

Divertículo epifrénico gigante. Presentación de un caso.

Lilian Rachel Vila Ferrán

Especialista de primer grado en Anatomía Patológica.
Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima.
Provincia Cienfuegos. Cuba.
Correo-e: lilian.vila@gal.sld.cu

a clinical autopsy. The work presents the clinical and morphological particularities of the case and includes some characteristics that distinguish this pathology.

***Index Terms*—divertículo epifrénico gigante, esófago, autopsia**

ABSTRACT

Los divertículos esofágicos epifrénicos son raros, generalmente únicos y asintomáticos, siendo la mayoría de ellos diagnosticados en exámenes radiológicos, endoscópicos o en las autopsias. Sus posibles etiologías y tratamientos han sido ampliamente discutidos. En la clínica puede ser difícil su diagnóstico si no se interroga debidamente al paciente y se realizan los exámenes complementarios adecuados, por lo que se presenta el caso de un paciente de 68 años, masculino, con divertículo epifrénico gigante, sintomático, que fallece a los pocos días del ingreso en el Hospital General Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima" y al que se le realiza la autopsia clínica. El trabajo presenta las particularidades clínicas y morfológicas del caso y recoge algunas características que distinguen a esta patología.

Epiphrenic esophageal diverticula are rare, usually unique and asymptomatic, with most of them diagnosed in radiological examinations or autopsies. Its possible etiologies and treatments have been widely discussed. In the clinic, it can be difficult to diagnose if the patient is not properly examined and adequate complementary examinations are carried out. This is the case of a 68-year-old male patient with a giant, symptomatic epiphrenic diverticulum that dies within a few days of admission to the General University Hospital "Dr. Gustavo Aldereguía Lima" performing

INTRODUCCIÓN

Los divertículos esofágicos son dilataciones circunscritas de la pared esofágica que conducen a la formación de una bolsa, más o menos amplia que comunica con la luz del órgano, tapizados por mucosa esofágica [1]–[3].

Los divertículos de tipo epifrénicos son raros, estimándose una incidencia de 1:500.000 al año, aproximadamente [4]. En orden de frecuencia, el primer lugar lo ocupan los divertículos localizados en la porción superior del esófago (divertículos de Zenker) representando entre el 54 % y el 82 % de todos los divertículos esofágicos [5]–[7] seguidos por los que se desarrollan en la porción media esofágica o parabrónquiales (10 %-18 %) y los que se desarrollan inmediatamente sobre el esfínter esofágico o epifrénicos (2.5 %-14 %) [5], [6], [8].

Este hecho resultó en motivación para la realización de este trabajo donde se presentan las particularidades clínicas y morfológicas del caso y se recogen algunas características que distinguen a esta patología.

CASO CLÍNICO

Paciente de 68 años de edad, mestizo, masculino, etílico crónico, con antecedentes de hipertensión arterial con tratamiento que ingresa en nuestro centro por vómitos frecuentes, con restos de alimentos, pérdida de peso de aproximadamente 18 Kg, dolor epigástrico, disfagia y halitosis desde hacía aproximadamente 5 meses. Al examen físico se encontró la piel y las mucosas hipocoloreadas, murmullo vesicular disminuido y estertores crepitantes diseminados en ambos campos pulmonares.

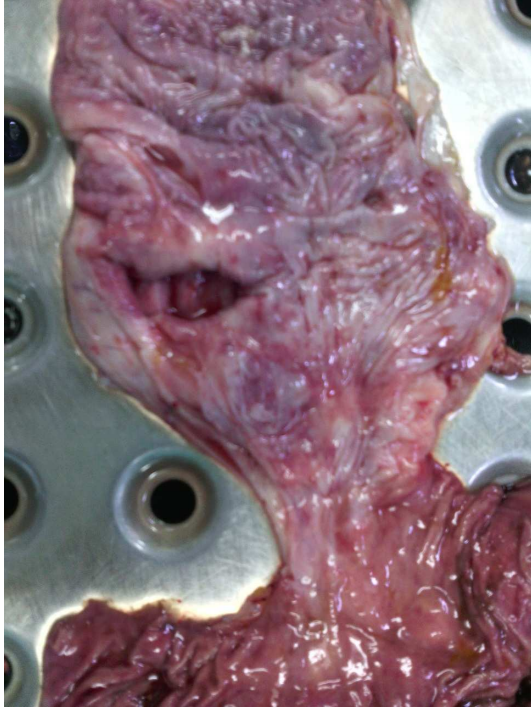


Figura 1. Estrechez a nivel de la unión esófago-gástrica, aumentada de consistencia, con dilatación de la luz esofágica por encima de la misma.

