

Divertículos Esofágicos. A propósito de un Caso Clínico.

Jaramillo J.P. (1), Abarca C. (1), Paladines E. (2), Nieto I. (2), Mendoza F. (3)

1. Médico residente de Postgrado de Gastroenterología ION- SOLCA Guayaquil.

2. Médico Gastroenterólogo tratante del servicio de Gastroenterología del ION-SOLCA Guayaquil.

3. Médico Gastroenterólogo Jefe del servicio de Gastroenterología del ION-SOLCA Guayaquil.

Abstracto

Presentamos el caso de un varón de 71 años, con antecedentes de Hipertensión arterial, Accidente cerebrovascular con hemiplejía izquierda y hernia hiatal; con cuadro clínico de varios años de evolución que se intensifica un mes antes de la consulta, con eructos, regurgitación, flatulencias, epigastralgia y pérdida de 20 libras de peso. Esofagograma particular sin novedad; Se realiza Endoscopia Digestiva Alta en nuestro departamento evidenciándose divertículo epifrénico, hernia hiatal y gastritis crónica positiva para *Helicobacter Pylori* en biopsias de la mucosa gástrica; posteriormente se complementa estudios con nuevo Esofagograma confirmando la presencia del divertículo, la hernia hiatal y la regurgitación del medio de contraste. El motivo por el cual presentamos este caso, es lo infrecuente que resultan los divertículos epifrénicos y que no siempre se los detectan en un esofagograma.

Palabras Clave: - Divertículos - Esófago - Esfínter esofágico
Disfagia - Regurgitación.

CONCEPTO:

Los divertículos esofágicos (bolsas esofágicas) son protuberancias anormales del esófago que en algunas ocasiones pueden provocar dificultad para la deglución. Hay tres tipos de divertículos esofágicos: Bolsa faríngea o divertículo de Zenker, bolsa del tercio medio del esófago o divertículo de tracción y bolsa epifrénica(1). Cada uno de ellos tiene un origen diferente, pero probablemente todos estén relacionados con trastornos de la deglución y de relajación muscular (acalasia y espasmo esofágico difuso) (1,2). Los principales síntomas suelen ser la regurgitación, que puede ser aspirada hacia los pulmones durante el sueño, ocasionando una neumonía por aspiración. Ocasionalmente cuando el divertículo crece demasiado provoca dificultad para la deglución (2). Para el diagnóstico se emplea un esofagograma, videorradiografía o cineradiografía y endoscopia digestiva. Generalmente no necesitan tratamiento, aunque si está afectada la deglución o hay riesgo de aspiración, se puede extirpar el divertículo mediante cirugía.

Correspondencia y separatas:

Dr. Francisco Mendoza J.
Servicio Gastroenterología
ION-SOLCA
Av. Pedro Menéndez Gilbert (junto a la Atarazana)
Guayaquil-Ecuador

© Los derechos de autor de los artículos de la revista Oncología pertenecen a la Sociedad de Lucha contra el Cáncer SOLCA.
Sede Nacional, Guayaquil - Ecuador

Abstract

We are presenting a case on a 71 years male with history of arterial hypertension, stroke with residual left hemiparesis and hiatal hernia. Over a month-period before his scheduled medical appointment he noticed an indwelling and progressive deterioration in his general condition experiencing epigastric discomfort, Gastrointestinal reflux symptomatology, frequent burping, along with a twenty-pound weight-loss. A swallow-study performed outside our Facility failed to demonstrate an abnormality; however during an upper Gastrointestinal endoscopy an epiphrenic diverticula and gastric mucosal features consistent with positive pylori-chronic gastritis were discovered, in addition to his hiatal hernia. A repeat swallow-study done afterwards confirmed the findings and showed contrast refluxing.

