

DIVERTICULO DE ZENKER CON PENE- TRACION DE PAPILLA BARITADA EN AR- BOL TRAQUEO-BRONQUIAL

P. LÓPEZ SENDÓN y J. LÓPEZ SENDÓN.

Gijón.

Comunicamos el presente caso por conside-
rarlo de interés, ya que pone de manifiesto la
influencia que pueden tener los divertículos fa-
ringo-esofágicos en la patología del aparato
respiratorio.

Se trata de un enfermo con un divertículo
faringo-esofágico de Zenker, en el cual durante

por mucho moco y restos de alimentos, algunos de ellos
sin digerir. La cantidad expulsada en las diferentes oca-
siones fué siempre "como una bocanada". Toda la di-
ficultad al tragar la señala a punta de dedo, a nivel de
escotadura esternal: "siente que se le detienen allí los
alimentos". Nunca tuvo dolor. En cama se encuentra
bien. Ultimamente, desde hace unos meses, los líquidos,
por lo general, le hacen toser mucho, coincidiendo con
ello un catarro que no había tenido con anterioridad.

El enfermo está preocupado porque hasta hace tres
meses pudo trabajar perfectamente, cosa que actual-
mente no puede hacer debido a que siente un gran de-
caimiento con pérdida progresiva de peso. Tiene buen
apetito, pero no come por temor a las molestias. Algu-
nas veces dificultad para hablar. Bien de vientre. Ori-
na bien.

Exploración física: Hábito constitucional leptosomá-
tico. Buen estado de nutrición. Coloración de piel y mu-
cosas normales. Cuello simétrico y musculoso; no hay
dolor a la palpación ni se encuentra nada anormal. Ex-



Fig. 1.

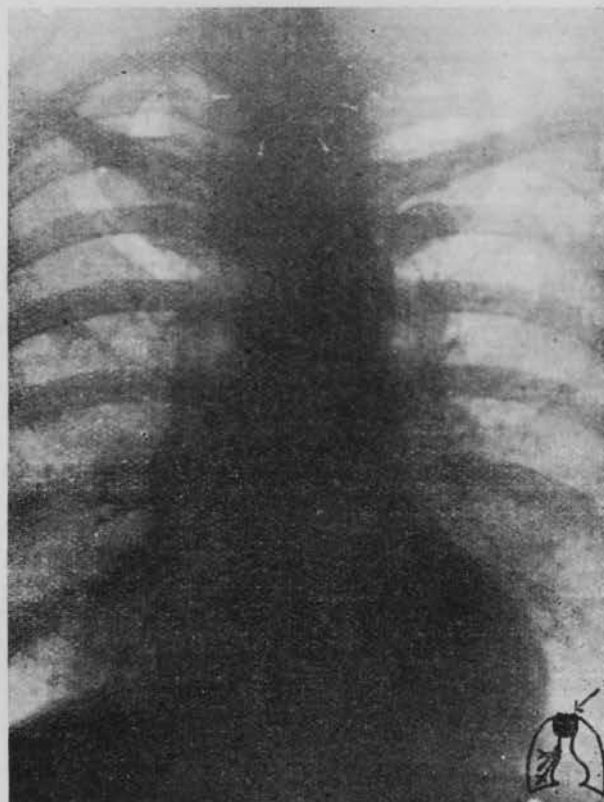


Fig. 2.

el examen radioscópico de esófago con papilla
de bario, una vez lleno el divertículo, se produjo
un acceso de tos y pudimos ver con toda clari-
dad cómo el medio de contraste penetraba en
tráquea y rellenaba los bronquios grandes y me-
dianos de la base pulmonar derecha.

Enfermo C. M., de setenta y dos años. Antecedentes
familiares y personales sin interés. Siempre estuvo bien
hasta hace un año. Desde esta fecha, dificultad para
tragar, principalmente los alimentos sólidos; las papi-
llas, no siendo espesas, las pasa bien; los líquidos tiene
que tomarlos a pequeños sorbos y con mucha calma,
de lo contrario, se "atráganta" y vomita. La disfagia
no es dolorosa. En tres o cuatro ocasiones la disfagia
fué completa, con duración aproximada de veinticuatro
horas, expulsando entonces una "flema", con lo cual
quedaba completamente bien y podía reanudar de nue-
vo la alimentación. Esta "flema", dice, estaba formada

por mucho moco y restos de alimentos, algunos de ellos
sin digerir. La cantidad expulsada en las diferentes oca-
siones fué siempre "como una bocanada". Toda la di-
ficultad al tragar la señala a punta de dedo, a nivel de
escotadura esternal: "siente que se le detienen allí los
alimentos". Nunca tuvo dolor. En cama se encuentra
bien. Ultimamente, desde hace unos meses, los líquidos,
por lo general, le hacen toser mucho, coincidiendo con
ello un catarro que no había tenido con anterioridad.

El enfermo está preocupado porque hasta hace tres
meses pudo trabajar perfectamente, cosa que actual-
mente no puede hacer debido a que siente un gran de-
caimiento con pérdida progresiva de peso. Tiene buen
apetito, pero no come por temor a las molestias. Algu-
nas veces dificultad para hablar. Bien de vientre. Ori-
na bien.

Exploración física: Hábito constitucional leptosomá-
tico. Buen estado de nutrición. Coloración de piel y mu-
cosas normales. Cuello simétrico y musculoso; no hay
dolor a la palpación ni se encuentra nada anormal. Ex-
ploración cardio-pulmonar normal. Exploración abdomi-
nal negativa.