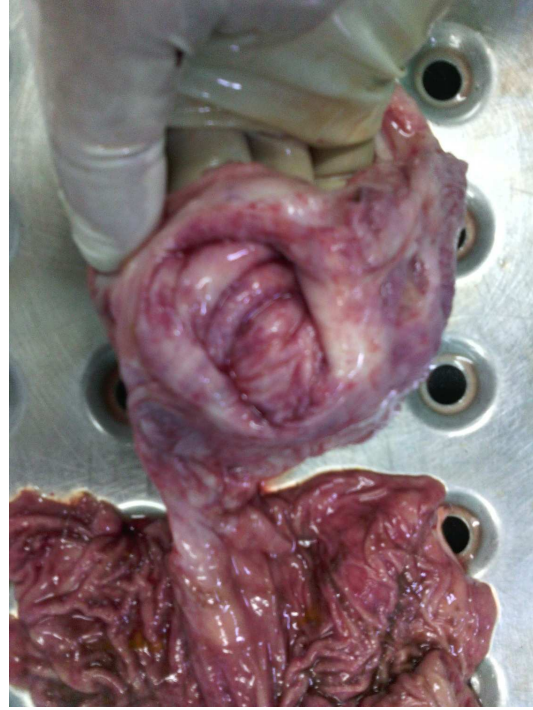


Figura 2. Formación de aspecto sacular epifrénica derecha de grandes dimensiones, que comunica con la luz del órgano, recubierta por mucosa. Mucosa gástrica enrojecida.

Durante su ingreso se mantuvo con vómitos de iguales características a los anteriores. Presentó tos y expectoración blanquecina que se hicieron más frecuentes, hasta que fallece 4 días después de su ingreso. Se le realizó una necropsia clínica encontrándose estrechez a nivel de la unión esófago-gástrica, aumentada de consistencia, con dilatación de la luz esofágica por encima de la misma y formación de aspecto sacular, a 6 cm del esfínter esófago-gástrico, hacia la cara lateral derecha del órgano, de 10 cm de largo y que comunica con la luz del órgano en un diámetro de 7 cm. Dicha luz estaba recubierta por mucosa y restos de alimentos parcialmente digeridos en su interior. Se observó además la mucosa gástrica enrojecida (figura 1 y 2).

A la disección pulmonar, estos órganos se observaron rojizos intensos, de aspecto consolidado, que a la presión dejaban escapar líquido sanguinolento, espumoso, sucio.

Al realizarle el estudio histológico al tejido esofágico sacular con coloraciones de rutina encon-

tramos la capa muscular fragmentada o ausente en extensas zonas con infiltrado inflamatorio crónico severo y microfocos de ulceración. (Figura 3 y 4)

El caso se concluyó como estenosis crónica causante de una acalasia, divertículo epifrénico gigante y neumonía bacteriana severa a germen no precisado.

DISCUSIÓN

Los divertículos epifrénicos típicamente se presentan en pacientes entre los 30 y 60 años, predominando el sexo femenino en una relación de 2:1 [5]-[7] siendo nuestro paciente masculino de 68 años.

Los divertículos pueden ser congénitos (más raros) o adquiridos y estos últimos pueden clasificarse de acuerdo a su mecanismo de producción en divertículos por pulsión (más frecuentes) o por tracción. Los divertículos por pulsión se producen a causa de la protrusión de la mucosa esofágica a través de la capa muscular, como mecanismo compensatorio al incremento de la presión