Key Words: Gastrointestinal reflux, Discomfort epigastric

INTRODUCCIÓN:

El esófago es un segmento del tubo digestivo, fibromuscular, de 25cm de longitud, que une a la faringe y al estómago y sirve para el paso de los alimentos; su origen es a nivel de la sexta vértebra cervical, atraviesa la región cervical por detrás de la tráquea, tórax por detrás del arco aórtico y del bronquio izquierdo, luego parte lateral derecha y anterior de la aorta y transpone el diafragma a través de hiato esofágico, discurrendo 2 a 4 cm debajo de este en el abdomen (5). Está fijo en la faringe y en el estómago en la región distal y además por tractos fibromusculares que la unen a la tráquea. Anatómicamente tiene tres estrechamientos: 1. A nivel del cartílago cricoides (esfínter faringoesofágico) 15 a 16 cm, de la arcada dentaria superior; 2, a nivel del arco aórtico (compresión de este y el bronquio izquierdo), a los 27 cm de la arcada; y 3. a nivel del hiato esofágico, de 35 a 42cm aproximadamente de la arcada dentaria superior. La musculatura del tercio superior del esófago es estriada y de tipo liso la del restante(3). La capa mucosa es fuerte, con epitelio estratificado escamoso, externamente carece de serosa. La irrigación está a cargo de las arterias tiroideas en la región cervical, las arterias intercostales, bronquiales y ramas de la aorta en la región torácica; por las arterias frénicas y ramas de la gástrica izquierda en la porción distal y abdominal del esófago. La innervación intrínseca, corresponde a los plexos submucosos de Meissner, La innervación del esófago procede de los nervios neumogástricos y Auerbach; todos ellos íntimamente relacionados(3).

La clasificación puede darse según: a) El origen (Congénitos



que son múltiples y mediotorácicos o adquiridos por pulsión); b) Por la Localización: (faringoesofágicos o de Zenker, Epibrónquicos o mediotorácicos y Epifrénicos); c) Por la patogenia (Pulsión: Zenker, Epifrénicos, intramurales; y por Tracción: Epibrónquicos) (4).

En el esófago puede haber divertículos en cualquiera de sus segmentos, pero en la práctica tiene relevancia clínica el divertículo faringoesofágico o de Zenker, el más frecuente con un 75% de los casos, surge por protusión progresiva de la mucosa en la pared posterior de la faringe, por encima del esfínter esofágico superior, a través de una zona más débil de la musculatura faríngea conocida como triángulo de Leimer, se atribuye a una disordinación entre la contracción de la faringe y la relajación del esfínter esofágico superior. Es más frecuente en mayores de 60 años y suele manifestarse por disfagia alta intermitente, regurgitación de alimentos. El diagnóstico es radiológico, debiendo por norma estudiarse todo el esófago, radiológica y endoscópicamente. Confirmado el diagnóstico el tratamiento es quirúrgico con diverticulotomía y miotomía parcial con resultados muy satisfactorios(5). En el tercio medio pueden verse divertículos de toda la pared esofágica que pueden ser secundarios a patologías mediastínicas (por tracción) y que normalmente no requieren tratamiento especial. En el tercio distal, está descrito el divertículo epifrénico (motivo de este trabajo) exactamente por encima del esfínter esofágico inferior, se proyectan por lo general hacia la derecha, mientras que los que se encuentran en otros sectores de esófago lo hacen en cualquier sentido, excepto hacia atrás(5,6). Pueden encontrarse evidencias de alteraciones motoras acompañantes o lesiones obstructivas. Estos divertículos responden también al mecanismo de pulsión al igual que el del tercio superior y que puede alcanzar gran tamaño, se puede presentar con diversos síntomas incluyendo disfagia y regurgitación de alimentos; Son potencialmente peligrosos por el riesgo de aspiración durante el sueño, es el menos frecuente y su tratamiento es quirúrgico ya sea por vía convencional o endoscópica con miotomía (6,7).

Cerca del 10 al 20% de los casos de divertículos esofágicos muestran múltiples sacos, pero rara vez su número es superior a tres(6,7).

Los adelantos recientes en los procedimientos videolaparoscópicos, el desarrollo de diversos métodos diagnósticos y técnicas mejoradas de abordaje quirúrgico, han posibilitado en los últimos años un manejo más seguro y con menor tiempo de recuperación.(8, 9,10,11).

Una adecuada historia clínica sigue siendo el pilar fundamental del diagnóstico, los datos deben registrarse minuciosamente teniendo en cuenta la fisiología esofágica y contención del reflujo (disfagia, pirosis y sus características).

