



11209
182

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"

**COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS EN PACIENTES CON
DIVERTÍCULOS ESOFÁGICOS OPERADOS EN EL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MÉDICO
"LA RAZA"**

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO GENERAL
P R E S E N T A:
DR. ALFONSO PENAGOS DEL CARPIO
ASESOR:
DR. JESÚS ARENAS OSUNA



MÉXICO, DF.

AGOSTO DEL 2002

TESIS PARA GRADO DE ESPECIALIDAD

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS EN PACIENTES CON
DIVERTÍCULOS ESOFÁGICOS OPERADOS EN EL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MÉDICO
"LA RAZA"**

ASESOR DE TESIS

DR. JESÚS ARENAS OSUNA

**JEFE DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA
CIRUJANO GENERAL ADSCRITO**

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO "LA RAZA"



DR. ALFONSO PENAGOS DEL CARPIO

**RESIDENTE DE CUARTO AÑO DE CIRUGÍA GENERAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO "LA RAZA"**

No. DE PROTOCOLO:

2002-690-0110

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Alfonso Penagos del Carpio

FECHA: 29/08/02

FIRMA: [Signature]

Agradecimientos

A Dios . . . quien siempre ha guiado mis pasos por el buen camino.

A Mis Padres, Alfonso y Doris . . . por el inmenso amor y apoyo que me han dado y porque son el ejemplo a seguir en mi vida.

A Lili y Lalo, mis hermanos . . . por su amor y apoyo incondicional.

Al Dr. Eduardo Hernández Galdámez . . . por su amistad y cariño, porque es parte de nuestra familia.

Al Dr. Marco Antonio Rojas Muñoz . . . por su amistad y ser un gran estímulo y ejemplo en mi formación profesional.

A Lalo Calvo, Fredy Rodríguez y Sergio Ortega . . . porque los amigos llegan a ser verdaderos hermanos, gracias por su apoyo y confianza.

A Noemí . . . por estar conmigo en estos años difíciles dándome tu cariño y comprensión.

A mis Profesores . . . porque cada uno aportó conocimiento y humanismo en mi formación.

A mis compañeros residentes . . . por que en ellos encontré fuerzas para seguir adelante en los momentos adversos.

A los pacientes . . . a quienes me debo

ÍNDICE

	<u>Página</u>
TITULO	1
INDICE	3
RESUMEN	4
INTRODUCCIÓN	6
MATERIAL Y METODOS	10
RESULTADOS	12
DISCUSIÓN	14
CONCLUSIONES	16
BIBLIOGRAFÍA	17
ANEXOS	19

RESUMEN

Complicaciones quirúrgicas en pacientes con Divertículos Esofágicos operados en el Hospital de Especialidades del Centro Médico "La Raza".

Objetivo: Identificar las complicaciones presentadas en los pacientes sometidos a cirugía correctiva por divertículos esofágicos en el Hospital de Especialidades del Centro Médico "La Raza".

Material y métodos: Diseño: Retrospectivo, longitudinal, comparativo, observacional, abierto en el Hospital de Especialidades Centro Médico la Raza, consistente en determinar las complicaciones presentadas en los pacientes con Divertículos Esofágicos operados en el Hospital de Especialidades del Centro Médico "La Raza" en el servicio de cirugía general, en el periodo del 1° de Enero de 1996 al 31 de Julio del 2002.

Resultados: Se captaron 14 pacientes con Divertículos Esofágicos de los cuales 3 fueron excluidos por no tener expediente completo y una que no recibió manejo quirúrgico. De los 11 pacientes aceptados, 7 con diagnóstico de Divertículo de Zenker, 1 con Divertículo del tercio medio y 3 con Divertículo Epifrénico. 10 fueron sometidos a Diverticulectomía con Miotomía, de los cuales 3 presentaron complicaciones quirúrgicas (27%), dos presentaron Fístula Esofágica, resueltas con manejo conservador y 1 con hemorragia postoperatoria que ameritó reintervención. Todos presentaron buena recuperación al momento de su egreso. No hubieron defunciones.