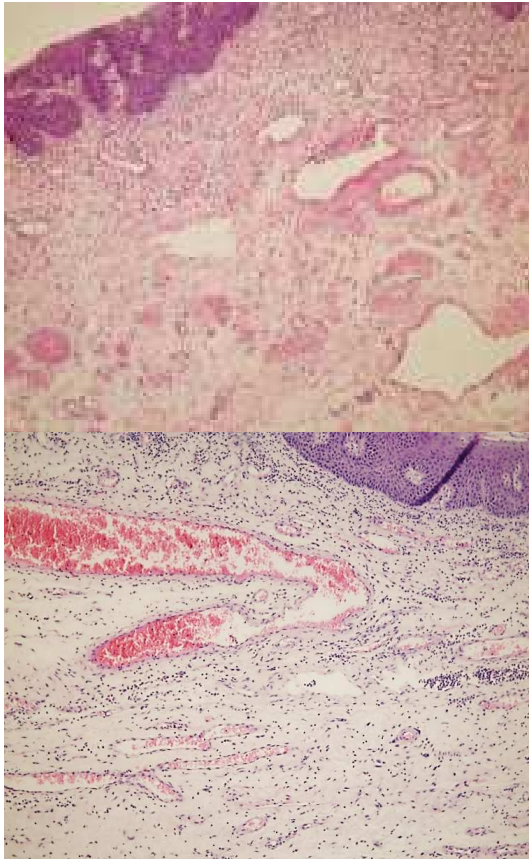


Figura 3. Variaciones de la capa muscular que van desde la fragmentación hasta su ausencia (coloración Hematoxilina-Eosina, 40 X)

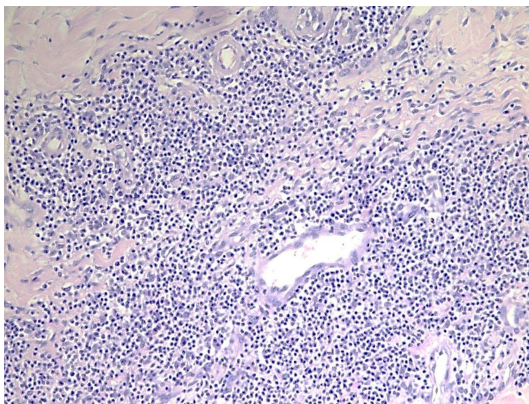


Figura 4. Infiltrado inflamatorio crónico severo de la pared esofágica. (coloración Hematoxilina-Eosina, 40 X)

intraluminal en pacientes con alteraciones de la motilidad esofágica o con obstrucción crónica [1]–[5], [7]–[12]. Los divertículos epifrénicos casi siempre son variantes por pulsión [3], [4], [9], [10], [13]. La acalasia del cardias es la patología más frecuentemente relacionada con el divertículo epifrénico, aunque también se han detectado otras alteraciones, como el espasmo esofágico difuso, el peristaltismo esofágico sintomático y el esfínter esofágico inferior hipertensivo. Sin embargo, la baja incidencia de divertículos epifrénicos en los pacientes con acalasia (9–15%), así como la ausencia de diferencias precisas entre los pacientes con trastornos motores con y sin divertículo epifrénico, nos obliga a pensar en la coexistencia de otros factores etiológicos [2], [4]. Existen casos reportados en la literatura asociados a enfermedades del colágeno como la esclerodermia, ingestión de ácido sulfúrico, leiomioma esofágico, procedimientos quirúrgicos como la colocación de banda gástrica y la miotomía esofágica [2], [9], [13]. Los divertículos por tracción se producen por los efectos sobre la pared del esófago de procesos tumorales o inflamatorios crónicos que producen retracción en los tejidos adyacentes, fundamentalmente por inflamación granulomatosa de los ganglios linfáticos traqueobronquiales [3], [5]. Frecuentemente son considerados sinónimos los divertículos por tracción y los del esófago medio [1], [9], [10]. También pueden clasificarse como verdaderos si tienen la capa muscular propia en su pared o en falsos si carecen de esta capa [3], [4], [9].

Los divertículos epifrénicos son generalmente falsos [2], [4], [9], [13]. En nuestro paciente la capa muscular solo estaba ausente en su totalidad en algunas zonas de la lesión.

Otra clasificación es de acuerdo a la localización donde se producen en el esófago: al nivel de la unión de la faringe con el esófago, divertículo faringoesofágico de Zenker; al nivel de la porción media del esófago torácico, cerca de los ganglios linfáticos hiliares, sucrinales y paratraqueales (divertículos mediotorácicos), y los epifrénicos localizados en los últimos 10 cm del esófago por encima del hiato, en la cara anterior o lateral de este (especialmente a la derecha) o inmediatamente por encima del diafragma [1]–[8], [10]–[12].

