

Relato de Caso

Apresentação clínica e terapêutica para Divertículo Epifrênico – relato de caso

Giovanna Schroden Rodrigues da Cunha ¹, Leticia Pardi Borges ¹, Marina Santos Abdanur Carvalho ², Laura Prata Rodrigues da Cunha Resende ¹, Luis Eduardo Sepulveda Mesquita ¹, Júlia Borges de Lima Félix ¹, Luís Flávio Vi-lela de Mesquita ¹

¹ Universidade de Uberaba, Uberaba, Minas Gerais, Brazil.

² Faculdade Ceres, São José do Rio Preto, São Paulo, Brazil.

* Correspondência: giovanna.srcunha@gmail.com.

Resumo: O divertículo epifrênico é uma patologia rara caracterizada por protusões anômalas no esôfago que decorrem do aumento da pressão intraluminal que acarreta a herniação das camadas mucosa e submucosa. Apesar de apresentar um quadro clínico insidioso, os pacientes podem manifestar sintomas como disfagia e dor precordial. Assim, apresentamos uma revisão de literatura e um relato de caso de uma paciente sintomática que teve resolução do caso com tratamento cirúrgico.

Palavras-Chaves: Divertículo; Esôfago; Epifrênico; Terapêutica.

Citação: Cunha GSR, Borges LP, Carvalho MAS, Resende LPRC, Mesquita LES, Félix JBL, Mesquita LFV. Apresentação clínica e terapêutica para Divertículo Epifrênico – relato de caso. Brazilian Journal of Case Reports. 2024 Jul-Set;04(3):53-60.

Recebido: 26 Setembro 2023

Aceito: 30 Outubro 2023

Publicado: 6 Novembro 2023



Copyright: Este trabalho é licenciado por uma licença Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0).

1. Introdução

Os divertículos esofágicos são divididos em cervicais (faringoesofagianos) e de terço médio e inferior (epifrênicos). Os divertículos epifrênicos são protusões 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. São considerados divertículos falsos devido ao acometimento apenas da mucosa e da submucosa, sendo muito raros [1].

A incidência do divertículo esofágico pode variar entre 0,001 e 0,11% na população, sendo o de Zenker mais comum, representando 90% dos casos. É três vezes mais prevalente no sexo feminino. A patologia se apresenta a partir da 6ª década de vida com maior incidência entre os sessenta e noventa anos. Devido a grande quantidade de pacientes não diagnosticados, sua estimativa de prevalência é prejudicada, sendo mais comum nos Estados Unidos, Canadá e norte da Europa [2]. A prevalência do divertículo epifrênico nos Estados Unidos é 0,0015% e na Europa 2%, porém sua verdadeira incidência é desconhecida já que a maioria dos pacientes acometidos são assintomáticos, cerca de 80 %, e são diagnosticados ao acaso através de radiografias e endoscopias feitas por outras razões [3].

A etiologia do divertículo está associada a distúrbios motores da ZAP (zona de alta pressão), ou seja, hipertonia da ZAP levando ao aumento da pressão interna, favorecendo a herniação da mucosa em um ponto de inserção qualquer de vasos no esôfago inferior [4]. Os divertículos esofágicos são classificados segundo seu local de ocorrência e suas características fisiopatológicas em três diferentes tipos: Divertículos de Zenker, de Rokitsanski e Epifrênicos.

Os divertículos de Zenker, também chamados de faringo esofágicos ou bolsas faríngeas, acometem a região proximal do esôfago e são pseudodivertículos, pois não possuem camada muscular evaginada, apenas a mucosa e serosa. Os Divertículos de Rokitsanski incidem no terço médio do esôfago e manifestam-se como divertículos verdadeiros, já que

são evaginações de todas as camadas da parede esofágica. Já os Divertículos Epifrênicos, também chamados de supradiafragmáticos, localizam-se no terço distal do esôfago e apresentam-se como pseudodivertículos, isto é, sem camada muscular [4]. Além disso, é possível dividi-los quanto sua fisiopatologia, sendo que os divertículos de Zenker são divertículos de pulsão relacionados ao aumento da pressão intraluminal do esôfago associada a uma redução da complacência de um segmento da parede do órgão. Já os Divertículos de Rokitanski são de tração, causados por processos inflamatórios torácicos prévios, os quais se aderem ao órgão e o traciona, gerando o divertículo [5]. Os Divertículos Epifrênicos são divertículos de pulsão, resultantes de disfunções de motilidade do esôfago [4-6].