CASO CLÍNICO:

Paciente masculino de 71 años de edad, con antecedentes patológicos familiares de hipertensión arterial, Accidente Cerebro Vascular con secuela de Hemiplejía izquierda, Hernia Hiatal diagnosticada radiográficamente. Acude el 19 de Mayo del 2003 a la consulta de Gastroenterología, por presentar

cuadro clínico caracterizado por dispepsia de varios años de evolución, el mismo que se intensifica hace un mes con eructación, regurgitación, flatulencia, epigastralgia y pérdida de peso de 20 libras aproximadamente. Trae esofagograma particular que lo reportan como normal.

Al Examen Físico: Paciente en regular estado nutricional, presencia de hemiplejía izquierda, Cardiopulmonar normal. Abdomen: Globoso, suave, depresible, ruidos hidroaereos normales en tono e intensidad, no se palpan visceromegalias ni masas abdominales, tacto rectal normal, no se palpan ganglios linfáticos superficiales, resto de aparatos y sistemas aparentemente normales.

Datos de Laboratorio: Hemoglobina: 11.7 mg/dl; Hematocrito: 34%; Glucosa: 87 mg/dl; Urea 23 mg/dl; Creatinina: 2.74 mg/dl; Acido Urico: 7.8 mg/dl; Colesterol: 168.6 mg/dl; Hepatograma: dentro de límites normales; Marcadores Tumorales: CEA: 0.82 ng/ml (VN 0.0-4.60); CA19-9: 7.57 U/ml (VN 0.0-37.0); CA72-4: 0.82 U/ml (VN 0.0-7.0).

Se realiza valoración cardiológica, la misma que autoriza procedimiento de Endoscopia Digestiva Alta, que se la realiza el mismo día 19 de Mayo, la cual reporta: Esófago: Mucosa pálida con signos de atrofia en tercio distal, en región paracardial se aprecia orificio diverticular no complicado (fotografía #. 1; Parte superior y derecha de la imagen se aprecia el divertículo y en la parte inferior se observa el cardias) cardias a 38 cm de arcada dentaria superior. Estómago: Llama la atención la presencia de un megaestómago (fotografía #. 2; Se observa el gran tamaño del órgano); Fondo y cuerpo con pliegues gástricos engrosados y mucosa de aspecto pavimentoso, se toman biopsias. Antro: Mucosa pálida con signos de atrofia con alternabilidad blanquecina y rojiza, se biopsia. Piloro de localización excéntrica; Duodeno: Primera y segunda porción de características endoscópicas normales. El resultado del estudio Anatomopatológico, reporta: Gastritis crónica moderada; actividad inflamatoria moderada; Hiperplasia Folicular Linfoide; Helicobacter Pylori colonización densa, en biopsias de mucosa gástrica de cuerpo y antro.

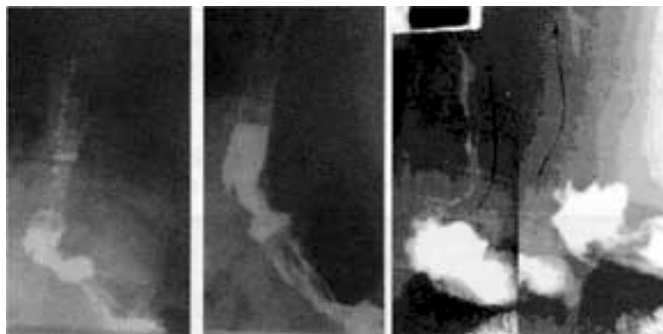


(Fotografía # 1)

(Fotografía # 2)

Se sugiere Esofagograma, el mismo que reporta, presencia de ondas terciarias no propulsivas; pequeña formación diverticular en esófago distal (Fotografía # 3 y 4; Se observa una imagen pequeña señalada por las flechas que corresponden al divertículo) disminución de la distensibilidad en la unión esofago-gástrica; Presencia de reflujo gastroesofágico durante el estudio (Fotografía # 5; Se observa como el bario asciende por

el esófago como ilustran las flechas). El paciente recibe tratamiento basado en de procinéticos, fibra natural, tratamiento triple para erradicación de *Helicobacter Pylori* y se lo cita en 2 meses con expectativas de realizar colonoscopia.