Conclusiones. La frecuencia de complicaciones presentada en este estudio es similar a la reportada en la literatura. La principal complicación fue la Fístula Esofágica. La recuperación de los pacientes fue favorable. Las complicaciones presentadas fueron por mala técnica quirúrgica.

Palabras clave: Divertículo Esofágico, complicaciones quirúrgicas.

ABSTRACT

Surgical complications in patient with Esophageal Diverticula operated in the Hospital of Specialties of the Medical Center "La Raza".

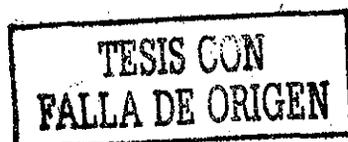
Objective: To identify the complications presented in the subjected patients underwent surgery for Esophageal Diverticula in the Hospital of Specialties of the Medical Center "La Raza".

Material and methods: Trial: Retrospective, longitudinal, comparative, observational, opened up in the Hospital of Specialties Medical Center "La Raza", consistent in determining the complications presented in the patients with Esophageal Diverticula operated in the Hospital of Specialties of the Medical Center "La Raza" in the service of General Surgery, in the period of January 1° of 1996 at 31 of July 31, 2002.

Results: 14 patients were captured with Esophageal Diverticula of which 3 were excluded by not having complete file and one that didn't receive surgical handling. Of the 11 accepted patients, 7 with diagnostic of Zenker's Diverticula, 1 with Diverticula of the half third and 3 with Epiphrenic Diverticula. 10 were subjected to Diverticulectomía with Miotomía, of which 3 presented surgical complications (27%), two presented Esophageal fistula, resolved with handling conservative and 1 with postoperative hemorrhage that needs surgery. All presented good recovery to the moment of discharge. There were no mortality.

Conclusions. The frequency of complications presented in this study is due to reported in the literature. The main complication was the Esophageal Fistula .The recovery of all patients was favorable. The presented complications were for bad surgical technique.

Words key: Esophageal Diverticula, surgical complications.



INTRODUCCION

El primer caso de divertículo faringoesofágico fue descrito por Ludlow en 1764. Zenker y Von Ziemssen lo catalogaron y denominaron en 1877. DeGuise describió los divertículos epifrénicos esofágicos en 1804. Mondiere y Rokitansky en 1840, propusieron una fuerza de tracción como posible mecanismo de la formación de divertículos del esófago medio 1-5.

Los divertículos verdaderos están conformados por todas las capas histológicas del esófago, como los formados en los tercios medio e inferior, mientras que los divertículos falsos poseen una atenuada capa, o no existente, de muscular propia, como los divertículos faringoesofágicos 2,6.

Los mecanismos de formación pueden ser por fuerzas de tracción, en donde lesiones inflamatorias retráctiles de ganglios peribronquiales provocan la formación de divertículos verdaderos por tracción de la pared esofágica; y por pulsión que esta relacionado a un aumento de la presión intraluminal esofágica relacionada a trastornos de la motilidad esofágica, aunado a obstrucción funcional o mecánica esofágica y a una debilidad focal de la pared esofágica provocando la herniación de la mucosa, esto ha sido demostrado en mas del 80% de pacientes con divertículos principalmente del tercio medio. La hernia hiatal ha sido asociada hasta en un 75% con divertículos epifrénicos

1,2,5-10.

La verdadera prevalencia de los divertículos no ha sido precisada con exactitud ya que la mayoría de estos son por hallazgo en estudios radiológicos, pero se estima que es de aproximadamente en 0.1% 10, aunque en series japonesas y europeas, la prevalencia estimada es de aproximadamente 0.22 a 0.7% 2.

Los divertículos pequeños generalmente cursan asintomáticos, posteriormente pueden presentar como sintomatología mas frecuente disfagia, pérdida de peso, dolor retroesternal, pirosis, regurgitación o vómito y neumonía por aspiración, los cuales aumentan de intensidad

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

y frecuencia conforme el divertículo aumenta de tamaño progresivamente ^{1,2}.

Ocasionalmente por la inflamación de la mucosa del divertículo puede presentar hemorragia o perforación que termina en fístula bronquial o pleural. La malignización es rara y su frecuencia estimada en 0.4 a 0.8% ².

