

Divertículo em esôfago proximal secundário à sequela de tuberculose: um relato de caso

Proximal esophageal diverticulum underlying to tuberculosis sequelae: a case report

Rodrigo Felipe Gongora e Silva¹, Alberto Luís Patriarcha¹, Raíssa Dudienas Domingues Pereira¹, Eumildo de Campos Junior¹, Aldenis Albaneze Borim¹

Resumo

Introdução: Divertículos esofágicos, embora raros, devem sempre ser considerados como diagnóstico diferencial em casos de disfagia, halitose e enfermidades respiratórias por broncoaspiração. São classificados quanto à localização (proximal, médio, ou distal), à patogênese (pulsão ou tração) e à morfologia (verdadeiro ou falso). Nesse relato, apresentamos um caso de um divertículo de tração na parte proximal do esôfago, adquirido secundariamente à infecção por tuberculose no pulmão direito. Relatar causa rara de divertículo da parte proximal do esôfago. **Relato de Caso:** Revisão prontuário e pesquisa em banco de dados indexados em português e inglês. Mulher, 64 anos, em acompanhamento no ambulatório de cirurgia geral em virtude de megaesôfago chagásico, diagnosticado em novembro de 2014. Tomografia computadorizada apontou imagem sacular com nível hidroaéreo no mediastino superior, no terço médio do esôfago, que representa divertículo e está envolvido por processo fibrótico de lobo pulmonar superior direito. Assintomática e sem comemorativos ao exame físico, a paciente foi internada eletivamente para investigação etiológica. Relatou que aos 30 anos de idade foi diagnosticada com quadro de tuberculose pulmonar, sendo na época tratada por seis meses. Realizou-se endoscopia digestiva alta que apontou o mesmo divertículo da parte proximal do esôfago e levantou hipótese de etiologia por tração. **Conclusão:** Divertículos de tração são divertículos verdadeiros, resultados de contração decorrente de processo inflamatório crônico envolvendo estruturas próximas à parede do esôfago. A maioria ocorre parte média do esôfago, causados por tuberculose e histoplasmose, com sintomas de disfagia ou com quadros de aspiração de repetição. A conduta adotada nesses casos é a excisão local do divertículo via toracotomia ou toracoscopia com tratamento concomitante da causa da inflamação crônica.

Descritores: Divertículo Esofágico; Tuberculose; Transtornos da Deglutição.

Abstract

Introduction: Esophagus diverticulum should always be considered a differential diagnosis to dysphagia, halitosis, and respiratory diseases caused by aspiration. They are classified according to its location (proximal, medial or distal), pathogenesis (pulsion or traction) and to its morphology (true or false). In this case report, we present a case of a traction diverticulum in the proximal esophagus secondary to a tuberculosis (TB) infection on the right lung. Discuss a rare cause of a diverticulum in the proximal esophagus. **Case Report:** We carried out a review of patients' medical records, and a literature search was performed through electronic databases for articles in Portuguese and English. The patient is a 64-year-old female seen for follow-up in general surgery clinic because of a chagasic megaesophagus diagnosed in November 2014. The patient underwent a CT-Scan that showed a sacular image with air-fluid level in the superior mediastinum representing a diverticulum involved by a fibrotic process on the upper right lung. She was asymptomatic without changes detected on the physical examination. She was hospitalized for better etiology assessment. The patient reported that when she was 30 years old, she was diagnosed with pulmonary TB. Thus, she was treated correctly for six months. Upper digestive endoscopy was performed highlighting the same diverticulum at the proximal esophagus and raising the hypothesis of a traction etiology. **Conclusion:** Traction diverticula are true diverticula, which are results of a contracture caused by a chronic inflammatory process involving structures within the esophagus wall. Most of them occur in the middle part of the esophagus caused by tuberculosis and histoplasmosis with dysphagia symptoms and clinical representation of recurrent aspiration. The therapy adopted in these cases is the local excision of the diverticulum via thoracotomy or thoracoscopy with concomitant treatment of the cause of chronic inflammation.

Descriptors: Diverticulum, Esophageal; Tuberculosis; Deglutition Disorders.

¹Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) - São José do Rio Preto - SP - Brasil

Conflito de interesses: Não

Contribuição dos autores: RFGS concepção e planejamento, obtenção e interpretação de dados, redação do manuscrito. ALP obtenção e interpretação de dados, redação do manuscrito. RDDP obtenção e interpretação de dados, redação do manuscrito. ECJ interpretação de dados e revisão crítica. AAB interpretação de dados e revisão crítica.