O divertículo epifrênico é diagnosticado pela somatória de diversos fatores, como a história clínica do paciente, radiografia contrastada, manometria que indica alteração motora, e ainda a endoscopia digestiva alta que servirá para descartar outros diagnósticos. [7] Além disso, a melhor forma de confirmar a presença desse divertículo é pela radiografia contrastada de esôfago, a qual mostrará também a presença ou não da alteração na motilidade esofágica do paciente [8]. O tratamento desse tipo de divertículo esofágico depende da presença de sintomas severos ou de complicações, como no caso de inflamações, fístulas, perfurações para o mediastino e hemorragias [1]. Então, quando temos um paciente sintomático ou com a presença de alguma dessas complicações pode ser realizado o tratamento cirúrgico, com uma toracotomia esquerda ou direita (de acordo com a projeção do divertículo), fazendo sua ressecção. Junto a isso, se houver dismotilidade, pode-se realizar uma válvula antirrefluxo a Nissen para evitar a doença do refluxo gastroesofágico. [8] Outra abordagem possível é através de uma laparotomia, técnica menos invasiva e com menor morbidade em relação a toracotomia [4].

O presente relato de caso objetiva reportar na literatura um caso de herniação que acomete preferencialmente a parte distal do esôfago, nomeado como divertículo epifrênico, a fim de nortear e dar mais subsídios à patologia.

2. Relato de Caso

Trata-se de um relato de uma mulher, 53 anos, que procurou atendimento médico com queixa de regurgitação pós prandial progressiva há 1 mês, com engasgos recorrentes. Relatava dor precordial ao tossir e regurgitar. Referia também disfagia e dispepsia nesse mesmo tempo. A regurgitação piorava durante a noite ao deitar quando sentia o refluxo de conteúdo ácido, que melhorava ao ficar em ortostase. Paciente referia início do quadro com simples eructações, seguidas de regurgitação e engasgos frequentes após alimentação. Por fim, a paciente referia piora da apneia obstrutiva do sono, que era mais frequente em decúbito lateral esquerdo. Negava vômitos ou náuseas, astenia, cefaléia, ou quaisquer outras queixas. Fazia uso de ácido acetil salicílico cem miligramas uma vez ao dia após o almoço em decorrência de diagnóstico de policitemia desde 2014.

Quanto aos outros antecedentes pessoais, a paciente refere uma cirurgia cesariana e uma laqueadura tubária, sem complicações em ambas, e negou transfusões sanguíneas. Nega tabagismo e relata etilismo social aos finais de semana. Na família, pai com histórico de cirurgia para úlcera estomacal. Ao exame físico, paciente apresentou-se em bom estado geral, auto e alo orientada, mucosas coradas, hidratadas, anictéricas e acianóticas, com ausência de linfonodos palpáveis em cadeias submandibular, cervical ou demais, tireóide normopalpável, de consistência fibroelástica e indolor a palpação.

Aparelho respiratório com murmúrio vesicular preservado sem ruídos adventícios, expansibilidade pulmonar preservada e percussão timpânica. Aparelho cardiovascular com bulhas rítmicas e normofonéticas em dois tempos sem presença de sopros ou crepitações. Pulsos carotídeos, radiais, femorais, pediosos e poplíteos amplos e simétricos sem alterações. Aparelho gastrointestinal com ruídos hidroaéreos preservados, indolor à palpação superficial e profunda. Membros inferiores com ausência de edemas. Exame físico sem alterações dignas de nota.