El diagnóstico se realiza mediante esofagograma con bario que permite el número, localización y diámetro del divertículo, complementado por endoscopia la cual identifica estenosis o tumores esofágicos como causa de disfagia y permite la toma de biopsias para histología. La manometría, y pHmetría son útiles para identificar trastornos de la motilidad esofágica o reflujo concomitantes al divertículo ^{2,4,10}.

El tratamiento de elección es quirúrgico, siendo el procedimiento más frecuentemente empleado la diverticulectomía convencional y la diverticulopexia, asociados o no a miotomía del cricofaríngeo o esofágica, o la miotomía sola en caso de divertículos pequeños (menos de 2 cm) ^{1,2,5,6,9-11}. La diverticulotomía endoscópica esofágica (procedimiento de Dohlman) también se emplea con buenos resultados ^{1,4,9-11}. El uso de grapas quirúrgicas para la diverticulectomía ha permitido una mejor y mas rápida recuperación del paciente con un inicio de la vía oral dentro de las primeras 24 hrs. ^{3,4}.

La cirugía de mínimo acceso por laparoscopia o toracoscopia se ha usado con éxito para el tratamiento de divertículos de los tercios medio e inferior del esófago refiriendo complicaciones postoperatorias en el 8% de los pacientes, principalmente fuga y neumotórax ^{2,5,10,12-14}.

Las complicaciones postoperatorias en el tratamiento de divertículos esofágicos incluyen la formación de fístula, abscesos, hemorragia, parálisis del nervio recurrente y síndrome de Horner ^{5,10}.

Luosto y cols. reportaron en 1978 reportaron después de 14 años de estudio, 34 casos de divertículos esofágicos quienes fueron sometidos a diverticulectomía convencional presentando complicaciones no letales en 10 pacientes (29%), no reportando mortalidad ¹⁵.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Castrucci y cols. estudiaron a 51 pacientes con divertículo esofágico, entre 1983 y 1988, encontrando que el 90.2% cursaban con trastornos de la motilidad esofágica, siendo sometidos a diverticulectomía asociada a esofagomiectomía o cardiomiectomía mas procedimiento antirreflujo dependiendo de su sintomatología concomitante y de los hallazgos por manometría y pHmetría, reportando una tasa de complicación de 11% (2 fístulas esofágicas y una coronariopatía aguda) y una tasa de mortalidad del 7% (1 mediastinitis por fístula y 1 infarto agudo), reportando un 92% de resultados satisfactorios postoperatorios a largo plazo ⁷.

De 1992 a 1996, Peracchia y cols. estudiaron a 95 pacientes con divertículos de Zenker sintomáticos, sometidos a diverticulotomía endoscópica, completando 92 procedimientos transorales y 3 por abordaje abierto (dos por dificultad para la extensión del cuello y uno por discreta hemorragia al colocar la engrapadora). No reportan morbimortalidad y no se reportaron complicaciones postoperatorias posterior al esofagograma con medio hidrosoluble ¹¹.

Feeley y cols. en el Hospital Metodista de Indiana, estudiaron de 1988 a 1998 a 57 pacientes con divertículo de Zenker de los cuales solo 24 fueron sometidos a diverticulectomía y cricofaringomiectomía y 3 sometidos a diverticulopexia con cricofaringomiectomía, presentando una tasa general de complicaciones del 38% y una tasa de complicaciones quirúrgicas del 29% (2 pacientes con estenosis hipofaríngea posquirúrgica, 2 pacientes con fístula faringocutánea, 1 paciente con hematoma de la herida quirúrgica y 1 paciente con parálisis de cuerdas vocales). No hubieron muertes en el postoperatorio ¹.

