

DIAGNÓSTICO ENDOSCÓPICO DE UN DIVERTÍCULO EPIFRÉNICO DE GRAN TAMAÑO

M.C. García-Gavilán, R. Gálvez-Fernández, E. Soria-López, A. Sánchez-Cantos

Servicio Aparato Digestivo. Hospital Costa del Sol, Marbella.

Resumen

Presentamos el caso de un paciente de 67 años que se diagnostica de un divertículo epifrénico de gran tamaño mediante una endoscopia digestiva alta por clínica de pérdida de peso leve, sin otra sintomatología. El divertículo se localizaba a nivel de esófago distal, con unos 4 cm de diámetro máximo, sin alteraciones de la mucosa intradiverticular y con función del cardias conservada. Se realiza TC toraco-abdominal que descarta lesiones extradigestivas desencadenantes del divertículo. El paciente se encuentra asintomático y tolera bien la dieta oral normal, por lo que se decide manejo conservador.

Palabras clave: Divertículo esofágico, divertículo epifrénico.

Abstract

We report the case of a 67 year-old patient diagnosed by an upper endoscopy of a big epiphrenic diverticulum, due to a clinical of slight weight loss without other symptomatology. This diverticulum was located in the distal esophagus, has a maximum diameter of 4cm, without alterations in the intradiverticular

mucosa and preserved cardiac function. The thoraco-abdominal CT scan rules out extradigestive complications as the cause of the diverticulum. The patient was asymptomatic and tolerated well the normal oral intake, that's why conservative management was decided.

Key words: Esophageal diverticulum, diverticulum epiphrenic.

Caso clínico

Varón de 67 años con antecedente de diabetes mellitus con mal control metabólico y signos de neuropatía periférica diabética y un episodio de hemorragia digestiva alta por úlcera péptica tratada endoscópicamente con escleroterapia hace unos 20 años. Comienza a estudiarse en las consultas externas de digestivo por cuadro constitucional con pérdida de 5 kg de peso, sin disfagia, dolor ni otra sintomatología. Se solicita una endoscopia digestiva alta (EDA) en la que se objetiva a nivel de esófago distal, inmediatamente proximal a la unión esófago-gástrica, de un divertículo esofágico de boca ancha de unos 4 cm de diámetro máximo, sin contenido en su interior y con mucosa intradiverticular conservada (Figura 1). El área de transición esofagogástrica es normal y presenta un cardias competente que no ofrece resistencia al paso del endoscopio convencional. Se solicita un TC toraco-abdominal que descarta complicaciones extradigestivas como causa etológica del divertículo y que muestra una dilatación sacular del esófago distal de 36mm de diámetro transversal máximo y 40 mm de diámetro cráneo-caudal, con paredes de grosor normal (Figuras 2 y 3). Ante la ausencia de sintomatología se decide tratamiento

CORRESPONDENCIA

Mari Carmen Garcia Gavilan
marigarciagavilan@hotmail.es



Figura 1

Divertículo en esófago distal de boca ancha, inmediatamente proximal a la unión esófago-gástrica, sin contenido en su interior y con mucosa intradiverticular de aspecto normal.

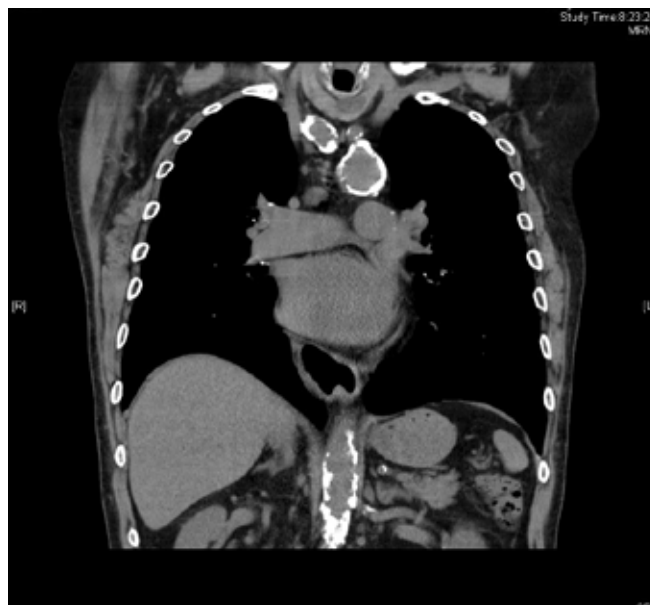


Figura 3

Corte coronal del TC. Diámetro cráneo-caudal de 40 mm con paredes de grosor conservado. No se observan lesiones extradigestivas.



Figura 2

Corte axial del TC. Divertículo en esófago distal de 36.35 mm de diámetro máximo.

conservador. Actualmente, tras 5 meses de evolución, el paciente se encuentra asintomático, tolerando una dieta oral normal.

