

## DIVERTICULOS CONGENITOS DEL ESOFAGO

Drs. HUMBERTO GARCÉS, ALBERTO DAZA y MANUEL NEIRA

Cátedra de Pediatría del Prof. Arturo Scroggie.

Hospital "Roberto del Río", Santiago.

Los divertículos del esófago pueden constituirse por presión desde adentro (divertículos por pulsión) o por estiramiento desde afuera (divertículos por tracción). Hay una tercera variedad de divertículos, llamados por pulso-tracción o epifrénicos, que asentando de ordinario en el lado derecho de la pared anterior del esófago, son casi siempre asintomáticos. Los divertículos por tracción, situados en la porción intratorácica del órgano, se producen como consecuencia de retracciones cicatriciales del tejido celular periesofágico o de ganglios mediastínicos; son, por lo tanto, de carácter adquirido y carecen de importancia clínica en Pediatría por cuanto rara vez alcanzan más de algunos milímetros de profundidad.

Los divertículos por pulsión o divertículos de Zenker son los que realmente nos interesan, pues derivan de trastornos del desarrollo embrionario. De forma y tamaño muy variables, se localizan de preferencia en la porción cervical, pero pueden extenderse al mediastino. Derivan de una hernia de la mucosa entre las capas musculares del esófago, producida en un punto en que la pared está debilitada (triángulo de Laimer).

Su desarrollo es en general lento, manifestándose durante mucho tiempo sólo por trastornos de la deglución y regurgitaciones. A medida que el saco diverticular va adquiriendo mayor tamaño, penetra entre el esófago y la columna vertebral, y al crecer es proyectado hacia la izquierda, produciendo la compresión del primero y llegando a constituirse el síndrome esofágico completo, con todo su cortejo sintomático.

Como síntomas propios de los divertículos, debemos mencionar la sialorrea, regurgitaciones, tos, el ruido de gorgoteo o bazuqueo con ocasión de la ingestión de alimentos líquidos o por la compresión suave de la región lateral del cuello estando el saco lleno de aire (signo de Boyce).

Los trastornos de la deglución tienen caracteres especiales derivados de las condiciones mecánicas que produce el saco. La disfagia no se producirá en los primeros momentos de la ingestión de los alimentos, sino algún tiempo después, según la rapidez con que se vaya llenando el saco y comprima el esófago.

La regurgitación del alimento se inicia precozmente. El contenido del saco es expulsado en medio de arcadas y está constituido por alimentos mezclados con mucus. Carece de ácido clorhídrico, pero puede contener, eso sí, ácido láctico como resultado de la fermentación de la leche retenida. En algunos casos, el saco hace relieve en la cara lateral del cuello, siendo fácilmente palpable y muchos enfermos aprenden a vaciarlo por compresiones manuales o por posiciones adecuadas del tronco. El mal olor del aliento, por esta misma causa, es un síntoma habitual en los grandes divertículos.

Entre las complicaciones de los divertículos mencionaremos la infección de la pared del saco y su posible ruptura, con producción de procesos pútridos y gangrenosos de las vecindades (mediastino, pleuras, etc.) o la aspiración del contenido alimenticio hacia la laringe y bronquios, con producción de bronconeumonias, abscesos o gangrena pulmonar. Habitualmente se observa una desnutrición marcada del paciente, con pérdida de peso progresiva e hipotrofia.

El diagnóstico puramente clínico de esta afección sólo es posible cuando el saco es palpable en el cuello. En los demás casos, el método radiológico es el procedimiento de elección, practicando el examen en posición oblicua y dando a ingerir una solución baritada o un aceite yodado, previa condición de vaciar el saco antes de ingerir la papilla de contraste. Se observan sombras regularmente redondeadas, de bordes lisos, localizadas en los bordes del esófago, pudiendo precisar así su situación, forma y tamaño, con gran exactitud.

La esofagoscopia, como medio de diagnóstico, tiene mucho menos valor, ya que sólo puede ayudarnos a descubrir el orificio de entrada del divertículo.