(Fotografía # 3)

(Fotografía # 4)

(Fotografía # 5)

DISCUSIÓN:

El presente caso clínico ilustra aspectos importantes de los Divertículos Esofágicos, este caso en particular, un divertículo epifrénico, uno de los más raros y que provoca en este paciente, sintomatología de regurgitación, acompañada de dispepsia, epigastralgia y otros no específicos de patología esofágica. Sin embargo este caso nos hace reflexionar sobre la importancia que tiene el estudio Endoscópico ante la sospecha clínica de divertículos, a pesar de haber un Esofagograma previo, particular, donde se descarta patología esofágica, por cuanto este estudio es realizado sin fluoroscopio que es indispensable para detectar anomalías durante el procedimiento y permite tomar las placas radiográficas en el momento preciso que aparece una anomalía. Posterior al hallazgo Endoscópico en nuestro departamento, se considera realizar un nuevo Esofagograma con fluoroscopia, para detectar la presencia de anomalías motoras del esófago, encontrándose la formación diverticular, disminución de la distensibilidad en unión esofagogastrica y la presencia de reflujo gastro-esofágico durante el estudio.

Como ya hemos descrito, los divertículos a este nivel se producen por mecanismo de pulsión, debidos posiblemente a una incoordinación entre el esfínter esofágico inferior y la peristalsis, de modo que el segmento esofágico inferior estaría sujeto a grados de presión crecientes provocando así la formación del divertículo.

En el presente caso no se consideró un procedimiento quirúrgico, que es el tratamiento indicado en los divertículos epifrénicos, por el tamaño del mismo, y para seguimiento posterior al tratamiento clínico empleado en él.

Bibliografía:

- 1.- Dra. A. Tamayo F, M. Alvaréz N, L. López L, I. Casal B, M. Castello G. Fibromatosis agresiva. Comportamiento de algunos aspectos clínicos-epidemiológicos y terapéuticos. Cu /revista/abr/vol 40,2001.
- 2.- Rosemberg A. Sistema esquelético y patología tumoral de Los tejidos blandos. En: Cotrán RS, Kumar V, Collins T. Robbins. Patología estructural y funcional, 6ta edición. Ed. Mc Graw Hill Interamericana: España, 2000 :1308-9.
- 3.- Colon KC, Brennan MF. Sarcoma de partes blandas. En: Gerald P. Murphy MD. Oncología clínica. Manual de la American Cancer Society. 2da edición. OPS: Washintong DC, 1996: 498
- 4.- Stout AP. Fibrosarcoma, well-differentiated (agresive fibromatosis). Cancer 7: 952, 1995.
- 5.- Weiss SW, Goldblum JR. Enzinger and Weiss's. Fibromatoses. Soft Tissue Tumors. M ST. Louis, Missouri. United States of America. Fourth edition. 2001: 309-346.
- 6.- Rodriguez-Bigas MA, Mahoney MC, Karakousis CP, et al. Desmoid tumors in patient familial adenomatous polyposis. Cancer 74: 1270, 1994.
- 7.- A. Moral Duarte, J. Piulachs Clapera, P Viella Regia, EM. Targarona Soler, A. Obrador y M. Trias Folch. Tumor desmoides en pacientes afectados. Cir Esp. 1998-63: 1398-1401.
- 8.- Tan YY, Low CK, Chong PY. A case report on aggressive fibromatosis with bone involvement. Singapore Med J. 1999 Feb; 40 (2): 111-2.
- 9.- Duteille F, Dautel G, Sommelet D. Desmoid Tumor of the Hand Surg. (Br) 1999 Oct; 24 (5): 628-30.
- 10.- Leithner A, Schnack B, Katterschatka T, Wiltshcke C, Amann G, Windhager R, et al Teatment of extra-abdominal desmoid tumor with interferon-alpha with or without tretinoin. J Surg Oncol 2000 Jan; 73 (1): 21-25.
- 11.- Mainero RFE, Figueroa UJ, Diaz RL, Sarachaga OM. Tumor desmoides análisis clínico, terapéutico y pronóstico de 20 casos. MED Hosp ABC. 1994; 39 (2): 59-63.
- 12.- D.J. Pritchard MD. A.G. Nascimento MD, and I.A. Peterson MD: Local control of extra-abdominal desmoid tumors. Vol: 78-A, N: 6, June 1996.