Examen radiológico: Imagen cardíaca y pulmonar
normales. Exploración esofágica, en primer diámetro
oblicuo: El enfermo pasa con gran dificultad la papilla,
llamando la atención la escasa cantidad de la misma
que pasa por el esófago en relación con el número de
tragos que toma, viéndose en seguida que parte del ba-
rio se deposita en una formación diverticular a nivel del
mango esternal. La papilla que va a esófago pasa con
rapidez a estómago sin ningún obstáculo en su trán-
sito (fig. 1).

Cuando se terminaba la exploración, tuvo un acceso
de tos al ingerir un trago de papilla, expulsando gran
cantidad de mucosidad mezclada con bario. A continua-
ción pudimos ver perfectamente cómo parte de la pa-
pilla penetraba en árbol tráqueobronquial, rellenando los
bronquios de la base pulmonar derecha, al tiempo que
se vaciaba el divertículo (fig. 2).

Esofagoscopia (doctor TAMARGO, de Oviedo): "Estre-

chez a seis centímetros de la boca de Killian, con dilatación diverticular derecha."

Creemos de interés esta observación por poner de manifiesto de una manera objetiva la génesis de una de las complicaciones más frecuentes de los divertículos faringo-esofágicos: las referentes al aparato respiratorio.

Uno de los síntomas más precoces, y que puede preceder en mucho tiempo a los restantes, es la tos, la cual puede adoptar diferentes caracteres; unas veces se presenta en forma de acceso de tos seca durante el acto de deglución de los alimentos, principalmente cuando son líquidos, cuando el enfermo "se atraganta y la comida sigue un camino falso"; en ocasiones dichos accesos son extraordinariamente intensos y van acompañados de violentas crisis de sofocación con intensa cianosis. Otras veces los accesos de tos son producidos al adoptar el enfermo determinadas posiciones, en las cuales la bolsa diverticular vacía su contenido y parte del mismo contacta con la glotis; son muy típicas las crisis de tos nocturnas, que despiertan al enfermo y le hacen incorporarse rápidamente. Dichos accesos ceden generalmente con el vómito; sin embargo, puede persistir a veces una carraspera muy molesta.

Otro síntoma respiratorio frecuente en los portadores de divertículo de Zenker es la afonía, la cual generalmente es debida a una laringitis crónica consecutiva a la repetida irritación laríngea por el contenido diverticular. Otras veces, sin embargo, la afonía tiene su origen en la irritación del nervio laríngeo, a su paso por la boca de Killian, por las paredes del divertículo cuando se halla inflamado.

Una complicación muy frecuente, y sobre la que llaman la atención VARELA FUENTES y GARCÍA CAPURRO, es la bronquitis crónica que suelen padecer estos enfermos, y cuya génesis es debida la mayoría de las veces a la continua agresión tráqueo-bronquial provocada por la penetración en el aparato respiratorio de material regurgitado de la bolsa diverticular. Apoyan dicha hipótesis en una observación análoga a la nuestra, en la que han podido visualizar radioscópicamente, en uno de sus enfermos portador de un divertículo de Zenker, con una bronquitis crónica, cómo durante un acceso de tos al ingerir el enfermo la papilla baritada, ésta penetraba en el árbol bronquial, relleno de los bronquios grandes y medianos de ambos lados, haciendo así una verdadera broncografía con barita. Dicho enfermo hizo al cabo de un mes un cuadro de supuración pulmonar bilateral que le llevó al éxitus.

Esto nos lleva de la mano a otra de las complicaciones respiratorias más graves en estos enfermos: las neumonías de deglución por aspiración del contenido diverticular, y que si bien unas veces evolucionan de un modo tórpido, dando lugar a fibrosis pulmonares más o menos extensas, con o sin bronquiectasias, otras evolucionan hacia el absceso o gangrena pulmonar, terminando rápidamente con el enfermo, influyendo en ella fundamentalmente dos factores: primero, el estado general del enfermo, y segundo, la calidad del material regurgitado, pues cuando el divertículo se halla infectado y su contenido afecto de procesos fermentativos, es material apropiado para la producción de la supuración pulmonar.

RESUMEN TERAPEUTICO DE ACTUALIDAD

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA TETRALOGIA DE FALLOT (*)

A. GIRAL CASIELLES, H. ANIDO, J. NAVAS AGUILAR, R. NOBO PIVIDAL y S. FERNÁNDEZ REBULL

Escuela Cubana Rodríguez Díaz, La Habana.

La existencia de cianosis generalizada es signo de la presencia en la sangre arterial de cantidad suficiente de hemoglobina reducida, para impartir a la piel y mucosas el color violáceo característico.

Su presencia obedece, bien al retorno de la sangre inadecuadamente oxigenada en los pulmones o a la mezcla de sangre arterial y venosa en el corazón. Como ambas condiciones están presentes durante

la vida fetal, de aquí que el feto normal sea siempre cianótico. En efecto, en el feto, la sangre parcialmente oxigenada procedente de la vena cava inferior se mezcla en la aurícula derecha con sangre venosa pura procedente de la cava superior; de aquí pasa al ventrículo derecho o a través del agujero de Botall y aurícula izquierda al ventrículo izquierdo.

La sangre arterial, que se dirige a la periferia bien a través de la aorta o la pulmonar, es en realidad una mezcla de sangre venosa y arterial, y como ambas corrientes se unen inmediatamente en la conjunción del conducto arterioso y la aorta, resulta que la sangre que fluye por la arteria pulmonar y la aorta tienen la misma constitución. No es raro, por consiguiente, que la falta de aislamiento entre las cavidades derecha e izquierda del corazón en el feto no le afecten de modo adverso en el desarrollo.

Sin embargo, sí afectan de modo adverso al niño desde el momento que a partir del instante del nacimiento se establece la respiración pulmonar, siem-

(*) Leído en la Sociedad de Cirugía de Madrid el 17 de junio de 1948.