Após a realização de consulta, foram solicitados exames laboratoriais e de imagem para maior elucidação diagnóstica na suspeita de Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE), presença de divertículo ou úlcera gástrica. Dentre eles, a vídeo endoscopia digestiva alta, manometria esofágica, exame de pHmetria, ultrassonografia de abdômen total, radiografia digital do tórax e radiografia de abdome. A endoscopia digestiva alta foi realizada após 1 mês da primeira consulta, em que no esôfago foi observado a presença de um divertículo a 35 cm dos incisivos (no terço inferior), com conteúdo alimentar, sendo possível adentrá-lo. Apresentava mucosa sem alterações e padrão vascular preservado. Além disso, a transição esôfago gástrica, situada aos 40 cm dos incisivos, coincidia com pinçamento diafragmático, estando dentro da normalidade.

Os resultados em relação ao estômago, apresentaram forma, volume e distensibilidade do órgão normais. Além da presença de líquido hialino de estase em pequena quantidade e coloração habitual. O pregueado mucoso e o peristaltismo antral estavam preservados. A manobra de retrovisão demonstrou o hiato ajustado em relação ao endoscópio e visualizadas algumas erosões planas em mucosa do antro gástrico, com piloro centrado e pérvio. Já no duodeno, bulbo apresentou-se com luz e mucosa preservadas, segunda porção com pregas e mucosa íntegras. Foi realizada também biópsia da mucosa gástrica para teste da urease com resultado negativo para *Helicobacter pylori*. Impressão diagnóstica: divertículo esofágico com conteúdo alimentar aos 35 cm dos incisivos e gastrite antral erosiva discreta (Figura 1).

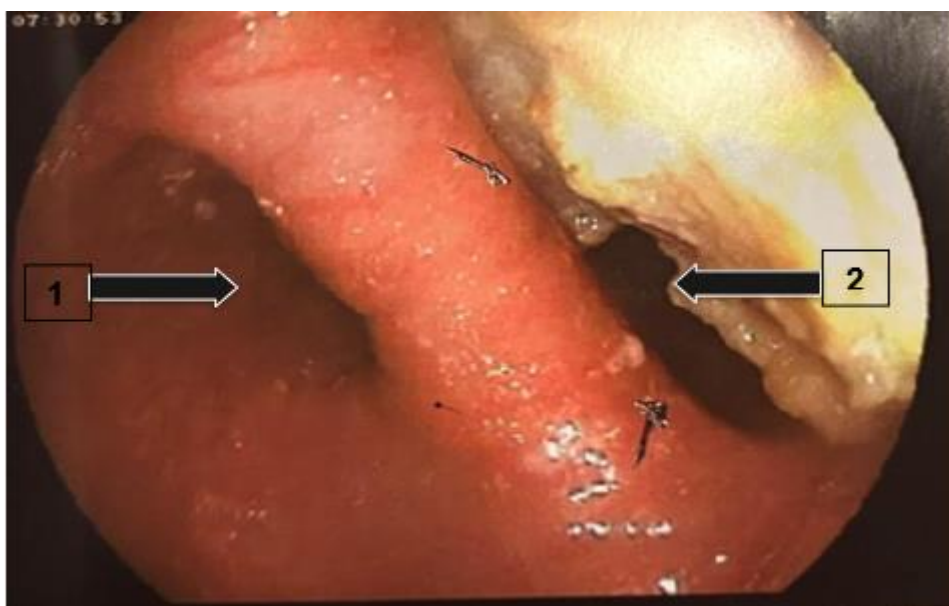


Figura 1: Achados da endoscopia digestiva alta. Seta (1): Luz esofageana. Seta (2): divertículo epifrênico na luz do esôfago.