El tratamiento radical no puede ser otro que el quirúrgico, que consiste en la amputación del o los sacos y la invaginación del pedículo hacia el lumen esofágico por medio de maniobras externas quirúrgicas e internas endoscópicas, según técnicas ya bien establecidas.

La indicación operatoria depende naturalmente de la posición del o los divertículos y la posibilidad de abordarlo, por una parte, y del estado general del niño, por otra, ya que la intervención tiene un pronóstico post-operatorio reservado.

En divertículos pequeños, la dilatación del orificio de entrada por medio de la esofagoscopia puede atenuar grandemente las molestias. En los divertículos grandes, cuando la cirugía no puede intervenir, se implantará un tratamiento endoscópico consistente en lavados del saco por medio de sondas con soluciones antisépticas débiles.

En los divertículos congénitos es conveniente esperar que el niño pase a la 2ª Infancia antes de tentar ningún tratamiento instrumental o quirúrgico. Las medidas generales de higiene alimenticia, permiten a estos niños sobrevivir perfectamente, si bien es cierto que tienen un desarrollo precario. La observación clínica que sigue es una demostración de este aserto.

#### CASO CLÍNICO

P. V. Edad: 1 mes. Sexo: femenino.

Niña hija de padres sanos, tiene otro hermano sano. Nacida de término con un peso de 3.075 gr. Consulta a la edad de un mes porque desde el primer día de nacida vomita la leche materna y aún el agua, inmediatamente después de ingerirla, por lo cual ha bajado constantemente de peso; además presenta sialorrea, oliguria y estitiquéz. Al examen clínico se aprecia un lactante enflaquecido, peso: 2.300 gr., deshidratada, pálida y con escaso pániculo adiposo. El examen topográfico no revela nada digno de mención. Se había interpretado el vómito como de origen neuropático y le indicaron antiespasmódicos (asociaciones de luminal y belladona) y continuar alimentación al pecho. Por la persistencia del cuadro en iguales condiciones pensamos en una posible afección congénita del esófago, por lo cual se practica un examen del vómito el que revela ausencia de ácido clorhídrico libre (Dr.

Costa) y en seguida una exploración radiológica del esófago (Figura), previa ingestión de bario, que revela: "Múltiples dilataciones sacciformes del esófago torácico, que comunican con el lumen de este órgano, reteniendo parte del bario ingerido. El resto del tránsito del esófago, estómago e intestino superior son normales. Conclusión: Divertículos congénitos del esófago" (Dr. Neira). No se practicó esofagoscopia, habida consideración de la escasa edad de la enfermita.

Comprobada la causa del cuadro descrito se continúa con alimentación materna en pequeñas cantidades hasta los 2 meses; pero persisten los vómitos repetidos y la baja de peso, llegando a 2.100 gr. a los dos meses. A partir de esta edad, se reemplaza el seno por leche en polvo y se agregan jugos de frutas. Consultado el Prof. Johow opina que la única posibilidad de mejoría es intentar la intervención quirúrgica sobre los divertículos, operación que consideta muy grave por la escasa edad de la niña y su mal estado general. La familia rechaza la intervención y se continúa con tratamiento médico, sin mayores esperanzas en su sobrevida.

Después del tercer mes, los vómitos disminuyen de frecuencia y la niña sube de peso lentamente, mejorando paulatinamente su estado general. Desde los 6 meses se trata de darle sopas espesas y purés, lo que sólo se logra al año de edad, pues con anterioridad a esta época se exageraban los vómitos con los sólidos.