Contato para correspondência: Rodrigo Felipe Gongora e Silva

E-mail: rodrigofelipegongora@hotmail.com

Recebido: 20/07/2016; **Aprovado:** 01/09/2016

Introdução

Divertículos esofagianos, embora raros, devem sempre ser considerados como diagnóstico diferencial em casos de disfagia, halitose e enfermidades respiratórias por broncoaspiração⁽¹⁾. Os divertículos de esôfago mais comuns são aqueles de pulsão, ou falsos divertículos, geralmente localizados no terço proximal ou no terço inferior, sendo comumente causados por aumento de pressão intra-esofágica, secundário a distúrbios de motilidade ou obstrução. Por outro lado, divertículos de tração, ou divertículos verdadeiros, geralmente são pequenos, sintomáticos em até 20% dos pacientes e localizados a até dez centímetros da junção esôfago gástrica, estão presentes em homens 60-70 anos de idade, adquiridos e causados por sequelas de doenças pulmonares ou mediastinais⁽²⁾.

Quando sintomáticos, os divertículos podem causar disfagia, regurgitação, halitose e rouquidão. Tais manifestações são dependentes do tamanho do divertículo e de eventuais doenças associadas⁽¹⁾. Suspeita-se do diagnóstico pela história clínica, podendo ser confirmado com exame radiológico contrastado e endoscopia digestiva alta⁽³⁾.

Neste relato, apresentamos um caso de divertículo de tração na parte proximal do esôfago, secundário a uma infecção por tuberculose.

Relato do Caso

Paciente do sexo feminino, 64 anos, trabalhadora rural, natural de Espinosa (MG) e procedente de Jaci (SP). Encaminhada ao ambulatório de cirurgia geral do Hospital de Base de São José do Rio Preto para investigação de megaesôfago chagásico, decorrente de sorologia positiva para Doença de Chagas. Há 10 anos apresentava disfagia para sólidos, que melhorava com ingestão de líquidos. Relata ter sido submetida a procedimento para dilatação esofágica em outro serviço e, atualmente, nega disfagia. Queixa-se apenas de discreta halitose.

Como antecedentes pessoais, a paciente relata pneumonias de repetição e tuberculose pulmonar tratada há 34 anos. Apresentava Seriografia Esôfago Gastroduodenal demonstrando imagem sacular no terço proximal do esôfago que se preenchia com meio de contraste (Figura 1), indicativa de divertículo de esôfago, mas apresentava também evidências de dilatação esofágica, com alteração motora secundária a Doença de Chagas.

Realizou Tomografia Computadorizada (TC) que apontou imagem sacular com nível hidroaéreo no terço superior do esôfago (Figura 2). A TC mostrou, ainda, que o divertículo estava envolvido por processo fibrótico do lobo pulmonar superior direito, sugerindo ser em decorrência do quadro de Tuberculose. Pelo fato de a paciente estar assintomática, optou-se por acompanhamento clínico e seguimento ambulatorial.



Figura 1. Seriografia: Verifica-se imagem sacular em esôfago proximal com enchimento por contraste

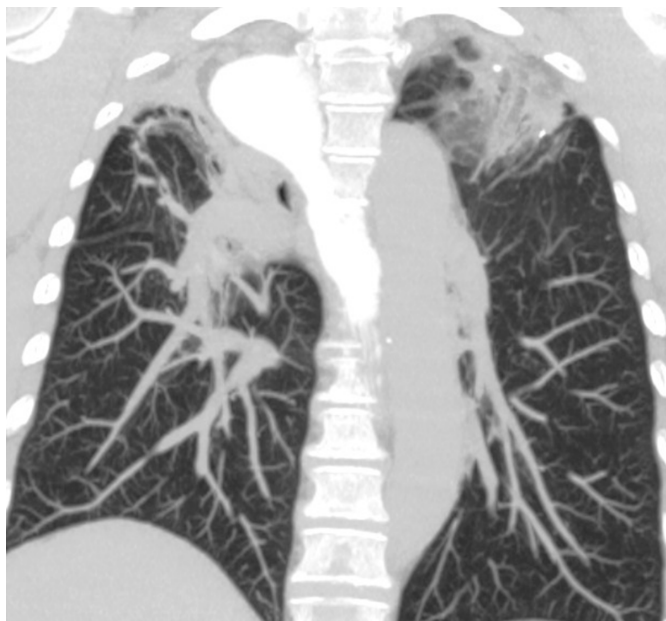


Figura 2. Tomografia computadorizada: imagem sacular em terço superior esofágico com nível hidroaéreo.

Discussão

Divertículos de esôfago são saculações formadas a partir da parede do órgão, podendo acumular alimento – causando regurgitação e halitose^(1,3) – ou mesmo comprimir o esôfago, causando disfagia, com comprometimento da qualidade de vida⁽¹⁾.

Os divertículos falsos são aqueles formados apenas pela túnica mucosa e tela submucosa. São os chamados divertículos de pul-

são e se localizam mais comumente na junção faringoesofágica (Zencker) e na parte torácica do esôfago (epifrênicos). Com relação à frequência, estudo retrospectivo de 2013, demonstrou 75% de Zencker, 25% não Zencker^(4,5). São, portanto, os mais comuns, sendo consequência de um aumento da pressão intraesofágica, ligada a distúrbios motores do órgão. São também os que causam mais sintomas⁽⁴⁾.

