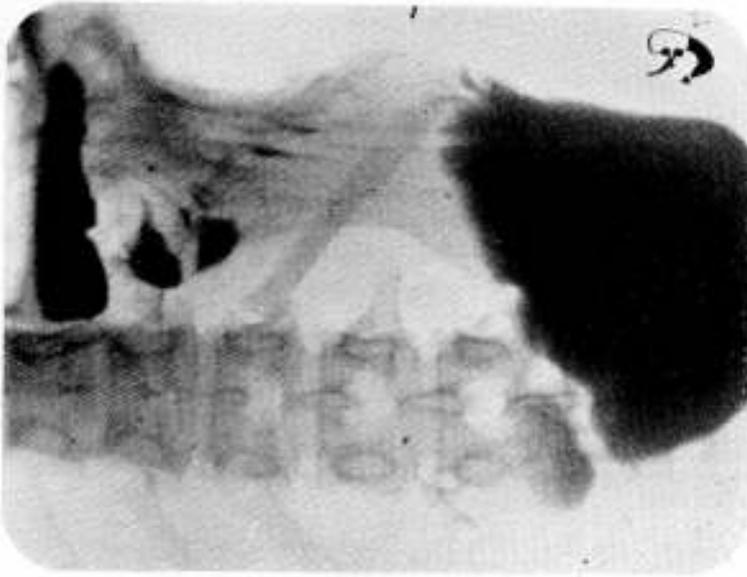


FIG. 21. — (Corresponde a la Obs. XII). — "Doble divertículo del borde del cardias". — Esta imagen fué interpretada como correspondiente a una lesión ulcerosa; la operación demostró que era un divertículo doble de los bordes del cardias.

roja al principio, que luego se hace más oscura durante 3 días. Al cuarto día ingresa a nuestro Servicio, comprobándose en la rectoscopia a 16 cm. del ano, una pequeña superficie enrojecida que sangra fácilmente.

Examen radiológico. — En el examen radioscópico se comprueba un *neumoperitoneo* con nivel líquido libre, visible por debajo del diafragma izquierdo. El examen del gastroduodeno, muestra junto al cardias una imagen con las características de un *divertículo del esófago*. El antro está rígido y deformado y el peristaltismo gástrico abolido. El estudio radiográfico hace pensar que el proceso del antro debe corresponder a una lesión orgánica intrínseca del tipo de la linitis (ver fig. 31).

Se propone la intervención, pero la enferma abandona el Servicio, no pudiendo ser observada en su evolución ulterior.



FIG. 31. — (Corresponde a la observación XII). — “Divertículo epicardial que no se acompaña de trastornos clínicos”

Sumario

Se describen 12 casos de divertículos esofágicos, que por rara coincidencia han correspondido en idéntica proporción a cada una de las 4 localizaciones fundamentales de esta lesión del esófago.

Cada uno de estos tipos de divertículos, revistió caracteres que son en cierto modo peculiares para las diversas localizaciones.

En los *divertículos faringo-esofágicos*, o limítrofes de Zenker, dominó la disfagia no dolorosa; en un caso fué tan intensa que llevó hasta una inanición extrema. En otro caso, se observó la infección crónica bronco-pulmonar provocada por la penetración repetida en el árbol brónquico, de material regurgitado del divertículo hacia la zona faringo-laríngea. Finalmente, hizo una bronco-neumonía por deglución, que terminó la evolución clínica. Además, en los 3 casos se anotó el síntoma característico de la regurgitación de materiales alimenticios ingeridos en comidas de más de 24 horas antes.

En los 3 casos de *divertículo epibrónquico*, dominó exclusivamente el síntoma disfagia, algo dolorosa, y muy bien localizada por el enfermo a la altura del xifoides.

De los 3 divertículos epicardiales, en 2 se observó el gran desarrollo de la bolsa del mismo, en el campo pleural izquierdo, detrás del área cardíaca, originando así imágenes hidroaéreas, que pudieron ser diferenciadas de las de origen pleuro-pulmonar, sobre todo por la penetración del bario ingerido, en su cavidad y precedentemente por la comprobación del "signo del mango" tan característico.

En cuanto a los 3 *divertículos epicardiales*, no tuvieron prácticamente historia clínica, salvo uno de ellos que simuló una historia de úlcus gástrico, con hemorragia.

BIBLIOGRAFÍA

- CHEVALIER JACKSON y CHEVALIER JACKSON. — Bronchoscopie et Œsophagoscopie, p. 312, Edic. Doin, París, 1933.
- BARRETT (N. R.). — Lancet 1933, I, 1009.
- GARCÍA CAPURRO (F.). — Diagnóstico radiológico de las imágenes hidro-aéreas intratorácicas de origen digestivo. Tesis de la Facult. de Medic. Montev. 1936.
- GARCÍA CAPURRO (F.). — Anales del Ateneo de Ci. Quirúrg. 1937, 3, N° 4.
- HILL. — Brit. Med. Journ. 1926, 1163.
- HEACOCK. — South Med. Journ. 1930, 23, 517.
- JACKSON y SHALLOW. — Ann. of Surg. 1926, 83.
- KAUFFMAN (R.) y KIENBÖCK (R.). — Wien Klin. Wochensch. 1909, 37, 1199.
- KAUFFMANN. — Spezielle Pathologische Anatomie, 1922, p. 512, 7ª Edic., De Gruyter, Berlín.
- LÜDIN. — En el Handbuch der Inneren Medizin, p. 104, T. III, 2ª Edic. Springer, Berlín, 1926.
- MAYO (Ch.). — South Surgery Assoc. 1922, 35, 168.
- MOYNIHAN (B.). — Lancet, 1927, I, 1061.
- MOERSCH y JUDD. — Surg. Gynec. and. Obst. 1934, 58, 781.
- PIAGGIO BLANCO (R.) y GARCÍA CAPURRO (F.). — Equinococosis pulmonar. Edic. El Ateneo, Buenos Aires, 1939.
- PALUGAY (J.). — Fortschr. d. Röntgenstrahlen, 35, N° 4, 769.
- RUSH (L. B.) y STINGLY (C. L.). — South Med. Journ. 1929, 22, 546.
- STIERLING y CHAUL. — Roentndiagnóstico del tubo digestivo, p. 35, Edic. Labor, Barcelona, 1931.
- SCHINZ (H.) y BAENSCH (W.) — Roentgendiagnostics, 1933, Edic. Salvat, Barcelona.
- TESCHENDORF (W.). — Ergebn. Med. Strahlenfor., 1928, 3, 175.
- UMBER. — Arch. f. Verdauungskrank. 16, 16.
- VINSON (P. P.). — Amer. Journ. Med. Assoc. 1925, 8, 178; The diagnosis and Treatment of Diseases of The Esophagus, 115, Edic. Thomas, Baltimore, 1940; Colorado Medic. 1924, 21, N° 6-7; Arch. of Otorinolaryng. 1934, 19, 508.
- WAGGETT (E.) y DAVIS (E.). — Lancet, 1912, 786.
- ZENKER. — Krankheiten des Esophagus en el Zianssens Handbuch, T. 10.