Van Eeden y cols. estudiaron a 37 pacientes sometidos a cirugía por divertículos de hipofaringe, 19 sometidos a cirugía convencional y 18 a cirugía endoscópica encontrando que los pacientes operados con técnica convencionales presentaron una tasa de 23.5% de complicaciones posquirúrgicas en comparación con un 5.9% del grupo operador por endoscopia., presentando como complicación principal en este estudio a la fístula hipofaríngea ⁸.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Myers y Dempsey estudiaron a pacientes con divertículos esofágicos epifrénicos tratándolos mediante laparoscopia, con curso clínico postoperatorio adecuado sin fugas y con buen flujo al estómago, presentando solo en 1 paciente una complicación operatoria temprana (neumotórax izquierdo) el cual no requirió reintervenciones posteriores

12.

Sydow y cols. re-evaluaron los hallazgos radiológicos y las complicaciones asociadas a cirugía en 16 pacientes sometidos a reparación quirúrgica y endoscópica por divertículos esofágicos, encontrando fístula en 27% de los pacientes operados de forma convencional y 0% en pacientes con reparación endoscópica; disfunción faríngea (paresia faríngea, penetración laríngea y aspiración bronquial) en el 54% de los pacientes operados de forma convencional y 33% en los pacientes con reparación endoscópica 16.

Van der Peet y cols. evaluaron a pacientes con divertículos epifrénicos operados por toracoscopia, presentando como complicación postoperatoria, perforación esofágica en 20% de los pacientes, resuelto por toracotomía, sin presentar mortalidad 14.

Smith y cols. analizaron la eficacia de la técnica quirúrgica convencional de la endoscópica en 16 pacientes con divertículo de Zenker, 8 tratados mediante diverticulectomía y cricofaringomiectomía y 8 por diverticulotomía endoscópica, encontrando solo una complicación postoperatoria en el grupo de reparación endoscópica con hemorragia la cual cedió de forma espontánea, sin presentar otras complicaciones mayores en toda la serie 9.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MATERIAL Y METODOS

Sujetos y lugar de realización del Estudio:

Este estudio se realizó en el servicio de Cirugía General del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional "La Raza" del Instituto Mexicano del Seguro Social en los pacientes sometidos a cirugía correctiva por divertículos esofágicos en el periodo del 1° de Enero de 1996 al 31 de Julio del 2002.

Diseño del Estudio:

Dicho estudio fue de tipo observacional, retrospectivo, transversal, descriptivo y abierto. Los pacientes fueron seleccionados de los registros de pacientes en el periodo antes citado, sometidos a cirugía por divertículos esofágicos y los datos de los pacientes fueron obtenidos de los expedientes clínicos existentes en el archivo del hospital.

Criterios de Inclusión:

- Hombre ó mujer.
- Mayores de 16 años hasta 99 años.
- Diagnóstico de divertículo esofágico mediante serie esofagogastroduodenal.
- Sometido a Cirugía correctiva por Divertículo esofágico en el periodo del 1° Enero de 1996 al 31 de Agosto del 2002.

Criterios de exclusión:

- Menores de 16 años o mayores de 99 años.
- Pacientes fallecidos por causas no relacionadas a la cirugía.
- Pacientes con trastorno motor esofágicos.
- Pacientes con neoplasias esofágicas.
- Expediente clínico incompleto.

Se estableció el número de pacientes con diagnóstico de Divertículo Esofágico revisando la base de datos del Servicio de Cirugía General del Hospital de Especialidades del Centro Médico "La Raza", el periodo comprendido del 1° de Enero de 1996 al 31 de Julio del 2002.

Se analizaron los expedientes clínicos de todos los pacientes sometidos a cirugía correctiva por divertículos esofágicos durante el periodo establecido recabando información sobre las diferentes técnicas quirúrgica utilizadas y las complicaciones quirúrgicas que presentaron desde el procedimiento quirúrgico hasta su egreso del hospital, descartando aquellas que no fueron atribuibles al procedimiento quirúrgico en sí, y se estableció una relación entre la técnica usada y las complicaciones presentadas.

TESIS CON
FALLA DE

RESULTADOS

Se captaron 14 pacientes con diagnóstico de Divertículo Esofágico de los registros del Servicio de Cirugía General del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional "La Raza". Tres pacientes fueron excluidos, 2 por no contar con expediente clínico completo y 1 paciente que no recibió manejo quirúrgico.

