

Divertículo epifrênico gigante de esôfago: apresentação e tratamento

Giant esophageal epiphrenic diverticulum: presentation and treatment

Marcelo Protásio dos Santos¹, Denise Akerman¹, Caio Pasquali Dias dos Santos¹, Paulo Vicente dos Santos Filho², Marcos Claudio Radtke¹, Fernando Bray Beraldo¹, José Eduardo Gonçalves¹

RESUMO

O divertículo epifrênico é uma patologia rara associada a distúrbios motores esofágicos e, frequentemente, assintomática, tendo indicações cirúrgicas bem estabelecidas. Relatamos um caso de divertículo epifrênico gigante em paciente de 59 anos, sexo feminino, sintomática, diagnosticada por exames complementares. Devido à sintomatologia, optou-se por tratamento cirúrgico, sendo realizada a diverticulectomia esofágica com cardiomiectomia e funduplicatura parcial anterior laparoscópica.

Descritores: Divertículo esofágico; Divertículo; Laparoscopia; Doenças do esôfago; Funduplicatura; Relatos de casos

ABSTRACT

Epiphrenic diverticulum is a rare disease associated with esophageal motor disorders that is usually asymptomatic and has a well-established surgical indication. We report a case of giant epiphrenic diverticulum in a 59-year-old symptomatic woman who was diagnosed after underwent complementary exams. Because of her symptoms, the surgical treatment was chosen, and esophageal diverticulectomy was performed along with laparoscopic cardiomyotomy and anterior partial fundoplication.

Keywords: Diverticulum, esophageal; Diverticulum; Laparoscopy; Esophageal diseases; Fundoplication; Case reports

INTRODUÇÃO

Os divertículos esofágicos são divididos em cervicais (faringoesofágicos), de terço médio e terço inferior (epifrênicos). Os divertículos epifrênicos são protrusões

saculares anormais da luz esofágica através da camada muscular, causados por um aumento de pressão intraesofágica, e estão comumente ligados a distúrbios motores do esôfago.⁽¹⁾ São considerados divertículos falsos, devido ao acometimento apenas da mucosa e da submucosa,^(2,3) sendo muito raros.⁽⁴⁾ Nos Estados Unidos, a prevalência é de aproximadamente 15/100 mil.⁽⁵⁾ O tratamento depende da intensidade dos sintomas e do risco de potenciais complicações, como sangramento e perfuração. Atualmente, a diverticulectomia com cardiomiectomia e funduplicatura laparoscópica é o tratamento cirúrgico de eleição.^(3,6)

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 59 anos, com queixa de epigastralgia, vômitos e regurgitação pós-prandiais, disfagia e pirose há aproximadamente 9 anos, referindo melhora parcial com uso de inibidores de bomba de prótons. A endoscopia digestiva alta (Figura 1) evidenciou óstio diverticular único, de grandes proporções de aproximadamente 2cm de diâmetro, repleto de resíduos alimentares, provocando desvio da cárdia, localizado na parede anterior do segmento distal do esôfago, pouco acima da transição gastresofágica. A seriografia esôfago-estômago-duodeno (Figura 2) confirmou achados de divertículo epifrênico. A manometria esofágica revelou hipocontratilidade do corpo esofágico (amplitude média de 20mmHg). A tomografia computadorizada de tórax demonstrou imagem com conteúdo heterogêneo

¹ Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual, Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", São Paulo, SP, Brasil.

² Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, SE, Brasil.

Autor correspondente: Marcelo Protásio dos Santos – Rua Cedro, 213 – São José – CEP: 49020-170 – Aracaju, SE, Brasil – Tel.: (79) 3211-9119 – E-mail: marcelo_protasio@yahoo.com.br

Data de submissão: 9/12/2016 – Data de aceite: 4/5/2017

DOI: 10.1590/S1679-45082017RC3954

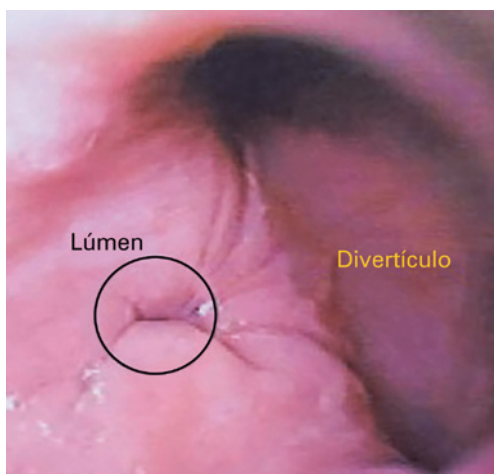


Figura 1. Endoscopia digestiva alta. Divertículo epifrênico de colo largo próximo à cárdia