A manometria esofágica, exame que avalia o tônus pressórico e a motilidade do esôfago, foi realizada após 2 meses da primeira consulta, e mostrou o esfíncter superior do esôfago situado de 17 a 20 cm da narina com extensão de 3 cm, pressão respiratória média em repouso de 35,3 mmHg e relaxamento normal. Já o corpo do esôfago apresentou peristaltismo assíncrono. A amplitude média foi de 10 deglutições úmidas a 03 cm acima de EIE de 81,7 mmHg. Sobre o esfíncter inferior do esôfago localizado há 39,5 a 45,5 cm da narina, apresentou extensão de 6,0 cm, PIP a 42,5 da narina, sendo predominante intra-abdominal. Além disso, a pressão respiratória média (PRM) em repouso foi de 33,5 mmHg e relaxamento normal. Conclusão: exame manométrico dentro dos padrões de normalidade.

A pHmetria, exame que capta os eventuais episódios de refluxo, avalia o pH, a intensidade, a duração e o momento que ocorreu, gerando uma constante de Meester que acima

de 14,72 indica DRGE. Nesse exame, a paciente pontuou 85,2 na tabela de Meester, diagnosticado refluxo misto predominante ortostático. No ultrassom de abdômen solicitado logo após a primeira consulta não foi encontrado alterações, assim como na radiografia de tórax, realizada após 2 meses. A Radiografia de esôfago, estômago e duodeno, figura 2, realizada no mês seguinte da primeira consulta, evidenciou presença de divertículo paraesofageano distal, volumoso, com resíduos em seu interior e refluxo divertículo-esofágico constante. O estômago e duodeno apresentaram esvaziamento normal, sem sinais de lesão orgânica.

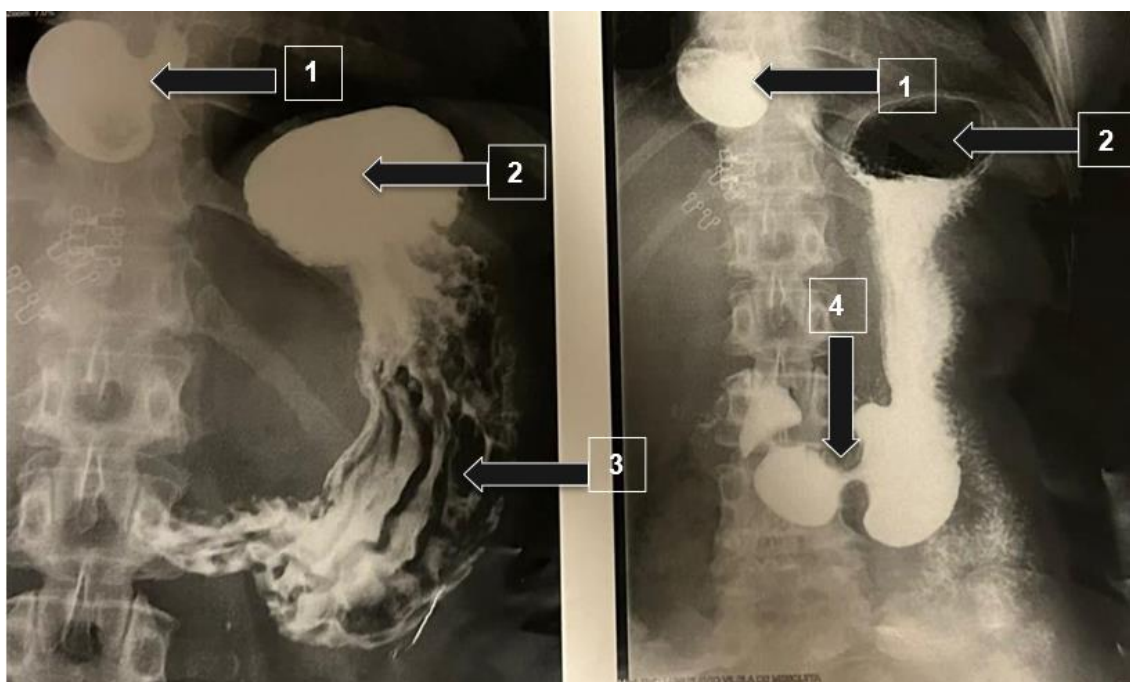


Figura 2: Radiografia contrastada de esôfago, estômago e duodeno. Seta (1): divertículo epifrênico com contraste em seu interior. Seta (2): Fundo gástrico. Seta (3): Pregas gástricas. Seta (4): Píloro.