El rango de edad fue de 32 a 76 años con un promedio de 55 años, de los cuales 6 fueron mujeres (54.5%)y 5 hombres (45.5%).

Todos los pacientes fueron diagnosticados mediante Serie Esofagogastroduodenal y en la mayoría de los casos (72%), complementado por endoscopia.

Siete de los 11 pacientes tuvieron el diagnóstico de Divertículo de Zenker (64%), 3 con Divertículo Epifrénico (27%)y 1 con Divertículo del tercio medio del esófago (9%).

Todos los pacientes fueron sometidos a cirugía convencional. Los 7 pacientes con Divertículo de Zenker fueron sometidos a Diverticulectomía mas Miotomía usando para la reparación en 5 de ellos, engrapadora TA y en 2 pacientes, sutura con material sintético absorbible. De los 3 pacientes con Divertículo Epifrénico, 2 fueron sometidos a Diverticulectomía mas Miotomía y uno a Miotomía exclusivamente. La paciente con Divertículo Esofágico del tercio medio fue sometida a Diverticulectomía mas Miotomía.

Del total de pacientes, 3 presentaron complicaciones inherentes al procedimiento quirúrgico (27%). Dos de ellos, diagnosticados de Divertículo de Zenker que fueron sometidos a Diverticulectomía mas Miotomía y reparados con sutura con material no absorbible, presentaron fístula esofágica, caracterizado clínicamente por gasto de saliva por el drenaje y herida quirúrgica y corroborado por estudio radiológico con medio de contraste hidrosoluble. Ambos fueron manejados de forma conservadora con ayuno, nutrición parenteral

ESTA TESIS NO SALI
DE LA BIBLIOTECA

total y antibióticoterapia hasta su remisión, sin presentar complicaciones ulteriores. No necesitaron reintervención quirúrgica.

Una paciente con Divertículo Epifrénico, sometida a Diverticulectomía y reparada con sutura con material no absorbible, presentó hemorragia postoperatoria importante que ameritó reintervención quirúrgica antes de las 24 horas del tiempo operatorio, realizando hemostasia de vaso sangrante. Posterior a la reintervención, la paciente presentó evolución favorable hasta su egreso del hospital.

No hubieron decesos reportados durante el periodo de estudio.

DISCUSIÓN

El tratamiento de elección para los Divertículos Esofágicos es el quirúrgico. Nuestra revisión sobre Divertículos Esofágicos en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional "La Raza" reveló que la Diverticulectomía con Miotomía fue la principal técnica quirúrgica empleada.

A diferencia de lo reportado en la literatura mundial de que el Divertículo Esofágico más frecuente es el epifrénico, en nuestra serie encontramos que el Divertículo de Zenker fue el que presentó la mayoría de los pacientes (64%) ^{5, 10}.

La frecuencia de complicaciones reportada en este estudio fue del 27%, lo cual es similar a lo reportado por Luosto, Feeley, Van Eeden, Sydow y Van der Peet, quienes reportan una tasa de complicaciones entre el 20 y el 38%, siendo la principal complicación la fístula esofágica ^{1, 8, 14-16}.

No se pudieron establecer relaciones significativas en cuanto a edad, sexo o tamaño del divertículo debido al tamaño de la muestra y a la poca cantidad de pacientes que presentaron complicaciones.

Así mismo, no se pudo establecer una relación con la técnica quirúrgica empleada, ya que los tres pacientes complicados fueron sometidos al mismo procedimiento quirúrgico.

Sin embargo, llama la atención que los dos pacientes que presentaron fístula esofágica tenían en diagnóstico de Divertículo de Zenker, el cual fue reparado con suturas absorbibles en uno y dos planos respectivamente, mientras que aquellos que fueron reparados mediante el uso de engrapadoras no presentaron esta complicación, por lo que podemos inferir error humano por una mala técnica quirúrgica al momento de aplicar la línea de sutura para la restauración de la pared esofágica.

La resolución de la fístula esofágica se logró en ambos casos con manejo conservador con el ayuno y alimentación parenteral, evitando reintervenciones quirúrgicas que hubieran aumentado la morbilidad en los pacientes de esta serie, con lo que queda demostrada la efectividad del manejo conservador para este tipo de complicaciones.