Figura 2. Seriografia esôfago-estômago-duodeno

e formação de nível hidroaéreo no mediastino posteroinferior, anteriormente ao esôfago, de maior eixo à esquerda da linha média, medindo cerca de 8,1x5,0cm nos maiores eixos axiais. A cirurgia foi realizada por via laparoscópica por meio de cinco punções.

No intraoperatório, foi encontrado divertículo esofágico de aproximadamente 8x7cm, colo de aproximadamente 3cm e a 8cm da transição esôfago-gástrica (Figura 3). Foi realizado alargamento do hiato esofágico, por meio da abertura do diafragma, de aproximadamente 1,5cm, para melhor abordagem do divertículo intratorácico. Foi também feita a lise de aderências do divertículo com o mediastino com bisturi ultrassônico sem intercorrências e, então, foi realizada a diverticulectomia esofágica laparoscópica com grampeamento

ao nível do colo diverticular com carga de 45mm, associado à cardiomiectomia de 5cm e à funduplicatura parcial anterior (de dor) laparoscópica, cobrindo a área de miotomia e a linha de grampeamento, sem intercorrências (Figura 4). No pós-operatório, a paciente referiu resolução dos sintomas, com boa aceitação da dieta.

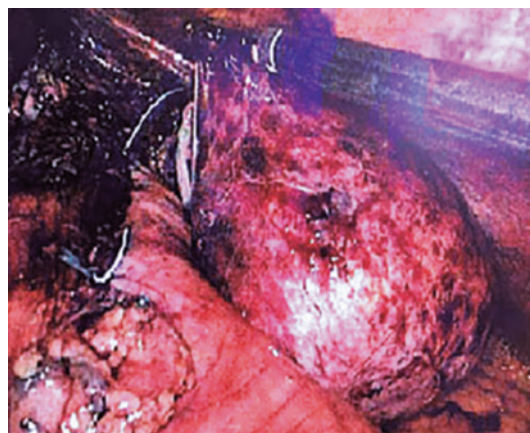


Figura 3. Divertículo epifrênico visualizado por laparoscopia



Figura 4. Peça cirúrgica

DISCUSSÃO

Os divertículos epifrênicos estão localizados acima do esfíncter esofágico inferior, dentro dos 10 a 15cm de esôfago distal. Representam 15% dos divertículos esofágicos.⁽⁵⁾ A maioria se apresenta na parede posterolateral direita, diferentemente do encontrado no caso descrito, no qual o divertículo se apresentava na parede anterolateral esquerda.

O tamanho dos divertículos varia de 1 a 14cm, com média de 7,4cm, porém a gravidade dos sintomas não está relacionada diretamente ao tamanho dos mesmos.⁽⁴⁾ Aproximadamente 75 a 80% dos pacientes são assintomáticos.⁽³⁾ Quando sintomáticos, as manifestações são disfagia, regurgitação, náuseas e vômitos, pirose, halitose, perda de peso, broncoaspiração, infecções respiratórias e dor retroesternal.^(2,4)

Os distúrbios motores do esôfago estão muito relacionados com os divertículos, principalmente a aclásia, associada em 3,6 a 7,4% dos casos. O divertículo epifrênico se apresenta concomitante com a acalásia em 60% dos casos. Nestes casos de concomitância de doenças esofágicas, de acordo com a literatura, na ausência de sintomas em pacientes sem história prévia de aspiração e com um esôfago não dilatado, afasta-se a necessidade de tratamento. Portanto, em pacientes com divertículos pequenos (menores que 3cm) o tratamento pode ser excluído; todos os outros devem ser tratados.⁽⁷⁾

O diagnóstico pode ser obtido de seriografia esôfago-estômago-duodeno, endoscopia digestiva alta, manometria esofágica e tomografia computadorizada.^(2,7)

O tratamento cirúrgico é preconizado quando o paciente é sintomático ou na presença de complicações, como hemorragia, inflamação, fístulas e perfuração para o mediastino, ou na presença de carcinoma espinocelular, que é pouco comum.⁽³⁾