Discusión

Los divertículos esofágicos son dilataciones saculares formadas por todas las capas de la pared esofágica (divertículo verdadero) o por la mucosa y submucosa (pseudodivertículo). Según su localización se clasifican en divertículos cervicales (divertículo de Zenker), divertículos de esófago medio y de esófago distal (divertículo epifrénico).

Los divertículos epifrénicos son una patología benigna esofágica rara con una prevalencia desconocida ya que con frecuencia son un hallazgo incidental en el curso de una exploración por otro motivo. Son divertículos por pulsión del esófago distal,

que se deben a una herniación de la mucosa y submucosa (pseudodivertículos) a través de las capas musculares de la pared esofágica¹. En el 75-100% de los casos se asocian a una alteración de la motilidad esofágica, relacionándose principalmente con la acalasia y el espasmo esofágico difuso, aunque también se pueden asociar con una hipertonía del esfínter esofágico inferior (EEI) o un esófago en cascanueces^{1, 2}.

Clínicamente suelen ser asintomáticos y se diagnostican de forma incidental en el curso de una exploración por otro motivo, como es nuestro caso. Sin embargo, en el 37-63% de los casos los pacientes presentan síntomas, siendo los más frecuentes disfagia, regurgitación de comida no digerida, dolor torácico y pérdida de peso, e incluso sintomatología respiratoria debido a episodios de aspiración¹⁻⁴. Para su diagnóstico está indicada la realización de una EDA que aporta información sobre el tamaño, localización y signos sugerentes de patología funcional, además de descartar la presencia de un proceso tumoral. La manometría esofágica ofrece información sobre su relación con una patología funcional esofágica o del EEI, siendo el hallazgo más frecuente una acalasia o espasmo esofágico difuso, seguido de un esófago en cascanueces o una hipertonía del EEI¹⁻⁴. En nuestro caso no se completó el estudio con una manometría esofágica ya que el paciente no presentaba síntomas sugestivos de trastorno motor. El tránsito esófago-gastro-duodenal es útil para la planificación de una posible cirugía: tamaño, identificación y diámetro del cuello del divertículo, número, localización y distancia a la unión gastro-esofágica¹. El tamaño medio es de 4-7 cm, y normalmente se trata de un divertículo único, pero hasta en un 15% de los casos hay 2 o más divertículos; su localización en el 70% de los casos es derecha y la distancia del divertículo al diafragma es variable, aunque por definición se encuentran en los 10 cm más distales del esófago¹.

En pacientes asintomáticos o mínimamente sintomáticos el manejo es conservador, ya que se ha visto que permanecen

estables en el tiempo, sin que se observe una progresión significativa de los síntomas³. Para aquellos con síntomas importantes está indicado el tratamiento quirúrgico¹. Éste consiste en la realización por vía laparoscópica o toracoscópica de una miotomía con diverticulectomía en el caso de divertículos de mediano o gran tamaño. Normalmente se asocia la realización de una funduplicatura que suele ser de tipo parcial, para prevenir el reflujo tras la cirugía^{1, 2}. Es un tratamiento resolutivo en el 23-100% de los casos^{1, 3, 4} pero las complicaciones postquirúrgicas no son despreciables con una tasa descrita del 25%. Por ello a la hora de plantear un tratamiento quirúrgico éste se reserva sólo para aquellos pacientes que presenten síntomas⁵.

Bibliografía

- 1- Soares R, Herbella FA, Prachand VN, Ferguson MK, Patti MG. Epiphrenic Diverticulum of the Esophagus. From Pathophysiology to Treatment. *J Gastrointest Surg.* 2010; 14: 2009–2015.
- 2- Melman L, Quinlan J, Robertson B, Brunt LM, Halpin VJ, Eagon JC, et al. Esophageal manometric characteristics and outcomes for laparoscopic esophageal diverticulectomy, myotomy, and partial fundoplication for epiphrenic diverticula. *Surg Endosc.* 2009; 23: 1337–1341.
- 3- Benacci JC, Deschamps C, Trastek VF, Allen MS, Daly RC, Pairolero PC. Epiphrenic diverticulum: results of surgical treatment. *Ann Thorac Surg.* 1993; 55(5): 1109-13.
- 4- Tedesco P, Fisichella PM, Way LW, Patti MG. Cause and treatment of epiphrenic diverticula. *Am J Surg.* 2005; 190: 902–905.
- 5- Zaninotto G, Parise P, Salvador R, Costantini M, Zanatta L, Rella A, et al. Laparoscopic repair of epiphrenic diverticulum. *Semin Thorac Cardiovasc Surg.* 2012; 24(3): 218-22.