La otra complicación presentada fue la hemorragia postoperatoria presentada en 1 sola paciente, la cual se resolvió de forma satisfactoria y sin repercusión en la evolución de la paciente; sin embargo, es una complicación que hay que tener en cuenta ya que es una de las más frecuentemente presentadas en cualquier procedimiento quirúrgico.

Todos los pacientes presentaron buena recuperación y remisión de la sintomatología al momento de su egreso del hospital y no se presentaron defunciones por complicaciones inherentes al procedimiento quirúrgico, por lo que podemos asegurar que la Diverticulectomía con Miotomía es un procedimiento seguro y con buenos resultados para el tratamiento de pacientes con Divertículos Esofágicos, por lo que sigue siendo el procedimiento de elección en nuestro hospital.

Sin embargo, con el avance tecnológico actual, debemos pensar en la utilización de abordajes quirúrgicos menos invasivos con el fin de acortar el tiempo de recuperación de los pacientes y que ofrezca los mismos resultados o inclusive sean mejorados.

CONCLUSIONES

1. La frecuencia de complicaciones quirúrgicas en pacientes operados por Divertículos Esofágicos en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional "La Raza", es similar a la reportada en la literatura mundial.
2. El tratamiento quirúrgico más utilizado sigue siendo la Diverticulectomía Esofágica mas Miotomía.
3. La complicación quirúrgica de los Divertículos Esofágicos es la Fístula Esofágica.
4. La conducta terapéutica para este tipo de complicaciones es el manejo conservador.
5. Las complicaciones quirúrgicas de los Divertículos Esofágicos son debidas a error humano por mala técnica quirúrgica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Feeley M, Righi P, Weisberg E, Hamaker R, Spahn T, Radpour S, Wynney M. "*Zenker's Diverticulum: Analysis of Surgical complications for Diverticulectomy and Cricopharyngeal Myotomy*". Laryng. 1999, 109: 858-61.
2. Thomas ML, Anthony AA, Fosh BG, Finch JG, Maddern GJ. "*Oesophageal diverticula*". Surg. 2001, 88 (5): 629-42.
3. Busaba NY, Ishoo E, Kieff D. "*Open Zenker's Diverticulectomy using stapling techniques*". Ann Otol, Rinol, Laring. 2001, 10 (6): 498-504.
4. Siddiq MA, Sood S, Strachan D. "*Pharyngeal pouch (Zenker Diverticulum)*". Postgrad Med Journ. 2001, 77: 506-15.
5. Zuidema G. "*Shackelford. Cirugía del Aparato Digestivo*". Ed: Panamericana, ed. 3º, Vol. 1, 1992: 297-317.
6. Thiesen J, Stein HJ, Siewert JR. "*Chirurgische Klinik und Poliklinik, Klinikum Rechts der Isar der Technischen Universität München*". 2001, 58 (3): 134-6.
7. Castrucci G, Porziella V, Granone PL, Granone A. "*Tailored Surgery for Esophageal Body Diverticula*". Euro Journ Cardio Surg. 1998, 14 (4): 380-7.
8. Van Eeden S, Lloyd V, Tranter RM. "*Comparison of the Endoscopic Stapling Technique with More Established Procedures for Pharyngeal Pouch*". Journ Laryng Otol. 1999, 113 (3): 237-42.
9. Smith S, Genden E, Urken ML. "*Endoscopic Stapling technique for the Treatment of Zenker Diverticulum vs. Standard Comparison and Charge Analysis*". Arch Otol Head Neck Surg. 2002, 128 (2): 141-4.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