A primeira abordagem cirúrgica de um divertículo epifrênico foi realizada por Roux em 1833, via transabdominal, e a primeira ressecção transtorácica foi realizada por Stierling, em 1916.⁽³⁾ Devido à associação dos divertículos epifrênicos com distúrbios motores do esôfago, como acalásia e espasmo esofágico difuso, entre outros,^(1,8) Effler et al., tratam os divertículos mediante uma miotomia associada à diverticulectomia.^(3,5,8-10) A *Mayo Clinic* sedimentou esta ideia com uma série de casos, demonstrando que o tratamento apenas com diverticulectomia se associava a maiores taxas de complicações e recorrências, comparado ao tratamento associado à miotomia, sendo o tratamento preconizado atualmente.^(3,6,7)

A mortalidade do tratamento cirúrgico varia entre zero a 9% e a morbidade, em torno de 20%.⁽⁴⁾ É importante a realização de funduplicatura parcial, para se evitar doença do refluxo gastresofágico.⁽⁶⁻⁸⁾ As principais complicações do tratamento cirúrgico são empiema, abscessos e fístulas, que devem ser rapidamente identificados e tratados. Uma falha em executar a miotomia esofágica pode resultar em zona de alta pressão da

linha de grampo do divertículo ressecado, causando o rompimento da mesma.^(3,4)

Atualmente o acesso mais utilizado é o laparoscópico, com uma melhor exposição da transição gastresofágica, facilitando a miotomia e a funduplicatura.^(6,8) As principais vantagens da via laparoscópica em comparação com a toracotomia são: maior segurança, menos dores pós-operatórias, tempos mais curtos de permanência hospitalar e para resposta inflamatória sistêmica, e um retorno mais rápido às atividades laborais.^(5,6)

CONCLUSÃO

O divertículo epifrênico é uma patologia rara, e a indicação cirúrgica deve ser sempre bem avaliada para evitar complicações e riscos desnecessários. Por sua segurança e eficiência na resolução dos sintomas, atualmente a via laparoscópica realizada por mãos experientes e por um serviço especializado pode ser considerada a primeira escolha para o tratamento do divertículo epifrênico esofágico. É necessária, ainda, a avaliação dos resultados a médio e longo prazo, bem como mais estudos com um número maior de casos, para melhor avaliação dos resultados.

REFERÊNCIAS

1. Yu L, Wu JX, Chen XH, Zhang YF, Ke J. Laparoscopic diverticulectomy with the aid of intraoperative gastrointestinal endoscopy to treat epiphrenic diverticulum. *J Minim Access Surg.* 2016;12(4):366-9.
2. Rosati R, Fumagalli U, Elmore U, de Pascale S, Massaron S, Peracchia A. Long-term results of minimally invasive surgery for symptomatic epiphrenic diverticulum. *Am J Surg.* 2011;201(1):132-5.
3. Olarte P, Padrón OL, Arboleda D. Resección de divertículo epifrênico por laparoscopia. *Rev Colomb Cir.* 2012;27:306-13.
4. Andolfi C, Wiesel O, Fischella PM. Surgical treatment of epiphrenic diverticulum: technique and controversies. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A.* 2016;26(11):905-10. Review.
5. Beiša V, Kvietkauskas M, Beiša A, Strupas K. Laparoscopic approach in the treatment of large epiphrenic esophageal diverticulum. *Wideochir Inne Tech Maloinwazyjne.* 2016;10(4):584-8.
6. Matsumoto H, Kubota H, Higashida M, Manabe N, Haruma K, Hiraia T. Esophageal epiphrenic diverticulum associated with diffuse esophageal spasm. *Int J Surg Case Rep.* 2015;13:79-83.
7. Herbella FA, Patti MG. Achalasia and epiphrenic diverticulum. *World J Surg.* 2015;39(7):1620-4.
8. Achim V, Aye RW, Farivar AS, Vallières E, Louie BE. A combined thoracoscopic and laparoscopic approach for high epiphrenic diverticula and the importance of complete myotomy. *Surg Endosc.* 2017;31(2):788-94.
9. Effler DB, Barr D, Groves LK. Epiphrenic diverticulum of the esophagus: surgical treatment. *Arch Surg.* 1959;79:459-67.
10. Belsey R. Functional disease of the esophagus. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 1966;52(2):164-88.