Los criterios diagnósticos de esta enfermedad son clínicos, radiológicos, endoscópicos y manométricos [5].

Generalmente son únicos, asintomáticos cuando el saco diverticular es pequeño (en mayoría) por lo que muchos de ellos constituyen hallazgos incidentales en estudios radiológicos, endoscópicos o necropsias [2]–[4], [7], [8], [10]–[12]. A pesar que nuestro paciente desde hacía 5 meses anteriores a su ingreso presentó síntomas solo se diagnosticó en la autopsia pues su corta estadía hospitalaria y su mal estado general no permitieron realizarle ningún estudio de imagen. Pueden tener tamaños variables, como promedio miden alrededor de 7,4 cm [4]. La lesión de nuestro caso alcanzó los 10 cm de longitud y 7 cm de diámetro.

Los síntomas clínicos varían dependiendo de la localización de la lesión [7], [11] presentando síntomas solo entre un 15 a un 20 % de los casos [4]. Produce disfagia y halitosis puesto que esta formación se convierte en un receptáculo para la comida ingerida y pueden coexistir con hernia de hiato o eventración diafragmática. La regurgitación y los dolores retroesternales pueden estar presentes, todos presentados por nuestro paciente con la diferencia de la localización del dolor en la zona epigástrica puesto que era aquí donde se encontraba el divertículo. El paciente puede presentar disnea y palpitaciones que desaparecen cuando la bolsa está vacía, pérdida de peso y síntomas respiratorios [1]–[5], [7], [8]. La hematemesis por sangrado y la perforación puede aparecer de forma excepcional [2], [4].

El Rx contrastado por bario del esófago es la mejor técnica para demostrar estas lesiones [7], [11], [12]. Si el divertículo es pequeño puede verse lleno por los alimentos ingeridos adherido al esófago, pero si es grande se verá por 3 niveles. En el inferior se visualizarán los alimentos, en el segundo nivel líquido y en el superior aire [5]. La endoscopia complementa los hallazgos del esofagograma y permite evacuar la cavidad del divertículo cuando ésta se encuentra llena de material alimentario [11].

La manometría esofágica constituye otro elemento diagnóstico imprescindible y debe ser indicado sistemáticamente, sobre todo en los pacientes sintomáticos, para aclarar el tipo de trastorno motor que coexiste con el divertículo [5], [11]. Dentro

de los trastornos motores se incluyen: espasmo difuso intermitente del esófago, esfínter esofágico inferior hipertónico con peristalsis normal o relajación incoordinada, trastornos inespecíficos y acalasia (presente en este caso). Esta última tiene incidencia muy variable en pacientes con divertículos epifrénicos [11], [12].

Otras técnicas que pueden ser de utilidad, especialmente en lo que respecta a evolución y complicaciones, son la tomografía axial computadorizada (TAC) y la resonancia magnética [5].

Las complicaciones incluyen obstrucción, infección del saco diverticular con perforación y mediastinitis, ulceración, hemorragia, neumonía por aspiración y abscesos pulmonares, compresión esofágica, y malignidad. Nuestro paciente solo presentó microulceraciones y hemorragia focal [5], [7], [10]. Entre los diagnósticos diferenciales se encuentran: procesos neoplásicos, hernias hiatales, pseudodivertículos simples o múltiples, duplicación esofágica, megaesófago, quistes, etc [1], [5], [7].

Dada la rareza de los divertículos epifrénicos, no hay establecido un consenso en cuanto al tratamiento estándar [4]. Los puntos controvertidos respecto a esta patología siguen siendo la indicación quirúrgica, la vía de abordaje y la técnica a emplear [2], [4], [11].

El tratamiento de los divertículos epifrénicos pequeños y asintomáticos en los que se haya descartado algún trastorno coexistente la actitud expectante es la más idónea; sin embargo, otros autores son partidarios de una miotomía sistemática limitada al segmento entre el divertículo y el esfínter esofágico inferior. Cuando el divertículo esofágico, por el aumento progresivo de su tamaño o por alguna de sus complicaciones comienza a tener una expresión clínica, la única opción válida que permite una acción terapéutica definitiva es la corrección quirúrgica del divertículo y de la enfermedad asociada, tanto funcional como orgánica [2]–[5], [11]–[13].