No caso em discussão, temos um divertículo verdadeiro, de tração, na porção superior do esôfago. Poucos relatos na literatura abordam especificamente esse tipo de divertículo. É uma evaginação cega do trato alimentar, delimitada pela túnica mucosa e que se comunica com o lúmen, incluindo as três camadas da parede esofágica. Tais divertículos são geralmente adquiridos. Raramente ocorrem em crianças e acometem principalmente homens entre 40 e 70 anos⁽⁴⁾. Resultam de retração decorrente de processo inflamatório crônico, envolvendo estruturas próximas à parede do esôfago. As causas mais frequentes são histoplasmose e tuberculose⁽⁴⁾, nas quais a inflamação e fibrose de linfonodos mediastinais acabam tracionando a parede do esôfago. Geralmente são pequenos, assintomáticos – pois sua abertura e orientação cefálica impedem que o saco retenha alimento⁽⁴⁾ – e localizados no terço médio. Quando sintomáticos, o quadro se apresenta com disfagia.

Apesar de pouco sintomáticos, podemos esperar algumas complicações, como ruptura espontânea, formação de fistula, predisposição a neoplasias e, raramente, sangramento⁽⁶⁾. Como diagnóstico diferencial, devemos pensar em acalasia, câncer de esôfago, outros distúrbios da motilidade esofágica ou mesmo o próprio divertículo de Zencker⁽⁴⁾.

O diagnóstico é baseado em anamnese e exame físico, associados a exames de imagem, como esofagografiabaritada⁽¹⁾. Entretanto, complicações e etiologia necessitam de exames adicionais, como endoscopia digestiva alta e tomografia computadorizada de tórax.

A conduta na presença de divertículos de esôfago, depende da intensidade dos sintomas⁽⁴⁾. A conduta adotada em casos sintomáticos, caso não haja distúrbios motores concomitantes, é a diverticulotomia via toracotomia ou toracoscopia^(1,5), com tratamento da causa da inflamação crônica. Quando há distúrbio motor, devemos associar miotomia extensa⁽⁴⁾. Alguns autores indicam o tratamento mesmo em casos assintomáticos devido ao risco de aspiração e complicações pulmonares graves^(1,5).

Conclusão

Divertículos de esôfago não são frequentes no cotidiano médico, entretanto, trata-se de uma condição que deve ser lembrada em todos os pacientes com dificuldade para deglutir. Uma boa história clínica é essencial para investigação e condução adequada desses casos, principalmente em quadros atípicos.

Referências

1. Vega R, Flisfisch H. Divertículos de esôfago. *RevMed Humanidades*. 2011;3(3):5-8.
2. Beiša V, Kvietkauskas M, Beiša A, Strupas K. Laparoscopic approach in the treatment of large epiphrenic esophageal diverticulum. *Wideochirurgia i Technika Malo in wazyjne*. 2015;10(4):584-8.

3. Bagheri R, Maddah G, Mashhadi MR, Hagui SZ, Tavasoli A, Ghamari MJ, et al. Esophageal diverticula: analysis of 25 cases. *Asian Cardiovasc Thorac Ann*. 2014;22(5):583-7. doi: 10.1177/0218492313515251.

4. Santos AB, Birnbaum AISP, Lopes EP. Divertículo esofágico de tração de localização incomum secundário a processo cicatricial de tuberculose pulmonar: relato de caso. *GED Gastroenterol Endosc Dig*. 2008;27(6):184-186.

5. Onwugbufor MT, Obirieze AC, Ortega G, Allen D, Cornwell EE, Fullum TM. Surgical management of esophageal diverticulum: a review of the Nationwide Inpatient Sample database. *JSurg Res*. 2013;184(1):120-5. doi: 10.1016/j.jss.2013.05.036.

6. Ballehaninna UK, Shaw JP, Brichkov I. Traction esophageal diverticulum: a rare cause of gastro-intestinal bleeding. *Springerplus*. 2012;21(1):50. doi: 10.1186/2193-1801-1-50.

Rodrigo Felipe Gongora e Silva é médico graduado pela Universidade Estadual de Londrina (UEL), atualmente residente de Cirurgia Geral pela Fundação Faculdade Regional de Medicina (FUNFARME). E-mail: rodrigofelipegongora@hotmail.com

Alberto Luís Patriarcha é graduando do sexto ano do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP).

Raíssa Dudienas Domingues Pereira é graduando do sexto ano do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP).

Eumildo de Campos Junior é médico graduado pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), residência médica em Cirurgia Geral e Cirurgia do Aparelho Digestivo, mestrado em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto de São José do Rio Preto (FAMERP), doutorado em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto de São José do Rio Preto (FAMERP). Coordenador da Liga de Cirurgia do Aparelho Digestivo (LI-CAD). E-mail: eumildo@greenvalley.com.br

Aldenis Albaneze Borim é médico graduado pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), mestrado em Medicina (Cirurgia Gastroenterológica) pela Universidade Federal Fluminense (UFF) e doutorado em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). Atualmente é professor e diretor adjunto administrativo da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). E-mail: aldenis@famerp.br