Após análise dos exames a paciente retornou ao consultório para discutir seu diagnóstico e tratamento estabelecido. Com relação ao tratamento dessa patologia tem-se que o tratamento cirúrgico não está indicado apenas pela presença do divertículo, ele deve ser ponderado mediante os potenciais riscos e benefícios da cirurgia, tendo em relevância a gravidade dos sintomas do paciente e as complicações associadas à doença [9]. O tratamento cirúrgico quando indicado, deve ter como foco a disfunção motora e a ressecção do divertículo. A abordagem deve ser realizada através da laparotomia, técnica menos invasiva e com menor morbidade em relação a toracotomia. Ademais, deve ser realizada uma miotomia para diminuir os distúrbios motores do esôfago e uma fundoplicatura parcial, a fim de evitar a doença do refluxo esofágico [4].

Então, discutido o caso da paciente, com indicação para tratamento cirúrgico, foi realizado o procedimento por videolaparoscopia (Figuras 4 e 5), sendo essa via habitualmente empregada para abordagem da transição esofagogástrica, para correção do divertículo da paciente, sem intercorrências 3 meses após início da investigação do caso, no Hospital São Marcos, em Uberaba, Minas Gerais, tendo resultado satisfatório com melhora significativa do quadro de apneia obstrutiva do sono e melhora dos sintomas gastrointestinais. O procedimento se dá pela realização de pequenas incisões na parede abdominal, através das quais são inseridos os instrumentos cirúrgicos e o laparoscópio, o cirurgião utiliza o laparoscópio para visualizar a área a ser operada, e após a dissecação do divertículo, ele é ressecado por meio do endogrampeador linear.

No ano seguinte ao procedimento, a paciente retornou para consulta de retorno, referindo melhora significativa dos sintomas anteriores. Queixava-se apenas de uma

persistente pirose em região de epigástrio, o que levou a solicitação de uma nova videoendoscopia digestiva alta (Figura 3), que apresentou novamente resultado negativo para pesquisa da *H. Pylori* (pelo teste da urease), achado de cicatriz linear aos 35cm dos incisivos, e uma persistência da gastrite antral erosiva, identificada no exame do ano anterior, antes do procedimento cirúrgico, o que levou à conclusão de que a gastrite antral erosiva não se relacionava com a presença do divertículo. Com isso, foi prescrito um tratamento clínico com inibidor da bomba de prótons, tendo um resultado satisfatório na melhora clínica da paciente.

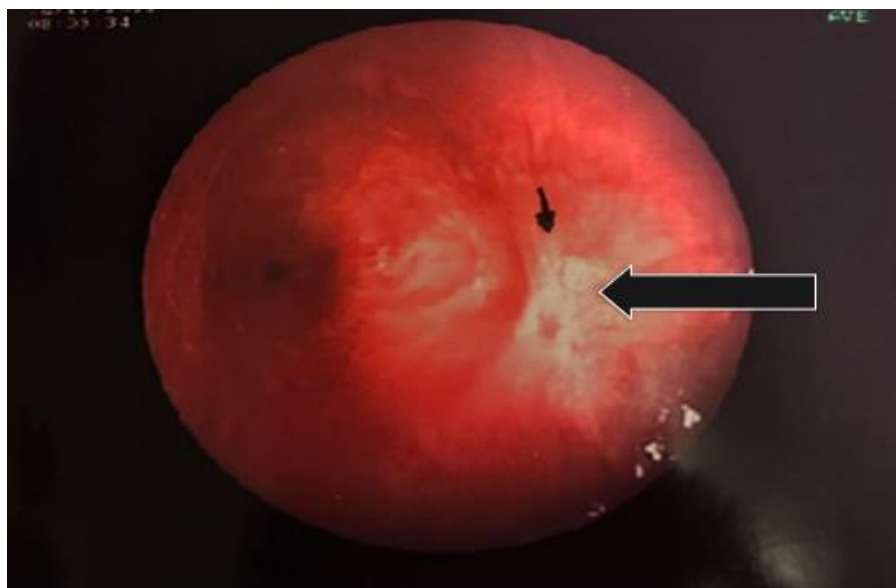


Figura 3: Achados da endoscopia digestiva alta realizada no pós-operatório. Seta: cicatriz local em que foi feito a correção do divertículo.