Aparte de la resección del divertículo o diverticulopexia, que puede realizarse cuando el cuello del divertículo es grande, es necesario eliminar la causa del aumento de presión intraluminal responsable del desarrollo del divertículo; incluso esto es más importante que la misma resección del divertículo [11].

El abordaje laparoscópico es el tratamiento quirúrgico de elección. Una miotomía larga y un procedimiento antirreflujo deben asociarse para evitar las fístulas del esófago en la línea de reparación del reflujo gastroesofágico [4].

El pronóstico depende del tamaño de la lesión y su asociación con enfermedades inflamatorias [7].

- [13] Martín González M A, Ferrá Betancourt A y Fuentes Valdés E. Divertículos esofágicos por pulsión: técnicas quirúrgicas. *Rev Cubana Cir.* 2005 oct-dic; 44(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932005000400004

REFERENCIAS

- [1] Surós F J. Enfermedades de la cavidad bucofaríngea y glándulas salivales y del esófago. En: Pedro-Pons A, editor. *Tratado de Patología y Clínica médica.* La Habana: Ciencias Médicas; 1967. p. 72-77.
- [2] Ruiz De Angulo Martín D, Ortiz Escandell M A, Martínez De Haro L F, Munitiz Ruiz V, Parrilla Paricio P. Divertículos epifrénicos: ¿cuándo y cómo operar?. *Cir Esp* 2009 abr; 85(4):196-204. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-diverticulos-epifrenicos-cuando-como-operar-S0009739X09000396>
- [3] Rodríguez H J, et al. Divertículo epifrénico de grandes dimensiones: resolución mediante toracotomía y sutura mecánica. *Cir Esp* 2002; 72(4):240-3. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-pdf-S0009739X02720472-S300>
- [4] Olarte P, Padrón O L, Arboleda D. Resección de divertículo epifrénico por laparoscopia. *Rev Colomb Cir.* 2012; 27:306-13. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v27n4/v27n4a10.pdf>
- [5] López Montaña J L, Acosta Varona J, Valladares Lorenzo R y Pila Pérez R. Divertículos esofágicos. Comunicación de 2 divertículos de Zenker. *Rev Cubana Cir.* 2003; 42(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00347493200300200012
- [6] Petras E. R. Gastrointestinal System. In: Gattuso P, Reddy V. B, David O, Spitz D. J, Haber M.H, editors. *Differential Diagnosis in Surgical Pathology.* Philadelphia: Elsevier; 2015. p. 291
- [7] Fu B, Rueda-Pedraza M. E. Non-neoplastic disorders of the esophagus. In: Goldblum J. R, editor. *Gastrointestinal and liver pathology.* Philadelphia: Elsevier; 2012. p. 7
- [8] Ciriza R C, Canga R F, Dutari V J, Castel L I. Divertículos epifrénicos y medio esofágicos: una causa poco frecuente de disfagia esofágica. Hallazgos en la manometría esofágica de alta resolución. *Rev Esp Enferm Dig* 2015; 107(5):316-321. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/diges/v107n5/es_notas2.pdf
- [9] Takubo K. Other Nonneoplastic Disorders of the Esophagus. In: Takubo K, editor. *Pathology of the Esophagus.* Japan: Japan Society for the Promotion of Science; 2007. p.102-104.
- [10] Rosai J. *Patología Quirúrgica.* In: Vásquez G O, editor. Bogotá: Elsevier; 2013. p. 587-588.
- [11] Vega K, Andrade-Alegre R, Lambraño L. Divertículo epifrénico. Descripción de un caso clínico y revisión de la literatura. *Rev Colomb Cir* 2006; 21(1):63- Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v21n1/v21n1a9.pdf>
- [12] Vallés G M, Expósito R O, Gaetano F C, Rey V Y. Divertículo epifrénico. *Rev Cub Cir* 2011; 50(2):223-228. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/cir/v50n2/cir11211.pdf>