18

10. Schwartz Shires S. "*Principios de Cirugía*". Ed. Interamericana, ed. 7º, Vol. 1, 1999: 1203-15.
11. Peracchia A, Bonavina L, Narne S, Segalin A, Antoniazzi L, Marotta G. "*Minimally Invasive Surgery for Zenker Diverticulum: Analysis and Results in 95 Consecutive Patients*". Arch Surg. 1998, 133 (7): 695-700.
12. Myers BS, Dempsey DT. "*Laparoscopic Resection of Oesophageal Epiphrenic Diverticulum*". Journ Laparosc Adv Surg Tech. 1998, 8 (4): 201-7.
13. Chiappalone S, Russo B, Masella C, Fontana B, Virgilio D. "*The Epiphrenic Esophageal Diverticulum. Its Transhiatal Laparoscopic Treatment*". Min Chir. 1999, 54 (9): 631-4.
14. Van der Peet DL, Klinkenberg-Knol EC, Berends FJ, Cuesta MA. "*Epiphrenic Diverticula: Minimal Invasive approach and repair in five patients*". Dis Esoph. 2001, 14 (1): 60-2.
15. Luosto R, Vikko P, Melartin E, Collan Y. "*Oesophageal Diverticula: A follow-up study of 34 patients*". Scand Journ Thorax Cardio Surg. 1978, 12 (2): 153-9.
16. Sydow BD, Levine MS, Rubesin MS, Laufer I. "*Radiographic Findings and Complications After Surgical or Endoscopic Repair of Zenker's Diverticulum in 16 Patients*". Am Journ Roetg. 2001, 177 (5): 1067-71.

Tabla 1

No.Caso	Edad	Sexo	Diagnóstico	Tamaño del Divertículo	Diagnóstico
Caso 1	54 años	Femenino	Divertículo Esofágico tercio medio	2 cm X 1 cm	SEGD y Endoscopia
Caso 2	70 años	Masculino	Divertículo de Zenker	6 cm X 3 cm	SEGD y Endoscopia
Caso 3	55 años	Femenino	Divertículo Esofágico Epifrénico	8 cm X 5 cm	SEGD
Caso 4	34 años	Femenino	Divertículo Esofágico Epifrénico	7 cm X 5 cm	SEGD y Endoscopia
Caso 5	60 años	Femenino	Divertículo de Zenker	3 cm X 2 cm	SEGD y Endoscopia
Caso 6	32 años	Femenino	Divertículo Esofágico Epifrénico	6 cm X 3 cm	SEGD y Endoscopia
Caso 7	76 años	Masculino	Divertículo de Zenker	6 cm X 4 cm	SEGD
Caso 8	63 años	Masculino	Divertículo de Zenker	3 cm X 2 cm	SEGD y Endoscopia
Caso 9	66 años	Masculino	Divertículo de Zenker	5 cm X 3 cm	SEGD
Caso 10	50 años	Femenino	Divertículo de Zenker	3 cm X 3 cm	SEGD y Endoscopia
Caso 11	45 años	Masculino	Divertículo de Zenker	4 cm X 3 cm	SEGD y Endoscopia

Fuente: Archivo Clínico Hospital de Especialidades
Centro Médico Nacional "La Raza"

Tabla 2

No.Caso	Cirugía Realizada	Tipo de Reparación	Complicaciones	Mortalidad
Caso 1	Diverticulectomía + Miotomía	Sutura no Absorbible	No complicaciones	No
Caso 2	Diverticulectomía + Miotomía	Engrapadora	No complicaciones	No
Caso 3	Miotomía		No complicaciones	No
Caso 4	Diverticulectomía + Miotomía	Engrapadora	No complicaciones	No
Caso 5	Diverticulectomía + Miotomía	Engrapadora	No complicaciones	No
Caso 6	Diverticulectomía + Miotomía	Sutura no Absorbible	Hemorragia	No
Caso 7	Diverticulectomía + Miotomía	Engrapadora	No complicaciones	No
Caso 8	Diverticulectomía + Miotomía	Engrapadora	No complicaciones	No
Caso 9	Diverticulectomía + Miotomía	Sutura no Absorbible	Fístula Esofágica	No
Caso 10	Diverticulectomía + Miotomía	Engrapadora	No complicaciones	No
Caso 11	Diverticulectomía + Miotomía	Sutura no Absorbible	Fístula Esofágica	No

Fuente: Archivo Clínico Hospital de Especialidades
Centro Médico Nacional "La Raza"