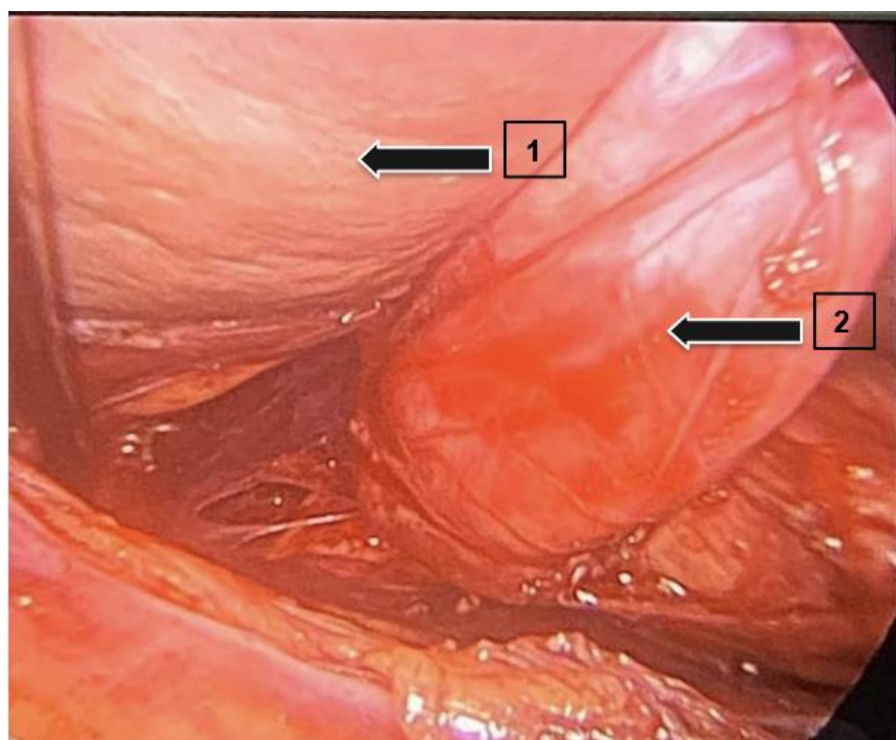


Figura 4: Fotografia intra-operatória da laparoscopia. Seta (1): fígado. Seta (2): divertículo epifrênico.