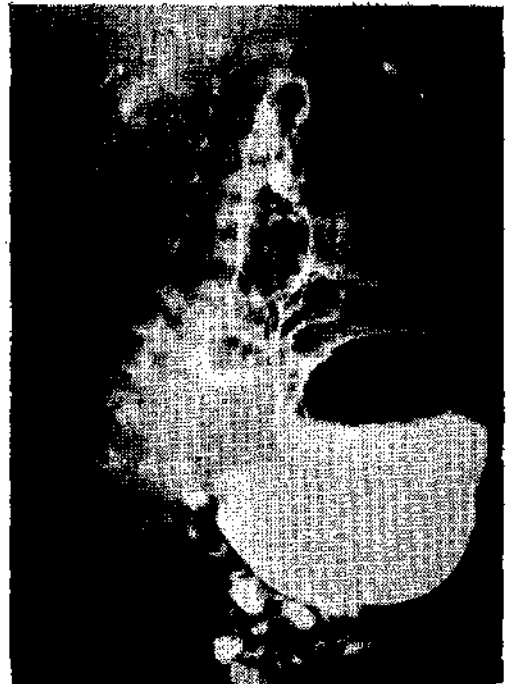


Figura: Radiografía del aparato digestivo que pone en evidencia las múltiples dilataciones sacciformes del esófago.

En el curso del segundo año de su vida evoluciona con menos inconvenientes: los vómitos son fáciles, inmediatamente después de las comidas y de mal olor, se producen cada vez más alejados, de tal modo que en los últimos meses pasa hasta 15 días seguidos sin que se presenten. Tiene siempre estitiquiez (deposiciones blanquizcas y escasas), salivación abundante y mal olor del aliento por períodos. La alimentación se realiza con leche, jugos de frutas, sopas y purés claros, dados en pequeñas cantidades y repetidas; aún no ha sido posible que ingiera alimentos sólidos, los cuales no puede tragar, a pesar de masticarlos mucho. No se queja de molestias subjetivas al ingerir los alimentos y tiene muy buen apetito. Al examen clínico se aprecia una niña distrófica, pálida, tímida, da la impresión de inteligente. A la exploración topográfica del esófago sólo encontramos un aliento de olor ligeramente ácido y del resto de su organismo es siempre negativo. Deambuló al año diez meses. A los dos años de edad su peso alcanza a 8 kilos y su talla a 75 cms.

#### RESUMEN

Lactante de sexo femenino, que presenta un síndrome esofágico desde su nacimiento, causado por divertículos congénitos, por lo cual se ha desarrollado en forma deficiente, habiéndose mantenido con sólo medidas de higiene alimenticia. No se han intentado maniobras endoscópicas, ni tratamiento quirúrgico, por haber sido rechazadas por la familia.

#### SUMMARY

#### CONGENITAL DIVERTICULOSIS OF THE ESOPHAGUS.

It is described a case of Congenital diverticulosis of the esophagus in a female infant, who presents symptoms since birth. This condition has caused hypotrophia, because she has been maintained only with measures of feeding hygiene. It has not been endeavored neither endoscopic procedures nor surgical treatment because the family has refused them.

#### BIBLIOGRAFÍA

- 1.—BOCKUS, H. L. — "Gastroenterology". Vol. I. W. B. Saunders Co. Philadelphia. 1944.
- 2.—JACKSON, C. y BABCOCK, W. W. — "Diverticulosis of the esophagus". S. Clin. North America. 10:1249, 1930.
- 3.—JACKSON, C. y JACKSON, C. L. — "Diseases of the esophagus". F. A. Davis Co. Philadelphia. 1939.
- 4.—JACKSON, C. y JACKSON, C. L. — "Bronchoesophagology". W. B. Saunders Co. Philadelphia. 1950.
- 5.—JACKSON, C.; TUCKER, G. y CLERF, L. H. "Diverticulum of the esophagus", en Nelson New Loose-Leaf Medicine. Nelson & Sons. New York. 1937.
- 6.—JONES, C. M. — "Diseases of the esophagus", en Cecil, R. L. and Loeb, R. Text book of Medicine. W. B. Saunders Co. Philadelphia. 1955.
- 7.—NOBECOUT, P. y BABONNEIX, L. — "Traité de Médecine des Enfants". Vol. I. Masson et Cie. Paris. 1934.
- 8.—PARMELEE, A. H. — "Diseases of the esophagus and Stomach", en Brennemann's Practice of Pediatrics. Vol. III. W. F. Prior Co. Hagerstown. 1948.
- 9.—ROVIRALTA, E. — "El Lactante Vomitador". José Jonás. Ed. Barcelona. 1950.

\*  
\* \*