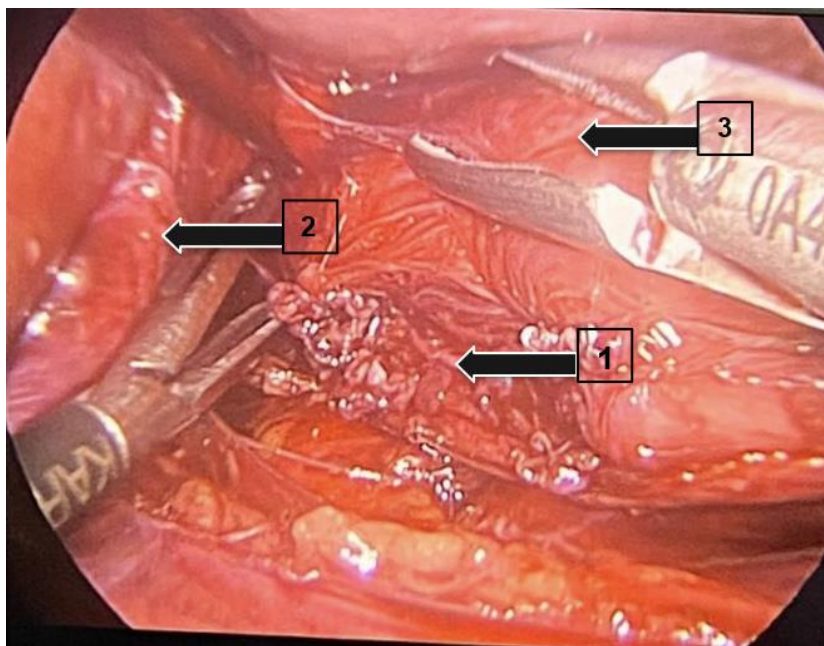


Figura 5: Fotografia intra-operatória após ressecamento do divertículo. Seta (1): Área de grampeamento da ressecção do divertículo. Seta (2): Pilar diafragmática. Seta (3): Esôfago.

3. Discussão

Após o devido estudo do caso e revisão da literatura, foi percebido que os divertículos epifrênicos são cada vez menos vistos. Isso devido ao fato de muitas vezes passarem despercebidos pela ausência de quadro clínico, com pacientes assintomáticos, ou pela ocorrência de um quadro leve não digno de nota. A paciente em questão, se destacou pelo quadro clínico exuberante que atrapalhava nas atividades cotidianas. Seus sintomas se enquadram em um caso de sintomas típicos: com regurgitação, disfagia, tosse, dor torácica e/ou epigastralgia, com ausência de vômitos e halitose apenas [1].

Porém, esse caso se mostrou relevante devido à presença da apneia obstrutiva do sono, mais frequente em decúbito lateral esquerdo, que melhorou após tratamento definitivo com a cirurgia de diverticulectomia por videolaparoscopia, fator antes não comumente descrito como sinal presente em pacientes portadores de divertículo epifrênico. Ademais, ao realizar investigação através da endoscopia digestiva alta e manometria a paciente não apresentou o espessamento da musculatura esofágica distal ou aumento da pressão intraluminal, além de não apresentar hipertonia, sinais frequentemente encontrados no diagnóstico da doença [7].

Com relação aos achados da paciente, foi identificado um refluxo predominantemente ortostático diagnosticado a partir da pHmetria, a qual pontuou 85,2 na tabela de Meester. A pontuação em questão se baseia no número de refluxo prolongado, número de refluxos, presença de episódio mais longo, tempo total de exposição ácida, tempo de exposição ácida em pé e deitado [10]. Sendo o diagnóstico característico dos sinais clínicos que a paciente apresentava, entre eles disfagia, dispepsia, eructação pós prandiais e engasgos frequentes. Tendo em vista a presença do refluxo diagnosticado, subentende-se que a gastrite antral erosiva na videoendoscopia digestiva alta foi um achado, porém que não se relaciona com o divertículo.

Por outro lado, não foi o que se constatou após a realização da cirurgia, já que, com a operação, a paciente referiu melhora completa do refluxo e seus sintomas, com persistência apenas de uma pirose e um achado em exame de imagem ainda com presença da gastrite realizado um ano após a operação, sendo possível inferir que se tratava apenas de um quadro que não se correlacionou com o refluxo diagnosticado ou do divertículo epifrênico.

Com relação a esse quadro achado através da queixa de pirose contínua associado a gastrite antral erosiva persistente, foi necessário o uso de medicação para alívio do sintoma, com utilização do inibidor da bomba de prótons, que tem como mecanismo de ação agir na enzima H⁺/K⁺ ATPase, bloqueando a secreção ácida do estômago. Devido a isso, o desfecho da maioria dos pacientes com queixa de pirose devido a um pH ácido cessa após o uso da medicação indicada, além de ser um medicamento que, associado a mudanças comportamentais e alimentares, previne evolução de uma gastrite, assim como no caso da paciente em questão [11].

4. Conclusão

Portanto, o presente estudo aborda um caso de divertículo epifrênico, que é uma patologia rara e com poucos casos descritos em literatura. Desses poucos, a maioria corresponde a pacientes com idade superior a 60 anos, assintomáticos e cuja alteração esofágica resulta de disfunções de motilidade esofágica. Assim, pode-se destacar o presente caso, haja vista que a paciente possui 52 anos, manifestou não somente o quadro clínico típico evidente, como também apneia obstrutiva do sono em decorrência do divertículo, e apresentou exame manométrico dentro dos padrões de normalidade, sem alterações características da doença, como hipertonía, espessamento da musculatura esofágica distal ou aumento da pressão intraluminal. Diante disso, após elucidação diagnóstica, recebeu indicação adequada e se beneficiou com o tratamento cirúrgico laparoscópico da condição, apresentando melhora da sintomatologia e de sua qualidade de vida.

Financiamento: Nenhum.

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa: Declaramos que o paciente aprovou o estudo assinando um termo de consentimento informado e o estudo seguiu as diretrizes éticas estabelecidas pela Declaração de Helsinki.

Agradecimentos: Nenhum.

Conflitos de interesse: Nenhum.

Materiais suplementares: Nenhum.

Referências

1. dos Santos MP, Akerman D, dos Santos CPD, dos Santos Filho PV, Radtke MC, Bray BE, Gonçalves EJ. Divertículo epifrênico gigante de esôfago: apresentação e tratamento. *Einstein (São Paulo)*. 2017 21 de setembro; 15 (4): 17. doi: 10.1590/S1679-45082017RC3954.
2. Araya CT, Monge DMDP. Divertículo de Zenker. *Crônicas Científicas*. 2019 03 de agosto; (12)12: 48-57.
3. Strupas K, Beisa A, Kvietauskas M, Beisa V. Laparoscopic approach in the treatment of large epiphrenic esophageal diverticulum. *PMC Disclaimer*. 2015 16 de dezembro; 10(4): 584-588.
4. Sato H, Takeuchi M, Hashimoto S, Mizuno K, Furukawa K, Sato A, Yokoyama J, Terai S. Esophageal diverticulum: New perspectives in the era of minimally invasive endoscopic treatment. *World Journal of Gastroenterology*. 2019 28 de março; 25 (12): 1457-1464. doi: 10.3748/wjg.v25.i12.1457.
5. Law R, Katzka DA, Baron TT. Zenker's Diverticulum. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. *Rev. Col. Bras. Cir.* 2013 18 de setembro; 12(11): 1773-1782. doi: 10.1016/j.cgh.2013.09.016.
6. Soares R, Herbella FA, Prachand VN, Ferguson MK, Patti MG. Epiphrenic Diverticulum of the Esophagus. From the Pathophysiology to Treatment. *J Gastrointest Surg*. 2010 dezembro; 14(12): 2009-15. doi: 10.1007/s11605-010-1216-9.
7. Lopes LR, Brandalise NA, Andreollo NA. Tratamento cirúrgico dos divertículos epifrênicos por videolaparoscopia. *Rev. Col. Bras. Cir.* 2006 dezembro; 33(6): 365-368.
8. Ilias EJ, Kassab P. Divertículo epifrênico de esôfago. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2013 março; 59 (2): 104-105. doi: 10.1016/j.ramb.2013.01.005.
9. Zaninotto G, Portale G, Costantini M, Zanatta L, Salvador R, Ruol A. Therapeutic strategies for epiphrenic diverticula: systematic review. *World J Surg*. 2011 4 de maio; 35:1447-1453. doi: 10.1007/s00268-011-1065-z.
10. Pignatari SSN, Liriano RYG, Avelino MAG, Testa JRG, Fujita R, de Marco EK. Refluxo gastroesofágico em pacientes portadores de papilomatose recorrente de laringe. *BJORL*. 2006 28 de março; 73 (2): 210-214.
11. Souza APS, Gomes VM, Lima MM, Nascimento GB. Estudos sobre a gastrite e os inibidores da bomba de prótons. *Revista referências em saúde da faculdade Estácio de Sá de Goiás*. 2019 5 de outubro; 2 (1): 84-91.